JOURNAL OFFICIEL

DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

DÉBATS PARLEMENTAIRES ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958
6^e Législature

PREMIÈRE SESSION ORDINAIRE DE 1980-1981
(65^e SEANCE)

COMPTE RENDU INTEGRAL

1^{re} Séance du Lundi 17 Novembre 1980.

SOMMAIRE

PRÉSIDENTE DE M. LUCIEN VILLA

1. — Loi de finances pour 1981 (deuxième partie). — Suite de la discussion d'un projet de loi (p. 4014).

Santé et sécurité sociale (suite).

Trevaill et santé (suite).

I. — SECTION COMMUNE

III. — SANTÉ ET SÉCURITÉ SOCIALE

M. Pons, rapporteur spécial de la commission des finances, pour la santé et l'assurance maladie.

M. Gilbert Barbier, rapporteur pour avis de la commission des affaires culturelles, pour la santé et l'assurance maladie.

M. Fabius, rapporteur spécial de la commission des finances, pour la sécurité sociale.

Rappels au règlement : MM. Comiti, Fabius, rapporteur spécial ; le président.

M. Léger, rapporteur pour avis de la commission des affaires culturelles, pour la sécurité sociale.

MM. Gilbert Millet,

Delaneau,

Autain, Barrot, ministre de la santé et de la sécurité sociale,

Comiti,

Audinot,

Jean Briane,

Hage,

Bonhomme,

Morellon,

Boulay.

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

2. — Ordre du jour (p. 4034).

PRÉSIDENTE DE M. LUCIEN VILLA,

vice-président.

La séance est ouverte à neuf heures trente.

M. le président. La séance est ouverte.

— I —

**LOI DE FINANCES POUR 1981
(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 1981 (n^{os} 1933, 1976).

SANTE ET SECURITE SOCIALE (suite).

Travail et santé (suite).

I. — Section commune.

III. — Santé et sécurité sociale.

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

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

M. Bernard Pons, rapporteur spécial. Monsieur le ministre de la santé et de la sécurité sociale, messieurs les secrétaires d'Etat, mes chers collègues, le programme des mesures adoptées par le Gouvernement au mois de juillet 1979 avait pour but à la fois de faire face à court terme à la dégradation inquiétante des comptes du régime général et de provoquer, à plus long terme, un certain nombre d'évolutions structurelles sur lesquelles les mesures immédiates ne peuvent avoir qu'un effet très passager.

Votre rapporteur a eu l'occasion, lors de l'examen du projet de loi de finances pour 1980, d'exprimer certaines inquiétudes sur la croissance supplémentaire des cotisations sociales et, en même temps, sur les modalités choisies pour la régulation des dépenses d'hospitalisation et surtout de médecine de ville.

De son côté, la commission de protection sociale du VIII^e Plan a dessiné, pour 1985, des perspectives quelque peu inquiétantes puisque, selon les projections qu'elle a réalisées, l'équilibre financier de la sécurité sociale ne serait assuré que dans l'hypothèse d'un taux de croissance proche de 6 p. 100, très improbable dans le contexte international et intérieur actuel.

Avec un taux de croissance de l'ordre de 2 p. 100, comparable à celui que prévoit le Gouvernement dans les hypothèses budgétaires pour 1981, le déficit dépasserait, en prolongeant les tendances actuelles, 100 milliards de francs en 1985, ce qui est bien évidemment inacceptable.

Il convient donc de faire le point, après quinze mois d'application de ce programme de réformes, en ce qui concerne respectivement les recettes et les dépenses.

Il apparaît que si les prévisions sur les résultats d'ensemble de l'assurance maladie pour 1980 sont actuellement favorables et si l'excédent pouvait dépasser 6 milliards de francs pour le régime général, c'est essentiellement grâce aux ressources exceptionnelles dégagées cette année. Pour 1981, en effet, compte tenu de l'engagement pris par le Gouvernement de ne pas prolonger la durée des contributions exceptionnelles, les prévisions sont sensiblement moins favorables.

La contribution des salariés, fixée à 1 p. 100 des rémunérations totales perçues au cours de la période de dix-huit mois allant du 1^{er} août 1979 au 31 janvier 1981, aura fourni, en 1980, près de dix milliards de francs de ressources au régime général, au régime agricole et aux régimes spéciaux.

Les contributions des professions de santé, qui représentent un effort relatif de même importance, ont également joué leur rôle.

Par ailleurs, une subvention exceptionnelle de deux milliards de francs a été versée par l'Etat au régime général.

Enfin, la Caisse des dépôts et consignations a versé le 27 décembre 1979 un acompte de 1,5 milliard de francs sur la somme totale due par les collectivités locales à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, à laquelle elle a également consenti un prêt-relais de 5 milliards de francs mobilisable en fonction des besoins quotidiens. Ce prêt a été mis en place le 28 septembre 1979 avec la garantie de l'Etat.

Ces mesures de soutien financier ont en commun leur caractère exceptionnel et provisoire. Or, l'action sur les recettes exige des évolutions d'ordre structurel. Elle relève à l'avenir avant tout d'une politique générale de croissance plus élevée permettant une réduction du chômage, et donc un élargissement de l'assiette des cotisations. La commission de la protection sociale du VIII^e Plan a rappelé, en effet, fort justement que l'existence d'un million de chômeurs a pour effet de réduire les recettes de la sécurité sociale de quinze milliards, ce qui signifie qu'avec 700 000 chômeurs de moins, le déficit cumulé des années 1978, 1979 et 1980 aurait été couvert sans majoration de cotisations. Il est certain que les difficultés financières de la sécurité sociale n'auraient pas vu le jour sans l'aggravation constatée du nombre des demandes d'emploi non satisfaites. C'est en vue de renverser cette tendance qu'il faut œuvrer.

Une autre voie d'action consiste à diversifier les recettes, ce qui permettrait, tout en assurant plus durablement l'équilibre financier de l'assurance maladie, de réduire les prélèvements obligatoires sur les salaires, c'est-à-dire, en fait, sur le pouvoir d'achat des salariés.

Le rapport de notre collègue Bourson comporte diverses propositions à cet égard, qui gardent toute leur actualité. Tel est le cas, notamment, de l'augmentation souhaitable des prélèvements sur la vente des produits responsables de certains fléaux sociaux tels que l'alcoolisme, le tabagisme et les accidents de la route.

Depuis un an, les dépenses d'assurance maladie marquent, d'une manière générale, une tendance à la décélération. En effet, un certain nombre d'actions ont été mises en œuvre qui semblent avoir déjà porté partiellement leurs fruits. Toutefois, les résultats sont encore incertains et les mesures retenues par le Gouvernement appellent des observations. Une inflexion de l'action est donc, dans certains cas, souhaitable. Votre rapporteur se bornera à présenter des remarques sur quelques points importants.

Avant les mesures de redressement financier de la sécurité sociale, l'évolution prévisible des dépenses d'hospitalisation de l'assurance maladie du régime général était de l'ordre de plus de 19 p. 100 pour 1980 et de plus de 18 p. 100 pour 1981.

Les taux d'évolution probables ont pu être ramenés à plus de 15,3 p. 100 en 1980 et à plus de 14,2 p. 100 en 1981, pour l'ensemble de l'hospitalisation publique et privée.

Dans ce domaine, nous le savons tous, l'action est difficile. Les derniers taux annuels de progression des dépenses des hôpitaux publics constatés mois par mois demeurent très élevés. Ce phénomène peut s'expliquer, en partie, par l'accélération des procédures de recouvrement des titres de recettes mise en œuvre cette année, ce dont il faut se féliciter. Cependant, on constate surtout une grande inertie de l'ensemble hospitalier par rapport aux changements. Des économies nouvelles doivent donc être définies et obtenues.

Elles sont possibles. Mais elles ne doivent pas être réalisées sans discernement et ne sauraient en aucun cas risquer de compromettre, d'une manière ou d'une autre, la qualité des soins.

Votre rapporteur se bornera à citer un exemple pour éclairer son propos. Une circulaire du 2 juillet 1979 du ministère de la santé préconise de revenir sur une tendance à la spécialisation excessive des services hospitaliers. Un tel objectif est louable.

Cependant, l'application de cette circulaire peut avoir pour effet d'interdire aux hôpitaux généraux la pratique de la chirurgie orthopédique et traumatologique, pour la réserver aux seuls centres hospitaliers régionaux, c'est-à-dire en fait aux C. H. U.

Or il ne semble pas que soient visées seulement des spécialités de pointe, qui manifestement ne peuvent être pratiquées que dans les établissements les mieux équipés, mais, semble-t-il, toute une partie de la chirurgie générale, puisque les interventions orthopédiques et traumatologiques représentent aujourd'hui plus de 50 p. 100 des hospitalisations chirurgicales, provenant pour la plus large part des accidents du travail et des accidents de la route.

Contraindre les établissements dotés des services correspondants à renoncer à ces interventions, est une mesure de fausse économie et ne peut pas ne pas entraîner un abaissement de la qualité des soins. C'est cela qu'il faut à tout prix éviter.

Dans le strict respect de cet objectif, de multiples domaines d'action sont possibles. Votre rapporteur se bornera à citer trois exemples.

D'abord, la mission spécifique de l'hôpital public par rapport aux autres structures de soins n'a jamais été clairement définie. En particulier, le rôle des C.H.R. et des C.H.U. devrait à l'avenir être davantage précisé. Ces établissements ont des missions propres à remplir, à la fois dans le domaine des soins et dans celui de la formation et de la recherche. Mais ils ne doivent pas pour autant devenir l'instrument le plus utilisé pour la réalisation des soins courants en raison des gaspillages qui en résulteraient.

En deuxième lieu, l'appareil statistique disponible doit être rapidement renforcé et surtout, mieux adapté aux objectifs généraux de réalisation d'économies. Le développement de l'informatique devrait le permettre. Ainsi, pourrait-on parvenir à une connaissance meilleure et plus rapide des causes de progression des dépenses, notamment la durée des séjours, les types de soins, les dépenses particulières les plus onéreuses et pourrait-on mieux faire la distinction entre frais de soins et frais d'hébergement.

Enfin, il est indispensable que les membres du corps médical et du personnel soignant aient connaissance et prennent conscience beaucoup mieux qu'aujourd'hui des coûts des différents traitements et actes d'investigation prescrits aux malades, de façon que leurs décisions soient prises en confrontant à la fois les impératifs techniques, thérapeutiques et humains, et les contraintes économiques.

En recourant à ce type de démarche, il n'est pas douteux que des économies substantielles pourraient être dégagées, qui devraient permettre de faire face au cours des années à venir au coût croissant des nouvelles techniques et aux aspirations normales des malades à bénéficier de meilleurs soins, sans demander à la collectivité des efforts financiers supplémentaires.

Plusieurs mesures précises ont déjà été mises en œuvre en 1980, ce dont il faut se féliciter. La réglementation des sorties en cas de congé maladie a été uniformisée, l'application de la règle dite de la vingt-sixième maladie a été revue.

La gestion des caisses d'assurance maladie doit être progressivement améliorée.

Les économies en matière de gestion sont ainsi évaluées à 400 millions de francs en 1980. Il faut poursuivre dans cette voie.

Le contrôle médical a été renforcé. Il faut s'en féliciter.

Votre rapporteur est convaincu du rôle primordial d'une bonne orientation de la politique de prévention, à laquelle le rapport de M. Bourson a consacré d'importants développements. Il est maintenant admis par tous que cette politique doit être fondée sur des priorités et des cibles soigneusement choisies en fonction des risques courus et des possibilités effectives de prévenir avec efficacité les affections les plus graves.

Il convient d'agir à la fois sur l'environnement extérieur, sur les comportements des individus et sur les facteurs biologiques généraux. Pour cela, deux types d'actions sont nécessaires : les actions globales, mais spécifiques, sur l'ensemble de la population ; les actions sur des risques ou des groupes bien déterminés.

Les priorités choisies par le ministère de la santé pour les actions horizontales apparaissent fondées dans une grande mesure.

Les actions sélectives sont particulièrement nécessaires. Ce sont celles où la réorientation de la politique de prévention vers une plus grande efficacité des résultats est la plus nette. Une telle réorientation se réalise progressivement depuis quelques années et doit être poursuivie.

La disposition *a priori* la plus inquiétante, que votre rapporteur a eu l'occasion de commenter en détail l'an dernier au moment où l'on parlait d'enveloppe pour les dépenses de médecine de ville, concerne l'organisation de la maîtrise concertée des dépenses relatives à la médecine libérale.

Il est prévu de mettre en œuvre un système de prévisions et d'objectifs de dépenses portant, d'une part, sur les honoraires et, d'autre part, sur les prescriptions, en tenant compte des recettes disponibles de l'assurance maladie.

Un tel système ne peut être admis que dans la mesure où n'est remis en cause aucun des principes de la médecine libérale, car ces principes, loin d'être incompatibles avec l'intérêt général, sont au contraire le gage du maintien d'une médecine de qualité.

En la matière, l'équilibre entre la liberté des individus et l'intérêt collectif doit être recherché avec mesure, clairvoyance et réalisme, en évitant toute décision de portée inconsidérée ou à caractère doctrinal.

Il est, sans aucun doute, important que les ordonnateurs de soins soient davantage conscients de leurs responsabilités éminentes dans le bon équilibre de la solidarité nationale en cette matière. Mais, en tout état de cause, la mise en œuvre du blocage des dépenses de soins dans une enveloppe prédéterminée en fonction de l'évolution de la production intérieure brute, encore préconisée par le Gouvernement, risque d'engager l'avenir dans une impasse.

Certes, il est rassurant de prendre comme repère provisoire la simple reconduction d'un budget d'une année sur l'autre. Mais les problèmes de santé constituent l'une des grandes priorités nationales ; la possibilité d'un transfert d'une partie des ressources nationales à son profit doit rester ouverte, quelle que soit, par ailleurs, l'évolution globale des recettes.

Inversement, si une diminution des dépenses est possible dans ce secteur, et elle l'est sûrement à moyen et à long terme, il serait inutile de continuer à maintenir les dépenses au niveau antérieur par l'application d'une mesure de facilité.

La nouvelle convention nationale des médecins a été approuvée. Elle apporte un certain nombre de novations importantes dont les modalités de mise en œuvre et les effets seront mieux connus après une période suffisante d'application. La situation devrait être plus claire dès la fin de cette année. Les médecins et les caisses ont d'ailleurs pris rendez-vous pour le printemps prochain, puisqu'il est convenu que la convention sera entièrement réexaminée à ce moment au vu de l'expérience.

Tout au plus, peut-on aujourd'hui formuler quelques remarques et appréciations, nécessairement partielles.

Sur les objectifs essentiels indiqués par les signataires de ce texte, votre rapporteur ne peut que marquer son plein accord. Il s'agit, en effet, d'une part, de prendre conscience des limites d'intervention de l'assurance maladie, qui ne peut trouver à long terme un équilibre financier durable sans un minimum de régulation des dépenses. Il s'agit, d'autre part, de souligner davantage les responsabilités des partenaires en présence — caisse d'assurance maladie et corps médical — dans la recherche de cet équilibre. Plusieurs dispositions de la convention se bornent, d'ailleurs, à faire apparaître de manière expresse des règles qui se pratiquaient antérieurement sans formulation écrite.

A cet égard, le contrôle du bien-fondé des prescriptions doit être renforcé chaque fois que cela est possible, du fait du degré élevé d'intégration des problèmes de santé dans la solidarité nationale. Un tel contrôle doit être considéré comme l'un des fondements modernes de la justice sociale. Mais, compte tenu du caractère particulier de l'exercice de la médecine — qu'on ne peut en aucun cas assimiler à une simple technique — il ne doit être effectué que par des instances professionnelles totalement indépendantes de toute contrainte politique.

Dans cette optique, l'utilisation de tableaux statistiques peut se révéler dangereuse ou, au contraire, rendre de grands services. La convention institue une procédure d'utilisation de ces tableaux statistiques à la fois plus rapide et plus contraignante. Les tableaux établis par les caisses seront communiqués au moins deux fois par mois à chaque médecin et feront apparaître la nature et le nombre d'actes réalisés, ainsi que le contenu et le coût des prescriptions remboursées. En même temps, grâce à la modernisation progressive des procédures de gestion et notamment à l'extension du traitement informatique des informations, la qualité des tableaux, jusqu'à maintenant fort discutable, sera améliorée et pourra alors constituer une meilleure base d'information et d'analyse.

D'autres dispositions de la convention apportent aussi des innovations qui méritent d'être soulignées.

Ainsi, en matière de tarification, les médecins conventionnés, et donc tenus au respect des dispositions conventionnelles, qui souhaitent pratiquer des tarifs différents des tarifs conventionnels, peuvent le faire en restant « dans les limites du tact et de la mesure » et après avoir fait connaître leur option à la caisse. Ils prennent alors en charge le financement de leurs avantages sociaux, maladie et vieillesse.

La convention recherche aussi une meilleure coordination et la reconnaissance d'un rôle élargi aux différents acteurs intervenant dans la vie du système conventionnel. C'est ainsi que les parties signataires, caisses d'assurance maladie et médecins

reconnaissent la nécessité de mettre au point des méthodes d'évaluation et de contrôle du bon usage des soins; estiment nécessaire de mettre en place des actions de prévention parallèlement à celles conduites par les pouvoirs publics; favorisent la diffusion vers le corps médical et les assurés sociaux des informations en vue d'une meilleure utilisation du système de soins.

Le rôle des médecins-conseils est défini et élargi. De même, grâce à diverses dispositions de la convention concernant, par exemple, la représentation aux comités paritaires locaux ou l'information en cas de mise hors convention, le conseil de l'ordre des médecins devrait être mieux à même de suivre la vie conventionnelle.

Au total, mes chers collègues, il faudra, pour porter un jugement d'ensemble sur l'étendue effective de ces accords et sur l'intérêt de ces diverses dispositions, laisser passer l'épreuve du temps, car bien des ambiguïtés demeurent, qu'il faudra lever progressivement en se gardant de toute passion.

Il faudra surtout veiller à ce que l'action qui a été entreprise uniquement sur l'offre de soins n'ait pas de conséquences fâcheuses sur la qualité des soins.

Un mot maintenant de l'action sociale.

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

M. Bernard Pons, rapporteur spécial. Je termine, monsieur le président.

Constatant l'augmentation très rapide des dépenses d'action sociale, la commission des finances a demandé, lors de l'examen du budget pour 1980, que soit réalisé un bilan d'ensemble des dépenses d'action sociale.

Selon les indications qui m'ont été fournies, le Gouvernement a engagé plusieurs actions pour mieux maîtriser les dépenses d'aide sociale : priorité au maintien en milieu ordinaire; contrôle de la création des établissements sociaux; lutte contre la médicalisation excessive de certains établissements; contrôle des dépenses — rémunérations, prix de journée, frais de gestion notamment; analyse de gestion des dépenses.

Il est indéniable que l'administration dispose d'un ensemble très important de moyens pour réguler, sinon véritablement contrôler, des dépenses dont l'origine première relève des collectivités et donc lui échappe. Le rôle charnière joué par les directions de l'action sanitaire et sociale entre l'administration centrale et les collectivités doit être tout particulièrement souligné. On sera donc particulièrement attentif à l'évolution de ces dépenses.

Il n'est en effet pas niable que plusieurs chefs de dépenses pèsent lourdement sur les crédits d'aide sociale ou, plus largement, d'action sociale rendant plus indispensable une très grande vigilance sur l'utilisation des fonds publics dans ce domaine. L'augmentation considérable du coût de certains soins — chirurgie, interventions très spécialisées — a pour effet d'augmenter dans les mêmes proportions le ticket modérateur à la charge des assurés sociaux et donc les interventions complémentaires de l'aide sociale.

Les dépenses concernant les personnes âgées augmentent rapidement, malgré les ajustements en hausse du minimum vieillesse, en raison de la croissance du nombre des bénéficiaires. L'accueil des réfugiés, en particulier ceux du Sud-Est asiatique, se traduit par des dépenses supplémentaires d'aide sociale relativement lourdes, que l'on peut estimer entre 500 millions et 1 milliard de francs sur deux ou trois ans.

Les subventions aux régimes sociaux déficitaires, notamment à la sécurité sociale des mines, se sont alourdies. Cumulées avec l'aide sociale, elles dépassent la moitié du total des dépenses d'action sociale.

L'Etat accorde en outre des subventions à un très grand nombre d'associations dans des secteurs très divers d'activité. Il est exact que ces associations rendent souvent de précieux services en démultipliant, à moindre frais et par un meilleur contact avec le public, l'action des services administratifs. Toutefois, il semble que les subventions anciennes soient reconduites trop systématiquement d'année en année, alors que de nouvelles aides sont attribuées par ailleurs. Une révision d'ensemble serait sans doute utile dans ce domaine.

Tels sont, monsieur le ministre, messieurs les secrétaires d'Etat, les points sur lesquels je tenais à appeler votre attention en indiquant à mes collègues que la commission des finances a adopté les propositions du Gouvernement.

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

M. Gilbert Barbier, rapporteur pour avis. Monsieur le ministre, messieurs les secrétaires d'Etat, mes chers collègues, ce projet de budget pour 1981 du ministère de la santé et de la sécurité sociale d'un montant de 32,130 milliards de francs est en augmentation de 10,9 p. 100 par rapport à 1980.

La diminution des dépenses en capital, rendue possible du fait de la satisfaction des besoins, à l'exception de certains secteurs et de quelques types d'établissements, et aussi la progression plus faible des dépenses obligatoires, qui représente néanmoins 84 p. 100 de ce projet, ont permis au ministère de dégager des moyens relativement substantiels pour entreprendre ou développer des actions importantes dans les domaines de la prévention sanitaire, de la pharmacie et du médicament, de la formation des personnels médicaux et sociaux, de la recherche médicale et également dans certains secteurs de l'action sociale.

Il est difficile d'évoquer l'ensemble des secteurs intéressés, je me limiterai à certains problèmes précis.

En ce qui concerne l'administration centrale, la stagnation des effectifs apparaît peu préjudiciable, si l'on reprend l'observation faite l'an dernier sur le décalage entre les effectifs budgétaires et la réalité qui porte sur 10 p. 100 des postes. En effet, 2 804 étaient pourvus au 1^{er} juillet sur 3 097 théoriques.

La création d'une nouvelle direction, la direction générale de la santé et des hôpitaux, semble devoir être bénéfique pour l'action globale du ministère et constitue une preuve tangible de la lutte contre les excès de l'hospitalo-centrisme, souvent évoqué.

Pour les services extérieurs, la réorganisation se poursuit. Une fois celle-ci terminée, il faudra revoir les besoins en personnel de certains corps techniques, notamment dans la perspective de l'application de la réforme des collectivités locales. L'adaptation de l'appareil administratif aux nouveaux mécanismes et aux nouvelles structures constituera dans les années à venir un impératif majeur si l'on veut en assurer le succès.

A ce sujet, même si ce n'est pas le moment d'épiloguer sur cette réforme — encore que j'aie souhaité dans le rapport écrit faire le point de la situation après la première lecture du Sénat — il importe de faire une remarque sur le fond.

Cette réforme, s'appliquant à l'aide sociale et aux dépenses « contingentables », d'hygiène et de prévention sanitaire, a un objectif évident de clarification, de simplification. Mais la répartition des compétences instaurera un interlocuteur unique, et malgré les obligations légales et réglementaires, ne risquez-vous pas de voir certaines collectivités locales et même l'Etat « trainer un peu les pieds » dans l'application? La complémentarité existante n'est-elle pas un facteur dynamisant qui risque de disparaître?

L'aide sociale à l'enfance représente 60 p. 100 des dépenses d'aide sociale et connaît une croissance substantielle et régulière — 1,041 milliard de francs, soit une augmentation de 14 p. 100 — avec des évolutions divergentes de postes. Ainsi la dotation du placement familial augmente de près de 50 p. 100, alors que le financement des placements en établissements ne progresse que de 9,5 p. 100. Les crédits affectés aux interventions de travailleuses familiales croissent de 20 p. 100. Cela correspond tout à fait à l'orientation maintes fois affirmée de substituer au placement, chaque fois que cela est possible, l'intervention à domicile, humainement plus satisfaisante et financièrement moins lourde.

Le rapport Bianco et Lamy, récemment rendu public, a procédé à une analyse approfondie des mécanismes et des institutions et a formulé des propositions regroupées autour de trois thèmes : rapprocher l'aide sociale à l'enfance des usagers et accentuer ses activités sur les besoins des familles en difficulté, en insistant aussi sur la prévention; assurer la qualité des placements; introduire un nouveau mode de gestion de l'aide sociale à l'enfance.

Il s'agit de propositions tout à fait réalistes qui ne devraient pas rester sans suite. Il est intéressant de noter dans ce sens la progression de 20 p. 100 des dépenses obligatoires de P.M.I.

Dans les actions à caractère social, un effort est consenti au soutien à la vie associative et à l'innovation sociale, de même qu'à l'aide aux familles. Il faut cependant regretter que les

engagements pris en 1975 sur la participation au fonctionnement des centres sociaux ne soient pas tenus. Leur utilité est reconnue dans l'esprit d'un service de proximité et il importe donc, au prix d'un contrôle de gestion rigoureux, d'en assurer la pérennité et de maintenir les engagements de l'Etat.

La mise en œuvre du statut des assistantes maternelles, qui soulevait à l'origine plusieurs difficultés et quelques réticences, a néanmoins été poursuivie avec la parution de quatre circulaires relatives à la formation, à l'agrément, au statut d'ensemble et à la situation statutaire des assistantes employées par l'aide sociale à l'enfance. En outre, un régime fiscal particulier, en faveur de l'Etat, a été institué pour tenir compte des sujétions de cette profession.

L'année 1981 sera l'année internationale des handicapés.

Mais la dotation de 9,3 millions de francs, consacrée aux personnes inadaptées et handicapées, sous forme d'actions diverses, apparaît faible au regard du grand élan que l'on entend susciter et de l'attente des intéressés, même si l'essentiel du dispositif prévu par la loi d'orientation est en place et fonctionne convenablement.

Les difficultés de mise en route des commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel et des commissions départementales de l'éducation spéciale ont été surmontées, mais le nombre d'emplois réservés offerts réellement aux handicapés apparaît encore bien faible et non conforme aux obligations.

Trois points retiendront mon attention.

Le premier porte sur la nécessité d'une application rigoureuse et d'un contrôle des dispositions prévues pour l'accessibilité des installations ouvertes au public, aux logements et aux transports publics.

Le deuxième concerne les difficultés d'agrément pour la création de maisons d'accueil spécialisées. Ayant interrogé vos services à ce propos, monsieur le ministre, il m'a été répondu que le motif le plus fréquent de rejet était l'absence ou l'insuffisance d'analyse des besoins et que, pour être pertinente, une telle analyse devait être effectuée au niveau régional. Qui va se charger de cette analyse et l'entamer ? Il y a urgence à régler ce problème pour ne pas bloquer une situation préjudiciable aux handicapés.

Enfin, j'évoquerai, ne serait-ce que pour mémoire, les difficultés engendrées par les retards de versement du complément de rémunération au titre de la garantie de ressources.

Vous m'avez assuré que les nouvelles dispositions fonctionnent à la satisfaction des services administratifs comme des établissements. C'est le seul souhait que nous formulons.

Pour les personnes âgées, l'aide sociale augmente de 343 millions de francs, soit de 24 p. 100, mais l'action sociale voit sa dotation inchangée pour 1981.

D'importants progrès ont été faits au cours du VII^e Plan, même si les objectifs du P.A.P. n° 15 n'ont pas été totalement atteints.

Notons au passage les mesures prises pour le raccordement téléphonique par le secrétariat d'Etat aux postes et télécommunications : exonération de la taxe aux titulaires du fonds national de solidarité, priorité et superpriorité d'installation.

L'aide ménagère à domicile des personnes âgées a connu une croissance exceptionnelle au cours des dernières années : les crédits sont passés de 50 millions de francs en 1970 à 1 300 millions en 1980.

Ce type d'action connaît un réel succès et son existence même crée de nouveaux besoins. Mais, si son coût peut paraître important, peut-on chiffrer « le manque à dépenser » qu'il représente pour la collectivité, sans parler du confort moral qu'il apporte à ces personnes ?

Qu'en est-il de la prévention ?

En abordant les actions sanitaires proprement dites, il est apparu opportun de mettre en valeur la perspective « environnementaliste » au sens sanitaire du terme, des fléaux qui sont, il faut le constater, à l'origine de plus de la moitié de la morbidité et de la mortalité en France. Il est en effet souhaitable de prendre mieux conscience des liens entre certaines maladies et le mode de vie, de relier entre elles le caractère multiforme des actions des pouvoirs publics.

Si l'on peut se féliciter des initiatives prévues en matière de lutte contre le cancer, de lutte contre l'alcoolisme, il apparaît de plus en plus nécessaire de prendre en compte la prévention des fléaux dans son ensemble — et non des préventions — pour

assurer le suivi des actions entreprises, d'en conforter les effets et d'en lirer les conséquences.

Le développement d'une manière coordonnée de la prévention tous azimuts est, à n'en pas douter, la grande tâche des années 80.

Dans les actions relatives aux personnels médicaux, notons l'effort entrepris en faveur de la formation. Des précisions tangibles, qu'il est difficile de rapporter ici dans leur ensemble, ont été fournies sur la mise en œuvre de la réforme des études médicales. Des aménagements sensibles ont été apportés aux programmes visant à orienter d'une manière plus directe la formation vers les besoins réels de l'individu et de la collectivité.

Le rapport de la commission « protection sociale et famille » du VIII^e Plan apporte, tout en gardant l'acquis scientifique considérable de notre époque, des précisions intéressantes sur les possibilités de réapprendre l'art de l'examen clinique et du diagnostic personnel.

L'effort fait en faveur de la formation médicale continue qui passe de 2 millions à 4,6 millions de francs, doit permettre de donner toute son ampleur aux conventions signées avec l'organisme unifié, l'union nationale des associations de formation médicale continue — UNAFORMEC.

Faire prendre conscience à une majorité de médecins de la nécessité et de l'utilité de cette formation reste un souci prioritaire et les nouvelles initiatives doivent être encouragées.

Il convient de noter les résultats intéressants des guichets d'information sur la répartition géographique des médecins. Il apparaît utile d'étendre — cela est prévu — cette action à l'ensemble du territoire.

Mais le qualitatif est une chose et le quantitatif, une autre. La démographie médicale galopante n'est pas sans provoquer de vives inquiétudes. Il me paraît absolument nécessaire d'ouvrir très rapidement dans des directions très diverses certaines soupapes telles que des mesures incitatives au départ à la retraite des médecins de plus de soixante ans, l'ouverture de postes médicaux dans la fonction publique, l'incitation à l'expatriation vers des pays où le manque de médecins fait cruellement défaut, avec des garanties de réintégration au retour, etc.

Je crois que les pouvoirs publics ont en ce domaine un rôle actif à jouer, la conjonction de ces mesures ayant des effets déflationnistes immédiats.

J'ai souhaité isoler dans le rapport les problèmes relatifs à la psychiatrie qui sont, sans doute, les plus difficiles et les plus ingrats de ceux qui se posent dans le secteur hospitalier.

La politique de sectorisation engagée en 1960 n'a, semble-t-il, commencé à faire sentir ses effets qu'au début des années 70. Sur le papier, il existe actuellement 710 secteurs et 203 secteurs infanto-juvéniles. Mais le fonctionnement de beaucoup d'entre eux laisse à désirer et ne correspond guère aux perspectives tracées à l'origine.

Si la population soignée ou vivant dans les hôpitaux psychiatriques reste importante, cela s'explique non seulement par l'insuffisance de la sectorisation effective, mais aussi par des admissions abusives, de personnes âgées notamment. La grande taille de certains établissements, l'incohérence de leur régime financier, et des soins extra-hospitaliers contribuent aussi largement au maintien d'une situation peu satisfaisante.

Tous ces mécanismes sont à l'origine d'un retard dans l'humanisation du secteur psychiatrique et de conditions de séjour souvent inacceptables en 1980.

Je sais, monsieur le ministre, l'intérêt que vous attachez à cette situation puisque vous avez demandé un rapport, rapport qui a d'ailleurs fait l'objet d'une indiscretion au bénéfice de la presse, mais dont les parlementaires n'ont pas eu connaissance, et nous le regrettons.

M. Jean Delaneau. Ce n'est pas la première fois !

M. Gilbert Barbier, rapporteur pour avis. Pour en terminer sur ce point, je poserai la question beaucoup plus générale de savoir si le régime des admissions dans les hôpitaux psychiatriques ne doit pas être revu, notamment en ce qui concerne le placement d'office.

En abordant les problèmes liés à l'assurance maladie, je ne veux pas revenir aux traditionnelles questions de savoir s'il faut oui ou non réformer le mode de financement de la sécu-

rité sociale, s'il faut chercher des apports diversifiés, mais je répète que maîtriser les dépenses de santé apparaît comme une obligation si l'on veut espérer maintenir le système de couverture sociale qui est le nôtre aujourd'hui.

Ce n'est pas au moment où la généralisation de la sécurité sociale est obtenue qu'il faut, par laxisme ou simple laisser-faire, risquer la remise en cause de l'accès aux soins et au système de distribution.

L'absence de maîtrise des dépenses ne peut aboutir, à court terme ou à moyen terme, qu'à un démantèlement du système de protection, soit en détachant le coût total des dépenses de santé des ménages des dépenses du remboursement de l'assurance maladie soit, au contraire, soit en instituant un système étatisé de distribution avec disparition de la médecine libérale à laquelle l'immense majorité des Français reste attachée.

Ne pas vouloir admettre cette évidence en affirmant qu'un taux de croissance plus important résoudrait tous les problèmes n'est ni réaliste, ni responsable. La maîtrise concertée des dépenses s'impose quelles que soient les situations, quel que soit l'environnement économique.

Les efforts entrepris depuis plus d'un an traduisent les possibilités en la matière sans que quiconque puisse démontrer qu'une atteinte est portée au niveau de santé des Français, bien au contraire.

En ce qui concerne la médecine dite de ville, depuis 1971 les relations entre les médecins et la sécurité sociale étaient réglées par un système conventionnel fait essentiellement d'accords tarifaires fonctionnant à la satisfaction des parties concernées, sans qu'aucune considération globale des dépenses ne soit prise en compte, le choix politique de maîtrise des dépenses étant fait d'une façon claire et sans ambiguïté. Cette maîtrise s'impose au secteur libéral comme aux autres secteurs. Elle peut se faire soit d'une manière autoritaire et rigide, soit d'une manière plus souple, en concertation avec la profession par une autodiscipline librement consentie.

La prise de conscience et les efforts consentis ont des résultats positifs comme en atteste le rapport sur les comptes de la sécurité sociale qui vient de nous être communiqué.

En revanche, la progression des dépenses d'hospitalisation publique demeure fort inquiétante et, malgré les pourcentages de progression autorisés et brandis en signe de désespérance, les dépenses de l'assurance maladie dans ce secteur ont augmenté de 19,1 p. 100.

M. le président. Je vous prie de conclure, monsieur le rapporteur pour avis.

M. Gilbert Barbier, rapporteur pour avis. Je conclus, monsieur le président.

Il y a là un mystère que le rapport du C. E. R. C. — centre d'étude des revenus et des coûts — met en évidence en faisant état de la disparité des situations, de la faiblesse de l'appareil statistique et comptable. Il conviendrait donc de disposer d'informations nombreuses, affinées, par type de service et d'établissement pour mieux apprécier l'évolution des dépenses.

Le temps me manque pour aborder plus à fond la formation des coûts hospitaliers et je voudrais en concluant, monsieur le ministre, vous dire que les parlementaires suivent avec beaucoup d'attention la politique que vous menez d'une façon courageuse, réaliste et efficace, mais ils regrettent cependant que l'article 2 de la loi de finances de 1980 disposant que « Dans le cadre des dispositions constitutionnelles, organiques et législatives en vigueur, le Parlement se prononce chaque année sur l'évolution des recettes et des dépenses constituant l'effort social de la nation pour l'exercice budgétaire en cours, et ce à partir de 1980 » n'ait pas été appliqué.

Tant pour une raison de principe que pour une raison de fond, ce manquement est regrettable. Qu'il nous soit permis de souhaiter qu'en contrepoint à la session budgétaire, ce débat d'orientation ait lieu à la session de printemps.

Suivant les conclusions de son rapporteur, la commission des affaires culturelles, familiales et sociales a adopté les crédits du ministère de la santé et de la sécurité sociale, pour la santé et l'assurance maladie. (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. Fabius, rapporteur spécial de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan, pour la sécurité sociale.

M. Laurent Fabius, rapporteur spécial. Mesdames, messieurs, une erreur de diagnostic, une erreur de pronostic et une erreur de thérapeutique, voilà ce qui, à notre avis, résume assez bien, par rapport à l'intérêt général, la politique du Gouvernement à l'égard de la sécurité sociale.

M. Jean Delaneau. C'est votre avis personnel, pas celui de la commission, que vous devriez rapporter.

M. Laurent Fabius, rapporteur spécial. Les crédits inscrits aux chapitres 47-22 et 47-23, qui concernent la majoration des rentes, des anciens combattants et victimes de guerre et les subventions à divers régimes de la sécurité sociale — régime de retraite des mines, caisse mutuelle de retraite des agents des chemins de fer secondaires et des tramways, allocations en faveur des Français d'outre-mer, caisse de prévoyance sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon — s'élèvent à 7 milliards 100 millions, soit une augmentation de 7,7 p. 100 par rapport à 1980, alors que le total des concours de l'Etat atteindra l'année prochaine environ 52 milliards.

Mais, traditionnellement, la discussion du budget de la sécurité sociale est l'occasion de remarques générales que je vais maintenant aborder en sélectionnant deux thèmes majeurs, vous demandant, pour le reste, de vous reporter à mon rapport écrit : le contraste entre un redressement comptable et sans doute pré-électoral et des perspectives de fond inquiétantes.

L'évolution actuelle de la sécurité sociale au plan financier se caractérise d'abord — je vous en donne acte, monsieur le ministre — par un redressement fragile des comptes. En juillet 1979, le déficit prévisible avait été évalué pour l'année à 12,5 milliards. En novembre 1980, on prévoit pour l'année en cours 8,3 milliards d'excédent. Mais, pour 1981, sur la base d'hypothèses économiques d'ailleurs probablement flattées, nous retrouvons un déficit de 3,2 milliards de francs.

Par quoi ce redressement a-t-il été obtenu ? C'est là sans doute où nous divergeons, monsieur le ministre. Je pense, pour ma part, qu'il a été obtenu essentiellement par une ponction sur les assurés sociaux dont je donnerai quelques exemples.

La cotisation supplémentaire de 1 p. 100 sur les salaires à produit, pour l'année 1980, un supplément de recettes de 990 millions de francs, le dé plafonnement des cotisations ouvrières d'assurance maladie 1 400 millions de francs, et la cotisation d'assurance maladie assise sur les retraites 600 millions de francs.

Il apparaît déjà que ces trois mesures, très critiquables, du point de vue social, représentent l'essentiel du redressement des comptes.

M. Jacques Barrot, ministre de la santé et de la sécurité sociale. Le dé plafonnement des cotisations serait critiquable ?

M. Laurent Fabius, rapporteur spécial. Sur toutes ces questions, vous répondrez sans doute tout à l'heure, monsieur le ministre.

M. Jean Delaneau. Avec votre autorisation, peut-être ?

M. Laurent Fabius, rapporteur spécial. D'autres mesures sont également critiquables.

D'abord, la décision prise, puis rapportée, d'instituer un ticket modérateur d'ordre public. Je n'aurai pas la cruauté de rappeler les propos définitifs tenus par les représentants du Gouvernement et de la majorité pour nous expliquer que c'était une nécessité absolue. Nous constatons, nous, qu'elle était à la fois injuste, inefficace et inacceptable.

Le bon sens, ou plutôt, le rapport des forces a prévalu, et vous êtes revenu sur cette mesure. Tant mieux !

J'en profite pour féliciter le président de la fédération nationale de la mutualité française, M. Teulade, de l'action engagée et menée à bien, au nom des millions de mutualistes français.

Deuxième mesure critiquable : l'institution d'une franchise pour les maladies de longue durée. Et oui ! il existe désormais, avec votre politique, une franchise de 80 francs par mois pour les maladies qui ne figurent pas sur la liste des vingt-cinq qui ouvrent droit à l'exonération du ticket modérateur. Cela pénalise des assurés sociaux de condition très modeste, et nous en connaissons tous.

Troisième mesure très critiquable : les chômeurs non indemnisés perdent leur droit à une protection sociale gratuite à l'issue d'une période de douze mois.

Monsieur le ministre, vous avez été député, et vous vous occupez encore activement de votre circonscription : je suis sûr que, comme tous nos collègues, vous recevez des lettres de ces chômeurs qui non seulement, au bout de douze mois, ne retrouvent pas un emploi mais auxquels, en plus, vous infligez la perte de la protection sociale gratuite. J'insiste pour qu'on revienne sur cette mesure qui est profondément injuste.

Quatrième mesure critiquable : la création d'un double secteur médical. Je cite ici quatre chiffres qui, j'imagine, seront discutés tout au long de cette journée.

Avec votre réforme, la part des honoraires libres par rapport au total, qui représentait auparavant 15,4 p. 100, va désormais représenter 18,96 p. 100 alors que la part des honoraires conventionnels sans droit à dépassement, qui représentait auparavant 84,6 p. 100, représente désormais 81,04 p. 100. Il s'agit d'une évolution très inquiétante vers la médecine à deux vitesses que nous dénonçons récemment.

J'ajouterais toute une série de mesures qui constituent des menaces pour la qualité des soins, au premier rang desquelles le principe de l'enveloppe bloquée des dépenses. Mais c'est d'une façon plus neuve sans doute, aux perspectives pour les années qui viennent que je consacrerai l'essentiel de mon exposé.

On a entendu, à la télévision et à la radio, les ministres se féliciter du redressement des comptes de la sécurité sociale et oublier bien vite les années qui s'annoncent. Je voudrais, pour ma part, reprenant simplement les chiffres officiels, montrer qu'il existe, à continuer la politique actuelle, un risque de détérioration profonde.

Pour 1980-1981, j'ai déjà donné les évaluations : cette année, un excédent de 8,3 milliards de francs pour le régime général ; mais déjà, l'an prochain, un déficit de 3,2 milliards de francs avec une hypothèse de croissance du produit intérieur brut supérieure à 2 p. 100, légèrement flattée, je le crains, puisque le projet de loi de finances fixe une base de progression du P.I.B. de 1,6 p. 100. Selon les services officiels eux-mêmes, cette détérioration des comptes a pour première cause le chômage : 100 000 chômeurs représentent, en moins-value de cotisations, 1 977 millions de francs.

Faites le compte avec le nombre réel de chômeurs, ajoutez les charges indues qui, selon nos évaluations, se situent, l'année prochaine, entre 20 et 30 milliards et vous verrez tout de suite ce qu'il en est du déficit de la sécurité sociale.

J'en viens maintenant aux prévisions du VIII^e Plan qui montrent combien il est nécessaire d'aborder, tout autrement que vous ne le faites, les perspectives d'avenir de la sécurité sociale.

Deux modèles officiels ont « tourné », comme disent les spécialistes, dans le cadre de la préparation du VIII^e Plan, pour chercher à évaluer, avec des marges d'erreur sans doute, quels pourraient être, en 1985, les résultats de la sécurité sociale. Je vais porter, pour la première fois, je crois, à la connaissance de l'Assemblée les chiffres auxquels on aboutit.

Avec le modèle D. M. S. qui signifie — excusez le jargon — « dynamique multi-sectoriel », sans relèvements des cotisations, ces hypothèses font apparaître pour 1985 un déficit de la sécurité sociale de 50 milliards de francs et un déficit de l'indemnisation du chômage de 30 milliards de francs ; il s'agit de francs constants.

Pour sa part, la commission de protection sociale du Plan à laquelle participaient certains des experts qui vous assistent aujourd'hui, monsieur le ministre, avait retenu quatre scénarios en fonction de la croissance prévue : 0 p. 100, 2 p. 100, 4 p. 100 et 6 p. 100. L'éventail est large et j'imagine que l'un de ces taux sera effectif.

Avec le modèle malheureusement le plus vraisemblable, si la politique actuelle de non-croissance ou de faible croissance est maintenue, 2 p. 100 de croissance annuelle, le déficit atteindra en 1985, en francs constants, 111 milliards de francs. Autrement dit, les régimes éclateront.

A parir de ces estimations, le Gouvernement a le choix entre deux attitudes. Ou bien, il procède à des réformes structurelles, d'une tout autre nature que celles qu'il a commencé à faire, ou bien il continue sa propagande sur la prétendue pause des cotisations sociales et fiscales et il démontrera que c'est du bluff. Il faut choisir, et j'espère que vous nous répondrez sur ce point au moins.

Les quatre scénarios étudiés par la commission de la protection sociale du VIII^e Plan aboutissent à d'autres résultats intéressants, que je vais résumer.

D'abord, le solde des comptes de la sécurité sociale est très directement lié au taux de croissance retenu.

M. le ministre de la santé et de la sécurité sociale. Evidemment !

M. Laurent Fabius, rapporteur spécial. Vous rirez peut-être moins dans un instant.

M. le ministre de la santé et de la sécurité sociale. Je ne ris pas !

M. Laurent Fabius, rapporteur spécial. En gros, 1 p. 100 de croissance représente une diminution du déficit de 25 à 30 milliards pour 1985.

Or, messieurs les ministres, mesdames et messieurs les membres de la majorité, vous avez choisi pour l'an prochain un taux de croissance de 1,6 p. 100. M. Barre s'obstine à nous répéter que la croissance n'est plus ce qu'elle était et que des taux de 2 à 3 p. 100 sont des maximums. Tout cela signifie qu'avec votre politique, sans changer le fond des mécanismes, les déficits tourneront en 1985 autour de 100 milliards en francs constants, et conforte l'avis de ceux qui, comme nous, demandent que l'on prenne des mesures appropriées en vue d'une relance sélective qui aurait comme premier effet de faire baisser le chômage et comme effet second de diminuer ce déficit.

La deuxième conclusion que l'on tire des prévisions de la commission de la protection sociale du VIII^e Plan est que les dispositions législatives ont certes une incidence sur les soldes en 1985, mais que cette incidence est, tout compte fait, bien moins grande que celle qui résulte du taux de croissance retenu et du chômage qui l'accompagne.

Troisième conclusion : si l'on veut favoriser l'emploi et l'équilibre extérieur, qui sont deux objectifs fondamentaux que la France doit viser, il ne faut pas diminuer les dépenses de santé, comme vous voulez le faire, car, au-delà de leur nécessité pour l'équilibre social du pays, elles ont un effet bénéfique sur l'emploi et elles se traduisent par de très faibles importations.

Il existe donc un risque de détérioration profonde à l'horizon 1985, si la même politique est maintenue, qui impose de mener des réformes de fond. Ces réformes, je les ai analysées dans mon rapport écrit sous quatre chapitres : clarifier les choix en réformant le mode de financement de la sécurité sociale ; réduire les inégalités, beaucoup trop importantes en France ; permettre le développement d'une médecine plus globale et plus humaine ; rendre leurs responsabilités aux assurés.

Erreur, volontaire, de diagnostic, de pronostic et de thérapeutique, disais-je en commençant. Ce sont en effet deux conceptions qui s'opposent — et, après tout, c'est un noble débat — en matière de sécurité sociale.

Diagnostic : vous estimez que les Français se soignent trop, que l'hôpital dépense trop ; nous pensons, nous, que la sécurité sociale est avant tout malade du chômage.

Pronostic : vous vous gardez bien d'aller au-delà de l'horizon 1981 — la barrière des élections présidentielles vous en empêche sans doute — alors que nous demandons une prise de conscience des conséquences auxquelles conduit votre politique qui, sur le seul plan financier, serait catastrophique à long terme.

Divergences sur la thérapeutique : vous voulez, j'imagine, soit alourdir, sans rien changer par ailleurs, les cotisations sociales, soit remettre en cause les acquis sociaux, alors que nous pensons, nous, qu'il s'agit d'engager les réformes de fond dont j'ai tracé les principales lignes.

Ces divergences ont conduit le rapporteur spécial de la commission des finances à proposer le rejet des crédits pour désapprouver la vision que vous avez, messieurs les ministres, de la sécurité sociale. Elles ont conduit la majorité de la commission à approuver ces mêmes crédits.

En revanche, la commission s'est retrouvée unanime pour se féliciter de l'abandon du ticket modérateur qui était pourtant l'un des chevaux de bataille du Gouvernement, pour demander une extension du revenu minimal familial aux familles dont les revenus ne sont pas supérieurs au S.M.I.C. et pour rappeler la nécessité d'une réforme profonde du financement de la sécurité sociale. (Applaudissements sur les bancs des socialistes.)

Rappels au règlement.

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

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

M. Joseph Comiti. Monsieur le président, à la lecture de la feuille de séance qu'on nous distribue à l'entrée de l'hémicycle, j'avais cru comprendre que M. Fabius était le rapporteur de la commission des finances. Or nous n'avons entendu que son avis personnel et non celui de la commission. Il s'est borné à rappeler qu'elle avait approuvé les crédits, et n'a, à aucun moment, présenté les observations qu'elle avait faites. Pourtant, que je sache, c'est le rapporteur de la commission des finances qui devait s'exprimer, et non un orateur du groupe socialiste. (Applaudissements sur les bancs du rassemblement pour la République et de l'union pour la démocratie française.)

M. Laurent Fabius, rapporteur spécial. Ayant été mis en cause, je demande la parole, monsieur le président.

M. le président. Pour un fait personnel, je ne puis vous donner la parole qu'en fin de séance, monsieur Fabius.

M. Laurent Fabius, rapporteur spécial. Dans ces conditions, je demande la parole pour un rappel au règlement.

M. Joseph Comiti. Le règlement que vous avez oublié !

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

M. Laurent Fabius, rapporteur spécial. Finalement, les années passent et les observations restent identiques. En effet, je me souviens que, l'année dernière, le même reproche avait déjà été présenté.

Je voudrais donc mettre les choses au point, non pas en mon nom personnel, mais pour tous les rapporteurs de l'opposition.

Ce que nous défendons c'est le point de vue qui est exposé dans les rapports écrits. Mais nous avons ensuite l'honnêteté de préciser — et je l'ai fait à la fin de mon intervention — si ce point de vue a été ou non adopté par la commission.

On ne peut pas, monsieur Comiti, demander à un député de l'opposition de faire comme s'il avait des opinions différentes de celles qui sont les siennes, de se comporter comme une sorte de caméléon. Il est normal qu'il se contente, à la fin de son exposé, de rappeler la position finale de la commission. Mais peut-être veut-on revenir à la conception qui a prévalu à une certaine époque et qui consistait à n'attribuer aucun rapport à l'opposition.

Il faut être cohérent : si l'on attribue des rapports à l'opposition elle doit avoir la possibilité de s'exprimer. Sinon, qu'on ne lui confie plus de rapports et les choses seront nettes. En tout état de cause, qu'on ne compte pas sur l'opposition pour défendre le point de vue de la majorité. (Applaudissements sur les bancs des socialistes.)

M. Jean Delaneau. C'est une question d'honnêteté intellectuelle !

M. le président. Mes chers collègues, c'est une affaire qui concerne les commissions, lesquelles décident de l'attribution des rapports.

Reprise de la discussion.

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

M. Jean Delaneau. Voici un second exemple pour M. Comiti !

M. Alain Léger, rapporteur pour avis. La régression sociale est une nécessité dictée par notre survie économique. Ce postulat, abondamment développé par le grand patronat, mis en œuvre par le Gouvernement, constitue l'axe d'une campagne idéologique de haut niveau.

Le thème de la facture sociale est brandi dans tous les débats concernant l'emploi, préoccupation majeure des citoyens. C'est dire la place que prennent la protection sociale, son finance-

ment, son organisation, son étendue dans la vie quotidienne de tous les Français, et particulièrement de ceux qui sont le plus frappés par les difficultés de la vie actuelle.

Deux faits majeurs illustrent mon propos :

Premièrement, les luttes de mai et juin 1980 concernant la sécurité sociale, la proposition de loi Berger, le ticket modérateur d'ordre public et la convention médicale ;

Deuxièmement, le contenu du rapport de la commission « Protection sociale et famille » qui prépare les orientations du VIII^e Plan.

Il est utile, dans le cadre de cette discussion budgétaire, d'analyser tout ce qui bouge, ce qui est neuf, tant dans la conscience des travailleurs que dans la stratégie gouvernementale.

A un moment où vous, le ministre de la santé et de la sécurité sociale, parlez de recentrage de l'appareil de distribution des soins et de la protection sociale, il convient d'éclairer l'opinion sur les choix actuels et à venir pour que le système de garantie établi en 1945 ne hascule pas définitivement dans un système de rationnement.

En raison du temps dont je dispose, je ne pourrai aborder tous les points développés dans mon rapport : l'hôpital, le contrôle parlementaire de l'effort social du pays, les luttes de mai 1980.

J'ai donc choisi de m'arrêter sur les liens qui existent entre le niveau de protection sociale et l'emploi, car c'est là le fond du débat.

Le rapport sur l'adaptation du VII^e Plan a défini la logique qui inspire la politique économique du Gouvernement, et donc la vôtre, monsieur le ministre. L'emploi est lié à la croissance. La croissance est liée à l'équilibre extérieur. L'équilibre extérieur est lié à l'adaptation de notre industrie et au renforcement de sa compétitivité. L'affaiblissement de sa compétitivité résulterait d'un handicap de prix qui trouverait sa source dans des coûts de production défavorables. Pour relancer une croissance économique permettant de retrouver à terme l'emploi et l'équilibre extérieur, il faut renforcer la compétitivité des entreprises françaises en abaissant les coûts de production, en particulier le poids des prélèvements sociaux. Il faut donc maîtriser les dépenses sociales pour aligner leur progression sur celle des prélèvements sociaux ajustée en baisse.

Cette doctrine met donc en opposition emploi et protection sociale. La sécurité sociale, par des prélèvements trop lourds sur les entreprises, affaiblirait leur compétitivité et, par là même, l'emploi, la production, l'équilibre extérieur, la croissance économique.

Qu'en est-il en réalité ?

Premièrement, le poids des prélèvements sociaux sur les entreprises n'explique pas les faiblesses de l'économie française et la fragilité de son appareil de production. Cette affirmation — mon affirmation — s'appuie sur le rapport de la commission « Protection sociale et famille » du VIII^e Plan, qui présente un tableau sur le coût horaire moyen de la main-d'œuvre industrielle dans les pays les plus développés.

La France est en septième position, loin derrière la Belgique, la Suède, les Pays-Bas, la République fédérale d'Allemagne, les Etats-Unis, le Canada, mais devant l'Italie et la Grande-Bretagne. Si la puissance d'une économie et sa capacité à s'assurer une place prédominante dans les échanges internationaux dépendaient de la seule compétitivité par les coûts et par les prix, la Grande-Bretagne devrait être en meilleure position que la France, et la France devrait être mieux située que les Etats-Unis et la République fédérale d'Allemagne. Or c'est le contraire qui se produit.

L'économie française accuse un déficit considérable et croissant avec les Etats-Unis et la République fédérale d'Allemagne. De plus, cet affaiblissement extérieur par rapport aux pôles dominants s'accompagne d'un affaiblissement intérieur, puisque notre déficit industriel est lié principalement à l'accroissement de la part du marché intérieur détenue par les producteurs étrangers, essentiellement américains et allemands. L'ensemble de notre industrie a perdu 15 p. 100 de ce marché en dix ans et 5 p. 100 depuis 1973.

Il faut aussi insister sur notre affaiblissement économique général lié à l'abandon de pans entiers industriels — sidérurgie, textile, chaussure, machine-outil, etc. — en raison d'une inté-

gration poussée à la politique européenne et de la répartition des créneaux industriels entre les différents pays capitalistes.

M. Jean Delaneau. Cela n'a rien à voir avec le rapport de la commission des affaires culturelles !

M. Alain Léger, rapporteur pour avis. Monsieur Delaneau, j'ai assisté à toutes les séances de la commission des affaires culturelles. Je ne vous y ai aperçu que quelques instants.

M. Jean Delaneau. C'était précisément pour y entendre vos conclusions, qui étaient hors du sujet !

M. Alain Léger, rapporteur pour avis. Certes, le poids des cotisations sociales et plus lourd en France que dans la plupart des autres pays. Mais c'est en termes de coût salarial global, c'est-à-dire avec la prise en compte tant du salaire direct que des cotisations sociales qu'il faut raisonner. D'ailleurs la commission du Plan conclut, à partir de ce tableau, que ce n'est pas la compétitivité des entreprises qui pâtit de cette structure de prélèvement, mais les salaires.

Cette situation conduit à la dégradation généralisée du pouvoir d'achat et d'abord à un creusement des inégalités sociales, à une extension de la misère par la privation forcée de besoins littéralement vitaux, comme la santé. Mais elle conduit aussi à une dégradation sensible de la situation de ceux et de celles qui n'ont que des prestations sociales pour vivre, ainsi que des familles pauvres dont les prestations constituent à l'heure actuelle plus de la moitié du budget.

Mais ces faits, qui marquent une accentuation des difficultés des familles défavorisées, ont-ils eu un effet bénéfique sur notre économie ? Non. L'I. N. S. E. E. indique, dans son analyse rétrospective portant sur l'année 1979, que les hausses de cotisations salariales survenues cette même année, ont eu un effet négatif de 1,1 p. 100 sur l'évolution de la production intérieure brute. Cela signifie, en clair, que si le Gouvernement n'avait pas, par ce moyen, spolié les salariés de plus de 30 milliards de francs, la croissance de notre économie en 1979 aurait été supérieure de 1,1 p. 100.

Ce n'est donc pas le poids des prélèvements sociaux sur les entreprises qui explique fondamentalement l'affaiblissement de l'économie française, mais bien la politique gouvernementale.

Deuxièmement, en ce qui concerne les dépenses sociales, la doctrine du Gouvernement conduit à en freiner l'essor au nom du rétablissement de la compétitivité, de la croissance et de l'emploi. Or la réalité montre le contraire : les dépenses sociales, en particulier les dépenses de santé, favorisent l'emploi sans affecter l'équilibre extérieur et soutiennent la croissance en stabilisant une demande déprimée.

Point n'est besoin de souligner combien les prestations sociales versées aux familles, aux personnes âgées, aux handicapés et aux chômeurs ont empêché qu'une récession encore plus grave ne se développe en spirale par insuffisance de la consommation des ménages. Mais peut-être faut-il insister sur la fécondité des dépenses sociales en matière d'emploi.

En effet, les dépenses sociales financent une production de médicaments, de services médicaux et sociaux qui font partie intégrante du P. I. B. C'est ainsi qu'en 1975 la croissance en valeur du P. I. B. aurait été inférieure de plus d'un point à celle qui a été constatée si la consommation médicale finale était restée constante.

Mais, surtout, les dépenses sociales financent un secteur de production sanitaire et sociale qui est l'un des plus grands pourvoyeurs d'emplois de notre pays. En 1978, le secteur santé, tout confondu, représentait 1 950 000 personnes, soit 8,6 p. 100 de la population active.

L'offre du secteur santé a constitué l'une des composantes principales de l'offre d'emplois du secteur tertiaire, qui a été le seul à fournir du travail aux jeunes générations se pressant sur le marché du travail.

De plus, le secteur sanitaire et social offre des emplois aux femmes, qui constituent une catégorie particulièrement défavorisée sur le marché du travail. Les femmes représentaient déjà en 1968 plus de 70 p. 100 des effectifs des hôpitaux généraux et des hospices publics.

Cet avantage en matière d'emploi se cumule avec un avantage en matière d'équilibre extérieur. Non seulement, les dépenses consacrées au secteur sanitaire et social sont créatrices d'emplois, mais elles n'entraînent pas un fort volume d'importations. En fait, elles nourrissent pour l'essentiel la production interne.

Elles sont le support d'une industrie de pointe dans la chimie et l'équipement bio-médical, qui aurait pu devenir une grande industrie nationale puissante et fortement exportatrice.

Malheureusement, le Gouvernement ne s'est pas servi du levier puissant que constitue un marché intérieur étendu et garanti par une demande solvable pour constituer cette industrie nationale.

Certes, la balance extérieure du secteur de la médecine et de la pharmacie est excédentaire. Mais ce secteur est dominé par l'étranger. Par exemple, la part du marché du médicament détenue par les 101 entreprises dominées par des capitaux étrangers est d'environ 48 p. 100.

La même observation peut être faite dans le domaine de l'équipement bio-médical ou de l'appareillage pour les handicapés, où la France est importatrice. Il serait peut-être temps d'utiliser l'assise du marché national pour constituer une industrie capable de reconquérir le marché intérieur et d'exporter.

M. Francis Geng. Vous refusez les moyens !

M. Alain Léger, rapporteur pour avis. Freiner les dépenses sociales affectées au secteur sanitaire et social, c'est donc aggraver le chômage. Aggraver le chômage, c'est réduire les recettes sociales. Réduire les recettes sociales, c'est risquer de réduire les dépenses sociales affectées au secteur sanitaire et social, et ce mouvement de régression s'accélérera en spirale.

Contrairement à ce que prétend la logique gouvernementale, il n'existe pas d'opposition entre l'emploi et la protection sociale, mais une complémentarité dont la politique économique doit se servir. Mais le Gouvernement fait tout le contraire, et ce n'est pas par erreur.

La preuve en est qu'il permet aux groupes multinationaux d'investir ailleurs et facilite l'infiltration du capital étranger. Cette orientation porte atteinte à l'emploi et à la protection sociale.

Dans la période récente, le Gouvernement a pris diverses mesures pour améliorer la situation financière des entreprises, en particulier la libération des prix et les avantages fiscaux concédés à la réorientation de l'épargne vers les entreprises.

Il a, d'autre part, arbitré un nouveau partage des fruits de la croissance entre les entreprises et les ménages au détriment de ces derniers, si bien qu'en 1979 le pouvoir d'achat des salaires nets était en baisse.

Il est résulté de cette politique une amélioration de la situation financière des entreprises. En pourcentage de la valeur ajoutée, l'épargne brute des entreprises privées non financières est passé de 10 p. 100 en 1975 à 11 p. 100 en 1979, et leur taux d'autofinancement, hors variation des stocks, de 61,8 à 76,8 p. 100. On le voit donc bien, la situation des entreprises n'est pas si mauvaise que cela. Pourtant, elles ont peu investi : 1,5 p. 100 en plus en moyenne annuelle. Et lorsqu'elles ont investi, ce fut pour procéder à des investissements dits de rationalisation.

Ces données conduisent à une accentuation du chômage. Par voie de conséquence, les recettes de la sécurité sociale en sont affectées. Des chiffres ont déjà été avancés : 100 000 cotisants apportent environ 1,5 milliard de recettes ; avec 700 000 cotisants de plus, le déficit cumulé des années 1978 à 1980 aurait été couvert sans majoration de cotisations.

M. le président. Je vous demande de conclure, monsieur Léger.

M. Alain Léger, rapporteur pour avis. Je conclus, monsieur le président.

La menace pour l'avenir est encore plus inquiétante. Face à la corrélation entre la croissance, l'emploi et la protection sociale, une politique économique qui admet entre 1,8 et 2,5 millions de chômeurs, pendant la durée du Plan peut-elle être tolérable ?

Puisque les recettes sociales dépendront d'une croissance ralentie et d'un niveau de l'emploi calamiteux, si on aligne les dépenses sur la progression des recettes, les projections montrent que c'est un ordre de grandeur de 80 milliards de francs, dont 50 milliards pour la seule sécurité sociale, qu'il faudrait économiser.

Sans parler du coût humain que provoquerait une telle régression de la protection sociale, il faut évoquer son coût économique.

De combien de milliers d'emplois se paierait l'arrêt du développement du secteur sanitaire et social ? Il n'est plus possible d'accepter que des richesses nationales soient gaspillées et que les profits croissent.

A cet égard, l'analyse des procès-verbaux des assemblées générales des principaux monopoles français m'a permis de dresser, dans mon rapport écrit, un état des richesses ainsi acquises. Je vous invite, monsieur le ministre, à vous y reporter. Les profits s'accumulent mais, dans le même temps les forces vives de la nation, les jeunes connaissent la détresse du chômage. Il n'est donc plus possible d'accepter une politique qui joue la sécurité sociale contre l'emploi.

Les orientations gouvernementales, qui s'intègrent totalement dans la stratégie globale de la crise, aboutissent à la régression sociale et à la récession économique. En fait, dégradation de l'emploi et dégradation de la protection sociale sont deux phénomènes qui s'alimentent mutuellement dans une seule logique dictée par les intérêts capitalistes.

Les travailleurs l'ont compris et c'est pourquoi mai 1980 a été un temps fort de la bataille populaire pour maintenir à la sécurité sociale sa véritable vocation et au système de santé sa qualité et son efficacité.

M. le président. Veuillez conclure, monsieur le rapporteur !

M. Alain Léger, rapporteur pour avis. J'en ai terminé, monsieur le président.

Le rapport insiste assez longuement sur les raisons de ces luttes et sur les reculs qu'elles vont imposer, en même temps que sur la signification des réajustements que vous avez dû apporter à vos orientations.

Vous considérez que votre politique porte ses fruits. C'est vrai, mais à quel prix et pour qui ?

J'aurais aimé procéder à une étude critique des propos tenus par M. Farge en commission, mais le temps ne me le permet pas.

M. Jean Farge, secrétaire d'Etat auprès du ministre de la santé et de la sécurité sociale. Dommage !

M. Alain Léger, rapporteur pour avis. Je vous renvoie donc, mes chers collègues, à mon rapport écrit.

Pour ce qui concerne le budget lui-même, il est anormal que les rapporteurs et les commissions saisies au fond et pour avis n'aient à se prononcer que sur des subventions dont le montant ne représente qu'une faible part des subventions de l'Etat aux régimes de sécurité sociale. Un peu plus de 7 milliards de francs de subventions seulement sont soumis à notre examen sur un total de 52,1 milliards de concours en matière de sécurité sociale.

Cette lacune est particulièrement choquante pour les subventions inscrites au budget des charges communes des ministères de l'économie et du budget. Certaines concernent des secteurs fondamentaux de la protection sociale et représentent pour 1981 des masses importantes.

M. le président. Concluez, monsieur le rapporteur !

M. Alain Léger, rapporteur pour avis. Monsieur le président, j'ai encore à présenter les trois observations de la commission.

M. Jean Delaneau. Si vous aviez parlé plus tôt au nom de la commission, ce serait déjà fait !

M. Alain Léger, rapporteur pour avis. Les subventions inscrites au budget des charges communes devraient donc être soumises à l'étude des commissions.

Mes chers collègues, toutes ces observations ont conduit votre rapporteur à proposer le rejet des crédits du ministère de la santé et de la sécurité sociale pour 1981, mais la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, même si elle n'est pas restée insensible aux arguments qu'il a développés, a repoussé ses conclusions.

Elle a néanmoins adopté trois observations dont je vous livre l'essentiel.

Premièrement, la commission demande que, dans la prochaine loi de finances, l'ensemble des concours de l'Etat en matière

de sécurité sociale soit regroupé dans le budget du ministère de la santé et de la sécurité sociale, en particulier ceux qui sont inscrits dans le budget du ministère de l'économie.

Elle demande d'autre part que le tableau des concours de l'Etat en matière de sécurité sociale en dresse une liste exhaustive et retrace notamment les concours de l'Etat prenant la forme d'affectation de recettes fiscales à certains régimes sociaux.

Deuxièmement, la commission demande la création d'un fonds de compensation servant au versement immédiat du minimum vieillesse prévu par la loi aux personnes ayant droit à la retraite. Les sommes complémentaires auxquelles pourrait éventuellement prétendre le retraité seraient versées dès que la liquidation du dossier les aurait déterminées avec précision.

Troisièmement, la commission demande la création d'un fonds public assurant la couverture sociale des chômeurs non indemnisés qui ne bénéficient plus d'aucune protection sociale, suite au vote de la loi du 28 décembre 1979, relative au maintien des droits, en matière de sécurité sociale, de certaines catégories d'assurés. (Applaudissements sur les bancs des communistes.)

M. le président. Dans la discussion, la parole est à M. Gilbert Millet.

M. Gilbert Millet. Le dernier du septennat et le premier du VIII^e Plan, ce projet de budget, monsieur le ministre, participe de votre entreprise de démolition de la santé.

M. Emmanuel Hamel. Ah !

M. Gilbert Millet. Il illustre bien la cohérence et la continuité dans l'aggravation d'une politique qui s'attaque toujours plus durement aux conditions d'existence et de travail du plus grand nombre pour mieux favoriser les profits de quelques grandes sociétés à base française et leur redéploiement.

Dans le domaine sanitaire et social, il montre que la régression sociale est à la fois le résultat, l'accompagnement et l'instrument d'une politique qui, méthodiquement, implacablement, fait passer le rouleau compresseur de l'austérité sur les travailleurs et casse les usines, les machines, les régions, les hommes et leur santé.

Sept années, au cours desquelles la santé des travailleurs a été mise à rude épreuve, et toujours davantage !

Car comment faire pour vivre avec moins de 3 300 francs par mois, ce qui est le lot d'un travailleur sur deux ? Comment ne pas voir qu'au travers de la vie chère, du chômage et des atteintes aux droits sociaux, vous élargissez les frontières de la misère et que le sort des plus démunis — handicapés, vieillards, malades, chômeurs — s'exprime trop souvent, dans notre pays, en termes de violation des droits de l'homme à la dignité et à la vie ?

L'homme ne vit pas seulement de pain, disons-nous, mais quand il se trouve « quadrillé », dans tous les domaines de sa vie sans exception, par votre politique d'austérité, de sacrifice et d'autoritarisme, que deviennent la part du bonheur et la place de la santé ?

Mes amis Georges Hage et Daniel Boulay reviendront sur ces difficultés et sur ces drames qui sont le lot d'un quotidien marqué par l'aggravation des inégalités devant la maladie, la vieillesse et la mort. Mais quel contraste avec l'ascension irrésistible, durant ces sept années, des profits des quelques grands groupes que vous servez !

Dans cet ensemble, monsieur le ministre, la politique sanitaire et sociale ne constitue pas un monde à part, bien au contraire. Elle est une des pièces maîtresses de votre dispositif.

Alors que grandissent les besoins de santé en raison même des nuisances de cette politique et tandis que le développement des connaissances ouvre des perspectives nouvelles pour prévenir et guérir les maladies, vous vous êtes employé à faire de la santé un des terrains de l'aggravation de l'exploitation des travailleurs.

Rationner la santé, démolir les équipements, mettre en cause les droits sanitaires et sociaux, ces acquis du mouvement démocratique, tel a été le fil conducteur du septennat et singulièrement des deux dernières années.

Entendons-nous bien, nous ne prétendons pas que l'on ne puisse plus se soigner dans notre pays. Si ce n'est pas encore le cas, nous le devons à la valeur de nos hommes de science, comme en témoigne l'attribution du prix Nobel au professeur Dausset ;

nous le devons aussi à la poussée des besoins et aux luttes du passé et du présent qui vous contraignent à reculer et parfois même à réaliser. Mais ce sont précisément ces acquis que vous mettez en cause avec de plus en plus de violence et de brutalité.

Et vous ne vous embarrassez pas de détails ! M. Chaussat, votre nouveau directeur général de la santé, ne proclame-t-il pas que nous avons trop d'hôpitaux, trop de lits, trop de médecins, trop de faux malades ?

M. Joseph Comiti et M. Jean Bonhomme. C'est vrai !

M. Gilbert Millet. Pour procéder à cette démolition, vous avez choisi trois moyens d'action.

Premièrement, un véritable martèlement de l'opinion en vue de lui faire accepter des restrictions draconiennes en matière de santé. Vous brandissez à cette fin l'alibi de la facture sociale, comme ailleurs, celui de la facture pétrolière, alors qu'il s'agit exclusivement, par le renforcement de l'austérité, de laisser le champ libre pour le pillage des richesses nationales à ceux dont vous servez les intérêts.

Deuxièmement, le renforcement du contrôle bureaucratique et de l'autoritarisme à tous les échelons de l'appareil sanitaire.

Troisièmement, l'application de mesures de rationnement. Depuis la fameuse loi de compensation de 1974 visant à établir une protection sociale minimale, vous avez fait bien du chemin. Je citerai l'augmentation régulière des cotisations des travailleurs, l'imposition des retraités, la suppression de la couverture sociale de nombreux chômeurs, l'institution des forfaits hospitaliers pour les personnes âgées en long séjour, la mise en cause du remboursement à 100 p. 100 pour les maladies longues et coûteuses, la nouvelle mission confiée aux médecins conseils de la sécurité sociale afin d'inciter à l'autocensure les médecins et les malades, et j'en passe !

Bref, la sécurité sociale est votre première victime puisque vous en dévoyez la mission pour en faire un instrument de régression sociale et d'autoritarisme.

Il faut prendre soin de la santé, disent les communistes. Mais vous, vous êtes le ministre de sa mise en cause systématique. Jugeons-en.

L'hôpital ? Vous l'avez corseté par l'asphyxie financière et par la contrainte autoritaire de votre ministère et de vos préfets pour mieux en casser les équipements, les lits et le personnel. Le système hospitalier français fait honneur à notre pays par ses qualités techniques et par le rôle social qu'il joue dans la protection de la santé des Français. Mais vous vous acharnez à en réduire le fonctionnement dans le careau d'un rationnement autoritaire, au nom de la lutte contre l'hospitalo-centrisme, thème qui a encore été développé ce matin et dont vous n'avez d'ailleurs pas le monopole, puisque le parti socialiste vous rejoint en cela. (*Exclamations sur les bancs des socialistes.*)

M. Emmanuel Hamel. Ce n'est pas gentil !

M. Gilbert Millet. La prévention ? Quelle que soit l'inflation de vos discours, ce septennat a vu s'aggraver le décalage avec les besoins de notre époque, dans le domaine du travail et dans celui de l'enfance, que ce soit en milieu scolaire ou extra-scolaire. Il est vrai que la prévention vous coûte encore trop cher et que vous avez reçu récemment des offres de relais des dirigeants socialistes de la mutualité française. Pourtant, elle mérite mieux que cela et devrait constituer une des pièces maîtresses de la politique sanitaire française.

Parce que l'hôpital et la prévention sont deux secteurs fondamentaux pour la protection de la santé, mes amis Roger Combrisson et Alain Léger y reviendront tout à l'heure.

La psychiatrie ? Là encore, on constate une gigantesque entreprise de démolition de l'hôpital. Mais où seront renvoyés les malades ? Dans quel *no man's land*, avec quelle prise en charge ? A la question que je vous ai posée en commission sur les moyens indispensables au fonctionnement des secteurs — composition des équipes et structures légères d'accompagnement — vous avez répondu de manière bien évasive, monsieur le ministre, et pour cause : au-delà de quelques expériences pilotes et malgré la qualité de la réflexion des professionnels, vous savez bien que ces structures sont inexistantes ou, pour le moins, tout à fait insuffisantes.

A la ségrégation asilaire, qui, fort heureusement, a été condamnée mais qu'une telle politique ne pourra que renforcer pour de nombreux patients, vous ajoutez ainsi l'irresponsabilité vis-à-vis de la majorité des autres malades, tant il est vrai que la satisfaction des besoins en psychiatrie ne passe pas par l'opposition hôpital - secteur, l'un et l'autre sacrifiés.

Les centres de santé ? Ils sont, eux aussi, condamnés à l'asphyxie financière, aux tracasseries bureaucratiques et aux mesures discriminatoires. Nombre d'entre eux ne survivent que grâce aux efforts des municipalités communistes, mais certains voient leurs jours comptés. A Paris, des menaces pèsent sur la polyclinique Pierre Rouquès dont le rôle a été décisif pour la diffusion de l'accouchement sans douleur en France. Dans les Bouches-du-Rhône, ces jours-ci encore, l'inquiétude était grande en raison des mesures prises à l'encontre de trois centres mutualistes et qui signifient leur liquidation. Pratiquer une médecine au rabais ou bien périr, tel est le dilemme dans lequel vous enfermez les centres de santé dont le rôle social est irremplaçable.

Les médecins ? Ce sont les instruments indispensables à la réussite de votre politique d'austérité financière qui porte préjudice à leurs propres malades. Vous les avez associés d'office à une convention dont le but avoué est d'en faire les auxiliaires d'un rationnement opéré par le jeu de contraintes financières et administratives dont les médecins-conseils seront les premiers rouages. Vous mettez ainsi en cause leur éthique médicale, leur indépendance et leur liberté d'exercice, garanties fondamentales de la qualité des soins.

L'industrie pharmaceutique ? Elle continue à être l'objet de toutes vos attentions. Vous avez aidé à la liquidation de nombreux petits laboratoires et à la constitution de cinq grands groupes, véritables multinationales françaises du médicament, ce qui ne vous a pas empêché de laisser coloniser le marché français par les grands trusts étrangers.

Oui, en cette dernière année du septennat, en cette première année du VIII^e Plan, votre projet de budget s'inscrit tout naturellement, monsieur le ministre, dans la politique que je viens de décrire. Budget de casse, il diminue en francs constants par rapport à 1980.

L'hôpital en est la première victime avec une réduction de crédits de 30 p. 100 pour les C.H.R. et de 23 p. 100 pour les autres hôpitaux, avec la diminution en volume des bourses offertes aux infirmières et des subventions aux écoles qui les forment.

Mais les établissements qui accueillent les enfants ne sont pas mieux traités, et la prévention connaît le même sort : les crédits destinés à la santé scolaire, aux vaccinations, à la périnatalité s'inscrivent tous en diminution.

En ce qui concerne l'action en faveur des plus défavorisés, il faut noter l'absence de crédits d'action sociale en faveur des personnes âgées, la diminution de 52 p. 100 de la dotation des maisons de retraite et de 34,5 p. 100 de celle des hospices, même si on tient compte de la nouvelle ligne budgétaire.

La baisse en francs constants des crédits consacrés aux bourses de formation des travailleurs sociaux nous amène à nous interroger sur les conditions dans lesquelles on pourra maintenir les personnes âgées à domicile.

Signalons encore la diminution des crédits d'équipement pour les handicapés jeunes et adultes.

Seule, la recherche médicale connaît une certaine progression. On le doit aux luttes des chercheurs qui se sont montrés particulièrement combattifs cette année. Mais cette progression n'est pas sans rapport avec les nouveaux soutiens accordés aux géants du médicament et du génie médical.

Oui, en cette dernière année du septennat, en cette première année du VIII^e Plan, vous présentez déjà un bilan de victoire. Vous vous flattez de la décelération des dépenses de santé — plus 15,6 p. 100 contre plus 19,4 p. 100 l'an passé — l'assistance publique de Paris obtenant en quelque sorte la médaille d'or du rationnement avec 12 p. 100 seulement d'augmentation de son budget.

Mais au détriment de qui, au détriment de quoi considère-t-on que les besoins de santé seraient en régression ? Serait-ils satisfaits ? Les progrès de la connaissance et des techniques médicales connaîtraient-ils une pause ? Les équipements et le personnel hospitaliers seraient-ils en proie à la pléthore ?

Rien de tout cela n'est vrai. En réalité, votre bilan s'effectue sur le dos de la santé des gens, et d'abord des plus diminués, frappés dans tous les aspects de leur vie par votre politique.

Alors, bilan positif ? Certainement pas au regard de la santé, mais assurément au regard des objectifs du VIII^e Plan : 2 500 000 chômeurs pour 1985, un pouvoir d'achat encore plus amputé l'an prochain aux dires du Premier ministre, une austérité renforcée dans tous les domaines. Il faut bien améliorer la compétitivité des entreprises, c'est-à-dire les profits des multinationales. Et puis, vous brandissez le chantage au chômage.

Mais en vérité, c'est votre casse d'austérité de l'économie nationale qui est un facteur de chômage, de ce chômage que vous planifiez. L'austérité, les sacrifices, le rationnement, dans le domaine de la santé comme dans les autres, la baisse du pouvoir d'achat sont autant de facteurs de paralysie de l'économie, qui ne peuvent qu'aggraver le chômage. C'est l'aggravation de l'exploitation des travailleurs, y compris dans le domaine de leur santé, qui est un facteur de chômage. Voilà pourtant la voie que vous avez choisie.

Écoutons M. Coudreau, le nouveau directeur de la caisse nationale d'assurance maladie : « Il faut désormais apprendre à vivre pendant plusieurs années avec un chômage important et un verrouillage des salaires. Les recettes de la sécurité sociale seront donc, elles aussi, verrouillées. Il est primordial pour ne pas faire exploser notre système de protection sociale, de maîtriser dès aujourd'hui les dépenses hospitalières ».

Et M. Coudreau ajoute, rejoignant ainsi l'avis du Conseil économique et social : « Pas de prélèvement nouveau sur les entreprises ». Priorité aux profits !

Mais je ne résiste pas à l'envie de compléter la citation, car elle résume parfaitement la froide logique de votre politique de classe. Écoutez bien, mes chers collègues : « La santé est un service coûteux pour lequel les Français payent de leur poche moins que ce qu'ils dépensent pour leur voiture... C'est pourquoi j'ai créé un secteur à honoraires libres : il reviendra à chacun de payer individuellement la différence entre le tarif sécurité sociale et la valeur à laquelle le malade évalue l'acte médical ».

Une déclaration d'une telle franchise pourrait me servir de conclusion, car elle confirme en quelques mots l'ensemble de mes propos.

Je formulerais toutefois deux remarques, pour conclure.

M. le président. Il vous faut, en effet, conclure !

M. Gilbert Millet. Dernière année du septennat et première année du VIII^e Plan. L'année 1980 a été marquée par une montée des luttes, inégalée dans le passé, des travailleurs du secteur sanitaire et social : grande manifestation au printemps pour la défense de la sécurité sociale ; multiples luttes dans les hôpitaux qui vous ont contraint, dans bien des cas, à reculer ; loi Berger mise en sommeil ; abandon du ticket modérateur d'ordre public ; rallonges hospitalières, etc.

Non, en matière de santé comme ailleurs, vous n'avez pu obtenir le consensus dans l'austérité, malgré les concours qui vous ont été apportés, et pas seulement du côté de votre majorité. C'est un échec politique sérieux que vous avez ainsi essuyé.

Seconde remarque : il est faux et dangereux d'affirmer que la France n'a pas les moyens d'assurer la santé de ses citoyens. Elle les a, mais à la condition de rompre avec la logique des multinationales responsables de la crise et de prendre l'argent là où il est, c'est-à-dire dans les fabuleux profits.

Le parti communiste français est le seul, je dis bien le seul, à le proposer. Il n'est pas d'autre voie pour le changement auquel les luttes d'aujourd'hui nous préparent.

Nous repousserons donc ce budget si néfaste pour la santé des Français. *(Applaudissements sur les bancs des communistes.)*

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

M. Jean Delaneau. Monsieur le ministre, vous êtes engagé à fond, avec votre équipe gouvernementale dans la lutte pour la maîtrise des dépenses de santé. C'est une voie particulièrement difficile puisqu'il vous faut à la fois limiter les dépenses, dont on sait les conséquences sur le budget de l'assurance maladie, et permettre à nos concitoyens de bénéficier de soins encore meilleurs.

Ceux-ci sont rendus possibles par le progrès constant de la recherche scientifique mondiale auquel notre pays a puissamment contribué, comme en témoigne l'attribution du prix Nobel de médecine au professeur Jean Dausset pour ses travaux sur le système H. L. A., dont j'avais d'ailleurs fait état à cette tribune, à l'occasion de l'examen de la proposition de loi sur les greffes d'organes. L'Assemblée nationale ne peut que s'associer à l'hommage international rendu au professeur Dausset.

Dans le combat difficile que vous menez, monsieur le ministre, vous devez être soutenu par tous les Français. Si des mesures autoritaires peuvent aider à remettre dans le droit fil certaines orientations aberrantes, c'est avant tout par la recherche d'un consensus de tous les acteurs, prescripteurs et bénéficiaires de la santé que passe la solution convenable, dans une société qui a choisi d'être libre et responsable. Encore faut-il, pour cela, que cessent certaines critiques systématiquement négatives, certaines attaques outrancières — nous venons encore d'en avoir des exemples — fondées sur le postulat stupide que le rôle que s'est assigné le ministre de la santé est de réduire le niveau de santé des Français et de mettre en place une bonne médecine destinée aux riches et une mauvaise médecine destinée aux pauvres.

M. Roger Combrisson. C'est pourtant vrai !

M. Jean Delaneau. L'excès serait insignifiant s'il ne s'agissait d'un sujet aussi sérieux. Encore faut-il aussi que les orientations nouvelles et les problèmes qui se posent soient bien expliqués et bien compris. On ne fait de bonne politique que près des hommes. Or le niveau national est, dans beaucoup de cas, trop lointain, trop démesuré, trop rigide.

Je voudrais, pour ma part, souligner à quel point le niveau régional peut être le bon niveau de ce consensus, parce que suffisamment près des problèmes pour en connaître les tenants et les aboutissants, sans l'être trop, échappant ainsi aux pressions démagogiques ou aux points de vue trop étriqués. C'est un niveau où les hommes, responsables politiques, économiques, syndicaux et gestionnaires des établissements de soins ou des caisses d'assurance maladie, peuvent se connaître, se rencontrer et se comprendre.

Déjà, les assemblées régionales sont un lieu de réflexion, de propositions, d'interventions directes, même dans les domaines de la santé et de l'action sociale. Qu'il s'agisse de l'avis sur la répartition des crédits d'Etat ou de l'engagement de crédits propres à l'établissement public régional, qu'il s'agisse des études engagées pour connaître les besoins dans tel ou tel domaine, cette action est déjà importante.

Mais il convient d'aller plus loin et de mieux utiliser cet « espace régional ». Pourquoi ne pas avoir, au lieu de normes nationales, valables en moyenne mais parfois inadaptées localement, des critères mieux en rapport avec les réalités du terrain ?

J'en donnerai un exemple : il y a deux jours, dans le cadre de l'élaboration du budget de l'établissement hospitalier dont j'ai la charge, je m'étonnais de voir qu'on était obligé d'augmenter certains crédits de personnel pour le transport des malades en ambulance et j'ai appris que la présence d'un accompagnateur était désormais obligatoire à partir du moment où l'on transportait un malade couché, même s'il s'agissait d'une fracture du pied. De telles normes sont sans doute valables dans certains cas, mais il faudrait en laisser les modalités d'application à la décision et à la responsabilité des gens qui sont sur le terrain.

Pourquoi ne pas prévoir, dans les conventions avec les professions de santé, des possibilités d'adaptation régionale qui pourraient, par exemple, engager conjointement médecins, caisses, représentants des organismes de santé et des pouvoirs publics dans des actions de prévention menées de façon coordonnée, donc plus efficaces, et visant des cibles déterminées localement ?

Pourquoi ne pas arriver, un jour, à moduler partiellement les cotisations d'assurance maladie au plan régional, en fonction des efforts qui auront été faits par tous les partenaires pour maîtriser les dépenses ? Cette modulation serait très motivante, car elle permettrait l'abaissement d'un point ou deux de cotisations assises sur les salaires, donc un meilleur pouvoir d'achat pour les salariés et une meilleure compétitivité pour les produits fabriqués.

Pourquoi ne pas tenter de mieux solidariser entre eux les établissements hospitaliers, publics ou privés, pour la répartition

des tâches, pour la régulation des investissements, dans un esprit non de concurrence mais de complémentarité? Cette concurrence n'est d'ailleurs pas l'apanage du couple public-privé, car elle se manifeste parfois de manière particulièrement néfaste entre établissements publics voisins.

A ce propos, et dans la mesure où, bien souvent, les pressions locales poussent à telle ou telle réalisation en fonction de critères de « clocher », pourquoi ne pas envisager de faire jouer la garantie d'emprunt accordée par les communes aux établissements hospitaliers lorsque les investissements sont manifestement sous-utilisés ou démesurés par rapport aux besoins réels? Si cette clause de mise en jeu des garanties avait joué, il y aurait sans doute moins de ces hôpitaux « politiques » dont se plaindrait votre prédécesseur, Mme Simone Veil, et vous auriez sans doute moins de services inutiles à fermer.

Je souhaiterais voir mieux utiliser cette voie de concertation au cours des prochaines années. En effet, la maîtrise des dépenses de santé — je sais que vous en êtes persuadé — passe non pas par la prolifération des lois, des décrets et des règlements, mais par une prise de conscience collective.

En conclusion, j'appelle très rapidement votre attention sur le difficile problème qui se pose actuellement aux étudiants en cours de spécialisation en médecine, dont plusieurs milliers sont engagés dans une voie sans issue. Je souhaite que vous puissiez très rapidement examiner leur situation, en liaison avec Mme le ministre des universités, afin d'éviter des injustices flagrantes. *(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. Autain.

M. François Autain. Monsieur le ministre, si l'on en croit les propos que vous avez tenus récemment, la sécurité sociale serait sortie définitivement de l'ornière et ce résultat aurait été obtenu grâce aux efforts de tous sans que soient compromises l'égalité d'accès aux soins et la qualité de la médecine. A y regarder de plus près, on s'aperçoit malheureusement — comme le faisait remarquer tout à l'heure mon collègue Laurent Fabius — que ce bilan d'autosatisfaction n'est qu'un grand bluff destiné à impressionner l'électeur à l'approche des présidentielles.

Ainsi le budget que vous nous proposez aujourd'hui est la parfaite illustration de cette nouvelle politique de santé fondée sur l'illusion et le mensonge. Alors que le budget de l'Etat s'accroît de 16,4 p. 100, le vôtre n'augmente que de 11 p. 100, taux le plus bas enregistré depuis sept ans : autant dire qu'il régresse compte tenu de l'accroissement du coût de la vie. Quant aux dépenses en capital, elles reculent, ce qui ne manquera pas d'affecter, en dépit de vos dénégations, le programme d'humanisation des hôpitaux qui comportent encore 70 000 lits en salles communes.

Votre budget apporte aussi sa contribution, certes modeste mais significative, dans la croisade que mène le Gouvernement contre les nantis puisque vingt emplois de médecin de la santé publique titulaire sont supprimés au profit de seize postes de contractuel qu'on peut licencier à volonté.

En matière de prévention — l'une de vos trois priorités — les mesures que vous proposez ne manqueront pas d'apparaître dérisoires et inadéquates au regard de la situation que nous connaissons.

Vous laissez, en effet, délibérément mourir à petit feu la médecine scolaire alors qu'elle devrait constituer l'une des priorités d'un système de santé basé sur la prévention. De même, la médecine du travail, enfermée dans son ghetto, prisonnière de la tutelle patronale ne peut, de ce fait, jouer pleinement son rôle et n'a pas l'efficacité souhaitée.

Vous voulez aussi vous lancer dans une politique de lutte contre l'alcoolisme, alors que les textes existant à ce sujet sont quotidiennement bafoués sans que vous réagissiez.

Quant aux consultations avancées du cancer que vous préconisez, personne ne mettra en doute leur nécessité. Mais ne pensez-vous pas qu'il serait préférable de commencer par promouvoir l'épidémiologie, cette science qui n'est même pas enseignée à l'université, mais que tous les experts, tous les spécialistes, s'accordent à reconnaître comme l'une des clés de la « prévention en matière de cancer »?

Enfin, une véritable politique de la prévention, cela signifie aussi une meilleure collaboration entre les médecins et une meilleure coordination entre les différentes structures sanitaires. Ce qui implique non seulement un changement dans les mentalités mais aussi une transformation des conditions d'exercice de la médecine ambulatoire et une participation des usagers de la santé.

Une politique de prévention qui ne chercherait pas à modifier le contexte médico-social, quels que soient les moyens mis en œuvre par ailleurs — et les vôtres ne sont rien de moins que modestes, c'est indéniable — serait naturellement vouée à l'échec.

Alors, parler comme vous le faites de prévention me semble un abus de langage destiné à masquer le vide de vos propositions.

Venons-en à votre deuxième priorité qui consiste à confirmer et à prolonger les solidarités.

Je vous donne acte des 9 millions de francs prévus pour les handicapés au titre de l'année internationale. Souhaitons simplement que cet effort soit poursuivi en 1982. Gageons cependant que les personnes handicapées auraient préféré une autre forme de solidarité, celle, par exemple, qui consisterait à prendre en considération leurs revendications concernant la revalorisation de leur allocation et l'application de la loi d'orientation dont tous les décrets après six années — aussi bizarre que cela puisse paraître — ne sont pas encore publiés.

Deux conceptions de la solidarité s'affrontent aussi en ce qui concerne les centres sociaux et socio-culturels.

Contrairement à vos engagements, vous n'avez inscrit que 43 millions de francs pour assurer le financement des centres sociaux alors que les besoins des 1 070 centres existants ont été chiffrés à 53,5 millions de francs. J'espère qu'il ne s'agit pas là de l'amorce d'une nouvelle politique tout à fait condamnable qui viserait à mettre en péril de très nombreux centres ou, conformément à une habitude prise, à les faire prendre en charge par les municipalités.

Enfin, cette étrange conception de la solidarité nationale a trouvé son expression la plus élaborée dans les modalités de répartition que vous avez retenues pour combler, de façon très provisoire faut-il le préciser, les 25 milliards de francs de déficit de la sécurité sociale.

Vous avez mis 85 p. 100 à la charge des salariés dont 8,7 p. 100 à celle des retraités; 14,7 p. 100 à la charge de l'Etat qui est encore débiteur de 1,5 milliard de francs; enfin 0,47 p. 100 à la charge des pharmacies et des entreprises pharmaceutiques. Je note que les patrons n'ont pas été appelés à participer à cet effort.

Ces faits se passent de commentaires, car ils démontrent mieux que tous les discours quels intérêts sert votre politique.

Quant aux médecins du secteur libéral, ils n'ont pas été épargnés. Vous les avez piégés. Selon un récent sondage, 89 p. 100 d'entre eux refusent, en l'état, la nouvelle convention. Mais ils devront au mieux en subir les inconvénients jusqu'en juin prochain. A cette date, ceux qui n'accepteront plus la stagnation de leurs honoraires, il sera loisible de quitter le secteur conventionné pour le secteur à honoraires libres. Il y a fort à parier qu'ils seront nombreux à faire ce choix, mettant ainsi à la charge des assurés une part plus importante du coût des soins.

Il ne s'agit pas là d'une hypothèse d'école. C'est l'évolution la plus vraisemblable de cette convention, c'était même là son objectif principal. Et c'est la raison pour laquelle nous l'avons toujours combattue car, en pénalisant comme elle le fait les membres les plus démunis de la société elle s'attaque aux principes mêmes de la sécurité sociale; elle remet en cause les droits des assurés.

Troisième et dernière priorité: le développement des responsabilités. C'est sans doute sous cette rubrique qu'il faut classer votre politique en direction de la mutualité et de l'hospitalisation publique.

Vous vous êtes, en effet, attaqué méchamment et inutilement aux libertés mutualistes en essayant d'imposer, dans un combat perdu d'avance, le ticket modérateur d'ordre public. Ayant manifestement échoué, vous avez, pour ne pas perdre la face, proposé à la fédération nationale de la mutualité française la création d'un fonds national de prévention, moyennant quoi le ticket modérateur d'ordre public, avez-vous dit, ne serait pas appliqué.

Mais ce fonds de prévention ne doit en aucun cas, comme vous l'avez déclaré, libérer la sécurité sociale et le Gouvernement de leurs obligations en matière de prévention. La mutualité ne saurait se substituer à la sécurité sociale. Dès lors, pourquoi refusez-vous d'abroger ce décret? A quoi bon maintenir une disposition que vous vous êtes engagé à ne pas appliquer?

Si l'on rapproche cette attitude de récentes attaques dont sont l'objet les établissements de soins gérés par la mutualité, on pense au règlement de compte, et c'est tout à fait regrettable car la mutualité a un rôle important à jouer.

M. le ministre de la santé et de la sécurité sociale. Me permettez-vous de vous interrompre, monsieur Autain?

M. François Autain. Volontiers.

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

M. le ministre de la santé et de la sécurité sociale. Monsieur Autain, je ne suis pas un homme à règlements de compte.

J'ai fait vérifier ce que M. Hermier avait dit ; j'expliquerai d'une manière sereine et objective ce qu'il en est. J'ai, lorsqu'une question m'est posée honnêtement, le droit et le devoir d'y répondre. Je ne peux pas vous laisser dire que je suis un homme à règlements de compte. Tout mais pas ça !

M. François Autain. Je m'excuse, monsieur le ministre, mais n'ayant pas entendu vos explications, j'avais l'impression que cela procédait beaucoup plus du règlement de compte que de l'application d'une législation. C'est pourquoi je m'étais permis d'utiliser ce langage.

M. Jean Briane. A tort !

M. François Autain. Quoi qu'il en soit, on ne peut pas mettre en doute le rôle important joué par la mutualité en matière de médecine curative, car les centres de santé gérés par la mutualité permettent de moduler l'offre de soins en fonction de la demande des plus démunis. C'est dire le rôle social que jouent ces centres.

Loin d'étrangler ces expériences novatrices — et tel est l'objectif que vous atteindrez si vous persévérez dans votre politique — il faut, au contraire, les aider car elles constituent une alternative possible à la médecine traditionnelle dont on perçoit chaque jour davantage les limites. Il faut que ces centres puissent fonctionner normalement par le rétablissement du tiers payant et la suppression des abattements de tarif ; j'espère que vous nous fournirez tous les apaisements nécessaires sur ce point.

Enfin, c'est sans doute aussi au nom du développement des responsabilités que vous vous en prenez à l'hospitalisation publique et à tous ceux qui en assurent le fonctionnement.

Acceptant l'éventualité de la dégradation des soins, vous avez institué, par préfet interposé, un contrôle financier tatillon qui rend la gestion des hôpitaux particulièrement technocratique et autoritaire. Les conseils d'administration n'ont plus qu'un rôle symbolique ; tout fonctionnement démocratique est devenu impossible.

Imposer, comme vous le faites, aux budgets des hôpitaux une augmentation inférieure à celle du coût de la vie en prétendant ne pas nuire à la qualité des soins tient de la gageure. C'est si vrai que vous avez été contraint — et personne ne s'en plaindra — d'accorder de nombreuses dérogations. Il semble bien — peut-être allez-vous nous éclairer tout à l'heure sur ce point — qu'une majorité d'établissements ait été autorisée en 1980 à dépasser le plafond prévu. Si bien que la fédération hospitalière de France peut faire état aujourd'hui d'une augmentation moyenne prévisible en 1980 de 14 p. 100, ce qui est sensiblement inférieur au taux de 22,4 p. 100 que la sécurité sociale et vos services avouent. Mais je ne me lancerai pas dans une querelle de chiffres, je me borne à constater ces disparités qui font naître cependant le doute sur la fiabilité de vos chiffres, d'autant qu'en matière de réduction du nombre de lits on observe un phénomène semblable.

En effet, au départ instrument de planification sanitaire hospitalière, la carte sanitaire devient aujourd'hui de toute évidence un alibi destiné à justifier a posteriori les décisions prises. C'est du moins, la signification de l'arrêté du 28 mai dernier, publié dans le *Journal officiel* du 27 juin, qui réduit arbitrairement les indices minimaux des besoins en lits hospitaliers pour mille habitants. Cette politique de réduction autoritaire du nombre de lits, rendue possible par l'application de la loi de 1979 sur la réforme des équipements sanitaires, épargne miraculeusement le secteur privé. Il faut donc se rendre à l'évidence : vous voulez porter atteinte exclusivement à l'hôpital public.

Vous êtes en train de jeter le discrédit, non seulement sur une catégorie de fonctionnaires, les cadres hospitaliers, qui ont pourtant entrepris de gros efforts de gestion, mais sur l'ensemble du personnel des hôpitaux dont vous avez déclaré qu'il était trop nombreux alors que les hôpitaux se trouvent parfois dépourvus d'un effectif permettant d'assurer la sécurité minimale des malades.

En effet, il faut bien avouer que votre objectif n'est pas tant de réduire le nombre de lits que de supprimer les emplois hospitaliers qui s'y rattachent. Fabriquer des chômeurs, voilà votre politique. Atteindre 2 500 000 chômeurs en 1985, n'est-ce pas l'objectif du Gouvernement à l'expiration du VIII^e Plan ? Quand

on sait ce que coûte à la sécurité sociale le chômage — un minimum de 50 milliards par million de chômeurs, sans compter les 11 milliards de dette patronale qui, en cette période de crise, a tendance à s'amplifier — quand on sait par ailleurs que le secteur médico-social est générateur de nombreux emplois et qu'il doit être préservé à ce titre, on mesure mieux à quelles aberrations peut conduire une politique comme la vôtre.

Le patronat peut être content de vous, vous avez tenté ce que jamais aucun des vôtres n'avait osé jusque-là : sous le prétexte d'une remise en ordre des finances de la sécurité sociale, vous avez engagé le processus de son démantèlement. Dire que vous avez réussi serait aller un peu vite en besogne, ce serait compter sans la mobilisation populaire qui vous a déjà fait reculer une fois. Gageons qu'elle saura encore se manifester si, d'aventure, vous attendez une nouvelle fois aux droits des Français en matière de santé. Vous ne serez pas surpris, alors, de trouver, comme aujourd'hui, les socialistes sur votre chemin ! (Applaudissements sur les bancs des socialistes.)

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

M. Joseph Comiti. Monsieur le ministre, vous avez la charge de nous présenter le plus beau des budgets, celui de la vie. Ce budget devrait être l'objectif privilégié de toute nation civilisée.

Depuis ce matin, j'ai entendu tellement de choses sur l'état de la France en matière de santé, qu'il me paraît nécessaire de faire le point.

Depuis le 4 octobre 1945, date de promulgation par le général de Gaulle des ordonnances sur la sécurité sociale, l'espérance de vie des Français a augmenté d'un tiers, la mortalité infantile a diminué des trois quarts et le nombre des centenaires a été multiplié par vingt, cela malgré l'apparition d'un nouveau fléau des temps modernes : les accidents de la route.

Les causes de la mortalité varient selon l'âge : jusqu'à 25 ans, 71 p. 100 des décès résultent d'accidents qui constituent également la cause principale de mortalité jusqu'à 45 ans ; de 45 à 64 ans, ils sont la conséquence de tumeurs malignes et, à partir de 64 ans, de lésions vasculaires.

Mais, dans le même temps, le coût de la santé a augmenté, ce qui est bien naturel. Si, en 1950, notre pays attribuait l'équivalent de 3 p. 100 de la production intérieure brute aux dépenses de santé, ce taux atteint aujourd'hui 8 p. 100. Ces chiffres donnent le vertige. Sans entrer dans les querelles du VIII^e Plan, bien qu'il faille tenir compte du chômage, des experts ont chiffré à cent milliards le déficit de la sécurité sociale en 1985.

Cela ne correspond d'ailleurs pas à la volonté de la majorité qui, au contraire, entend faire ce qu'il faut pour éviter d'atteindre un tel déficit, car nous, nous enons à la sécurité sociale et nous ne voulons point la démolir.

Un constat s'impose : les médecins, les dentistes, les pharmaciens et les auxiliaires médicaux sont en nombre suffisant aujourd'hui. Il est faux d'affirmer qu'il y a pénurie ; il y a même pléthore, ce qui est souvent synonyme de mauvaise médecine.

Les lits d'hospitalisation sont également en nombre suffisant, mais un déséquilibre persiste entre les équipements de pointe et les équipements vétustes. Le nombre de lits en salle commune est non point, comme le disait mon confrère M. Autain, de 70 000 mais de 44 164 sur un total de 290 000, selon les statistiques en date du 1^{er} janvier 1978.

Parallèlement, partant d'une idée généreuse qui s'est parfois révélée néfaste dans la pratique, se sont développés des centres médico-sociaux de cure et de postcure dont l'utilité est apparue parfois douteuse, sauf pour leurs promoteurs.

L'équipement lourd est aujourd'hui satisfaisant, mais l'apport incomparable qu'il représente pour le diagnostic et la thérapeutique ne doit pas en figer l'installation au niveau actuel. Les tomodynamètres ou scanners sont entrés aujourd'hui dans la pratique médicale courante en matière de diagnostic, en pathologie non seulement crânienne mais aussi thoracique ou abdominale, de sorte que nous pouvons chaque jour affiner notre diagnostic et par conséquent apporter plus de sécurité au malade.

L'industrie pharmaceutique française marque un recul au profit de firmes étrangères parce qu'elle a été pénalisée. La recherche pharmaceutique a suivi la même évolution dans notre pays.

L'industrie pharmaceutique française, par ses laboratoires, occupait la troisième place pour la recherche dans le monde, bien avant les pays de l'Est ; il faut lui redonner cette place éminente.

Un autre constat est celui de l'inégalité des Français devant la maladie.

Cette inégalité a pour origine non point, selon le schéma simpliste, doctrinaire et électoraliste, l'inégalité par la fortune mais le manque d'information individuelle et les possibilités que laisse chaque profession pour les soins de santé. Le petit artisan comme le directeur d'entreprise y consacrent moins de temps que l'employé plus facilement remplaçable.

De fait, en tête du peloton des espérances de vie nous trouvons le curé de campagne et l'instituteur que l'on peut difficilement considérer comme des nantis !

Parlons des remèdes. Il y a d'abord le faux remède, c'est-à-dire la nationalisation que certains demandent au nom de la disparition simpliste et stupide de la notion de profit en matière de santé, notion délétère qui hante encore trop souvent votre administration.

M. le ministre de la santé et de la sécurité sociale. C'est exact.

M. Joseph Comiti. Etudions cette question selon un postulat à deux volets.

Le progrès médical, qui s'est développé depuis la dernière guerre, va s'accélérer selon une courbe exponentielle qui dépassera certainement celle du produit intérieur brut. Nous ne pouvons pas fixer la progression du P.I.B. comme limite de la progression en médecine.

Les sommes considérables qui seront mises en jeu attireront de plus en plus les pillards, d'où la nécessité d'une gestion rigoureuse et d'une chasse impitoyable aux abus, quelle que soit leur nature. Le budget d'une famille comprend les dépenses nécessaires et celles que j'appellerai les dépenses de confort ou de loisirs. Il faudra donc choisir devant une médecine de plus en plus coûteuse et efficace, entre certaines dépenses de loisirs et la garde auprès de soi de son vieux père ou de sa vieille mère.

Votre budget est satisfaisant du point de vue du montant global des crédits. Et je me félicite des efforts consentis dans le domaine des économies. En particulier, le chapitre 37-51 « études et enquêtes » voit sa dotation diminuer de 30 p. 100. Pour avoir occupé un poste ministériel, je sais le fourre-tout que constituent ces études et enquêtes, dont l'utilité est souvent douteuse. Je vous sais gré d'avoir taillé quelques crédits dans le budget.

En matière d'équipements, les autorisations de programme montrent une parité entre les crédits destinés à la maintenance des C.H.R. — toutefois avec peu d'opérations nouvelles : 150 millions sur un total de 410 millions — et les crédits destinés à l'humanisation, y compris celle des hospices, qui s'élèvent à 382 millions. Cette tendance devrait s'accroître afin que disparaissent rapidement les lits de salle commune.

Enfin, j'ai noté avec tristesse que vous attribuez 11,4 millions à l'interruption volontaire de grossesse alors qu'un million seulement est destiné à la contraception ; le contraire serait préférable.

Mais l'essentiel concerne les dépenses de l'assurance maladie que vous pouvez contrôler indirectement. Quels sont les divers facteurs qui concourent à ces dépenses ?

En ce qui concerne les prescripteurs, un climat de confiance doit régner entre ces derniers, les pouvoirs publics et les caisses de sécurité sociale. En outre, le médecin doit être informé de ses responsabilités dès l'université.

La convention est néanmoins bonne. Je parie une bouillabaisse avec M. Autain que, lors du prochain renouvellement de cette convention, le nombre des médecins qui la signeront sera identique à celui d'aujourd'hui. (*Sourires.*)

Cependant, une importante réserve doit être faite à propos de la notion d'enveloppe globale. C'est Bismarck qui en parla le premier. De grâce, monsieur le ministre, parlons d'information, de contrainte, mais point d'enveloppe globale !

Il doit également être mis fin à des tracasseries mesquines. On avait incité les médecins à adhérer à des centres de gestion agréés en leur faisant miroiter, du fait de la vérité de leurs déclarations, un taux d'imposition analogue à celui des salariés. Le ministère du budget se désengage progressivement. L'Etat se doit de ne pas faire de fausses promesses !

Il faut aussi que cessent les procès d'intention. Les nécessaires sanctions appliquées aux tricheurs ne doivent pas jeter le discrédit sur l'ensemble de la profession. L'exemple le plus récent est celui du procès fait au secteur hospitalier privé.

Les tricheurs doivent être sévèrement punis, mais je prétends que le secteur privé est nécessaire à l'hôpital pour assurer une bonne ouverture sur la vie.

Quant aux assurés, il faut faire leur éducation : d'abord, en leur faisant mieux connaître les différentes possibilités de soins ; ensuite, en leur faisant prendre conscience de la nécessité de se soigner dans certaines circonstances, fût-ce au détriment de leur vie professionnelle.

La mutualité pourrait jouer un rôle exemplaire dans ce domaine dès lors que le ticket modérateur d'ordre public semble être abandonné. La mutualité — et c'est à son honneur — s'engage à entreprendre cet effort d'information et de prévention qui ne peut qu'entraîner une diminution des dépenses globales.

L'assuré doit être également sensibilisé sur les grands fléaux causes principales de la morbidité et de la mortalité. Sachez que l'alcool et le tabac coûtent 30 milliards par an à la collectivité nationale.

M. Georges Hage. Et les accidents du travail ?

M. Joseph Comiti. Je suis prêt à en faire l'analyse en vous démontrant la place qu'ils occupent dans la mortalité générale.

M. Alain Léger, rapporteur pour avis. C'est ce que va faire M. Hage !

M. Joseph Comiti. Eh bien, nous l'écouterons !

Il faut responsabiliser les assurés en leur indiquant le coût réel des soins soit par la feuille de paie vérité, soit, mieux encore, en leur indiquant le montant des soins que la sécurité sociale rembourse. Le malade constaterait avec satisfaction l'effort consenti par la collectivité publique pour lui venir en aide dans cette situation difficile et le tricheur aurait peut-être honte de faire dépenser inutilement de l'argent.

Les profiteurs doivent être traqués car non seulement ils grèvent le budget, mais, de surcroît, sont un mauvais exemple et un exemple contagieux.

Les comptes de l'assurance maladie des six premiers mois de 1980 font apparaître une augmentation des indemnités journalières plus fortes en avril, c'est-à-dire pendant les vacances de Pâques, en juin, juillet et août alors que, paradoxalement, durant la même période, l'augmentation des honoraires médicaux est la plus faible. Ces périodes correspondant à des vacances, ne s'agit-il pas de congés maladie-vacances ?

Les statistiques montrent, certes, une diminution globale de l'absentéisme. Mais une analyse plus fine, à laquelle on se garde bien de procéder, révélerait, en réalité, une diminution des longues périodes d'absentéisme, c'est-à-dire celles dues à une maladie véritable, à cause des progrès de la médecine, alors que les courtes absences, elles, ne régressent pas.

Il convient de renforcer le contrôle en augmentant le nombre et les pouvoirs des médecins-conseils et en allégeant les procédures qui, par leur complexité, rendent illusoire la maîtrise de l'absentéisme de courte durée.

M. Alain Léger, rapporteur pour avis. L'hôpital n'est pas une prison !

M. Gilbert Millet. Marche ou crève, c'est ce que vous voulez !

M. Joseph Comiti. Mieux encore, il faut définir le rôle et la mission de l'hôpital, par exemple en ne donnant pas aux C.H.R. dont le prix de journée est élevé, des tâches qui ne sont pas les leurs. Il faut restructurer les services en fonction de l'évolution de la pathologie — vous disposez à cet égard des moyens légaux — et faire cesser certaines féodalités. Enfin, il faut prévoir des services de dégagement avec un encadrement et des équipements légers dont le coût serait fortement abaissé, en créant une sorte d'hôtellerie médicalisée.

Pour les autres hôpitaux, il faut lutter contre la tendance bien naturelle d'installer des équipements de prestige aussi coûteux qu'inadaptés aux besoins réels. La multiplication des services de réanimation de petite dimension, pour lesquels le recrutement est insuffisant, n'est pas souhaitable car il s'agit en général de faux-semblants qui donnent — et ceci est plus grave — une fausse sécurité.

M. le ministre de la santé et de la sécurité sociale. Très bien !

M. Joseph Comiti. Pour les chirurgiens, la réanimation est trop importante, d'où la nécessité de veiller à la perfection des moyens, à la qualité des équipes soignantes et à son maintien par une activité constante.

M. Robert Héraud. Très bien !

M. Joseph Comiti. Vous devez aider les cliniques privées qui assurent pratiquement la moitié des interventions chirurgicales pour un prix nettement inférieur à celui demandé dans les hôpitaux.

M. Gilbert Millet. Voilà le fond de l'histoire !

M. Joseph Comiti. Je vous convie, mon cher collègue, à venir dans mon service à Marseille. Vous verrez des gens d'un niveau social élevé dans les hôpitaux publics et des gens modestes dans des cliniques privées ! Déclarer que seuls les gens riches sont soignés dans les cliniques privées est une contrevérité absolue.

M. Gilbert Millet, Mme Jacqueline Fraysse-Cazalis et M. Georges Hage. Nous n'avons pas dit cela !

M. Joseph Comiti. Vous défendez maintenant les cliniques privées ! On aura tout entendu.

M. Gilbert Millet. Les cliniques privées comme les hôpitaux publics sont frappés par la politique d'austérité du pouvoir !

M. Joseph Comiti. Il ne faut donc point les étrangler au nom de la doctrine du profit malsain — bien qu'elles aient maintenant des alliés pour le moins curieux — et condamnable, qui aboutirait à leur disparition, en tout cas au doublement du prix des actes qui y sont pratiqués. L'exemple de la clinique de Bourg-Saint-Maurice est dans toutes les mémoires.

Enfin, méfions-nous de certaines réformes dont on n'apprécie pas les conséquences. On veut actuellement séparer l'anesthésie de la réanimation en instituant un secteur double. Si l'on arrivait à parler d'un diplôme d'anesthésie sans que celui-ci soit automatiquement un diplôme d'anesthésie-réanimation, on verrait apparaître une nouvelle catégorie de personnel parfaitement inutile. Je ne vois pas quel chirurgien pourrait accepter une telle séparation. Les malades n'en souffriraient-ils pas ?

Monsieur le ministre, ne détruisez pas ce qui va bien. Les anesthésistes doivent être des réanimateurs et suivre les opérés. Des spécialistes ou des internistes doivent également assurer la réanimation respiratoire ou cardiologique. Il s'agit, dans les deux cas, de réanimations spécialisées qui relèvent du domaine des mêmes praticiens. On pourrait à la rigueur créer un diplôme de réanimateur, mais on devrait en limiter la délivrance.

Enfin, il faut favoriser les soins à domicile. Très souvent nous accueillons dans les hôpitaux des malades qui ne nécessitent que des soins très élémentaires, lesquels pourraient être dispensés par une aide à domicile dont le coût global reviendrait à 4 500 francs par mois. En revanche, le maintien du malade dans le service engendre une dépense de 30 000 francs par mois. Prenons garde aux fausses économies.

En matière de pharmacie, le blocage inconsidéré des prix a abouti à la prolifération de pseudo-nouvelles spécialités et à l'intrusion de laboratoires étrangers dans notre pays et, fait plus grave, à la dégradation de la recherche pharmaceutique.

En matière de prévention, une approche stricte des actions de dépistage réellement utiles s'impose d'abord.

Innombrables sont les exemples de recherches complexes sans bénéfice pour les malades, mais fructueuses pour les prescripteurs. Trop souvent des malades, craignant ou suspects d'avoir une tumeur du sein se présentent à nos consultations avec un volumineux dossier de séniographies effectuées tous les deux mois. Or celles-ci sont tout à fait inutiles et elles peuvent même favoriser l'apparition d'une tumeur du sein...

M. Gilbert Millet. Ce n'est pas vrai !

M. Joseph Comiti. C'est vrai, monsieur Millet !

M. Gilbert Millet. Quelle exagération !

M. Joseph Comiti. Mais non ! La différence entre vous et moi c'est que je vis tous les jours cette réalité alors que vous, vous la voyez à travers des verres déformants !

M. Gilbert Millet. Ce n'est pas sérieux, ce que vous nous dites !

M. Jacques Delhalle. C'est vous qui n'êtes pas sérieux !

M. Gilbert Millet. Ce n'est pas sérieux ! C'est indigne d'un chef de service !

M. Joseph Comiti. Le chef de service que je suis, monsieur Millet, ne vous permet pas de porter une appréciation quelle qu'elle soit sur son activité !

M. Georges Hage. Un chef de clinique politicien, cela existe !

M. Joseph Comiti. Je travaille, j'examine des malades et vous, vous faites de la politique. Voilà la différence entre vous et moi ! (*Applaudissements sur les bancs du rassemblement pour la République et de l'union pour la démocratie française.*)

M. Henry Berger, président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales et M. Robert Héraud. Très bien !

M. Georges Hage. Nous sommes des politiques, vous êtes un politicien !

M. le président. Je vous prie de poursuivre, monsieur Comiti.

M. Joseph Comiti. Je poursuivrai si les membres du groupe communiste veulent bien ne pas m'interrompre, monsieur le président.

M. Jacques Delhalle. On se demande s'il y a un président !

M. le président. Mon rôle est surtout de faire respecter les temps de parole impartis aux orateurs.

Veuillez poursuivre, monsieur Comiti, et conclure rapidement.

M. Joseph Comiti. En revanche, certaines actions peuvent être exemplaires.

Prenons l'exemple des prothèses auditives. Le premier essai date du xvi^e siècle, avec l'invention par Bacon du cornet acoustique qui, quand il était bilatéral, faisait ressembler ses porteurs à des béliers mérinos. Aujourd'hui, les appareils modernes pèsent cinq grammes, mais le coût d'un appareillage en stéréophonie, qui est de 6 000 francs, ne donne lieu qu'à un remboursement de 1 000 francs. Or chez le nourrisson, il y a toujours des traces d'audition qui disparaissent au bout de quelques semaines. C'est ainsi qu'une fausse économie de 5 000 francs en fera un malentendant définitif et entraînera pour l'Etat une charge financière considérable.

J'ai parlé de l'éducation du public quant aux grands fléaux, mais elle ne suffit pas. Les catégories de personnes menacées par les risques découlant d'un comportement volontaire doivent participer elles-mêmes à la couverture des frais résultant de la pathologie du tabac, de l'alcool et de ceux liés à l'utilisation de l'automobile ou de tout autre véhicule à moteur.

Monsieur le ministre, c'est de vous que devrait dépendre la prévention routière et notamment la limitation plus stricte encore de la vitesse, la réglementation de l'utilisation des équipements adéquats et notamment de la ceinture de sécurité et de l'appui-tête, l'absence de ce dernier provoquant, trop souvent, des traumatismes cervicaux, sources d'incapacités supérieures à un an. Enfin, la publication des statistiques d'accidents par catégories et marques de véhicules serait nécessaire.

Vous avez consenti un effort en faveur de la recherche médicale, monsieur le ministre, mais il est encore insuffisant. Il faut augmenter les crédits qui y sont consacrés. C'est l'honneur de notre pays et c'est la mission de la France. Telles sont, monsieur le ministre, trop brièvement énoncées, les propositions du rassemblement pour la République dont le groupe votera votre budget. (*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. Audinot.

M. André Audinot. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, je réserverai le court temps de parole dont je dispose à l'examen d'un problème qui me tient à cœur et dont les solutions épisodiquement envisagées tardent trop pour qu'on l'oublie : la protection sociale des travailleurs indépendants.

Depuis le 1^{er} janvier 1969, les travailleurs indépendants ont leur propre régime obligatoire d'assurance maladie et maternité.

Les prestations servies par les organismes conventionnés au titre de ce régime obligatoire sont exclusivement des prestations en nature et si elles ont sensiblement évolué depuis 1969, l'harmonisation prévue par la loi Royer n'est toujours pas devenue effective.

Les maladies de longue durée ne sont pas totalement exonérées du ticket modérateur et l'assurance n'est acquise qu'aux seuls assurés qui payent leurs cotisations dans les six mois.

En cas d'arrêt brutal de l'activité du chef de famille artisan ou commerçant pour cause de maladie ou d'accident, sa situation financière se dégrade très rapidement alors que toutes les charges de l'entreprise continuent à courir.

Il faut souligner d'ailleurs que l'invalidité partielle permanente rendant l'activité impossible n'est absolument pas prise en compte par les régimes de retraite de l'Organic et de la Cancava et que seul ce dernier garantit l'invalidité totale temporaire.

La constitution d'un dossier d'invalidité demande un certain temps et même en cas d'invalidité totale et définitive, les allocations ne seront pas versées avant plusieurs mois. Le demandeur devra, pendant cette période, continuer à faire face à toutes ses obligations sociales.

L'artisan est particulièrement vulnérable à un tel risque, surtout s'il travaille seul, ce qui est d'ailleurs souvent le cas. Mais le commerçant contraint de maintenir le niveau d'activité de son entreprise devra, lui aussi, la plupart du temps, se faire remplacer.

Pour que la couverture sociale des travailleurs indépendants soit comparable à celle des autres catégories sociales, l'harmonisation des prestations servies s'impose. Il convient donc de faire progresser la couverture des prestations en nature et d'instituer une protection contre les conséquences financières de l'arrêt du travail, par le versement éventuel de prestations en espèces.

Les organisations que j'ai consultées dans mon département estiment que cette dernière couverture devrait être obligatoire, car les artisans et les petits commerçants sont, vous le savez bien, monsieur le ministre, déjà saturés de charges sociales. S'ils sont disposés à faire un effort contributif supplémentaire, celui-ci devra être modéré et offrir en contrepartie une sécurité nouvelle.

La garantie devra être adaptée aux besoins des indépendants et les prestations limitées aux risques les plus lourds.

L'accès de cette couverture devrait être réservé aux actifs et correspondre à leur faculté contributive.

Tel est, monsieur le ministre, ainsi que je l'ai recueilli, le souhait d'une part des nombreux artisans et commerçants que je rencontre, comme chacun de mes collègues, dans ma circonscription, et, d'autre part, des caisses d'assurance qui les représentent.

J'ajoute que dans le cadre des négociations que vous ne manquez pas de mener avec ces organismes représentatifs, il conviendra de suivre également le problème des risques majeurs dont la nature et les montants d'indemnisation sont à fixer.

Par ailleurs, la couverture sociale des conjointes collaboratrices devra être envisagée dans le cadre de ce régime et une cotisation volontaire sera éventuellement instituée.

Un progrès dans ce sens permettrait aux commerçants et artisans, moyennant une cotisation acceptable, d'être enfin mieux protégés.

Ils disposeraient des moyens de se soigner dans des conditions normales et le traitement préventif des affections réduirait, j'en suis persuadé, les charges de la collectivité.

L'existence de nombreuses petites entreprises serait ainsi préservée et leur solvabilité à l'égard de tiers ou des caisses d'assurances sociales s'en trouverait très sensiblement améliorée.

Vos services pourraient-ils se rapprocher de ceux de la caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs indépendants pour réaliser une étude chiffrée afin de déterminer le taux des cotisations ?

L'un des derniers conseils des ministres a rappelé que parmi les objectifs du Gouvernement figurait « l'harmonisation réelle des régimes de protection sociale ». Aussi, nous vous demandons, monsieur le ministre, de ne pas oublier les travailleurs indépendants. *(Applaudissements sur les bancs de l'union pour la démocratie française et du rassemblement pour la République.)*

A. le président. La parole est à M. Briane.

M. Jean Briane. Monsieur le ministre, le groupe de l'union pour la démocratie française votera votre projet de budget. Je pense que vous n'en doutiez pas.

Ce projet de budget me paraît souligner trois orientations du Gouvernement pour une politique de la santé et de l'action sociale.

Première orientation : accroître l'effort de prévention et de recherche pour assurer l'avenir. Elle se traduit par l'augmentation des moyens mis à la disposition de la prévention sanitaire dans les départements et par la priorité donnée à la recherche médicale et particulièrement à l'I. N. S. E. R. M.

Deuxième orientation : confirmer et prolonger les solidarités, d'abord en faveur des handicapés et des personnes âgées, notamment par le maintien à domicile et l'élimination des ségrégations.

Troisième orientation : améliorer la formation des responsables et le développement des responsabilités. Elle se traduit par la formation médicale continue, par la formation professionnelle des assistants de service social, par l'éducation pour la santé, par l'action sociale volontaire à travers un soutien plus important de la vie associative et, enfin, par l'innovation sociale.

L'Etat ne peut ni ne doit tout faire, pas plus dans le domaine de la santé que dans tout autre.

Si je considère que la gestion des diverses branches de la protection sociale doit relever de la seule responsabilité des citoyens, après que le Parlement en a fixé les voies et moyens et le cadre et que le Gouvernement en a précisé les règles, il me paraît nécessaire en revanche que l'Etat maîtrise l'outil de soin et son environnement sanitaire, social et socio-éducatif. C'est là la première condition pour maîtriser les dépenses de santé et celles qui sont consacrées à l'action sociale.

Monsieur le ministre, quelques améliorations sont toujours possibles. Elles doivent être envisagées pour ajuster l'outil de soin aux besoins réels du pays. A cet égard, j'aborderai successivement trois points : l'hospitalisation et la carte sanitaire, la prévention et l'action sociale.

La carte sanitaire, loin d'être figée, doit être établie en tenant compte de la réalité des besoins dans le pays. Je dirai même qu'elle doit « coller » aux réalités des besoins selon les régions. Or, actuellement, il n'en est pas toujours ainsi. Il est vrai que, quelquefois, des investissements excessifs ont été opérés dans certains centres hospitaliers régionaux, ce qui n'a pu qu'accroître encore l'hospitalo-centrisme que certains n'ont pas manqué de dénoncer à cette tribune.

Ma proposition, monsieur le ministre, vise à mieux coordonner et harmoniser le secteur public et le secteur privé dans le domaine de l'hospitalisation, mais elle tend aussi à veiller à ce que les établissements hospitaliers, qu'ils soient régionaux, départementaux, voire même installés dans une petite ville de province, tiennent davantage compte des réalités. Par exemple, le centre hospitalier régional de Toulouse a tendance à « aspirer » le département de l'Aveyron. Mais il ne faut pas pour autant priver le chef-lieu ou les petites villes telles que Millau, Saint-Affrique ou Espalion, d'un équipement hospitalier indispensable. Je souhaite, monsieur le ministre, que, dans l'élaboration de la carte sanitaire, vous teniez compte des avis des élus et des directeurs départementaux des affaires sanitaires et sociales, lesquels sont vraiment bien placés pour connaître les besoins des régions.

Peut-être faut-il envisager plusieurs étages d'équipement mais il faut en tout cas veiller à coller au terrain, si vous me permettez cette expression.

J'insiste sur la coordination entre établissements publics et établissements privés car les deux concourent à un service public.

En ce qui concerne les centres de soin et le maintien à domicile, un effort est nécessaire afin d'aider les formules associatives et mutualistes de maintien à domicile, qu'il s'agisse de services de soins, d'aides familiales ou d'aides ménagères.

Il faudrait rechercher une meilleure répartition du corps médical sur l'ensemble du territoire car vous n'ignorez pas qu'un déséquilibre se manifeste entre les régions.

Une meilleure coordination des actions de prévention est indispensable : il faut faire disparaître les cloisons trop étanches qui peuvent exister, associer davantage le corps médical à l'action de prévention, en particulier les généralistes qui travaillent sur le terrain, ainsi que les structures et les mouvements associatifs à caractère sanitaire et social et socio-culturel. Il conviendrait peut-être de créer de telles structures en certains endroits.

Dans le domaine de l'action sociale, je souligne le rôle que devraient jouer les centres sociaux. Ils sont nombreux, certes, mais leur nombre est encore très insuffisant. Et, de même qu'il faut une carte sanitaire, il serait nécessaire d'avoir une carte nationale des centres sociaux. La création de tels centres pourrait être envisagée dans les quartiers urbains, et dans le village centre en zone diffuse. Leur rôle est essentiel et ils doivent disposer des moyens nécessaires.

En conclusion, monsieur le ministre, il nous appartient de veiller à une plus grande efficacité de notre outil de soins, de rechercher le plus grand effet multiplicateur de l'argent public consacré à la santé et à l'action sociale, de maîtriser les dépenses de santé, d'assurer la pérennité de notre système de sécurité sociale et, plus globalement, de notre système de protection sociale. Tel doit être, monsieur le ministre, notre objectif commun. Vous pouvez compter sur nous. (*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. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, ouvert six ans après les faits, le procès de la catastrophe de Liévin qui, je le rappelle, a fait quarante-deux morts, s'est achevé il y a dix jours, le 7 novembre. La nuit suivante, à l'heure où d'aucuns tuaient leur ennui en dilapidant des fortunes, trois travailleurs immigrés étaient happés par un train à Athis-Mons. Ils chargeaient des rails sur un wagon.

L'entrepreneur incrimine les cornes de sécurité, la direction du vent; la police judiciaire fait état d'une enquête de plusieurs mois. Quand il faut punir les responsables de ces accidents, la justice marche à pas lents et ignore la procédure du flagrant délit.

Ce sont là quelques-uns des terribles contrastes et des inégalités devant la vie et devant la mort, dans la société libérale avancée que vous défendez, monsieur le ministre.

Quand il s'agit de trouver les causes d'un accident du travail, le patronat, rarement incriminé, invoque toujours la fatalité ou une faute de la victime. La loi capitaliste de la recherche du profit maximum demeure sacro-sainte.

Les statistiques de 1978 dénombrent plus de 1 300 000 accidents du travail qui ont blessé, mutilé, handicapé et fait plus de 3 000 morts. C'est chaque année une véritable hécatombe, avec son cortège de larmes et de douleurs.

Les prévisions des régimes obligatoires de sécurité sociale en établissent le coût direct à près de 24 milliards de francs pour 1980 et à plus de 26 milliards de francs pour 1981, soit presque le montant du projet de budget que vous nous présentez.

Quant au coût indirect, dû à l'indisponibilité du salarié, aux dégâts causés aux machines et aux autres pertes de production, il représenterait, selon le Bureau international du travail, deux à cinq fois le coût direct. Une autre estimation le fixe à 4,5 p. 100 du produit intérieur brut, soit quelque 90 milliards de francs.

Voilà des chiffres qui réduisent à néant tous les arguments invoqués contre la prévention, des arguments démagogiques, prétendant que son organisation serait ruineuse. En bref, nous assistons à un véritable « gâchis », gâchis de la vie humaine et de la santé des hommes. Et ce gâchis, si l'on veut se placer à un autre point de vue, se double de pertes économiques considérables.

Et encore je ne tiens pas compte des nombreux artifices qu'utilise le patronat pour dissimuler la réalité : pensons à la sous-traitance, aux pressions exercées sur les travailleurs blessés, au recours à l'emploi temporaire !

En fait, l'entreprise concentre en son sein toutes les nuisances dont les hommes cherchent à se protéger partout ailleurs. Aucune ne cherche à éviter à ses travailleurs les multiples agressions de la température, de l'humidité, de la lumière ou du bruit ! D'ailleurs en dépit des luttes des travailleurs et des rapports des comités d'hygiène et de sécurité, la situation reste mal connue, surtout dans les petites et les moyennes entreprises où s'exercent vivement et directement la pression patronale et le chantage détestable à la nécessaire compétitivité.

En réalité, dans un pays aussi industrialisé que le nôtre, le nombre des substances et des produits toxiques se multiplie constamment dans les entreprises. Pourtant, jamais des recherches sur leur nocivité et sur la prévention n'ont été vraiment lancées pour protéger la santé des travailleurs. Alors, évidemment, on ne compte plus les victimes. Et celles-ci, faute d'études préalables sur la prévention ne peuvent bénéficier pleinement et immédiatement de la réparation prévue par les lois sur les maladies professionnelles.

Voici deux exemples, pris dans ma circonscription. Chez Prochim, à Courchelettes; dans le compte rendu d'une réunion extraordinaire du comité d'hygiène et de sécurité, je lis que se produisent « des intoxications chimiques dues à des manipulations à l'air libre, à des fabrications mal maîtrisées techniquement », et le médecin du travail signale qu'il n'est pas

possible de « prévoir la destination dans l'organisme de ces nombreux mélanges absorbés par des sujets lors de fréquentes manipulations réalisées en un temps limité ».

A Expanver, à Aniche, le verre est fabriqué grâce à un procédé nouveau, avec du verre de récupération. Une forme nouvelle de silicose apparaît, mais les pouvoirs publics, alertés depuis longtemps par mes soins, ne s'en sont jamais préoccupés.

Dans les activités du secteur tertiaire, les employés ne sont pas non plus épargnés. Le plus souvent, les techniques nouvelles sont appliquées sans que les risques qu'elles comportent aient été sérieusement évalués : je pense au travail devant un écran de visualisation, à la vie sous air conditionné et au travail parcellaire, assimilable à un « taylorisme » de bureau. D'ailleurs, les rapports avec le public sont totalement déshumanisés.

Partout où c'est possible, de la chaîne de montage automobile jusqu'à l'établi ou dans le bureau, la vitesse d'exécution de la tâche est poussée à la limite de l'absurde. Elle exige de la part de l'exécutant l'absorption de calmants ou d'excitants. Dans le même temps, pour rentabiliser le plus vite possible le capital investi, le travail posté et le travail en alternance se développent à un rythme accéléré. Dans l'industrie, notamment, un quart des travailleurs travaillent par équipes successives. La proportion du travail en équipe a doublé en vingt ans dans certaines branches, quand elle n'a pas triplé.

Cependant, le pouvoir et le patronat ont organisé une véritable campagne de culpabilisation des malades, une véritable chasse aux malades. Ainsi, à l'usine Renault de Douai-Cuincy, qui devrait être pourtant à la pointe en matière de prévention, un règlement intérieur, tout à fait illégal, habilite les gardiens à consulter ordonnances, certificats médicaux et radiographies des salariés en arrêt de maladie ! C'est la violation absolue du secret médical. De même les accidentés sont systématiquement invités à reprendre leur poste avant la fin de l'arrêt de travail qui leur a été prescrit. Quant aux salariés dont la santé a été des plus éprouvées par les conditions de travail, ils sont systématiquement licenciés. Ainsi, près de quatre cents licenciements ont été décidés depuis la visite de M. Valéry Giscard d'Estaing en 1976.

Le patronat manifeste de plus en plus sa volonté de réduire les effectifs en banalisant les licenciements pour maladie. Par exemple, la direction de Peugeot-Sochaux a prétendu réunir le comité d'entreprise pour dispenser des « informations sur le licenciement de personnes fréquemment malades » ! L'intention de culpabiliser les travailleurs est évidente. Il s'agit en quelque sorte de leur faire avaliser « l'auto-exploitation ». Pourtant, le taux d'absentéisme en France, et précisément chez Peugeot, est parmi les plus faibles. Si l'on considère l'ensemble des pays industrialisés, avec neuf journées et demie indemnisées par an et par assuré, notre pays vient après la Suède, les Pays-Bas, la République fédérale d'Allemagne et l'Italie !

Contre un patronat qui entend garder — profit maximum oblige n'est-ce pas ? — un pouvoir absolu en ce domaine, avec la complicité des pouvoirs publics, il ne reste aux travailleurs qu'une solution : la lutte ! Ils doivent exiger d'abord la création de comités d'hygiène et de sécurité. Près de 30 p. 100 des entreprises en sont dépourvues. Quand ces comités existent, les travailleurs doivent exiger l'élargissement des prérogatives et des moyens de ces comités, sans oublier le développement de la médecine du travail. L'indépendance de celle-ci à l'égard du patronat doit être réellement garantie. Elle doit échapper aux impératifs du profit maximum. Dans ce domaine, mon ami Alain Léger développera nos propositions au cours de la discussion.

Personnellement je tiens à féliciter les travailleurs de la zone industrielle et portuaire de Dunkerque pour leur lutte, à bien des égards exemplaire, dans ce domaine. Comment oublier qu'en seize ans, dans cette zone, 600 travailleurs sont morts au travail ? Il y a eu 26 000 blessés graves, victimes d'une incapacité partielle permanente. Rien d'étonnant si la campagne de ces travailleurs a été soutenue par la population ! Ils voulaient obtenir un Samu et un service des grands brûlés. Leur lutte procède de leur conviction que l'hygiène et la sécurité dans les entreprises ne peuvent être pleinement assurées que par les travailleurs eux-mêmes.

Mais, hors de l'entreprise, la santé des travailleurs subit aussi de rudes assauts en raison de la pauvreté. Qui saurait nier que des millions de Français n'ont pas aujourd'hui de quoi vivre décemment ? Ils se privent du nécessaire, en particulier de nourriture, ce qui provoque ces fameux déséquilibres alimentaires responsables, selon la médecine, de maladies aussi graves que le cancer ou les maladies cardio-vasculaires. Les travailleurs se nourrissent mal, comme dirait Madame Veil, dont vous relayez le discours, monsieur le ministre.

Selon une étude de l'I. N. S. E. E., citée par mon ami Millet, un salarié sur deux dans l'industrie et le commerce perçoit un salaire mensuel net inférieur à 3 300 francs; un sur quatre touche moins de 2 500 francs. Au mois de mars 1980, 43 p. 100 seulement des demandeurs d'emploi étaient indemnisés, contre 58 p. 100 l'année précédente.

Ainsi se développe une nouvelle forme de pauvreté à laquelle correspond le concept de « fruit précaire », fruit d'une large étude, longtemps gardée sous le boisseau, de la caisse nationale des allocations familiales.

Une proportion très forte de la population active, puisqu'elle atteint environ 30 p. 100, n'est même pas capable de supporter le choc des réalités les plus banales. Comment vivre avec à peine un peu plus que le S. M. I. C. quand on a charge d'enfants et que tout augmente? Comment trouver un emploi satisfaisant quand on n'est qu'un ouvrier sans qualification précise? Comment trouver un travail correspondant à sa qualification quand on en a une? Comment mettre au monde des enfants lorsque l'on a tant de raisons de s'inquiéter pour leur avenir?

Les résultats de cette enquête sont de plus en plus valables. Les familles sont contraintes de dépenser l'essentiel de leurs ressources pour satisfaire des besoins aussi élémentaires que l'alimentation, le chauffage ou le logement. Elles recherchent les logements les moins onéreux, un logement en P. S. R. plutôt qu'une H. L. M.

Considérons le logement, précisément: 16 millions de Français sont mal logés; 13 millions d'entre eux vivent dans des conditions de surpeuplement. C'est la promiscuité! Les effets de celle-ci sont aggravés par l'absence d'équipements sanitaires en des endroits que la pollution atmosphérique n'épargne pas. Ces mal-logés souffrent également du bruit, en raison de l'entassement et du manque d'isolation. Or le bruit est un facteur essentiellement pathogène. Il menace l'équilibre mental des adultes. Il est le révélateur des conflits personnels et il engendre des tensions familiales. Toute la vie privée de ces mal-logés est livrée en pâture aux oreilles d'autrui! Et je ne parle même pas d'autres facteurs débilitants tels que la ségrégation ou l'uniformité des bâtiments. Dans ces conditions, comment se reposer pour reconstituer sa force de travail? Comment la santé mentale des travailleurs ne serait-elle pas de plus en plus atteinte?

Diminuer le nombre des logements mis en chantier, et notamment des logements sociaux, est un véritable attentat contre la santé de notre pays! Les travailleurs qui exercent les métiers les plus mal rémunérés sont aussi les plus mal logés. Et leur espérance de vie est des plus courtes! La mortalité périnatale est très forte dans ma région. Ainsi les inégalités sociales se creusent et se traduisent par des inégalités de plus en plus criantes devant la maladie et devant la mort. L'inégalité, elle existe déjà pour ces gens-là avant leur naissance!

La santé est un produit social. Votre politique de la santé porte en elle condamnation de toute la politique giscardienne. Pour être améliorée, pour assurer le mieux-être de tous les Français, la santé a besoin de démocratie! (*Applaudissements sur les bancs des communistes.*)

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

M. Jean Bonhomme. Mes chers collègues, je suis ennuyé d'avoir à parler d'un projet de budget au sujet duquel deux rapporteurs ont négligé de nous dire l'avis des commissions compétentes. Je regrette cette curieuse méconnaissance des obligations élémentaires de la mission de rapporteur. Sans doute est-ce une manifestation, une de plus, de la perversion idéologique. Mais passons.

La sécurité sociale est l'exemple type des faux problèmes qui se posent à notre époque. Je ne veux pas parler de l'assurance vieillesse ou des prestations familiales qui ne souffrent que de difficultés financières, non de difficultés d'analyse ou de compréhension.

Je veux traiter de l'assurance maladie, de cet accroissement « échevelé » et proliférant des dépenses de santé, dont chacun sent les conséquences redoutables qu'il comporte non seulement pour notre économie mais également pour notre société en général.

Quand on évoque cette grande affaire, on parle à peu près de tout, sauf de l'essentiel. Tour à tour sont dénoncés les charges indues, les transferts abusifs, la mauvaise gestion ou la nationalisation de l'industrie pharmaceutique, entre autres. Or tout cela n'a guère d'intérêt au regard de ce phénomène social que représente la surconsommation médicale, fléau de notre temps et de notre pays.

Les manifestations en sont connues de tous. Chacun d'entre nous pourrait en citer des exemples. Laissez-moi rapporter quelques cas choisis au hasard.

Cette entorse banale, faite en descendant un escalier, destinée à guérir spontanément, immobilisée pendant trois ou quatre semaines par un plâtre qui enraidit l'articulation et exige trois semaines supplémentaires de rééducation.

Cette banale fracture de la malléole péronière, qui, elle, aurait guéri aisément par une simple immobilisation, a nécessité une intervention sanglante et un vissage entraînant, chez une première malade que je connais, des complications sans fin et au bout du compte, six mois après, une amputation à mi-cuisse; chez une deuxième malade, âgée de quarante-six ans, mère de six enfants, un traitement anticoagulant qui la fait mourir huit jours après d'hémorragie cérébro-méningée!

Ce jeune postier qui, ayant connu une déception amoureuse, s'est senti légèrement déprimé, a dû subir des électro-encéphalogrammes, normaux heureusement — mais on l'aurait juré! — s'est vu infliger par son psychiatre six mois de congé pour lui permettre de surmonter sa peine.

M. Gilbert Millet. Allez, allez!

M. Jean Bonhomme. Cette épouse de modeste agriculteur, atteinte d'une affection chronique, une recto-colite hémorragique, authentifiée depuis longtemps, qui subit une nouvelle hospitalisation après tant d'autres, dans un centre hospitalo-universitaire. Tous les jours, pendant un mois, sans que l'on ait pris en aucune manière connaissance d'un dossier déjà volumineux, des examens radiographiques, des prélèvements et analyses de toutes sortes sont pratiqués.

La décision thérapeutique consiste, à l'issue de cette hospitalisation, à conseiller de prendre les comprimés qu'elle avait l'habitude d'utiliser. Coût de l'hospitalisation, en 1976: 25 033 francs, dont 20 p. 100 à la charge de la famille.

M. Gilbert Millet. Les sangsues coûtaient moins cher!

M. Jean Bonhomme. Je vais y venir, monsieur Millet. Oui, les abus sont partout, et ils sont innombrables.

C'est l'abus de ces longues ordonnances inutiles. C'est l'abus des investigations et des explorations pratiquées devant tout symptôme sans l'épreuve préalable d'un examen clinique.

C'est le goût démesuré du bilan, des résultats chiffrés et imagés. Ce sont les thérapeutiques agressives dispensées pour des affections qui pourraient faire l'objet d'une attitude patiente et temporaire. Ce sont les traitements au long cours inutilement dispensés pour des affections bénignes ou chroniques. Ce sont ces contrôles radio, électro ou encéphalographiques périodiquement pratiqués dans une évolution qui s'opère normalement. Ce sont ces examens pré et post-opératoires dispensés dans un automatisme aveugle. Ce sont ces interminables séances de massage ou de rééducation pour soigner les séquelles de traumatismes mineurs.

Pourquoi dans certaines cliniques obstétricales pratique-t-on quatre ou cinq fois plus de forceps, d'anesthésies, de césariennes que dans d'autres établissements de même genre? Pourquoi cette psychiatrisation systématique pour des états de simple inadaptation des individus à leur métier ou à leur environnement? Pourquoi tant de perfusions, de transfusions, de réanimations, tant d'acharnement envers ceux dont on sait que la vie les abandonne inexorablement?

M. Gilbert Millet. Vous êtes pour la médecine aux pieds nus!

Mme Jacqueline Fraysse-Cazalis. Vous voulez laisser mourir les gens!

M. Jean Bonhomme. Le résultat de ces efforts démesurés est de plus en plus incertain. Je citerai, monsieur Millet, une étude parue dans le journal *Le Monde*, qui n'est pas forcément mon journal de chevet...

M. Laurent Fabius, rapporteur spécial. Ni celui de M. Peyrefitte!

M. Emmanuel Hamel. Vous avez tort, monsieur Bonhomme, c'est une bonne lecture!

M. Jean Bonhomme. ... dans laquelle on pouvait lire, sous le titre « Les années folles »: « Tout se passe comme si nous avions atteint cette phase d'amortissement bien connue à partir de laquelle l'accroissement même très lourd des moyens introduits

dans un système ne provoque qu'une modification infime des résultats, soit même, sous l'action des effets pervers, un renversement de tendance. »

Nous arrivons à un moment où l'on semble devoir engager des moyens de plus en plus onéreux pour des résultats globaux de plus en plus modestes.

M. Alain Léger, rapporteur pour avis. Voilà qui ne va pas favoriser le progrès social !

M. Jean Bonhomme. Ayant vidé mon sac, je peux donner l'impression d'être injuste et d'exagérer.

M. Laurent Fabius, rapporteur spécial. Ah !

M. Jean Bonhomme. Eh bien oui ! J'exagère, dirait Cyrano. Car, curieusement, si l'on n'en finit pas d'évoquer les bienfaits de la médecine, bienfaits que je reconnais bien volontiers, on passe sous silence, sauf en de rares cas, ses méfaits, qu'il est pourtant de notre devoir de révéler, car là est tout le problème de la sécurité sociale.

Non moins curieusement les tribunaux qui font grand peur au corps médical — et il y a de quoi — sanctionnent toujours les praticiens pour carence de moyens, jamais pour excès de moyens.

D'ailleurs, ce sujet de l'hypermédicalisation est victime d'un curieux tabou. On le reconnaît bien volontiers dans les conversations particulières, jamais dans les entretiens officiels. Et l'on prend toujours un risque à l'évoquer. Ainsi ces jours derniers encore, l'un de mes chers collègues, lors de la séance de la commission des affaires culturelles au cours de laquelle a été discuté, monsieur le ministre, votre projet de budget, a dénoncé chez moi la nostalgie des sangsues de la belle époque. Vous voyez j'y viens, monsieur Millet. Tel autre membre de la commission a jugé que je n'avais que mépris pour les malades !

Pourtant, c'est vrai que la médecine est gagnée par la fièvre, qu'elle est ivre de technique, qu'elle fabrique des malades tout en ruinant la société, qu'elle est malade de ses excès même et qu'il convient de la soigner, si nous voulons guérir ! Tout cela est évidemment grave et redoutable.

M. Gilbert Millet. Ivan Illich !

M. le ministre de la santé et de la sécurité sociale. Oui, Ivan Illich !

M. le président. Je vous en prie, monsieur Millet.

M. Jean Bonhomme. Monsieur Millet, puisque vous m'excitez un peu, permettez-moi de vous faire observer que si vous avez bon cœur, personne ne l'ignore, nous savons tous aussi que là où vous avez le pouvoir vous êtes à la pointe dans certain domaine de la médecine, je veux parler des cliniques psychiatriques. (Applaudissements et rires sur les bancs du rassemblement pour la République et de l'union pour la démocratie française.)

Tout cela est évidemment grave et redoutable, je le répète, non pas seulement parce que cet accroissement indéfini des charges médicales limite singulièrement les moyens des autres bénéficiaires de la sécurité sociale, familles, personnes âgées ; non pas seulement parce qu'il compromet la satisfaction des besoins essentiels pour l'hygiène, le logement, la salubrité et l'urbanisme, aussi indispensables à la santé que le geste thérapeutique ; non pas seulement parce qu'il impose des contraintes sévères à notre économie en affaiblissant les capacités d'investissement et donc de développement, génératrices à leur tour de progrès sociaux ; mais aussi parce que cet état de dépendance dans lequel s'installe l'homme par rapport à la médecine le « fragilise », soit qu'il vive dans la hantise des maladies invoquées à propos de résultats d'examen incertains, soit qu'il s'abandonne à des séries de soins qui inhibent ses facultés de participation active à la guérison.

Tout être bien portant est un malade qui s'ignore : Knock est plus présent que jamais.

Que pouvons-nous faire ? Ce sera ma conclusion.

Pour le moins, on peut tenter un retour au bon sens que de plus en plus les citoyens appellent de leurs vœux.

Refuser à l'hôpital et à l'hospitalo-centrisme ce rôle démesuré qu'il joue artificiellement : plus vous créez de lits, plus artificiellement ils seront remplis par des malades qui n'y ont pas leur place.

Démystifier la fascination exercée par les techniques de pointe auprès d'une opinion publique qui pèse lourd sur les décisions des pouvoirs publics.

Ne cédez pas trop vite aux modes et aux engouements pour les dernières techniques. Résistez à tous ceux qui vous adjurent d'aller toujours plus loin au risque de laisser toute une partie de la population à l'écart des soins les plus essentiels.

A quoi sert de réaliser des instituts hélio-marins remarquables s'il existe toujours des bidonvilles ?

A quoi sert de greffer des reins et des cœurs si on laisse des enfants et des nourrissons à l'écart de toute prévention et de toute prophylaxie ?

Ne vous laissez pas trop impressionner par les affirmations des pontifes. Depuis Molière, la liste est longue des déclarations péremptoires lancées du haut des chaires les plus éminentes et auxquelles l'évolution a infligé des désaveux cruels.

Restituez sa valeur et sa noblesse à la réflexion du praticien face au malade, à une médecine de finesse, de mesure et de discernement que seraient heureux de pouvoir pratiquer grand nombre de médecins.

Limitez la pléthore médicale, ce « mal absolu », ainsi que le disait Alfred Sauvy, qui nous vient du refus de la sélection, une des folies de mai 1968.

En dehors de ces tendances à long terme, pourquoi n'examineriez-vous pas, sans vous laisser impressionner par les défenseurs des grands principes — appuyez-vous dessus jusqu'à ce qu'ils cèdent ! — des méthodes qui peuvent être novatrices, consistant par exemple à « responsabiliser » les bénéficiaires de la sécurité sociale ?

Je sais que tout cela peut paraître anachronique aux esprits progressistes. Mais je ne trouve malheureusement pas, dans le concert de lamentations généreuses que j'entends ici et là, la moindre proposition concrète permettant de redresser une situation qui ira s'aggravant si des décisions réalistes ne sont pas prises.

Ce sont ces décisions qu'attend le pays, parce qu'il préfère le réel aux chimères. (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. Morellon.

M. Jean Morellon. Monsieur le ministre, messieurs les secrétaires d'Etat, représentant d'une des régions les plus thermales de France, je ne vous étonnerai pas si j'évoque le problème du thermalisme.

Le thermalisme français est en crise chronique, car le traitement thermal n'est pas perçu comme une thérapeutique moderne, active et efficace par les services de santé et de sécurité sociale.

Si les dépenses du quatrième des budgets civils de l'Etat augmentent, il convient de constater le recul de la part affectée au thermalisme.

Aussi, le nombre des curistes stagne ou régresse, et le vieillissement et l'appauvrissement général de la clientèle des stations s'accroissent. Les curistes étrangers sont à peu près inexistantes ; nous en accueillons trois fois moins que la République fédérale d'Allemagne.

Comment le thermalisme français pourrait-il mener une politique d'appel vers une clientèle potentielle nationale et étrangère s'il n'a ni moyens ni motivations ?

Pourtant, les deux vocations privilégiées de la politique thermique, la prévention et l'éducation sanitaire, rejoignent deux des trois orientations de la nouvelle politique de santé sur lesquelles le projet de budget que nous examinons met l'accent : l'effort de prévention ; la formation des responsables et le développement des responsabilités.

Force est de constater que le thermalisme est devenu une thérapeutique réservée au troisième âge, son objectif étant uniquement curatif et non préventif. En effet près de 50 p. 100 de curistes ont soixante ans et plus, alors que la représentation de ces tranches d'âge dans la population nationale est deux fois et demie moindre, et — paradoxalement — près de 60 p. 100 d'entre eux sont des inactifs. C'est que la population active trouve deux freins au recours à la crénothérapie.

La fixation d'un plafond de ressources annuelles — 50 220 francs — pour l'attribution des indemnités d'hébergement — 545 francs — et de trajet et, surtout, le montant des indemnités journalières compensatrices des salaires non versées pendant la durée des cures ;

La règle selon laquelle une cure médicalement justifiée ne peut être accordée que « si le résultat qu'on peut en escompter ne peut être obtenu par un moyen moins onéreux ».

En conséquence, les salariés sont, dans la majorité des cas, contraints de suivre leur cure pendant leurs vacances. L'association des notions de « loisirs » et de « soins » appelle alors celle de « dépaysement » et, tout naturellement, le choix d'une station hors des frontières.

Voilà pour l'évasion des actifs.

Par ailleurs, la prescription d'une thérapeutique thermique *in fine*, si aucun moyen moins onéreux n'a pu être retenu, la déprécie à partir de critères injustifiés qui ne résistent pas à l'examen. Cela revient, en effet, à privilégier la chimiothérapie qui présente — comparativement et à résultat égal — deux inconvénients fort différents mais aussi fort importants : le coût et la nocivité.

La sécurité sociale est malade, on le sait, de la boulimie médicamenteuse : les armoires à pharmacie familiales regorgent des restes de traitements inachevés. Il faut en venir à plus de parcimonie dans la prescription et à une prise en charge des cures thermales. C'est que la santé, de nos jours, n'est plus vécue comme la « non-maladie », et que ses bienfaits participent, au contraire, à la recherche d'un nouvel art de vivre : un bon équilibre entre le corps et l'esprit. On en revient au vieil adage : *mens sana in corpore sano*.

De plus, il ne faut pas négliger la nocivité de certains produits, sans parler de ceux dont l'utilisation ne peut être prolongée à cause de leurs effets secondaires.

Dans les pays voisins où le thermalisme est plus dynamique, des compagnies d'assurances et des mutuelles incitent leurs affiliés à suivre des cures thermales, non par simple philanthropie, mais afin de réduire nettement les dépenses d'hospitalisation et d'invalidité.

La thérapeutique thermique n'est donc pas incompatible avec une gestion saine du budget de la santé.

Voilà pour le coût.

Enfin, il faut sortir le thermalisme français de son ghetto. Actuellement, à quelques rares exceptions près, la cure ne peut comporter que des soins faisant intervenir directement un « agent thermal » — eaux, boues ou gaz — à l'exclusion de tout autre traitement associé ou complémentaire, même s'il relève de la médecine physique.

Adaptation, développement, conversion passent pas ce « désenclavement ». Déjà, en 1970 il avait été demandé que la notion de « soins par un agent thermal » soit remplacée par celle, moins restrictive, de « soins en milieu thermal ». Cette recommandation — et d'autres — figurent dans le rapport intitulé : « Pour une politique de la santé-thermalisme » publié par le ministère de la santé et de la sécurité sociale et regroupant les propositions élaborées par un comité d'experts constitué sous la direction d'un Clermontois, donc d'un Auvergnat, monsieur le ministre ! le professeur Cuvelier, président du conseil supérieur du thermalisme.

L'intérêt du malade, était-il précisé, serait à la fois servi par une meilleure concertation entre l'hydrologue et le médecin traitant et l'application conjointe de moyens de guérison. Or, à ce jour, aucune application pratique n'a suivi.

Le 25 avril dernier, le Président de la République annonçait la création de « la mission d'information sur le thermalisme » qui devait proposer avant la fin de l'année « les mesures nécessaires à l'adaptation et au développement du thermalisme français ».

Il ne faut pas que ce second coup d'envoi engendre une attitude attentiste qui laisserait aux vingt-deux membres de cette mission et aux pouvoirs publics le soin d'avoir de l'imagination, puis de l'opiniâtreté pour que les mesures envisagées se traduisent dans les faits.

Des maintenant, des aménagements peuvent être apportés. Les améliorations dont pourrait bénéficier la médecine thermique, et que j'ai exposées, tiennent à des assouplissements relevant de votre compétence, monsieur le ministre. Leur concrétisation préfigurerait heureusement les effets qu'on en a droit d'attendre. (*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. Daniel Boulay.

M. Daniel Boulay. Monsieur le ministre, vous n'êtes pas avare de discours sur les défavorisés et les exclus, qui sont parmi les thèmes favoris de votre gouvernement.

Cela vous permet de découvrir par ailleurs des « nantis », dans la fonction publique par exemple, en ignorant toutefois les gros possédants.

Les plus défavorisés ? Ils le sont parce que vous êtes là.

Qu'avez-vous pris depuis 1947 comme mesures positives d'envergure ? Oui, depuis 1947, depuis que les ministres communistes ont été exclus du gouvernement ?

Depuis cette date, cette période rose pour les travailleurs, où Ambroise Croizat a mis sur pied la sécurité sociale que vos amis taillent en pièces petit à petit, et a institué les comités d'entreprise, si précieux pour ceux que votre politique agresse, notamment les vieux travailleurs ?

Mais quelle réalité cachent donc vos discours ? Quels mauvais coups prépare donc votre mauvais budget à l'encontre de ces millions de défavorisés, de chômeurs, de vieux, de handicapés ?

Au mois de juin dernier, la loi qui régit les handicapés a eu cinq ans. Cette loi, que n'a pas votée le groupe communiste, la qualifiant de loi d'austérité et d'autoritarisme, doit être révisée et nous réclamons qu'un grand débat national s'engage dans le pays et soit sanctionné par un vote au Parlement, afin de permettre une véritable réflexion sur les problèmes que rencontrent en France les personnes souffrant de handicaps.

Ce débat constituerait une excellente base pour préparer l'année 1981 que l'O. N. U. a décidé de consacrer aux handicapés.

La loi faisant obligation aux employeurs d'embaucher les handicapés n'est pas respectée. La réforme des commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel s'impose. La décentralisation et la démocratisation sont nécessaires. Elles impliquent la représentation des syndicats d'ouvriers, des élus, des mouvements associatifs et des handicapés eux-mêmes qui, la plupart du temps, ne sont même pas convoqués.

De plus, toutes les Cotorep butent sur une difficulté permanente et fondamentale : le manque d'établissements spécialisés tels que les centres de rééducation, les centres d'aide par le travail, les ateliers protégés, notamment, ainsi que sur la mauvaise répartition géographique de ceux qui existent. En outre, le nombre des prospecteurs-placiers spécialisés de l'A. N. P. E. doit être augmenté et une liaison étroite doit être instaurée entre cet organisme et les Cotorep pour que le placement des handicapés soit effectif.

Quant aux ressources de ces derniers, vous êtes en train de les supprimer. En effet, bon nombre de dossiers sont réexaminés pour ramener celles-ci à moins de 80 p.100. Vous faites des économies sur le dos des handicapés ! L'allocation qui leur est versée devrait constituer un véritable revenu de compensation. En un mot, le plafond de leurs ressources — allocations aux adultes handicapés, tierce personne, allocation différentielle — doit être porté au niveau du S. M. I. C.

Certains des chômeurs handicapés déclarés « inaptes au travail » ne peuvent prétendre aux allocations de chômage. Au surplus, il n'est pas certain qu'ils puissent obtenir d'autres prestations dont l'attribution obéit à des critères rigoureux, notamment pour le quantum d'invalidité.

Les autres, ceux qui sont reconnus aptes au travail, se trouvent, par le jeu de la loi du 28 décembre 1979, privés de toute protection sociale lorsqu'ils ont épuisé leurs droits aux indemnités de chômage.

Les handicapés veulent vivre. Ils veulent que les droits de l'homme soient respectés en France.

En 1978, il y a eu dans notre pays 1 166 042 accidents du travail nécessitant un arrêt de l'activité professionnelle : 136 597 ont entraîné une incapacité permanente ; 2 815, la mort. C'est assez pour souligner la gravité de la situation.

A quand, monsieur le ministre, l'attribution d'indemnités journalières égales à la perte de salaire ? A quand la réparation de droit imposée à l'entreprise ? A quand le relèvement du taux de revalorisation des rentes et des pensions ? A quand la mise en place d'un système de revalorisation automatique, deux fois par an, des indemnités journalières ?

Une autre catégorie délaissée est celle des personnes âgées. Ne croyez-vous pas que celles-ci doivent rester des citoyens à part entière ? Or vous en faites des marginalisées. Jamais, encore, des attaques d'une telle ampleur et d'une telle gravité n'ont été lancées contre leurs ressources et leurs droits, notamment leur droit à la santé.

Cela se traduit par des restrictions ou des suppressions de remboursements pharmaceutiques, médicaux ou paramédicaux ; par les atteintes aux droits des mutuelles ; par l'instauration d'un ticket modérateur de 80 francs par mois sur les longues

maladies ; par la prise en charge, par les malades eux-mêmes ou leurs familles, des frais non médicaux pour les hospitalisations de plus de soixante jours — 180 francs par jour en 1980.

Ainsi les droits progressivement acquis sont-ils tout aussi progressivement remis en cause par l'orientation régressive de votre politique économique, sanitaire et sociale.

C'est une profonde détérioration du pouvoir d'achat que nous enregistrons ; il a diminué d'environ 8 p. 100 en deux ans et demi. Et ce prélèvement de 1 p. 100 sur les retraites en cotisation maladie, n'est-ce pas une honte ?

Comment, avec votre budget qui régresse en francs constants, comptez-vous relever sensiblement les retraites ? Comment comptez-vous améliorer le droit à la santé ?

La réponse, on peut malheureusement la donner : vous ne comptez rien faire du tout. Vous êtes là pour appliquer la politique de M. Giscard d'Estaing : enrichir les riches, appauvrir les autres, et notamment les personnes âgées.

Et les soins à domicile ? Ils n'existent pas, sinon à l'état d'expérience. Mais vous vous en servez largement pour vos débats idéologiques !

Quand cette aide existe, c'est la caisse nationale de vieillesse qui la finance pour 60 p. 100 environ, c'est-à-dire les retraités eux-mêmes par leurs cotisations. Pour la différence, ce sont les caisses d'agriculteurs et d'artisans et, bien entendu, l'aide sociale, c'est-à-dire les contribuables locaux ! C'est inadmissible.

L'aide ménagère est une des conditions essentielles du maintien à domicile. Elle apporte une aide incontestable à la personne qui se déplace avec difficulté. En multipliant les aides ménagères, vous faites une économie au niveau national, car leur présence aux côtés des personnes âgées peut éviter une hospitalisation, ou tout au moins en raccourcir la durée. Il faut donner aux bureaux d'aide sociale et aux associations l'aide matérielle pour étendre ce service, hautement apprécié par les personnes âgées.

Actuellement, quelque 300 000 personnes seulement en bénéficient. Beaucoup plus en ont besoin. Et, pourtant, vous refusez de contresigner la convention collective nationale qui a été élaborée, au prétexte que les dépenses des caisses de retraite augmenteraient.

Ne pensez-vous pas que le sort des personnes âgées et des aides ménagères mériterait une plus grande attention de la part de l'Etat ?

Le maintien à domicile des personnes âgées est une entreprise humaine et sociale, à condition que soient débloqués les crédits d'Etat nécessaires.

Pour terminer, je parlerai de la grave situation des chômeurs. Leur nombre croît chaque jour. Pour tous, avec des ressources amoindries, le droit à la santé est encore plus aléatoire que pour les travailleurs en activité.

Et pour les chômeurs de longue durée, c'est un véritable drame : comment se soigner ? Pour aussi modique qu'elle fût, l'ancienne allocation d'aide publique avait le mérite d'être accordée sans limitation de durée. Les conséquences dramatiques de sa suppression ont été aggravées par la loi du 28 décembre 1979, repoussée, je le rappelle, par le groupe communiste, laquelle a supprimé le droit à la couverture sociale pour certains chômeurs qui attendent depuis très longtemps un travail.

Alors que plusieurs dizaines de milliers d'entre eux sont sans ressources, ils doivent prendre en charge une assurance personnelle pour couvrir leurs dépenses de santé. C'est bien le témoignage que vous voulez faire supporter le poids de la crise économique aux catégories sociales les plus défavorisées.

Le fait que ces assurances soient bien souvent prises en charge par les bureaux d'aide sociale est encore un exemple de transfert de charges frappant les communes. Les personnes concernées se voient imposer une situation d'assisté.

C'est pourquoi notre groupe a déposé une proposition de loi « tendant à créer une allocation sociale pour les personnes sans emploi ne disposant d'aucune indemnité ». Tous les titulaires de cette allocation sociale bénéficieraient automatiquement de la couverture des assurances maladie, maternité, invalidité, décès.

Mais que plusieurs dizaines de milliers de personnes restent sans ressources et sans protection sociale, vous vous en moquez. Sinon, pourquoi n'avez-vous pas accepté d'inscrire cette proposition à l'ordre du jour prioritaire de l'Assemblée ?

Je parlerai également de l'aide matérielle et morale que peut apporter une travailleuse familiale dans une famille connaissant des difficultés. Dans l'état actuel des choses, l'aide familiale est tenue pour un simple service d'assistance aux familles en cas d'urgence. Cependant, la travailleuse familiale éviterait la dispersion de la famille et lui permettrait de surmonter des difficultés momentanées dues à la maladie, à la maternité, ou des soucis d'ordre matériel et psychologique.

Il y a beaucoup à faire pour ajuster les moyens en personnel aux besoins des familles.

Bien entendu, ce retard dans la progression des effectifs tient à une insuffisance de crédits. De ce fait, ce service ne s'adresse qu'à une petite minorité de familles.

Vous devez vous rendre compte que ce n'est pas un investissement à fonds perdus, mais une contribution efficace à une politique familiale et sociale génératrice de mieux-être, d'économies et d'emplois.

Monsieur le ministre, les vieux, les handicapés, les malades, les chômeurs, n'ont rien à attendre de votre budget. Ils participent aux luttes et vous empêchent d'aller aussi loin que vous voulez dans votre politique de régression. Non ! vous n'arriverez pas à les marginaliser. C'est avec le parti communiste français qu'ils amélioreront leur situation. Pas avec vous ! (Applaudissements sur les bancs des communistes.)

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

— 2 —

ORDRE DU JOUR

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

Suite de la discussion de la deuxième partie du projet de loi de finances pour 1981, n° 1933 (rapport n° 1976 de M. Fernand Leart, rapporteur général, au nom de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan) :

— Santé et sécurité sociale :

Annexe n° 31 (santé et assurance maladie). — M. Bernard Pons, rapporteur spécial ; avis n° 1977, tome XII, de M. Gilbert Barbier (santé et assurance maladie), au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales ;

Annexe n° 32 (sécurité sociale). — M. Laurent Fabius, rapporteur spécial ; avis n° 1977, tome XIII, de M. Alain Léger (sécurité sociale), au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales.

A vingt et une heures trente, troisième séance publique :

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

La séance est levée.

(La séance est levée à douze heures cinquante.)

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

LOUIS JEAN.

(Le compte rendu intégral des 2^e et 3^e séances de ce jour sera distribué ultérieurement.)