

# ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

6<sup>e</sup> Législature

PREMIERE SESSION ORDINAIRE DE 1980-1981

(66<sup>e</sup> SEANCE)

## COMPTE RENDU INTEGRAL

2<sup>e</sup> Séance du Lundi 17 Novembre 1980.

### SOMMAIRE

PRÉSIDENCE DE M. BERNARD STASI

I. — Loi de finances pour 1981 (deuxième partie). — Suite de la discussion d'un projet de loi (p. 4035).

Santé et sécurité sociale (suite).

Travail et santé (suite).

I. — SECTION COMMUNE (suite).

III. — SANTÉ ET SÉCURITÉ SOCIALE (suite).

MM. Fontaine,  
Delfosse,  
Léger,  
Hamel,  
Combrisson,  
Chantelat,  
Schneiter,  
Hubert Vollquin,  
Francis Geng.

MM. Barrot, ministre de la santé et de la sécurité sociale;  
Gilbert Millet.

MM. Farge, secrétaire d'Etat auprès du ministre de la santé et de la sécurité sociale; Gilbert Millet.

M. Rémy Montagne, secrétaire d'Etat auprès du ministre de la santé et de la sécurité sociale.

MM. Léger, le président.

M. le ministre.

Réponses de M. le ministre et de MM. les secrétaires d'Etat aux questions de :

MM. Michel Barnier, Eymard-Duvernay, Grussenmeyer, Mellick, Claude Wilquin, Mme Avice, MM. Lagourgue, Héraud, Mesmin, Hermier, Mme Chonavel, M. Eymard-Duvernay.

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

2. — Fait personnel (p. 4060).

M. Léger.

2. — Ordre du jour (p. 4060).



PRÉSIDENCE DE M. BERNARD STASI,

vice-président.

La séance est ouverte à quinze heures.

M. le président. La séance est ouverte.

— 1 —

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° 1933, 1976).

SANTÉ ET SECURITE SOCIALE (suite).

Travail et santé (suite)

I. — SECTION COMMUNE (suite)

III. — SANTÉ ET SÉCURITÉ SOCIALE (suite)

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

Ce matin, l'Assemblée a commencé d'entendre les orateurs.

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

M. Jean Fontaine. Monsieur le président, monsieur le ministre de la santé et de la sécurité sociale, messieurs les secrétaires d'Etat, chaque fois que nous avons l'honneur de recevoir dans notre département des « officiels », qu'il s'agisse de ministres, de hauts fonctionnaires ou de délégations parlementaires, nous ne manquons pas l'occasion d'évoquer devant eux le problème, irritant par sa persistance, de l'extension des lois sociales dans notre département d'outre-mer.

Nous leur faisons part également des réponses souvent affligeantes qui nous sont faites par le Gouvernement. Et, chaque fois, nos interlocuteurs de s'étonner, de nous poser des questions, qui sont devenues rituelles : comment se fait-il que des prestations sociales accordées aux Français, voire aux étrangers parce qu'ils vivent en métropole, par le jeu de la solidarité

nationale, ne sont-elles pas étendues aux Français parce qu'ils ont le malheur, ou le bonheur, d'habiter dans les départements d'outre-mer ? Pourquoi, lorsque certaines prestations sociales leur sont versées, le sont-elles en retard ou à taux réduit ?

D'eux-mêmes, nos interlocuteurs nous proposent des commencements de réponse sous la forme interrogative : « Serait-ce parce qu'à Paris le Gouvernement estime que nous n'en avons pas besoin ? ». Ce qui serait méconnaître gravement la réalité locale et faire preuve d'un certain manque de considération.

Je n'ose pas y croire et, dans le fond, je n'y crois pas.

Serait-ce parce que le Gouvernement juge que cela finit par coûter trop cher ? Il est vrai d'ailleurs que Mme Simone Veil, alors ministre de la santé, me répondit un jour que l'extension de l'allocation spéciale vieillesse à nos vieux des départements d'outre-mer coûterait fort cher au budget de l'Etat et que les circonstances ne le permettaient pas. Croyez que cela nous a fait mal d'être considérés comme des demi-portions.

Je pense que de telles réponses ne sont ni convenables, ni tolérables et qui plus est, c'est un déni de justice, un dévoiement juridique et une insulte à l'histoire. Il n'en reste pas moins que certains journalistes développent sur ce thème une argumentation dont l'unique objet est de nous trainer dans la boue.

Pour ma part, je ne veux pas accuser le Gouvernement de tous ces maux, mais je voudrais connaître les raisons profondes de son pointillisme, de sa politique du coup par coup, des petits pas, et parfois de la valse-hésitation. Aux questions que je pose, on me répond qu'on a déjà beaucoup fait, ce qui au demeurant n'est pas contesté, mais qui est blessant pour notre dignité, car on semble nous reprocher d'être encore en retard. C'est un peu trop facilement battre sa coulpe sur la poitrine d'autrui. Mais n'oubliez pas l'adage latin : *Nemo auditur propriam turpitudinem allegans*. On n'a pas le droit de se prévaloir de ses propres turpitudes.

J'entends également le Gouvernement faire état de données socio-économiques particulières, de contraintes géographiques, de structures familiales différentes. Ce n'est pas contestable, mais est-ce bien raisonnable de prendre en considération ces prétextes technocratiques lorsque des hommes et des femmes, dans leur chair, sont l'enjeu de telles arguties ?

A ce propos, je vous indique, monsieur le ministre, que vous ne pouvez plus faire état de notre démographie galopante. Les choses ont évolué dans le bon sens, comme le montrent les chiffres de l'I. N. S. E. E. et d'ici quatre ou cinq ans notre progression démographique sera redevenue normale.

Nous ne demandons pas la charité, monsieur le ministre ! Nous demandons tout simplement qu'on nous aide à réduire les inégalités et les disparités ; mais nous ne nous nions pas pour autant l'effort de rattrapage qui a déjà été réalisé. Tenir un autre langage serait avoir des yeux et ne point voir et vous savez que c'est le péché mortel de l'intelligence !

Et si je doutais encore, je n'aurais qu'à jeter les yeux sur mon environnement, du côté des pays nouvellement indépendants.

Ce que nous voulons, c'est avancer dignement, du même pas que nos compatriotes de la métropole, sur la voie du progrès social. Serait-ce là une revendication extrémiste et hors de la portée de la France ? Est-ce un bon conseil de nous dire, comme le fait le Gouvernement, d'avoir toujours l'œil fixé sur le rétroviseur ? Je ne le crois pas.

Je ne crois pas non plus qu'il soit digne d'un gouvernement français responsable de toujours répéter : « Voyez, admirez, applaudissez à tout ce qui a déjà été fait et dites merci ! »

Certes, on peut se poser la question : « Comment peut-on être Français réunionnais à notre époque ? »

Mais nous sommes là, 500 000 Français réunionnais, qui ne demandons que notre dû. Je vous épargnerai, monsieur le ministre, la longue liste de textes dont nous attendons l'extension aux départements d'outre-mer.

Je tiens à votre disposition un document qui récapitule tout ce qui a été fait, à moitié parfois, et tout ce qui n'est pas fait.

Ce document a été remis à la délégation parlementaire qui est venue nous rendre visite récemment. On relève bien des manques : allocation spéciale vieillesse — allocation non contributive d'ailleurs — allocation compensatrice en faveur des handicapés, couverture sociale des artisans et commerçants, couverture des accidents du travail et des maladies professionnelles des exploitants agricoles. Sans omettre la non-satisfaction d'un souhait, maintes fois exprimé : celui de voir les allocations familiales et l'allocation logement attribuées sans qu'il soit fait référence au critère d'activité, comme c'est le cas en métropole, de vingt-cinq journées par mois et non sur la base des vingt-cinq jours.

Cette énumération n'est pas complète, il s'en faut de beaucoup. Mais vous pouvez prendre connaissance de ce document : il vous sera alors loisible de voir le chemin qui reste à parcourir.

Je vous mets en garde, monsieur le ministre : n'utilisez pas cet argument alibi qui consiste à proclamer que, dans le cadre de la parité globale, l'effort financier accompli par la métropole en faveur des familles d'outre-mer est équivalent, voire supérieur, à celui qui est consenti en faveur des familles de la métropole et qu'il n'y a donc pas lieu de se plaindre.

Monsieur le ministre, il ne faut comparer que ce qui est comparable ! Si vous prenez comme terme de comparaison le foyer familial, n'oubliez pas qu'en métropole il comprend en moyenne 1,7 personne, alors qu'il en compte le double à la Réunion ! Si vous faites le même effort pour le foyer familial métropolitain, vous faites un effort réduit de moitié pour le foyer réunionnais. Par conséquent, ce raisonnement est un raisonnement spécieux, qui ne peut pas nous être opposé. Il suffirait de prendre exactement les mêmes bases et de faire le calcul à partir du nombre d'enfants.

Monsieur le ministre, les indices de l'I.N.S.E.E. prouvent que nous avançons. De grâce, ne reprenez pas cet argument alibi, car vous illustreriez alors le propos de Renan qui prétend que tout est fécond sauf le bon sens.

Une France grande, belle et généreuse ne peut pas reléguer ses enfants d'outre-mer à l'assistance publique. Elle se doit de les traiter à égalité.

Présentant ses vœux aux Français pour l'année 1968, le général de Gaulle déclarait : « Quand la France réussit, tous ses enfants voient grandir leurs chances. Oui, tous ! c'est-à-dire ceux de notre métropole et ceux de nos départements et territoires d'outre-mer. » Je pense que le Gouvernement actuel ne peut pas faire moins.

Avant d'en terminer, j'évoquerai brièvement la prévention sanitaire, et d'abord la formation continue des médecins.

Celle-ci est nécessaire, mais, chez nous, elle se heurte à des difficultés dues à l'éloignement et aux coûts des déplacements. Or il serait tout à fait indispensable que nos médecins puissent venir en métropole prendre des contacts avec leurs collègues métropolitains et participer à des séminaires. Mais qui paiera le voyage ? La question est posée.

Sur le plan de la prévoyance, je suis conduit à vous parler du service social et de santé scolaire. A cet égard, je constate avec étonnement qu'aucune création de poste n'est prévue dans votre projet de budget. Or c'est à l'école que commencent l'éducation sanitaire et les actions spécifiques de détection et de prévention. Comment expliquez-vous, monsieur le ministre, le désintéressement de votre ministère à l'égard d'un service dont l'utilité n'est plus à démontrer ?

Je me permets de vous signaler que, depuis douze ans, mon département de la Réunion ne dispose que de onze postes budgétaires d'assistance sociale et ce uniquement — comprenez qui voudra ! — dans les établissements du second degré. Dans le même temps, le nombre de ces établissements publics et privés est passé de 43 à 95, soit plus 52, et le nombre d'élèves fréquentant ces écoles de 26 000 à 65 000, soit plus 39 000, tandis que le nombre de postes budgétaires d'assistante sociale n'a pas bougé d'un iota.

Dans ces conditions, comment voulez-vous que les actions de détection et de prévention soient bien menées ? A l'évidence, cela relève de la gageure.

Sur ce sujet, avant de clore mon exposé, je vous dirai que l'ancien système de l'équipe « médecin plus assistante sociale plus infirmière plus secrétaire » me paraissait plus cohérent, ce qui n'empêchait pas chacun de ses membres d'avoir une action éducative distincte s'adressant à des groupes différents.

Enfin, monsieur le ministre, j'aurais souhaité vous parler des hôpitaux, notamment de la modernisation des hôpitaux ruraux. Mais le temps me manque. En tant que président du conseil d'administration d'un de ces établissements, l'hôpital rural de Saint-Louis de la Réunion, je vous ai écrit pour vous demander de m'aider à moderniser, à humaniser le secteur Maternité, absolument indispensable dans les conditions socio-économiques qui sont les nôtres. J'attends toujours votre réponse. Je pense que l'occasion vous sera donnée de me fournir tout apaisement sur ce sujet. (Applaudissements sur de nombreux bancs du rassemblement pour la République et de l'union pour la démocratie française.)

**M. le président :** La parole est à M. Delfosse.

**M. Georges Delfosse.** Chers collègues, la santé étant le bien le plus précieux, il est bien normal que tout ce qui touche à l'organisation et à l'efficacité du système de santé dans notre pays soit considéré comme important.

Mais vouloir en ignorer le coût est absurde et conduirait tout droit à la destruction de ce système, pourtant considéré comme l'un des meilleurs du monde. Il n'est évidemment pas possible d'aborder en cinq minutes l'ensemble du problème. Mais, puisque les chiffres nous montrent la part très importante des dépenses d'hospitalisation dans le budget de la sécurité sociale — 87 milliards de francs en 1979, soit 50 p. 100 — c'est à ce point que je voudrais consacrer l'essentiel de mon propos en partant d'une double affirmation : il est nécessaire de réduire ces dépenses et il est indispensable que ce ne soit pas au détriment de la qualité des soins.

Vous vous êtes attaqué à ce problème, monsieur le ministre, dont la solution ne pourra être mise au point qu'avec le concours de tous ceux : médecins, infirmières, personnel hospitalier, dont l'aide est indispensable au succès des réformes nécessaires. Bien entendu, les circulaires et arrêtés ministériels sont utiles et contribuent à tracer une voie. Mais la situation est tellement différente d'un département à l'autre et même d'un établissement à l'autre qu'il est illusoire de penser que l'on pourra régler l'ensemble de ce problème exclusivement avec des textes. Car si les hôpitaux ont changé de nature, les habitudes sont restées les mêmes.

Dans le passé, l'hôpital était le grand bâtiment avec peu de personnel, le seul auquel les gens sans moyens pouvaient s'adresser. Avec l'organisation de la sécurité sociale, les prises en charge, les remboursements, l'hôpital est devenu un lieu où l'on peut et où l'on doit soigner, et pas seulement héberger.

A la suite de cette prise de conscience, on a construit de beaux bâtiments, pas toujours où ils auraient été le plus nécessaires, on y a employé beaucoup d'infirmières et d'aides soignantes, mais peu de praticiens à temps plein, et créé parfois un grand nombre de lits, mais sans organiser suffisamment de services de consultation externe.

J'ai eu l'occasion, dans mon département, de discuter avec des professionnels et des médecins, mais aussi avec des agents de service hospitalier. La plupart sont convaincus que la durée des séjours pourrait être considérablement réduite si nos établissements étaient bien équipés en personnel médical et en matériel. S'il faut attendre le médecin pour le premier examen, puis le radiologue à temps partiel pour avoir une radio, puis tel ou tel spécialiste, également, à temps partiel, puis le chirurgien parce que l'hôpital de 300 ou 400 lits ne dispose que d'une salle d'opération, il y a, de toute évidence, une perte de temps due au manque de moyens et qui conduit à une durée de séjour excessive. Dans le secteur privé, on vient en consultation un jour pour passer les examens ; on retourne ensuite chez soi où l'on attend d'être convoqué pour être hospitalisé quelques jours ou quelques semaines plus tard selon les cas.

Dans le secteur public, au contraire, on entre immédiatement à l'hôpital, et le malade y reste quelquefois plusieurs semaines pour une opération peu importante.

Plus de la moitié de nos hôpitaux ont des plateaux techniques insuffisants, ce qui entraîne des attentes plus ou moins longues où tout le monde est perdant : la sécurité sociale qui rembourse à la journée, l'hôpital qui héberge des malades en surnombre, les malades eux-mêmes et leur famille qu'une trop longue attente rend inquiets, sinon anxieux.

Quand je disais que l'hôpital doit être d'abord l'endroit où l'on soigne, et non celui où l'on héberge, c'est à tout cela que je pensais.

Bien entendu, ce choix et cet effort permettront de réaliser des économies mais, pour cela, il faut d'abord accepter de dépenser davantage pour le personnel médical et disposer d'un plateau technique suffisant afin de faire très vite ce qui doit l'être. Et, dans mon esprit, il ne s'agit pas de réaliser des plateaux sophistiqués qui servent peu. Cela permettrait de développer largement les consultations externes, et c'est à cette condition que l'on réduira la durée des séjours pour le plus grand bien des malades comme de la sécurité sociale.

Un médecin hospitalier m'indiquait récemment à Lille que, pour certains examens d'estomac, il faut trois ou quatre jours d'intervalle pour apprécier les résultats ou procéder à un autre examen. Si on hospitalise pour cela — et on le fait souvent parce que c'est le plus facile — il en résultera trois ou quatre journées d'hospitalisation à 650 ou 700 francs tout à fait inutiles.

Or il faut dépenser efficacement et économiser les journées d'hospitalisation. C'est aussi une façon d'humaniser l'hôpital. Obliger le malade à attendre huit jours dans un lit le résultat d'un examen n'est humain ni pour le malade ni pour sa famille.

On ne peut donc pas juger d'une politique de la santé exclusivement à partir du nombre de lits que l'on crée ou que l'on supprime. Le vrai problème est de savoir si l'on utilise au mieux

nos équipements et si l'on s'efforce de les adapter et de les transformer. A titre d'exemple, la tuberculose n'est plus un fléau, mais on n'a pas su reconverter les anciens sanatoriums, dont certains accueillent, quelquefois pendant plusieurs mois, des patients pour des rééducations bénignes.

Il faut accomplir un immense effort de renoncement aux habitudes, et cela du haut en bas de l'échelle. Cela suppose également la condamnation de cette fausse notion selon laquelle l'hôpital bien géré est celui qui est toujours rempli à 100 p. 100, alors que c'est l'inverse qui est vrai, si l'on admet que le malade doit rester hospitalisé le minimum de temps nécessaire.

Il y a malheureusement les impératifs de la gestion, car les budgets sont établis à partir d'un calcul fondé sur le prix de journée. Les gestionnaires sont donc naturellement enclins à surveiller l'occupation des lits comme, on surveille un tableau de bord, puisque le nombre de lits occupés commande les recettes. Ils ont la tentation de ne pas chercher à réduire la durée des séjours et ils sont même enclins à accueillir, durant la période des vacances, des personnes âgées que leurs familles ne savent pas où placer.

Par la force des choses, et en raison des servitudes de la gestion, le système du prix de journée incite à la surconsommation hospitalière. N'est-il vraiment pas possible de lui substituer une formule de prix de base correspondant au service hôtelier, auquel s'ajouterait le coût des actes proprement dits ? Je sais bien qu'en un pareil domaine il est toujours périlleux de proposer des changements. Je suis pourtant convaincu qu'il sera indispensable de les apporter si l'on veut redresser durablement la situation.

Les dispositions nécessaires, monsieur le ministre, devront être étudiées en collaboration avec ceux qui, sur le terrain, auront à les appliquer, car ils savent mieux que quiconque ce qui est possible et ce qui ne l'est pas.

Si les mesures prises ne devaient être que le résultat des réflexions menées en vase clos par des fonctionnaires — dont je ne mets pas la bonne volonté en cause, mais qui ne connaissent pas ou mal la réalité — nous irions, à coup sûr, au-devant d'un échec, et cela serait fort regrettable.

Il est difficile de ne pas aborder — et je serai bref, monsieur le président...

**M. le président.** Je vous en remercie ! (Sourires.)

**M. Georges Delfosse.** ...le problème de l'hospitalisation psychiatrique, car il se pose aussi, bien qu'en termes différents.

L'évolution qui s'est heureusement produite dans les esprits est beaucoup plus lente à se manifester dans les faits. Autrefois, l'objectif était de faire vivre dans un univers pratiquement fermé celles et ceux dont le comportement, résultant d'un dérangement cérébral, gênait la société. Ils étaient coupés du monde extérieur, enfermés, séparés des autres ; ils se retrouvaient dans un univers asilaire dont nous avons, si j'ose dire, quelques beaux fleurons dans le Nord.

Mais peu à peu s'est accréditée l'idée que les maladies mentales pouvaient, comme les autres maladies, être soignées avec la guérison comme objectif et que, en conséquence, les malades mentaux avaient peut-être besoin davantage d'infirmiers que de gardiens. Or il est facile de comprendre qu'il faut plus d'infirmiers qu'il ne fallait de gardiens.

C'est ainsi que l'on est parvenu à la sectorisation dont l'objectif est, pour une part, de réapprendre au malade mental à se resituer dans la société.

Mais, sur le plan de la gestion, on retrouve le problème précédent. Il y a un prix de journée remboursé pour ceux qui vivent hébergés dans l'hôpital psychiatrique. Les secteurs sont rattachés à l'hôpital mais, alors que le médecin et ceux qui l'assistent doivent suivre ces malades dans la vie pour les aider à se réadapter, il n'y a plus de prix de journée, mais une rémunération à l'acte. La contradiction est évidente et si l'intérêt des malades est de bénéficier du nouveau système, l'intérêt financier de l'établissement est malheureusement de les garder en hospitalisation.

Je termine puisque je constate que j'ai épuisé mon temps de parole.

**M. le président.** Effectivement !

**M. Georges Delfosse.** Il resterait pourtant beaucoup à dire, notamment au sujet de la prévention. A cet égard, l'accord que vous avez réussi à mettre au point entre la caisse nationale d'assurance maladie et la fédération nationale de la mutualité française constitue, monsieur le ministre, le premier pas d'une action de prévention qui doit être poursuivie et amplifiée.

En tout état de cause, même s'il est insuffisant ou incomplet, l'effort consenti actuellement pour empêcher notre système de protection sanitaire de s'enliser est méritoire. Vous pouvez donc compter sur notre aide et sur notre soutien. (*Applaudissements sur les bancs de l'union pour la démocratie française et du rassemblement pour la République.*)

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

**M. Alain Léger.** La prévention. Un mot, un thème, que vous faites entrer dans votre bataille idéologique sur les problèmes de santé, monsieur le ministre.

**M. Jacques Barrot, ministre de la santé et de la sécurité sociale.** Je ne mène aucune bataille idéologique !

**M. Alain Léger.** Sans doute, sur le fond, comme une diversion pour tenter de masquer les dégâts de votre politique sanitaire et sociale, mais aussi pour avancer plus vite dans la voie du consensus avec le parti socialiste. (*Exclamations sur les bancs du rassemblement pour la République et de l'union pour la démocratie française.*)

**M. Emmanuel Hamel.** Nous nous réjouissons de ce rapprochement avec le parti socialiste !

**M. Alain Léger.** Si je me permets de dire cela, c'est que, sur le terrain, des expérimentations d'actions concrètes de prévention à partir des centres médicaux mutualistes ont été conduites depuis longtemps. Et, aujourd'hui, vous vous lancez dans une attaque en règle contre ces équipements, au moment même où vous passez des accords avec le président de la fédération nationale de la mutualité française.

Voilà pourquoi, dans votre nouvelle campagne, nous voyons se rejoindre démagogie et calcul politicien.

Les communistes, dans un ouvrage intitulé *Prendre soin de la santé*, ont exposé une conception de la santé où l'on considère l'homme dans sa globalité et dans son environnement professionnel, familial et social en prenant en considération l'interaction de tous ces facteurs sur la santé.

Force est de constater que cette conception est de plus en plus partagée par le corps médical, les chercheurs de toutes disciplines, les travailleurs eux-mêmes. Aussi, désormais, vous devez en tenir compte, et vous vous adaptez. Vous vous adaptez non pour aller dans le sens de la satisfaction de tous les besoins de santé, mais pour les dévoyer et tenter de détourner de leur mission les organismes qui se sont assignés cet objectif, comme le mouvement mutualiste. C'est à l'image de ce que vous tentez de faire avec la sécurité sociale.

C'est une pierre de l'action gouvernementale d'étatisation de tout le secteur de la santé pour abaisser le niveau sanitaire de notre pays et diminuer l'offre de soins.

Nous pensons que les besoins de santé ne se réduisent pas aux besoins médicaux et, comme l'a écrit le docteur Jacques Ruffié, professeur au Collège de France, « mieux vaudrait améliorer les conditions de travail, de transport, d'habitat, favoriser la cohésion familiale et la communicabilité des groupes, que de traiter des drogués ou des états dépressifs ».

Nous partageons cette analyse qui nous conduit à considérer que la prévention doit être à la base d'une véritable politique de santé, et pas seulement un élément accessoire d'une politique sanitaire et sociale.

Tandis que les conditions de travail se dégradent, la médecine du travail est sacrifiée, les inégalités se creusent.

Tandis que la médecine scolaire reste anémiée, les conditions de vie altérées, tandis que les centres de santé sont asphyxiés, vous nous permettez, monsieur le ministre, d'affirmer qu'il n'y a aucune volonté gouvernementale de mettre en œuvre une véritable politique de prévention.

En effet, celle-ci suppose qu'on agisse en amont des processus pathologiques pour empêcher leur déclenchement, c'est-à-dire qu'on élimine le plus possible les causes des maladies.

Elle suppose aussi qu'on donne aux professionnels de la santé les moyens d'intervenir dès les premiers symptômes de la maladie et aux travailleurs les moyens d'accéder, sans être culpabilisés, aux examens et aux soins utiles dès l'émergence des premiers signes d'une affection.

Cela signifie qu'il faut plus de médecins, plus près des gens, que ce soit en cabinet privé ou dans des institutions publiques ou mutualistes, plus de personnel médical et paramédical disposant du temps nécessaire pour les examens réguliers indispensables.

Il convient, par ailleurs, de souligner qu'une véritable politique de prévention ne suppose pas seulement des solutions techniques. Elle exige que soient prises des mesures immédiates en faveur de

la justice sociale. Elle exige que cesse la discrimination devant la maladie et la mort, actuellement fonction du niveau socio-économique ou culturel.

L'éducation sanitaire en est un élément qui ne pourra trouver sa pleine efficacité que lorsque l'éducation tout court permettra à tous les citoyens d'accéder à l'ensemble des connaissances, lorsque chacun sera en mesure de maîtriser sa vie.

On voit donc bien qu'il ne suffit pas de parler de prévention ou même de faire des découvertes scientifiques importantes dans ce domaine pour qu'un système efficace de connaissance, de contrôle et d'élimination des facteurs de risques intervienne.

Il appartient donc aux forces populaires, d'imposer ces orientations dans leurs multiples luttes contre la politique de classe de votre gouvernement.

C'est un volet de leur lutte pour la sécurité sociale, sécurité sociale qui devrait, de notre point de vue, intégrer ces objectifs de prévention dans ses prérogatives. Or, monsieur le ministre, vous avez sur ce point une tout autre conception puisque, le 11 juillet 1980, vous déclarez à un journal que « le fonds de prévention va décharger en partie l'assurance maladie des dépenses qu'elle consent aujourd'hui en matière de prévention ».

Vos propos éclairent les intentions qui sont les vôtres quand vous proposez à la mutualité française un accord sur la création d'un fonds destiné à réaliser des actions de prévention. Les actions que vous avez proposées, en même temps que les représentants patronaux de la sécurité sociale, dont le coût sera pour les deux tiers à la charge de la mutualité, et qui devront être entreprises dès 1980, relèvent plus du dépistage limité et d'actions ponctuelles, que d'une véritable politique de prévention. C'est la « prévention alibi » à bon compte, et c'est de cela que nous ne voulons pas.

La prévention des risques de maladie est une responsabilité nationale. Elle exige des moyens et des changements dans la vie quotidienne. C'est pour cela que nous sommes et serons avec ceux qui luttent pour que la prévention, composante de la santé, entre vraiment dans la réalité. (*Applaudissements sur les bancs des communistes.*)

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

**M. Emmanuel Hamel.** Monsieur le président, on parle tant des dépenses de santé que vous contribuerez certainement à leur décelération en évitant à un pauvre parlementaire le stress de se sentir trop strictement ensermé dans les contraintes d'un temps de parole de cinq minutes. Vous réduirez par là même les risques d'un infarctus du myocarde. (*Sourires.*)

**M. Christian Nucci.** Voilà qui est fort bien amené !

**M. le président.** J'espère ne pas avoir à vous faire remarquer un dépassement de votre temps de parole, monsieur Hamel.

**M. Emmanuel Hamel.** Je prêche non seulement pour moi-même, mais pour tous mes collègues, monsieur le président.

**M. Christian Nucci.** C'est la première fois que j'applaudis aux propos d'un parlementaire de la majorité !

**M. Emmanuel Hamel.** Monsieur le ministre, au risque de me faire accabler de sarcasmes par certains collègues, j'approuve les principes définis dans votre plan du 25 juillet 1979 en vue de redresser la situation financière de la sécurité sociale.

En effet, maîtriser les dépenses de santé, ce n'est pas sacrifier le malade, et tenter de freiner la hausse des coûts de l'assurance maladie, ce n'est pas, comme on l'a prétendu sur certains bancs, promouvoir une médecine au rabais ou conduire, comme on l'a affirmé sur d'autres, une politique de la santé fondée sur l'illusion et le mensonge.

L'illusion et le mensonge, ce serait de tenir nos compatriotes dans l'ignorance de certaines données fondamentales qui justifient, dans une perspective durable de promotion de la politique de santé, la poursuite des efforts de maîtrise de la dépense, notamment du régime d'assurance maladie, maîtrise nécessaire pour dégager le maximum de ressources afin de promouvoir une politique d'augmentation des prestations familiales et d'assurer l'expansion économique, facteur d'élévation du niveau de vie.

La masse globale des dépenses des différents régimes obligatoires de sécurité sociale, à l'exclusion des dépenses des fonctionnaires civils et militaires, atteignait 451 milliards de francs en 1979; elle sera de 515 milliards de francs en 1980, et je parle sous le contrôle du président Berger, membre de la commission des comptes de la sécurité sociale, qui attestera la véracité des chiffres que je cite. La progression pour 1980 aura donc été de 14,5 p. 100, plus que la hausse des prix.

Selon la tendance actuelle, les dépenses des régimes obligatoires de sécurité sociale atteindront au moins 590 milliards de francs en 1981. Les dépenses nettes de sécurité sociale ont

représenté, chiffre considérable. 21 p. 100 du produit intérieur brut marchand en 1979, 21,3 p. 100 en 1980, malgré le plan du 25 juillet 1979, et atteindront, selon les prévisions, au moins 21,7 p. 100 en 1981.

Les dépenses de sécurité sociale, notamment les dépenses de santé, continuent donc de croître à un rythme supérieur à celui du produit intérieur brut. Comment, dans ces conditions, parler de « rouleau compresseur » et affirmer que l'on brade la politique de santé ?

C'est prendre les Français pour plus bêtes qu'ils ne sont, car c'est un peuple intelligent qui ne se laisse pas prendre au piège des affirmations démagogiques. En 1979, les dépenses de santé ont correspondu à plus de cinq fois nos achats de produits énergétiques à l'étranger et, en 1980, avec 515 milliards de francs, les dépenses de sécurité sociale ont été cinq fois supérieures à celles de la défense nationale. (*Exclamations sur les bancs des communistes.*)

Je ferai une suggestion à nos collègues communistes : qu'ils interviennent auprès de leurs camarades et amis soviétiques pour que ceux-ci diminuent les dépenses militaires au-delà du rideau de fer. Cela nous permettrait de dégager des ressources importantes pour la politique de la santé en réduisant les crédits consacrés à notre propre politique de défense.

L'illusion et le mensonge, ce serait, dans un pays comme le nôtre, inéluctablement confronté à la compétition internationale, et où la résorption du chômage est inséparable d'un freinage de la hausse des prix de revient des entreprises françaises affrontées à la compétition étrangère, de ne pas rappeler sans cesse à nos concitoyens qu'en 1980, pour couvrir les dépenses de la sécurité sociale, les prélèvements sur les entreprises atteindront 323 milliards de francs...

**M. Georges Hage.** En diminution relative !

**M. Emmanuel Hamel.** ... soit 58 p. 100 des ressources de la sécurité sociale. Or, 323 milliards, c'est, faut-il le rappeler, trois fois le produit de l'impôt sur le revenu.

De deux choses l'une, mes chers collègues : ou vous voulez lutter contre le chômage et vous en réunissez les moyens...

**M. François Autain.** Cela n'a rien à voir !

**M. Emmanuel Hamel.** ... ou, délibérément, vous pratiquez une politique tendant en tout domaine à augmenter les prix de revient français et, par là même, vous avez votre part de responsabilité dans l'aggravation de la crise économique. (*Protestations sur les bancs des socialistes et des communistes.*)

**M. Christian Nucci.** Les cinq minutes sont passées !

**M. Emmanuel Hamel.** Maîtriser les dépenses de santé est donc un devoir d'Etat, et comment prétendre que votre politique, monsieur le ministre, serait la politique du rouleau compresseur des dépenses de santé alors que, en dépit de votre plan du 25 juillet 1979, les dépenses d'hospitalisation publique à la charge de l'assurance maladie étaient, en septembre de cette année, supérieures de 22,4 p. 100 à celles du même mois de l'an dernier ?

**M. Alain Léger.** C'est que la santé ne va pas bien !

**M. Emmanuel Hamel.** L'illusion et le mensonge, ce serait taire, laisser ignorer, ne pas s'interroger sur les conséquences, d'autre part, de l'évolution très différente des dépenses de l'hospitalisation publique, qui continuent d'augmenter de 22,5 p. 100 par an, alors que les frais d'honoraires et de séjour de l'hospitalisation privée, pour la même période, ont augmenté de 13 p. 100, soit moitié moins.

**M. François Autain.** Ce n'est pas comparable !

**M. le président.** Monsieur Hamel, très calmement...

**M. Emmanuel Hamel.** Vous êtes toujours très calme, monsieur le président.

**M. le président.** ... pour ne pas provoquer chez vous le moindre stress, je me permets de vous faire remarquer que vous avez dépassé votre temps de parole.

Je vous invite donc à conclure.

**M. Emmanuel Hamel.** Si le président m'avait laissé plus de temps (*Rires*), j'aurais parlé de la politique de prévention des maladies, de la nécessité de la publicité des coûts afin de mieux faire prendre conscience de leurs responsabilités aux prescripteurs des dépenses et aux malades. J'aurais suggéré une meilleure utilisation des rapports de cette vénérable institution qu'est la Cour des comptes...

**M. Christian Nucci.** C'eût été plus positif !

**M. Emmanuel Hamel.** ... et j'aurais terminé, monsieur le ministre, en vous posant quelques questions, notamment à propos

des conséquences graves pour les créanciers des établissements hospitaliers des délais parfois beaucoup trop longs de paiement des dépenses de certains de ces établissements.

J'aurais demandé pourquoi trop souvent on refuse de médicaliser au-delà d'un certain pourcentage les lits des maisons de retraite.

**M. Christian Nucci.** Tiens !

**M. Emmanuel Hamel.** J'aurais suggéré une amélioration de la carte hospitalière, notamment dans le département du Rhône.

Je vous aurais demandé si, compte tenu de l'amélioration des comptes, le prélèvement exceptionnel de 1 p. 100 ne sera pas supprimé en février.

Pour terminer, je vous aurais demandé si, en matière d'application de la loi sur l'interruption de grossesse et de son contrôle, vous continuerez les enquêtes du type de celle qui a abouti, à Lyon, à la fermeture de la clinique de la Tête d'Or, que j'approuve.

**M. Pierre Jagoret.** Et vous allez voter le budget !

**M. Emmanuel Hamel.** J'en ai terminé, monsieur le président. Mais que de stress vous provoquez ! (*Applaudissements sur les bancs de l'union pour la démocratie française et du rassemblement pour la République.*)

**M. le président.** Vous me paraissez pourtant très calme, monsieur Hamel !

La parole est à M. Combrisson.

**M. Roger Combrisson.** Monsieur le ministre, depuis le début de l'année 1979, votre prédécesseur et vous-même vous êtes engagés, dans le cadre de la politique de la santé définie par le Gouvernement pour réduire l'accès aux soins dans toutes ses composantes, dans la voie de la réduction imposée de l'activité hospitalière publique.

Vous vous êtes doté d'un véritable arsenal : enveloppe globale préétablie, donc fixation par avance d'un cadre de recettes et de dépenses, sans tenir compte des vrais besoins ni des coûts réels ; interdiction aux hôpitaux de présenter, comme c'était antérieurement la règle, un budget supplémentaire en cours d'année ; forfait quotidien à la charge de certains malades ; économies systématiques sur les matériels et les médicaments ; reversement à la sécurité sociale des avances de trésorerie traditionnellement consenties par elle aux hôpitaux ; rotation accélérée des malades dans les lits hospitaliers ; réduction des durées d'hospitalisation ; concentration des services hospitaliers ; prise en compte globale des effectifs des personnels à l'échelle des départements en vue d'en réduire le nombre ; recommandation de diminuer l'activité des consultations externes des hôpitaux ; réduction du nombre de lits avec un premier objectif de 10 000 pour 1980 ; enfin, abandon de la création de lits nouveaux.

Or, malgré toutes ces mesures qui ont créé dans les hôpitaux des situations souvent dramatiques, qui ont entraîné des déficits importants pour nombre d'entre eux, qui ont même mis à mal leur trésorerie jusqu'à craindre, dans certains cas, l'impossibilité d'assurer la paye des personnels en fin d'année, qui ont enfin entraîné, fin 1979 et début 1980, une chute du nombre des malades entrants, vous voilà aujourd'hui aux prises avec une recrudescence du nombre des entrées et de la demande de soins hospitaliers qui souligne combien l'hospitalisation est un moyen essentiel — voire quasi exclusif pour certains — de l'accès aux soins des plus défavorisés. C'est ce que vous appelez « le transfert pervers du petit risque vers le gros risque ».

Alors, vous relancez votre mécanique avec votre projet de budget pour 1981 et les nouvelles réductions qu'il comporte, ainsi qu'avec les dernières circulaires que vous avez adressées aux préfets et aux présidents des conseils d'administration des hôpitaux pour leur demander un nouveau tour de vis.

Vous prenez, ou vous vous apprêtez à prendre, des dispositions encore plus draconiennes et autoritaires pour casser des services, supprimer de nouveaux lits par milliers, stopper définitivement toute construction nouvelle, éteindre l'activité d'hôpitaux entiers, réduire les effectifs des personnels médicaux et autres.

Vous conduisez une politique de classe, une politique ségrégative et inhumaine, dans la santé en général, dans l'hospitalisation publique en particulier.

C'est ainsi que vous aboutissez à des décisions scandaleuses. Je vais vous exposer l'une d'elles.

L'hôpital de Corbeil-Essonnes, dont je préside le conseil d'administration, construit depuis 1860, vétuste, inadapté, en état permanent d'insécurité, comprend 702 lits dont 508 lits actifs ; 170 lits sont dans des chambres de plus de 4 lits, 46 lits

sont sous des combles, 102 lits sont installés dans des locaux préfabriqués, 170 lits de personnes âgées sont dans des chambres de 6 à 10 lits.

Les consultations externes sont en sous-sol. Les services médico-techniques sont éparpillés aux quatre coins de l'établissement. Les services généraux sont dans la plus extrême vétusté.

Le conseil d'administration a déposé un premier projet en 1965 pour 1 120 lits. Compte tenu de la création de la ville nouvelle d'Evry, le ministère nous proposa alors un programme « Evry-Corbeil ».

Le deuxième projet arrêté par le ministère en 1971 retint encore 1 004 lits pour Corbeil-Essonnes et le dossier d'avant-projet fut approuvé.

En janvier 1975, le ministre ramena le programme à 490 lits et les études furent de nouvelles conduites jusqu'au dossier d'avant-projet.

En avril 1978, un quatrième programme nous fut imposé, portant sur 437 lits actifs. Le dossier d'avant-projet en a été approuvé en juillet 1980.

Par lettre du 27 février 1980, le préfet me précise « que les crédits d'Etat nécessaires à la réalisation de cette opération ont été délégués par l'administration centrale à la préfecture de région qui dispose des crédits régionaux afférents. »

Depuis quelques semaines tous les crédits d'Etat et de région sont en place à la préfecture de l'Essonne. La sécurité sociale a également réservé ses crédits. Nous avons construit une école d'infirmières et installé une école de manipulateurs de radiologie. Notre projet de bombe au cobalt a déjà reçu une autorisation.

Or, au moment où le préfet soumet pour avis son projet d'arrêté au trésorier payeur général pour me déléguer les crédits d'Etat et après m'avoir officiellement délégué les crédits de la région, au moment où j'ai été expressément autorisé à adjudger des travaux préliminaires pour 3 millions de francs — l'adjudication est faite et ces travaux doivent commencer le 15 décembre — ordre est donné, par vous-même, de tout stopper.

Vingt-quatre hectares de terrain contigu à l'établissement ont été acquis en 1969, pour 11 millions de francs, avec 40 p. 100 de subvention d'Etat et 1 350 000 francs de subvention du département de l'Essonne.

Près de 10 millions de francs ont été dépensés en études et en frais divers. Plus de 15 millions de francs ont été investis au cours des années passées dans cet établissement, seulement pour faire face au minimum des besoins sans cesse grandissants. Quel gâchis !

Le huitième secteur hospitalier de l'Essonne connaît la plus grande évolution démographique de la région parisienne. La couverture de ses besoins en hospitalisation publique se situe en dessous de 80 p. 100. Votre collègue, M. d'Ornano, vient d'y préconiser récemment la construction rapide de plusieurs milliers de logements, hors ville nouvelle, de surcroît.

Et c'est dans ces conditions que vous voulez réduire de moitié le nombre de lits actifs prévus dans l'ensemble Evry-Corbeil, en revenant brutalement sur vos propres décisions et programmes, pourtant longuement et chèrement élaborés, en abaissant de moitié la couverture quantitative des besoins, déjà insuffisante, en privant les populations du développement attendu des spécialités sur place, en stoppant toute humanisation générale et, pour longtemps, toute amélioration pour les personnes âgées.

Oui, monsieur le ministre, une telle décision est injustifiable et scandaleuse.

Elle ne semble pas émouvoir davantage le rapporteur du budget, M. Bernard Pons, mon voisin de circonscription, qui s'est perfidement permis de faire état d'une prétendue mauvaise gestion de l'hôpital de Corbeil-Essonnes, tandis que d'autres tentent de dénigrer le corps médical. Mais elle soulève la colère et l'indignation des personnels et des populations concernés.

Vous avez déjà reçu des télégrammes de vingt-quatre chefs de service de l'établissement. Nous allons développer une action sans précédent pour vous faire céder, comme vous avez déjà dû reculer pour accorder des budgets supplémentaires à nombre d'hôpitaux et pour maintenir en activité des personnels licenciés. Plusieurs milliers de signatures ont déjà été recueillies en quelques jours.

Les crédits sont en place. Il faut nous les donner. Vous les avez vous-même délégués. Il faut reconstruire l'hôpital de Corbeil-Essonnes. Pour l'honneur de votre fonction, monsieur le ministre, je vous invite officiellement à présider la pose de la première pierre pour le 15 décembre prochain. J'attends votre réponse. (Applaudissements sur les bancs des communistes.)

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

M. Pierre Chantelat. J'évoquerai deux problèmes très différents, mais qui me préoccupent également : d'une part, le devenir des hospices et la vocation qu'il convient de leur reconnaître afin que soit mieux préservé le sort des personnes âgées ; d'autre part, les nouvelles modalités dans le domaine du médicament, son prix, sa recherche et la mise sur le marché de nouvelles spécialités pharmaceutiques ou des anciennes.

La loi du 30 juin 1975 a prévu la transformation, dans un délai de dix ans, des hospices en établissements sociaux ou en établissements sanitaires. On ne peut certainement que souhaiter la disparition aussi rapide que possible des hospices et leur remplacement par des établissements mieux adaptés aux besoins des personnes âgées.

Cependant, monsieur le ministre, je m'inquiète des directives que vous avez données au sujet de ces reconversions dans une circulaire d'application du 16 juin dernier. Aujourd'hui, en face de la ligne nouvelle du budget « transformation des hospices », nous trouvons 150 millions de francs d'autorisations de programme, mais 15 millions de francs seulement de crédits de paiement pour 1981.

Dans la circulaire à laquelle je faisais allusion, vous marquez votre nette préférence pour la transformation des hospices en maisons de retraite, plutôt qu'en établissements de long séjour. Mais les sections de cure médicale qui peuvent être créées dans les maisons de retraite ne doivent pas accueillir normalement plus de 25 p. 100 de l'effectif des pensionnaires. Or, dans bien des cas, les hospices hébergent déjà une population invalide nettement supérieure à ce pourcentage.

A titre d'exemple, je citerai le cas d'un hospice que je connais bien, celui de Nevrey-lès-la-Demie, situé dans ma circonscription, où le nombre des pensionnaires complètement dépendants représente actuellement 38 p. 100 du total des personnes qui y résident, et où nombre de demandes d'admission en long séjour ne peuvent être satisfaites faute de places disponibles. Il semble donc qu'il faille tenir compte des réalités locales pour l'application de ces directives lorsqu'il n'est pas possible de maintenir les personnes âgées dans le cadre de vie qui leur est familier.

Mais au-delà des situations locales, je me demande même si la priorité donnée à la transformation des hospices en maisons de retraite, médicalisées ou non, répond bien aux besoins appelés à se faire jour au cours des prochaines années. D'une part, certains responsables de maisons de retraite se trouvent d'ores et déjà confrontés à des situations très délicates par suite du vieillissement de leur population.

Face à de tels problèmes, la commission de la protection sociale et de la famille, dans son rapport pour la préparation du VIII<sup>e</sup> Plan, estimait que « faute de pouvoir orienter vers des établissements de long séjour la quasi-totalité de leur clientèle — ce qui serait humainement pénible et parfois impossible, faute de places disponibles — mieux vaudrait pouvoir reconvertir des maisons entières en établissements de long séjour ».

Or, dans leur conception actuelle, les maisons de retraite n'admettent en général que des personnes valides et leur section de cure médicale est seulement destinée à accueillir des personnes âgées, déjà pensionnaires de l'établissement.

Je souhaiterais, monsieur le ministre, savoir si cette évolution ne vous paraît pas, à vous aussi, devoir entraîner un certain inflexionnement de la politique d'hébergement des personnes âgées actuellement menée.

Par ailleurs, et surtout, les orientations actuelles sont-elles compatibles avec la politique de maintien à domicile privilégiée dans le cadre du VII<sup>e</sup> Plan, et que le VIII<sup>e</sup> Plan doit poursuivre ? La population hébergée en établissements y entrera de plus en plus tard, et malheureusement de plus en plus handicapée, lorsque l'aide à domicile ne suffira plus.

S'agissant du second point que je voudrais aborder, celui de la réforme de la distribution des médicaments, je voudrais tout d'abord, monsieur le ministre, saluer le courage dont vous faites preuve en cette matière qui nécessite, je le sais, des choix difficiles.

Il est évident que le médicament n'est pas un produit comme les autres et que les répercussions qu'il peut entraîner sur la santé des individus suffisent déjà, à elles seules, à motiver l'intervention de l'Etat sur l'aspect scientifique et technique de ce bien de consommation.

En revanche, lorsqu'il s'agit du prix des médicaments, la tentation a souvent été grande de le faire dépendre de considérations liées non à son coût de fabrication, mais aux difficultés financières de l'assurance maladie. C'est là une conception erronée à mon sens, parce qu'artificielle et inefficace dans la mesure où, comme je l'ai déjà souligné, il suffit de comparer la part des dépenses pharmaceutiques dans l'ensemble des dépenses de santé

pour constater l'impact limité d'un blocage des prix. Conception erronée, mais plus encore dangereuse parce qu'elle risque de briser une industrie qui, bien qu'occupant une place de premier plan dans notre économie et sur le marché mondial, traverse actuellement une phase délicate.

La réforme que vous avez conçue, monsieur le ministre, doit permettre à ce secteur de maintenir sa position, et ce, dans l'intérêt même du consommateur. Il serait inconcevable que, faute de prendre en temps voulu les mesures nécessaires, le consommateur français se trouve un jour tributaire des seuls laboratoires étrangers, de leur politique de gestion et de leurs prix.

Cette réforme doit amorcer une véritable politique industrielle du médicament, mais son succès dépendra de l'esprit qui présidera à l'application des principes qui la sous-tendent. Personne ne peut contester que le niveau des prix des médicaments français est l'un des plus bas d'Europe. Or, dans une industrie qui autofinance sa recherche à près de 90 p. 100 et à une époque où cette recherche devient de plus en plus longue, coûteuse et incertaine, une telle situation ne peut se prolonger.

Il faut éviter que les laboratoires ne soient conduits, faute de pouvoir financer leurs programmes de recherche sur des produits nouveaux, à rechercher la survie à court terme en se cantonnant dans l'achat de licences étrangères et la copie servile de médicaments existants tombés dans le domaine public.

Stimulant la concurrence, faisant baisser les prix, les « généralistes » semblent parés de toutes les vertus. Mais il faut bien voir que sur le plan scientifique l'apport de ces médicaments est limité et qu'à long terme leur succès trop complet pourrait s'exercer au détriment des véritables innovations.

Les pharmaciens, monsieur le ministre, comme l'exige le code de la santé publique, délivrent scrupuleusement les médicaments prescrits. Aussi la vente d'un produit générique, à condition d'utiliser la dénomination internationale commune, ne doit poser aucun problème. C'est dans ce sens, monsieur le ministre, qu'un accord devrait être trouvé entre toutes les parties intéressées de manière à faire cesser une mauvaise querelle.

La commission de la transparence a un rôle particulièrement délicat à jouer, et il ne faudrait pas que son action d'information, dont nul ne peut contester l'intérêt, ou que son pouvoir discrétionnaire dans l'appréciation du caractère d'innovation d'un médicament, aboutissent, au lieu de servir le progrès médical et pharmaceutique, à le ralentir. Mais je suis persuadé, monsieur le ministre, que vous suivrez avec vigilance le fonctionnement de cette commission.

J'ai aussi noté, avec une grande satisfaction, l'importance des crédits consacrés à la recherche en matière de médicaments ainsi qu'à l'information au niveau des associations de praticiens et de l'association pour le développement des recherches pharmaceutiques appliquées, tout comme l'augmentation de la dotation allouée au centre national de pharmaco-vigilance, dont la documentation sera utile non seulement dans les hautes sphères internationales, mais surtout aux pharmaciens d'officine qui sont responsables, en première ligne, de la toxicité des substances médicamenteuses dont ils assurent la distribution.

Monsieur le ministre, votre projet de budget pour 1981 est réaliste, car il allie le souci de gérer au mieux les finances publiques et les fonds des assurés à la volonté de promouvoir des mesures nouvelles concrètes et indispensables, notamment dans le domaine de la recherche et de la prévention. On ne peut donc que l'approuver pleinement. *(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. Schneider.

**M. Jean-Louis Schnelzer.** Monsieur le ministre, au moment où vous-même, votre administration et les dirigeants des caisses de sécurité sociale s'emploient, avec un début de réussite, à maîtriser l'évolution des dépenses de santé, il est bon de rappeler certaines actions mal connues et mal comprises, mais qui ont un rôle efficient dans la non-augmentation de ces dépenses.

Au moment également où une politique familiale simple et efficace se renforce constamment, remettant au premier rang des préoccupations de l'Etat la place de la famille dans le pays, ainsi que son rôle humain et éducatif, il devient évident qu'une action telle que l'aide familiale à domicile mérite d'être soulignée, aidée et encouragée.

Nombreuses sont les familles qui, à un moment ou à un autre, se trouvent confrontées à une situation critique découlant soit d'une indisponibilité de la mère, qu'elle attende un enfant ou qu'elle vienne de l'avoir, qu'elle soit malade, dépressive ou hospitalisée, soit d'une indisponibilité durable dans les cas du décès d'un des parents, d'une longue maladie ou d'un handicap.

Le risque est alors grand de voir la famille dispersée, les enfants étant placés à l'extérieur du foyer, avec les conséquences humaines et financières que cela entraîne.

En 1975, votre prédécesseur a fait observer que ces situations ne sont satisfaisantes ni pour les enfants, ni pour la collectivité et qu'elles présentent de sérieux inconvénients, sociaux, économiques et financiers : dispersion familiale, production ralentie, placement onéreux.

En revanche, une aide humaine et concrète, apportée au domicile même par une personne compétente spécialement formée, peut aider à surmonter « sans casse » les difficultés du moment. Cette personne, en assurant l'exécution des différentes tâches quotidiennes, aide le groupe familial à fonctionner au mieux de ses possibilités. Elle peut favoriser le maintien à domicile, dont tout le monde s'accorde aujourd'hui à reconnaître l'intérêt.

Voilà quel est le rôle des travailleuses familiales. Tout le monde mesure la lourdeur de leur tâche et toutes les familles concernées leur rendent un hommage mérité.

Mais face à une demande en plein développement, que trouve-t-on ?

Lors de l'élaboration du V<sup>e</sup> Plan, on avait estimé qu'il convenait de porter au plus tôt les effectifs des travailleuses familiales à 13 000 mais, compte tenu d'impératifs de tous ordres, on avait fixé l'objectif du Plan à 6 000.

Pour le VI<sup>e</sup> Plan, la proportion d'une travailleuse familiale pour 2 500 habitants, soit 22 000 pour l'ensemble de la population, fut considéré comme correcte. Les contraintes globales réduisirent l'objectif à 8 000.

Dans le VII<sup>e</sup> Plan, 15 000 travailleuses familiales représentaient un strict minimum.

Mais leur nombre est aujourd'hui inférieur de moitié à ces dernières prévisions. Pour 10 000 habitants, on dénombre 1,2 travailleuse familiale en France contre 5 en Norvège, 7 au Danemark et 22 en Suède.

Par ailleurs, le financement de cette action est extra-légal, c'est-à-dire facultatif. Ce sont les caisses d'allocations familiales qui en assurent la plus grande part, suivies par l'Etat, les départements et les communes. Pour les associations qui emploient les travailleuses familiales, l'avenir est donc constamment incertain.

On voit d'ailleurs se préciser depuis plusieurs mois la menace — déjà concrétisée dans certains départements — de restriction des moyens mis à la disposition des organismes pour répondre aux besoins des familles : limitation des heures de prise en charge, risque de réduction du nombre et de la valeur en francs constants des bourses de formation des travailleuses familiales, tendance à remplacer le personnel d'intervention qualifié par du personnel mal formé...

L'argument couramment avancé pour lutter contre le développement de ce service est son coût. Pour le reprendre, il faut ignorer l'importance des économies que les interventions des travailleuses familiales permettent à la collectivité de réaliser : dans le domaine de l'assurance maladie en évitant l'hospitalisation ou en l'écourtant ; dans celui de l'aide sociale à l'enfance, en évitant les placements ; dans celui, enfin, du fonds d'action sociale, en évitant une dégradation de la situation des familles grâce à une véritable prévention.

Des études réalisées par le ministère de la santé, il ressort que chaque franc dépensé pour l'emploi d'une travailleuse familiale permet de réaliser une économie de 1,50 franc, chiffre cité par Mme Veil en 1975.

Je prendrai l'exemple d'une famille de trois enfants, dont la mère est malade et alitée. Sans travailleuse familiale, cela représente 135 jours d'hospitalisation et 150 jours de placement, soit une dépense de 130 950 francs pour la collectivité. Avec une travailleuse familiale employée trois mois à plein temps et sept semaines à mi-temps, la dépense n'est plus que de 41 600 francs. Le rapport est donc de 1 à 3,15, et outre l'économie qu'elle autorise, cette solution permet de maintenir l'ensemble de la famille au foyer.

J'insiste sur ce dernier point car, en ce domaine, l'aspect financier, certes non négligeable, doit s'en-tomber derrière l'aspect humain et éducatif. Vous êtes vous-même trop proche de ces préoccupations, monsieur le ministre, pour ne pas comprendre tout l'intérêt qui s'attache à ce type d'action. Vous connaissez trop bien l'aspect humain des drames que vivent certaines familles de notre pays pour ne pas soutenir avec détermination un vrai service aux familles. Enfin, vous êtes trop conscient du prix de la santé en France pour ne pas vous convaincre que ce n'est pas forcément un centralisme hospitalier effréné qui sauvera le financement de la sécurité sociale.

Au contraire, ce sont des actions comme celle que mènent les associations d'aide familiale à domicile — et il en est d'autres qui mériteraient, dans des domaines similaires, les mêmes attentions — qui atténueront, et durablement, les difficultés financières de la sécurité sociale et les difficultés humaines des familles. (*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. Voilquin.

**M. Hubert Voilquin.** Monsieur le président, monsieur le ministre, messieurs les secrétaires d'Etat, le 25 juillet 1979, par une série de mesures choc, le Gouvernement s'est attaqué au déficit de la sécurité sociale. Ce déficit cumulé de 25 milliards de francs menaçait à court terme l'existence même de l'institution dont les Français sont si fiers.

Il apparaît aujourd'hui que le redressement de la situation financière du régime général est réel. Le solde positif cumulé sur 1979 et 1980 atteint plus de 3 milliards et il sera possible, en février prochain, de supprimer la cotisation supplémentaire de 1 p. 100 à la charge des assurés, ce qui pourrait conduire, en 1981, à un nouveau déficit, mais plus léger celui-là, plus facilement absorbable.

Si, pour la première fois depuis 1974, le solde de la branche « prestations familiales » est déficitaire, — et personnellement je m'en félicite — c'est que l'Etat aura engagé en 1980 plus de 3 milliards de francs en faveur des familles. Si les dépenses de sécurité sociale continuent à progresser légèrement plus vite que la production intérieure brute, en revanche la part des cotisations dans la même P.I.M. tend à décroître. Bravo donc pour ces résultats !

Mais un budget parfait n'existe pas et — vous le savez mieux que quiconque, monsieur le ministre — avec une progression de 10,9 p. 100, vous avez dû faire des choix.

La prévention, la formation médicale continue, l'action sociale en faveur des handicapés, la recherche ont reçu vos faveurs : je ne m'y attarderai pas. En revanche, je suis plus inquiet en ce qui concerne les dépenses hospitalières.

Tout d'abord, les subventions d'équipement, en francs constants, chutent d'un tiers, et je ne sais si la modernisation de nos équipements est à ce point euphorique !

Quant aux directives draconiennes adressées aux conseils d'administration des hôpitaux pour la préparation des budgets de 1981, elles apparaissent difficiles à appliquer à la lettre. Je comprends qu'il ait fallu provoquer un choc salutaire pour réveiller des vigilances assoupies par des années de facilité grâce à ce merveilleux prix de journée qui épousait toutes les situations. Pour s'aligner en 1980, on a fait appel à toutes les ingéniosités, à toutes les économies, bref, on a « chassé le gaspi » et il fallait le faire ; les résultats consignés plus haut le prouvent. Mais pour 1981, les augmentations permises sont de 11,2 p. 100 pour le personnel, qui représente 70 p. 100 des dépenses totales, et 10,5 p. 100 pour le reste, ce qui donne une moyenne de 11 p. 100 pour les dépenses de la classe 6, avec une rallonge de 1,30 p. 100 pour la classe 8, afin de « favoriser » l'absorption des déficits antérieurs et les fonds de roulement. Et pas de budget supplémentaire ! Alors que les traitements du personnel augmenteront normalement de 13 à 14 p. 100, n'est-ce pas demander à nos directeurs de résoudre la fameuse quadrature du cercle ?

Et puis, bien sûr, monsieur le ministre, je dirai quelques mots du thermalisme. Pour ne pas déflorer le rapport que remettra au Gouvernement la mission nationale dont je fais partie, j'aborderai un seul aspect du problème, mais qui constitue sans doute la base même de toute action de redressement pour ce secteur de notre économie qui représente un chiffre d'affaires de plus de 180 milliards de francs. Il s'agit tout simplement de l'enseignement de l'hydrologie ou plutôt de la quasi-absence d'un tel enseignement, tant dans les facultés de médecine que dans celles de pharmacie.

Dans le premier cycle et le deuxième cycle des études médicales, le thermalisme n'a pas de module spécifique ni n'en est pas absent mais il est noyé dans les diverses disciplines. Quant au troisième cycle, il ne comporte pas de spécialisation en hydrologie médicale. En 1965, a été créée une attestation d'études d'hydrologie et de climatologie médicales. Vingt-six élèves l'ont obtenue en 1973 et quatre-vingt-neuf en 1979. Sept emplois de professeur titulaire existent à l'échelon national, à Clermont-Ferrand, Lille, Lyon, Nancy, Rennes, Strasbourg et Toulouse. A Paris, il n'existe aucun enseignement officiel, le professeur Besançon s'y consacre bénévolement par fidélité à son agrégation d'origine. Depuis des années pas une seule question d'examen n'a porté sur le thermalisme.

Dès lors, pourquoi les étudiants s'intéresseraient-ils à la crénothérapie ? Si nos futurs jeunes médecins l'ont ignorée durant

leur formation, pourquoi l'utiliseraient-ils, une fois installés, dans la gamme de leurs prescriptions ? Le médicament thermal leur étant inconnu, ils n'ordonneront une cure que si le malade lui-même la leur demande, avec toutes les complications qu'implique actuellement une telle démarche.

En 1979, le certificat obligatoire de thérapeutique a été rétabli. Il faudrait l'intituler certificat obligatoire de thérapeutique et d'hydrologie et exiger deux questions obligatoires sur cette discipline à l'examen. Il faudrait également créer, à titre exceptionnel, quelques chaires d'hydrologie supplémentaires.

Quant à l'enseignement de l'hydrologie dans les facultés de pharmacie, la dernière réforme, applicable au 1<sup>er</sup> octobre, le réduit en quatrième année de vingt à dix-huit heures par an et supprime en cinquième année les dix heures potentielles. Les enseignants — vingt-quatre pour toute la France — réunis le 21 septembre dernier, ont proposé que, sur les vingt-huit heures potentielles, on en consacre déjà trois à l'énumération de la liste des stations thermales ! N'importe quelle brochure pourrait alors suppléer l'enseignement des professeurs. Cette discipline, là encore, ne s'adresse qu'à des volontaires, sans examen final et dans le cadre uniquement de la section officielle.

Il faudrait au contraire un enseignement classique et non optionnel sanctionné par un diplôme qui permettrait d'attribuer au moins un label de qualité aux pharmaciens installés dans les villes thermales, lesquels acquerraient ainsi une crédibilité supplémentaire vis-à-vis des malades-curistes.

Songez qu'il n'existe que deux heures d'enseignement de l'hydrologie à Broussais, à La Pitié, à Saint-Antoine, et quatre heures à Cochin, cela pour l'ensemble des sept années de médecine.

Pourtant, M. le Président de la République rappelait déjà, il y a trois ans, au président des doyens, en présence des ministres de la santé et des universités, que l'enseignement du thermalisme était indispensable si l'on voulait éviter la désescalade.

Or les premiers résultats de la saison thermale de 1980 ne sont pas brillants. Après la très légère progression de 1979, l'été de 1980 indique un recul et fait même craindre un retour en dessous des chiffres de 1978.

J'arrête ici mon propos. Le thermalisme est un vaste sujet qui me tient à cœur, comme à vous, monsieur le ministre, je n'en doute pas.

**M. Emmanuel Hamel et M. Jean Fontaine.** Et à nous aussi !

**M. Hubert Voilquin.** Les travaux de la mission désignée par le Président de la République ont fait naître dans nos quatre-vingt-seize stations les plus grands espoirs. Ensemble, nous devons essayer de ne pas les décevoir. (*Applaudissements sur les bancs de l'union pour la démocratie française et du rassemblement pour la République.*)

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

**M. Francis Geng.** Monsieur le ministre, les trois orientations générales du budget de 1981 de la santé : effort de prévention et de recherche, confirmation des solidarités, notamment en faveur des handicapés et des personnes âgées ; amélioration continue de la formation et développement de plus en plus accentué des responsabilités nous paraissent aller dans la bonne direction et contribuer, à leur mesure, à une société de progrès et de liberté.

A l'occasion de ce débat, et en me déclarant tout à fait d'accord sur les propos que plusieurs de mes collègues ont tenus sur la nécessité de promouvoir l'organisation libérale et responsable de la santé, je souhaite appeler votre attention sur la nécessité de maintenir aux hôpitaux locaux, anciennement dénommés hôpitaux ruraux, la place qui leur revient dans l'équipement sanitaire du pays.

**M. Jean Fontaine.** Très bien !

**M. Francis Geng.** Au moment où l'on tient à développer une politique d'aménagement du territoire et à conserver les services publics en milieu rural, leur maintien s'avère indispensable. Il ne faudrait pas que, dans les régions excédentaires en lits, le blocage ne s'exerce qu'au détriment des établissements petits et moyens ni que les transferts de capacité portent préjudice à ces établissements hospitaliers diffus qui sont indispensables.

Le développement positif de l'aide médicale à domicile et des différents programmes d'action prioritaires en faveur des personnes âgées leur pose déjà problème.

L'hôpital local doit devenir de plus en plus un lieu de soins et non d'hébergement, et toutes les mesures doivent être prises pour que, au sein des commissions régionales, les transferts de lits et de prises en charge ne diminuent pas le potentiel sanitaire des cantons ruraux.

Les hôpitaux locaux regroupent actuellement 368 établissements d'une capacité de plus de 50 000 lits, dont 12 000 pour le secteur hospitalier proprement dit, qui dispense des soins actifs pour des hospitalisés de court et moyen séjour à l'exclusion du long séjour. Leur mission est limitée aux soins courants, avec parfois la possibilité de pratiquer des accouchements. Ces établissements pouvant, sur dérogation ministérielle, comporter des lits de maternité lorsque l'isolement ou les conditions géographiques le justifient.

Si l'on aborde les aspects fonctionnels des établissements hospitaliers, c'est-à-dire la gestion hospitalière et l'humanisation des hôpitaux, l'hôpital local semble, par sa dimension même, représenter une unité idéale.

Il permet une amélioration et une humanisation de l'accueil et des conditions de séjour du malade, par son implantation locale à proximité immédiate de la population et de son univers familial; par une intégration et une ouverture vers l'extérieur où médecine hospitalière et médecine familiale s'associent étroitement; par une administration beaucoup plus proche et accessible au malade, pour laquelle celui-ci n'est pas un numéro parmi d'autres; par une gestion beaucoup plus économique. Au moment où la maîtrise des dépenses de santé — notamment hospitalières — s'impose de façon si évidente, ce dernier avantage est essentiel.

A cet égard, les normes administratives qui régissent les hôpitaux locaux doivent pouvoir être adaptées cas par cas et être infiniment plus souples et plus différenciées que celles en vigueur dans les grands ensembles hospitaliers. Le budget de la santé y gagnera. Là comme ailleurs, certes, la rigueur s'impose dans la gestion des établissements publics, mais des directives trop générales, s'appliquant indifféremment aux grands hôpitaux — C. H. U. ou C. H. R. — et aux hôpitaux locaux et ruraux engendrent des difficultés parfois insurmontables.

Il en va ainsi de la règle du strict respect des budgets primitifs car, si des virements de compte à compte peuvent être pratiqués par les grands établissements qui disposent d'importantes masses budgétaires, ils sont exclus pour les petits hôpitaux en raison de l'étroitesse de leur budget et du caractère très serré et économique de leur gestion.

De la même façon, si les cellules de gestion bien étoffées et souvent informatisées des grands hôpitaux leur permettent de tenir la comptabilité des dépenses engagées, il n'en va pas de même dans les petits hôpitaux, et cela risque de se traduire par de nouvelles charges, notamment de personnel, qui vont à l'encontre de l'objectif recherché, à savoir la limitation des excès de dépenses hospitalières. Là encore, il faut souplesse et adaptation.

Il serait aussi, me semble-t-il, judicieux et utile d'établir des ratios de gestion entre des hôpitaux comparables pour détecter les anomalies et les disparités qui varient parfois, pour les prix de journée, dans des proportions incompréhensibles.

Une unité hospitalière moyenne permet d'éviter lenteur, lourdeur, inflation des dépenses, trois caractéristiques qui sont souvent avancées pour ce qu'on a coutume d'appeler l'hospitalocentrisme, où le malade perd sa personnalité pour ne devenir souvent qu'un cas. Or, c'est pour une large part, de la qualité de la communication entre les soignants, les soignés et leur famille, que dépend le résultat final de l'effort thérapeutique.

L'hôpital local permet de remédier en partie à cet état de fait. Il remplit une importante fonction de fournisseur d'emploi, ce qui en fait un élément déterminant de la vie locale et régionale. Il permet le dégagement des grands centres hospitaliers, des cas diagnostiqués et ne nécessitant plus de soins intensifs et spécialisés. Il offre une qualité d'hébergement supérieure, un service humain et une ambiance familiale, le contact avec son médecin de famille et du personnel souvent amicalement connu.

De tels établissements, proches des populations, jouent à leur égard le rôle de substitut du domicile pour la pratique médicale courante et évitent par là même des déplacements et des hospitalisations inutiles et coûteuses ou trop prolongés dans les centres urbains.

Si la nécessité de la maîtrise des dépenses hospitalières s'impose, le souci d'une répartition géographique équilibrée des équipements hospitaliers, permettant à tous un égal accès aux soins, s'impose avec la même évidence. Pour atteindre cet objectif, l'hôpital local occupe une place essentielle.

C'est pourquoi, monsieur le ministre, messieurs les secrétaires d'Etat, en appréciant par ailleurs les efforts courageux et constants que vous déployez pour assurer le redressement des comptes de la sécurité sociale, nous vous demandons instamment de donner les instructions nécessaires à votre administration pour que ces hôpitaux locaux puissent continuer à

assumer ce rôle indispensable à la santé publique et à la vie en zone rurale. (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. le ministre de la santé et de la sécurité sociale.

**M. le ministre de la santé et de la sécurité sociale.** Monsieur le président, mesdames, messieurs, je remercie d'abord les orateurs qui sont intervenus, à commencer par les quatre rapporteurs.

Vous permettrez à M. Farge, à M. Montagne et à moi-même de répondre en deux temps, seule façon de procéder avec méthode en respectant le plus possible le désir légitime du Parlement d'obtenir des réponses sur les nombreux points qui ont été évoqués. Je commencerai donc par une intervention d'ordre général dans laquelle je présenterai l'ensemble de notre politique; M. Farge en fera autant pour la sécurité sociale et M. Montagne pour l'action sociale. Puis, avant de passer à la procédure des questions, nous compléterons nos réponses sur des points précis qui ne peuvent pas s'insérer dans un discours de portée générale. Mais, bien entendu, nous nous efforcrons de faire écho aux grands problèmes soulevés par plusieurs orateurs, en particulier par les rapporteurs.

Il y a un an, le même débat budgétaire n'avait fourni l'occasion de définir les orientations fondamentales de la politique sanitaire et sociale du Gouvernement: d'une part, haut niveau de la médecine et de la protection sociale, mais, d'autre part, maîtrise de la progression des dépenses à la charge de l'assurance maladie.

Ces orientations étaient dictées par l'urgence: le déséquilibre financier considérable — 23 milliards de francs sur la période 1978-1980 — de l'assurance maladie. Mais elles correspondaient à une vérité première: le système de santé serait édifié sur du sable si son financement n'était pas assuré de façon solide et durable. Aucune politique de santé ambitieuse ne peut être envisagée si elle ne s'appuie pas sur une sécurité sociale très bien gérée.

Tous les pays qui ont oublié ces vérités connaissent de graves difficultés. La Grande-Bretagne a cédé à la tentation de la nationalisation: la même médecine pour tous, mais une médecine médiocre, avec des hôpitaux publics vétustes et des files d'attente pour les opérations chirurgicales.

**M. Joseph Comiti.** Très bien!

**M. le ministre de la santé et de la sécurité sociale.** L'Italie, devant l'effondrement de son système de soins et la pléthore de ses jeunes médecins, vient de suivre l'exemple anglais et de nationaliser la médecine. La République fédérale d'Allemagne elle-même cherche à limiter la croissance des dépenses de santé par une action concertée entre les partenaires sociaux.

Je ne veux pas multiplier les exemples. Je veux seulement rappeler avec force que tous ceux qui, dans l'organisation du système de soins, ont négligé la gestion non seulement se heurtent à des difficultés financières mais voient aussi rapidement la qualité de leur médecine se dégrader.

Monsieur Barbier, je vous remercie de l'avoir dit. Il y a une alternative à laquelle il nous faut échapper par une maîtrise des dépenses de santé: ou bien le démantèlement de la sécurité sociale, ou bien la nationalisation et la dégradation de la qualité du système de santé.

Il faut d'abord bien gérer les moyens apportés par la sécurité sociale.

La sécurité sociale est au service de la politique de santé. Sa gestion financière n'est pas une fin en soi ni la seule dimension de l'action des pouvoirs publics. Mais l'équilibre de la sécurité sociale constitue la garantie de la permanence du système de soins et de la poursuite de ses progrès.

Or les ressources de la sécurité sociale, comme l'ensemble des ressources publiques, dépendent de la progression de la richesse nationale. Il ne sert à rien de nier les réalités. Le ralentissement de la croissance exige une meilleure régulation du système de soins, de façon à assurer la qualité de sa gestion et à supprimer tout double emploi et tout gaspillage.

Les arguments développés par M. Fabius et par M. Léger, auxquels répondra plus longuement M. Farge, appellent de ma part deux remarques.

D'abord, il est faux d'affirmer que la santé se mesure au montant de la dépense consacrée aux soins quelle que soit cette dépense. Nous savons parfaitement qu'existent dans le monde des systèmes de soins très bien gérés et d'autres moins bien gérés. Il faudrait, par exemple, m'expliquer pourquoi la République fédérale d'Allemagne, qui consacre des dépenses importantes à la santé, n'arrive pas à réaliser les performances

d'autres pays. Ce qui démontre bien par définition que, quel que soit le régime politique au pouvoir, il faut gérer un système de soins, c'est-à-dire vérifier tous les jours que telle dépense est effectivement celle qui contribue à la plus grande efficacité. (Applaudissements sur les bancs de l'union pour la démocratie française et du rassemblement pour la République.)

Ensuite, il serait illusoire et mystificateur de croire que, parce que nous sommes dans le secteur de la santé, nous n'avons pas à tenir compte des contraintes. Ces contraintes existent et point n'est besoin que tous les bons esprits les plus savants de France, y compris ceux qui sont chargés de la planification, et que je respecte, nous rappellent que, si la France devait traverser des difficultés économiques accrues, le système de sécurité sociale s'en trouverait affecté. C'est une réalité d'évidence. Mais cela ne m'empêche pas de penser que le ministre de la santé doit s'efforcer de gérer au mieux la branche maladie pour pouvoir, comme nous l'avons fait cette année pour la première fois en France, consacrer tout l'argent de la branche famille à la politique familiale. Je suis fier de dire ici que pour la première fois en 1981, non seulement nous aurons utilisé tous les excédents de la branche famille, mais nous aurons même utilisé un certain nombre d'excédents antérieurs pour élaborer une des plus hardies politiques familiales de l'Europe. (Applaudissements sur les bancs de l'union pour la démocratie française et du rassemblement pour la République.)

Il faut un système de soins adapté aux besoins.

A l'occasion du dernier congrès de chirurgie, nous constatons le lien étroit entre la démographie et la qualité du service : un chirurgien s'ennuie prend des risques et en fait prendre à ses patients ; un chirurgien sous-utilisé perd la main et s'expose à voir sa qualification diminuer.

C'est pourquoi la maîtrise de la démographie médicale correspond autant à une politique de qualité des soins qu'à une bonne gestion de la sécurité sociale.

L'instrument de cette maîtrise, c'est la limitation du nombre d'étudiants en médecine. C'est pourquoi, le Gouvernement a pris la décision de ramener à 5 000 le nombre d'étudiants admis en deuxième année de médecine. Pour cela, les possibilités de réduction ouvertes par la loi seront utilisées pleinement, de façon à atteindre, dès 1983, l'objectif fixé. Parallèlement, le Parlement a voté une loi qui permettra d'adapter les effectifs des professions paramédicales aux besoins.

Ces sélections sont modulées géographiquement, de façon à réduire progressivement les disparités des densités médicales entre les régions françaises. Il serait paradoxal que, dans la pléthore médicale générale, certaines régions restent sous-équipées.

L'adaptation de l'offre de soins aux besoins passe également par une action sur la carte sanitaire. Notre pays a connu au cours des dix dernières années, un essor important de l'hospitalisation — 44 000 lits de plus qu'en 1970. Parallèlement, les méthodes de soins ont évolué, si bien que, pour la même maladie, le patient reste moins longtemps à l'hôpital. Nous avons constaté que ce raccourcissement de la durée moyenne des séjours s'est accentué au cours des deux dernières années.

Dans ces conditions, nos équipements hospitaliers doivent évoluer. Il ne s'agit pas d'une réduction aveugle ou systématique, mais d'une adaptation justifiée autant par les excédents constatés dans certaines régions que par la modernisation des équipements et les progrès dans la qualité des soins. Cette adaptation permettra de dégager les moyens nécessaires pour de nouveaux progrès des hôpitaux publics et privés.

La loi du 29 décembre 1979 donne au ministre les moyens de favoriser cette adaptation des capacités hospitalières. Les conseils d'administration doivent comprendre qu'il est de leur intérêt de réaliser eux-mêmes les adaptations. Dans l'hypothèse où ils ne l'accepteraient pas, j'ai pris et je saurais prendre mes responsabilités, car je suis convaincu que nous travaillerons pour l'économie des moyens, certes, mais aussi pour la qualité des soins.

Monsieur Delfosse, vous marquez, tout à l'heure, la nécessité d'atteindre une utilisation optimale : nous ne pouvons y prétendre lorsque certains excédents mobilisent indûment des ressources.

Il faut un système de soins bien géré.

Pour cela, il convient d'abord de diffuser l'esprit de responsabilité chez tous les professionnels.

La nouvelle convention médicale est en place ; elle préserve, malgré un contexte économique difficile, le caractère libéral et social qui fait la richesse du système conventionnel français.

En permettant à chaque médecin de disposer de ses propres indicateurs statistiques d'activité, elle l'encourage à une réflexion sur le coût de ses traitements et à une recherche de la thérapeutique la plus efficace au meilleur coût. J'ai indiqué au

conseil de l'ordre comment cela devait s'entendre et comment cela signifiait que cette évaluation des soins restait, et devait rester, en tout état de cause, un acte strictement médical.

Tous les slogans qu'a vu fleurir l'été dernier apparaîtront dérisoires devant l'application loyale et complète, sur le terrain, de ce nouveau texte conventionnel.

L'hôpital public doit, parallèlement, renforcer sa gestion. En limitant strictement la progression des budgets hospitaliers, en supprimant les facilités qu'apportaient en cours d'année les budgets supplémentaires, nous obligeons l'hôpital public à faire le compte des moyens dont il dispose et à vérifier qu'ils sont utilisés au mieux, avant de demander des moyens supplémentaires. Cet effort de gestion concerne les directeurs et les personnels administratifs de l'hôpital ; il concerne également les médecins.

Je remercie tout particulièrement M. Comiti et M. Bonhomme d'avoir apporté leur témoignage de médecins ; ils sont eux-mêmes affrontés à la réalité par leur vocation et ils ont exprimé un certain nombre de vérités, je leur en sais gré.

Je crois, en effet, que, avec les progrès des matériels et des techniques médicales, nous sommes entrés dans l'âge adulte et dans l'âge rationnel de la médecine hospitalière. La variété des techniques est telle que les médecins eux-mêmes souhaitent que les traitements possibles soient comparés et sélectionnés, pour établir des stratégies optimales. Les comparaisons sont fournies par les médecins eux-mêmes, dans le cadre de l'évaluation des soins. J'ai demandé aux présidents de commissions médicales consultatives des centres hospitaliers universitaires de lancer de premières études ; nous en ferons le bilan à la fin de l'année. J'appelle l'attention du Parlement sur le fait qu'il s'agit d'un véritable changement de mentalité.

Bien géré, adapté aux besoins, le système de soins doit aussi être bien utilisé par les professionnels de la santé, mais également par l'utilisateur, le malade.

A cet égard, il faut d'abord clarifier le rôle des différents maillons du système de soins : généraliste, spécialiste, hôpital local, hôpital général et hôpital universitaire.

Comme M. Briane, M. Geng et nombre d'autres intervenants, je suis convaincu du rôle irremplaçable des hôpitaux ruraux et locaux, proches des populations. Lorsque j'ai pris le décret de classement des hôpitaux, j'ai, bien entendu, prévu leur classement. Mais ce qui est très important, c'est de réfléchir sur ce qui doit se réaliser à chaque niveau de soins, comme le disait d'ailleurs M. Comiti. Voilà pourquoi j'ai demandé au docteur Gallois, président de l'union nationale des organismes de formation continue, entouré d'un groupe de médecins libéraux et hospitaliers, de me soumettre des propositions dans ce sens. Nous ne pouvons, en effet, laisser tout cela au hasard ou à l'initiative des uns ou des autres. Le système de soins risque constamment de dériver. Cette dérive, qu'encouragent certaines informations diffusées par les médias sans les précautions nécessaires, se fait toujours par l'appel aux moyens de soins les plus puissants et donc les plus coûteux, même lorsqu'ils ne sont pas nécessaires.

Ce bon usage du système de soins, comme l'ont dit M. Pons et M. Comiti, exige la participation active des Français. Alors que le consommateur devient adulte dans tous les secteurs de la vie quotidienne, il serait paradoxal que, sous le prétexte de la gratuité apparente des soins, il se désintéresse de leur organisation et de leur coût pour la collectivité. Pour cela, il lui faut un guide et un conseil.

C'est le rôle qui revient de toute évidence au médecin généraliste. Connaissant la famille, les conditions et les antécédents médicaux du malade, il pourra traiter de manière adaptée les affections dès leur première apparition. En cas de besoin, il pourra orienter le malade au mieux en fonction de sa maladie, dans l'ensemble complexe de notre système de soins. C'est en ce sens que nous avons défini le généraliste comme le pivot du système de soins. Cette priorité en faveur du généraliste est inscrite à la fois dans la réforme des études médicales — j'y reviendrai — et dans le développement des actions de formation continue. En 1981, les crédits qui leur sont consacrés doubleront, passant à 4 600 000 francs.

Un système de soins adapté aux besoins, un système de soins bien géré, un système de soins utilisé par des gens responsables : voilà le chemin vers la qualité des soins et vers la maîtrise de la dépense. C'est ainsi que nous pourrions aller vers de nouveaux progrès.

J'en viens à cette politique de santé dont je voudrais décrire les progrès.

Il faut d'abord une prévention élargie.

Poursuivant avec détermination l'action entreprise par Mme Veil, je veux ancrer la politique de prévention dans les réalités.

D'abord l'organisation de campagnes nationales par le comité français d'éducation pour la santé constitue le fer de lance de cette action. La campagne de 1980 a pénétré les foyers français. Celle qui sera menée l'année prochaine sera complétée par l'introduction de nouveaux thèmes relatifs à l'alcoolisme, à la nutrition et au tétanos. Les crédits destinés à l'éducation sanitaire augmenteront en 1981 de près de deux millions de francs.

L'alcool et le tabac constituent deux grands fléaux. Vous savez que le groupe de travail présidé par Jean Bernard a remis ses conclusions. J'anime actuellement un travail interministériel en vue de présenter, au cours d'un prochain conseil des ministres, une première série de mesures de nature à lutter contre l'alcoolisme.

Enfin, au-delà de la nécessaire réforme des comportements, la prévention exige une politique de surveillance de l'état sanitaire et du dépistage précoce des maladies. J'ai apprécié l'explication de M. Pons qui, dans son rapport, précise que la prévention a été conçue jusqu'à présent de manière trop large pour être efficace. Pensant que les risques de maladie touchaient indifféremment toute la population, on a parfois instauré des dépistages indifférenciés pratiqués systématiquement de manière aveugle, en un mot très coûteux et peu efficaces.

Aujourd'hui, il faut remplacer ces dépistages « tous azimuts » par des actions sélectives correspondant à des risques définis et limités aux individus les plus exposés. Le programme de périnatalité fournit un exemple de la prévention sélective : la recherche et le traitement spécifique des grossesses à risques ont contribué, comme M. Barbier l'a indiqué, aux succès qui placent notre pays à la tête de ceux qui ont su faire reculer la mortalité périnatale.

Dans le cadre de la lutte contre le tétanos, vacciner 6 millions de personnes à risques — nous lancerons une campagne dans ce sens l'année prochaine — permet d'obtenir un résultat plus efficace que la vaccination de 30 millions de personnes dont l'immunité est imparfaite. De même, malgré les difficultés de la préparation de ce budget, j'ai tenu à maintenir le niveau des crédits prévus dans le cadre du programme d'action prioritaire n° 15.

**M. Gilbert Millet.** Me permettez-vous de vous interrompre, monsieur le ministre ?

**M. le ministre de la santé et de la sécurité sociale.** Je vous en prie.

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

**M. Gilbert Millet.** Monsieur le ministre, on meurt encore en France du tétanos. Tout le monde sait qu'il suffit de faire une vaccination tous les cinq ans à la population adulte pour rayer cette maladie de la carte ! C'est pourquoi vos propos me paraissent bien en retrait par rapport aux besoins.

**M. le ministre de la santé et de la sécurité sociale.** M. Millet a exactement illustré les propos que je viens de tenir. Le ministre de la santé a effectivement pour tâche de procéder à des choix.

La vaccination de 6 millions de personnes exposées au tétanos représente un effort considérable et marque un progrès considérable. En revanche, la vaccination de 30 millions de personnes mobiliserait des moyens qui peuvent être utilisés beaucoup plus efficacement sur d'autres fronts. Le ministre de la santé est confronté, en effet, à d'autres tâches auxquelles il doit faire face de la manière la plus efficace possible. *(Applaudissements sur les bancs de l'union pour la démocratie française et du rassemblement pour la République.)*

Si j'avais besoin de me justifier, je vous répondrais que j'ai confié à un de vos collègues, M. Cabanel, la mission d'élaborer, d'ici à la fin de l'année, un rapport précis sur les moyens de développement de l'épidémiologie comportant les éléments scientifiques nécessaires pour conduire une politique de prévention moderne puisque sélective.

M. Autain a approuvé la politique de prévention, mais il a craint qu'elle ne soit pas assortie des crédits nécessaires.

Les crédits que nous consacrons à la prévention sont en nette progression dans le cadre de ce budget difficile, je ne l'ai d'ailleurs jamais caché. En outre, le VIII<sup>e</sup> Plan dont le Parlement aura à connaître, contient un P. A. P. affecté à la prévention. Une priorité sur le plan du financement sera donc accordée à ce chapitre dans les budgets ultérieurs. Enfin, les 85 millions de francs dégagés par la coopération qui s'est instaurée entre l'assurance maladie et la mutualité française permettront de démultiplier les actions dans ce domaine.

Cette politique doit maintenant passer dans les faits, mais aucun ministre de la santé — j'ai la chance d'en rencontrer un certain nombre — ne qu'une politique de prévention efficace doit être sélective et bien étudiée. Prétendre le contraire serait refuser l'évidence.

Le renforcement de la qualité des soins est le deuxième objectif de la politique de santé. Cela passe par la formation des hommes et par une nouvelle politique des équipements hospitaliers.

En ce qui concerne la formation des hommes, la réforme des études médicales, mise en place par la loi du 6 juillet 1979 et le décret du 18 août 1980, favorisera une meilleure formation des spécialistes et des généralistes.

La préparation de l'internat permettra, comme M. Barbier l'a souligné, à la fois de vérifier l'apprentissage des grandes questions de la médecine et de tester les comportements. Le futur interne en médecine sera jugé sur ses réactions devant le cas d'un malade réel ; il devra établir une ordonnance portant sur des thérapeutiques et des examens et justifier sa prescription. En un mot, il passera du théorique au concret. De la même façon, la formation des spécialistes, aujourd'hui cloisonnée entre un certificat d'étude théorique et un internat exclusivement clinique, sera mieux équilibrée. Ce système est l'un des meilleurs de ceux mis au point ces dernières années dans les pays développés.

Mais la formation des généralistes, que M. Bonhomme en particulier a évoquée, constitue également une grande innovation dans cette réforme. Leur formation actuelle est trop courte, mal adaptée, sans responsabilité véritable et uniquement hospitalière. Demain, nos généralistes auront passé deux ans dans le nouveau résidanat bénéficiant du même statut et de la même rémunération que les internes, d'un enseignement théorique adapté à la médecine générale et surtout de stages pratiques chez des médecins généralistes.

Le projet de loi de finances rectificative pour 1980 prévoit dix millions de francs de crédits supplémentaires pour la rémunération des maîtres de stage. Ainsi chaque catégorie de médecins sera formée dans des conditions adaptées à leurs fonctions futures.

Une nouvelle politique des équipements se dessine.

Dans le domaine des équipements hospitaliers, je rappelle qu'en 1979 et 1981, nous aurons ouvert 44 hôpitaux neufs comportant 20 000 lits modernes.

J'ai bien entendu l'appel de M. Comiti sur la nécessité d'achever les opérations d'humanisation. Je lui confirme ainsi qu'à M. Delfosse notre volonté à cet égard par l'utilisation de plateaux techniques adaptés dans les hôpitaux moyens.

Les crédits d'humanisation ont été maintenus à cet effet au niveau de 1980. Ils permettront d'achever les opérations d'humanisation pratiquement dans les délais prévus, compte tenu des lits vastes à fermer, notamment en psychiatrie. Je rappelle que 170 000 lits en salle commune auront été humanisés entre 1976 et 1980.

C'est pourquoi chaque opération d'investissement hospitalier répond à des règles de compensation des charges en fonctionnement : réduction de 10 p. 100 du nombre des lits, rendue possible par la meilleure utilisation d'un plateau technique moderne ; possibilité de compenser les créations d'emplois nécessaires par des redistributions à l'intérieur du même établissement ou d'autres établissements. Ainsi, nous poursuivons l'effort important de modernisation de l'hôpital public. Il s'agit aujourd'hui de mettre essentiellement l'accent sur la qualité.

J'en viens au troisième volet, celui de la recherche.

La recherche constitue, à la demande du Président de la République, la première priorité du projet de budget pour 1981. La recherche médicale représente le point fort du budget de la santé. Je veux pour preuve de l'éclat de la recherche française, l'attribution du prix Nobel de médecine au professeur Dausset. *(Applaudissements sur les bancs de l'union pour la démocratie française et du rassemblement pour la République.)*

L'ensemble des crédits consacrés à la recherche médicale dans l'enveloppe « recherche » atteindra plus de 2 milliards de francs en 1981, soit une progression de 19 p. 100 par rapport à 1980 ; 40 p. 100 de ces crédits sont gérés par le ministère de la santé. Il faut y ajouter les subventions de fonctionnement et d'équipement aux grands organismes de recherche — I. N. S. E. R. M., service central de protection contre les rayonnements ionisants, institut Pasteur, institut Curie — qui progresseront de 3 p. 100 en 1981. Quatre-vingt-dix emplois seront créés à l'I. N. S. E. R. M. : 55 de chercheur et 35 d'ingénieur et de technicien.

En outre, mon département ministériel vient de mettre au point un document définissant une stratégie de recherche fina-

lisée pour le moyen terme. Les organismes de recherche s'en inspireront pour infléchir les programmes de travail de leurs équipes.

Cet effort considérable dans le domaine de la recherche fondamentale est complété par les politiques nouvelles mises en place pour favoriser la recherche appliquée et le développement des industries biomédicales et de l'industrie pharmaceutique.

Dans le secteur biomédical, notre balance commerciale reste actuellement déficitaire. Nous pouvons exporter plus qu'aujourd'hui. Pour cela, j'ai décidé un plan d'ensemble tendant à améliorer les relations entre les organismes publics de recherche et les entreprises par la création de pôles régionaux de concertation entre les petites et les moyennes entreprises et les organismes publics de recherche, et à renforcer la concurrence par la formation des acheteurs publics dans les hôpitaux. De cette manière, nous donnerons toutes leurs chances aux produits français performants, sans pour autant faire place à je ne sais quel protectionnisme.

Nous avons réalisé deux hôpitaux témoins : l'hôpital Bichat et l'hôpital de Versailles. Ce dernier ouvrira au début de l'année prochaine et sera une magnifique démonstration de nos techniques puisqu'il sera entièrement équipé d'un matériel français.

L'industrie pharmaceutique exporte une part croissante de sa production. Je rappelle ses dernières performances : plus de 30 p. 100 du chiffre d'affaires réalisé à l'exportation en 1979 ; 60 000 salariés vivent de l'exportation dans l'industrie pharmaceutique. Cette industrie représente un potentiel de recherche essentiel pour la médecine française. Grâce à sa recherche chimique, à sa recherche médicale la France se situe au premier plan des puissances pharmaceutiques. Nous devons préserver et développer ce capital, comme M. Chantelat et plusieurs intervenants l'ont rappelé.

Les entreprises, en grande partie libérées d'un contrôle bureaucratique devenu inutile, pourront consacrer leurs forces à la recherche et au développement de leurs exportations. Dans le même temps que nous leur permettrons d'alléger leur gestion, nous leur accorderons l'environnement scientifique dont elles ont besoin : 5 millions de francs affectent l'environnement scientifique du médicament, dont 3 millions environ pour la pharmacologie clinique. Ainsi, nous donnons à notre pays les armes qui lui permettront de tenir son rang.

M. Millet, une fois n'est pas coutume, a défendu l'industrie pharmaceutique. Nous sommes favorables au maintien de toutes les entreprises, quelle que soit leur taille, mais il faut savoir que la préparation d'un médicament contre le cancer ou une maladie cardio-vasculaire mobilise des moyens comparables à ceux nécessaires pour la mise au point d'un programme aéronautique.

J'en viens à ma conclusion.

Le ministère de la santé et de la sécurité sociale, à travers son budget et sa réglementation, oriente l'évolution du secteur sanitaire et social. Mais il s'appuie sur la sécurité sociale dont les dépenses se situent maintenant au-delà du budget de l'Etat. Le ministre de la santé a pour premier devoir de veiller chaque jour à l'utilisation la plus efficace de ces sommes très importantes.

La victoire ne dépend pas seulement de la valeur des troupes du front, mais aussi de la qualité de la logistique. Dans la guerre qui fait rage, le succès reposera d'abord sur la compétitivité des entreprises, leur esprit d'innovation, leur capacité à investir et à conquérir des marchés. Mais il reposera aussi sur notre aptitude à faire preuve de la même efficacité pour gérer les frais généraux de la nation, en pourchassant le laxisme tout en continuant à progresser sur les plans de la santé et de la protection sociale.

Oui, monsieur Barbier, nous avons besoin pour cela d'une administration dynamique, dévouée, tournée vers l'avenir.

La fusion, que j'ai réalisée il y a quelques mois, de la direction générale de la santé et de la direction des hôpitaux, doit permettre d'aboutir à une meilleure unité de conception, à une plus grande cohérence entre objectifs et moyens de notre politique de santé ; elle est aussi l'occasion d'un meilleur usage des hommes et d'une meilleure répartition des tâches.

Aux niveaux régional et départemental, je me préoccupe également de parvenir à une efficacité accrue.

Monsieur Delaneau, je n'ai pas perdu de vue votre intervention qui explicite l'idée qu'une politique de santé et de sécurité sociale doit, à coup sûr, tenir compte de caractéristiques régionales et locales. Mais cela exige, de la part de mon administration, un effort accru par un redéploiement des moyens et par le choix, sur le terrain, d'hommes particulièrement formés à leur tâche. L'action que je mène actuellement pour essayer de réformer l'aide sociale à l'enfance, comme l'a souhaité

M. Schneider, va dans le sens de ces préoccupations. Je voudrais vraiment que s'instaure une politique beaucoup plus proche des hommes aux échelons départementaux et régionaux.

Mais, l'administration n'est pas close sur elle-même. Dans le secteur sanitaire et social qui est, par nature, décentralisé, où les associations, les collectivités locales, les établissements autonomes jouent un rôle majeur, l'administration doit, peut-être plus qu'ailleurs, savoir se mettre au service des administrés.

Etre au service, cela ne veut pas dire régenter et tout faire à la place de ce que les responsables locaux pourraient réaliser eux-mêmes. Cela signifie faire pour eux ce qu'ils ne peuvent pas faire, c'est-à-dire :

Donner les moyens d'une bonne gestion décentralisée, grâce à la constitution d'indicateurs de gestion et au développement des responsabilités des collectivités locales : c'est le thème du projet de loi dont vous aurez prochainement à débattre ;

Faire circuler l'information : le service d'information du ministère fera en 1981 un effort pour mieux faire connaître les expériences concrètes les plus réussies ;

Animer l'ensemble du système ; j'ai créé dans ce but, au sein du ministère, une cellule de prospective aux travaux de laquelle participent l'ensemble des services : cette cellule prépare des rapports qui jeteront des coups de projecteur sur l'avenir et qui permettront de choisir la route, en concertation avec tous les intéressés.

J'évoque d'autant plus volontiers la politique de périnatalité qu'elle a été conduite par mes prédécesseurs, mais elle est une réussite. Mon désir est de pouvoir, dans cette même voie, traiter de domaines qui me paraissent prioritaires.

Un rapport en voie d'achèvement — monsieur Barbier, si indiscretion il y a eu, je vous rassure, car l'heure des concertations sonnera — permettra de progresser dans le secteur de la psychiatrie, un secteur longtemps tenu à l'écart, où coexistent le meilleur — trop rare, hélas ! — et le pire, et où d'immenses progrès peuvent être attendus d'une généralisation des expériences les plus réussies. Je pense en particulier à la psychiatrie de l'enfant, qui, intelligemment conduite, peut limiter, dans des proportions notables, le coût humain et financier de l'enfance inadaptée.

La gériatrie est le domaine où les progrès humains les plus nets peuvent être obtenus grâce au développement des soins à domicile. Un des programmes prioritaires du VIII<sup>e</sup> Plan lui sera consacré. Je rendrai public très prochainement un rapport qui résume le travail de quelque quarante experts et praticiens sur le thème de la gériatrie et des soins aux personnes âgées.

Enfin, s'agissant du cancer, j'ai proposé il y a quelques semaines au conseil des ministres un « plan cancer ». Ce plan a été préparé grâce aux travaux de la commission du cancer, et repose sur quelques orientations. Il s'agit de faire converger les efforts des généralistes, des hospitaliers, des centres de lutte contre le cancer ; de faire pénétrer les progrès thérapeutiques, dès qu'ils sont acquis, dans toutes les filières de soins ; de convaincre le public de l'importance de la prévention et du dépistage.

Ainsi, mesdames, messieurs les députés, forts d'une sécurité sociale et d'une assurance maladie, où nos efforts quotidiens de gestion — qui doivent se poursuivre — nous auront permis de rétablir des équilibres nécessaires, quel peut être le rôle du ministère de la santé et du Parlement ? C'est de parvenir à élaborer progressivement des grands programmes de santé où chacun, professions de santé, établissements sanitaires, grand public, peut s'insérer et jouer son rôle.

La santé est le souci de tous. La réflexion et la programmation dans ce domaine ne doivent pas être réservées à quelques spécialistes. C'est par le travail en commun et l'association de toutes les forces que nous relèverons le défi des prochaines années. (Applaudissements sur les bancs de l'union pour la démocratie française et du rassemblement pour la République.)

**M. Hubert Voilquin.** N'oubliez pas le thermalisme.

**M. le ministre de la santé et de la sécurité sociale.** Je répondrai tout à l'heure sur ce point.

**M. le président.** La parole est à M. Farge, secrétaire d'Etat auprès du ministre de la santé et de la sécurité sociale.

**M. Jean Farge, secrétaire d'Etat.** Monsieur le président, mesdames, messieurs les députés, voici dix-sept mois, le Gouvernement arrête un dispositif de redressement des équilibres financiers de la branche maladie du régime général de sécurité sociale. Voici donc dix-sept mois, M. Jacques Barrot et moi-même, nous entreprenons de mettre en œuvre les mesures correspondantes.

Dix-sept mois, c'est une période assez longue pour apprécier le sens des premiers résultats, même si elle est trop courte encore pour que le processus de rééquilibrage ait pu être mené à son terme.

Mesdames, messieurs les députés, j'ai écouté avec la plus grande attention celles et ceux d'entre vous qui sont intervenus.

Au début de mon propos, je tiens à remercier les uns et les autres, ceux qui nous ont soutenus et nous soutiennent, ceux qui nous ont encouragés. Qu'ils soient rassurés : j'ai pris note des réserves ou des suggestions que suscite tel ou tel aspect de notre action.

Je remercie également ceux-là qui, tenant notre action pour négligeable ou néfaste, ne lui ont pas ménagé leurs critiques, mais des critiques dont la fragilité ou les excès me convainquent que nous avons fait le bon choix... (*Sourires sur les bancs des socialistes.*)

**M. Jean Delaneau.** Très bien !

**M. Jean Farge, secrétaire d'Etat...** celui de l'effort qui mobilise les énergies et les volontés, en faisant appel à la responsabilité, à la solidarité, à l'équité. Oui, ce choix, et non celui de la facilité et du renoncement, de l'aveuglement et du parti pris, desquels ne peut sortir que le bouleversement irrémédiable de notre système de protection sociale et de distribution des soins. (*Applaudissements sur les bancs de l'union pour la démocratie française.*)

**M. Jean Delaneau.** C'est bien ce qu'ils veulent !

**M. Jean Farge, secrétaire d'Etat.** A ce point du débat, je souhaite rappeler ces éléments essentiels, d'une part, en évoquant les principes et les modalités de l'action poursuivie depuis dix-sept mois par le Gouvernement et, d'autre part, en situant les résultats acquis dans les perspectives d'évolution de notre système de protection sociale.

Je me permets de rappeler qu'en prenant nos fonctions au ministère de la santé et de la sécurité sociale, M. Jacques Barrot et moi-même, nous nous sommes trouvés devant une crise de trésorerie qui plaçait le régime général à la veille de la cessation de paiements.

**M. Pierre Jagoret.** Qu'avait donc fait Mme Veil ?

**M. Jean Farge, secrétaire d'Etat.** Cette crise de trésorerie n'était que le reflet d'une crise de financement latente, provoquée par une distorsion de plus de dix points entre le rythme de progression des dépenses et celui des recettes de l'assurance maladie.

Je me permets de rappeler, en outre — et ce point n'a d'ailleurs été contesté par personne — que, dans un système de répartition tel que celui de la sécurité sociale française, la persistance d'une telle crise est tout simplement mortelle.

Je ne reviendrai pas sur les raisons de l'accélération des dépenses. Je me contenterai de rappeler qu'au cours des dix dernières années la consommation médicale finale dans notre pays a obéi à la règle du doublement tous les quatre ans, et qu'au cours de cette même période sa couverture par la sécurité sociale est passée des deux tiers aux trois quarts de son montant.

En ce qui concerne le ralentissement des recettes, j'admire que certains, sur ces bancs, proclament que le chômage est l'une des causes des difficultés de la sécurité sociale.

**M. Pierre Jagoret.** Oui, c'est vrai !

**M. Jean Farge, secrétaire d'Etat.** Je me permets de leur indiquer qu'ils ne font pas une découverte et qu'en avançant cette lapalissade ils n'ont pas pour autant énoncé de remède. Encore faut-il préciser le diagnostic et ne pas aggraver le pronostic.

Il faut préciser le diagnostic car le chômage n'est pas la cause, mais la conséquence du retournement de conjoncture auquel la France et tous les pays du monde se trouvent confrontés, et qui est provoqué par le renchérissement du coût des matières premières... (*Exclamations sur les bancs des socialistes et des communistes.*)

**M. Jean Bonhomme.** C'est évident !

**M. Jean Farge, secrétaire d'Etat...** et la concurrence internationale, auxquels doit faire face notre appareil productif.

Encore convient-il de ne pas aggraver le pronostic en recourant à des remèdes directement préjudiciables au redressement et à l'adaptation de notre appareil productif, c'est-à-dire au renforcement de la compétitivité de nos entreprises.

Confronté à une telle situation, le Gouvernement a clairement choisi les voies du redressement par un refus et par le choix d'une orientation délibérée. Le refus c'est celui de

l'augmentation indéfinie des cotisations, car augmenter les cotisations c'est affaiblir la compétitivité des entreprises, c'est amputer le pouvoir d'achat des assurés sociaux et c'est, en définitive, aggraver les difficultés de l'emploi.

Mais ces raisons d'efficacité économique ne sont pas les seules causes du refus du Gouvernement : il y a là également un choix de société. En effet, augmenter sans cesse la part des prélèvements collectifs et obligatoires que constituent les cotisations sociales et fiscales, c'est également transférer un peu plus chaque jour à des organismes bureaucratiques, que menace en permanence le double risque de la paperasserie et de l'anonymat...

**M. Fernand Icart, rapporteur général.** Très bien !

**M. Jean Farge, secrétaire d'Etat...** la juste part qui doit revenir à l'initiative individuelle...

**M. Jean Bonhomme.** Très bien !

**M. Jean Farge, secrétaire d'Etat...** pour ce qui concerne l'affectation des revenus, fruit du travail et de l'épargne des Français, des Français et de leurs entreprises. (*Applaudissements sur les bancs de l'union pour la démocratie française et du rassemblement pour la République.*)

Les Français ont montré qu'ils ne supporteraient pas l'augmentation indéfinie des cotisations. L'économie française ne la supporterait pas davantage.

**M. Guy Hermier.** Et les patrons ?

**M. Jean Farge, secrétaire d'Etat.** C'est pourquoi nous avons délibérément opté pour une politique de modération progressive de la croissance des dépenses de santé à la charge de la sécurité sociale, conduite de telle façon qu'elle préserve tous les acquis et toutes les perspectives de progrès de notre système de protection sociale et de distribution des soins, et, d'abord, la solidarité...

**M. Alain Léger.** Elle est rompue !

**M. Jean Farge, secrétaire d'Etat...** de l'ensemble des catégories socioprofessionnelles.

En effet, comme l'a rappelé M. Comiti, le général de Gaulle avait jeté les bases d'une telle solidarité et il en avait fait l'une des trames de l'unité nationale. Par ailleurs, cette politique doit maintenir la qualité irremplaçable de l'exercice libéral de la médecine française.

Nous ne dissimulons pas pour autant les difficultés d'une telle politique. Difficultés techniques d'abord, car la structure même de la sécurité sociale française interdit de concevoir et d'appliquer un budget qui laisserait à une multiplicité de décideurs autonomes la responsabilité d'engager la dépense. Difficultés psychologiques ensuite, et donc politiques, car c'est en définitive la santé, notre bien le plus précieux, qui est en cause. Je m'étonne d'ailleurs que certains exploitent de manière inconsidérée cette sensibilité inhérente aux problèmes de la santé.

Nous savons que l'assainissement de la sécurité sociale est l'affaire de toutes les Françaises et de tous les Français. C'est pourquoi, loin de chercher à les culpabiliser, nous avons tenté — et je crois que nous avons réussi...

**M. Alain Léger.** Absolument !

**M. Jean Farge, secrétaire d'Etat...** à provoquer une prise de conscience nationale de la nécessité et de la possibilité...

**M. Alain Léger...** de la lutte...

**M. Jean Farge, secrétaire d'Etat...** de modérer cette croissance, et non pas de transformer les assurés en une cohorte d'assistés, auxquels il conviendrait d'imposer, malgré eux, les bonheurs d'une société totalement collectivisée.

**M. Francis Geng et M. Robert Héraud.** Très bien !

**M. Jean Farge, secrétaire d'Etat.** Nous avons annoncé la couleur ; nous avons joué et nous jouons cette partie cartes sur table, mais avec des cartes qui sont à la disposition de tout le monde, car désormais les comptes de la sécurité sociale sont exacts...

**M. Claude Wilquin.** Pourquoi désormais ?

**M. Jean Farge, secrétaire d'Etat...** précis, rapidement disponibles et mis à la disposition de toutes et de tous.

Je note d'ailleurs que les membres à cet égard les plus vigilants de la commission des comptes de la sécurité sociale ont pris acte de cette amélioration décisive du système comble de la sécurité sociale.

**M. Emmanuel Hamel.** C'est vrai !

**M. Jean Farge, secrétaire d'Etat.** Je regrette que M. Fabius ne soit plus en séance. (*Protestations sur les bancs des socialistes.*)

**M. Laurent Fabius, rapporteur spécial de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan, pour la sécurité sociale.** Je suis là.

**M. Emmanuel Hamel.** Il est là mais il a changé de place.

**M. Pierre Jagoret.** Les lunettes sont mal remboursées par la sécurité sociale ! (*Sourires sur les mêmes bancs.*)

**M. Jean Farge, secrétaire d'Etat.** Je vous prie de m'excuser. Je suis très heureux, monsieur le rapporteur, que vous soyez présent car je voudrais vous dire à la fois mon admiration et mes regrets.

**M. Laurent Fabius, rapporteur spécial.** Allez-y !

**M. Jean Farge, secrétaire d'Etat.** D'une année sur l'autre, il se confirme — et ce sont mes regrets — que vous affichez pour les comptes la plus étrange et la plus superbe indifférence. (*Sourires sur les bancs de l'union pour la démocratie française.*)

Votre cas nous pose problème... (*sourires sur les bancs des socialistes*)... car je ne peux pas imaginer, s'agissant d'un esprit aussi distingué que le vôtre, qu'il s'agisse d'incompétence. Par ailleurs, j'admire la facilité avec laquelle vous accédez aux dispositifs des comptabilités prospectives qui mobilisent un appareil mathématique dont vous-même avez souligné qu'il comporte autant d'équations que d'inconnues.

J'observe donc que vous vous plaisez dans le montage de scénarios tour à tour catastrophiques ou paradisiaques : il suffit de faire varier les inconnues. (*Rires sur les bancs de l'union pour la démocratie française et du rassemblement pour la République.*)

**M. Laurent Fabius, rapporteur spécial.** J'ai repris les chiffres du Plan !

**M. Jean Farge, secrétaire d'Etat.** C'est la différence qui nous sépare : mes responsabilités m'empêchent de faire du cinéma. (*Exclamations sur les bancs des socialistes.*)

**M. Claude Wilquin.** Il y a en qui préfèrent le cirque au cinéma !

**M. le président.** Laissez parler M. le secrétaire d'Etat.

**M. Jean Farge, secrétaire d'Etat.** Ne vous énervez pas, monsieur le député !

Je m'en tiens aux chiffres dont la vertu est de situer la discussion d'une manière objective et de placer le discours sur le plan des réalités et non sur celui de la chimère et, éventuellement, de la démagogie.

**M. François Autain.** Il n'a pas répondu !

**M. Laurent Fabius, rapporteur spécial.** Je n'ai rien compris !

**M. Jean Farge, secrétaire d'Etat.** M. Barrot et moi-même avons mené, depuis dix-sept mois, une action tenace et obstinée dirigée tous azimuts.

Elle a concerné d'abord l'offre de soins, et en premier lieu ce qu'il est convenu d'appeler « la médecine ambulatoire ou libérale ». Sur ce point, je ferai quelques observations.

La première est que, s'agissant de la médecine libérale, l'action de modération de la dépense a été conduite dans le respect et dans le maintien des régimes conventionnels qui la caractérisent, même si nous avons été conduits sur certains points à en adapter les mécanismes.

S'agissant des médecins libéraux, des observations relatives à la nouvelle convention qui régit leurs relations avec les caisses de sécurité sociale ont été formulées. M'en tenant aux faits, je note que les médecins de France, expressément et individuellement consultés pour la première fois, ont adhéré à cette convention dans leur quasi-totalité.

**M. François Autain.** Ils n'ont pas répondu !

**M. Laurent Fabius, rapporteur spécial.** Ce n'est pas la même chose.

**M. Joseph Comiti.** S'ils ne répondaient pas, c'est qu'ils adhèrent à la convention. Soyons sérieux !

**M. Gilbert Millet.** Me permettez-vous de vous interrompre, monsieur le secrétaire d'Etat ?

**M. Jean Farge, secrétaire d'Etat.** Bien volontiers.

**M. le président.** La parole est à M. Millet avec l'autorisation de M. le secrétaire d'Etat.

**M. Gilbert Millet.** En réalité, monsieur le secrétaire d'Etat, vous oubliez de dire qu'en l'absence de réponse ils ont été inscrits d'office à la convention. Dans leur grande majorité, sinon dans leur totalité, ils lui ont exprimé leur hostilité.

**M. Jean Delaneu.** Ils n'avaient alors qu'à répondre !

**M. le président.** Monsieur le secrétaire d'Etat, veuillez poursuivre.

**M. Jean Farge, secrétaire d'Etat.** Monsieur Millet, je laisse à cette Assemblée le soin de juger la qualité de votre observation. Les médecins libéraux savaient parfaitement que l'absence de réponse valait adhésion.

**M. Joseph Comiti.** En effet, les médecins ne sont tout de même pas des ânes !

**M. Jean Farge, secrétaire d'Etat.** En outre plus de 92 p. 100 d'entre eux ont choisi de continuer d'exercer soit sous le régime des tarifs conventionnels, soit sous le régime du droit permanent à dépassement — lequel n'a d'ailleurs été maintenu qu'au bénéfice des titulaires de droits acquis. Je remarque d'ailleurs que les assurés sociaux — c'est un fait que vous n'avez pas noté, monsieur Fabius — ont désormais droit aux mêmes conditions de remboursement quelle que soit l'option tarifaire des médecins auxquels ils s'adressent.

Enfin la mise en place du dispositif d'application de cette convention est en cours dans chaque département avec le concours de tous les médecins, quelle que soit leur organisation syndicale.

Nous sommes très loin de ces slogans simplificateurs et mensongers dont d'aucuns s'étaient fait les propagateurs intéressés.

**M. Laurent Fabius, rapporteur spécial.** Vous n'avez pas parlé du ticket modérateur.

**M. Jean Farge, secrétaire d'Etat.** Je rends hommage à la sagesse des médecins et, à la suite de M. Barrot, je leur assure que toutes les mesures ont été, sont et seront prises non seulement pour assainir l'évolution démographique du corps médical, une situation qui, en définitive, les menace bien davantage que les perspectives économiques, mais encore pour défendre tous les principes, je dis bien tous, de l'exercice libéral de la médecine, car dans le domaine médical comme en tout autre domaine, la liberté ne saurait se fractionner ou se détailler.

**M. Joseph Comiti.** Très bien !

**M. Jean Farge, secrétaire d'Etat.** Je fais confiance aux médecins de France, à leur science et à leur conscience, pour ce qui est de leur participation au bon usage des soins, d'ailleurs exclusivement remis entre leurs mains.

**M. Claude Wilquin.** Vous avez vraiment peur qu'ils votent mal !

**M. Jean Farge, secrétaire d'Etat.** J'adresse le même appel à l'ensemble des professions para-médicales qui fournissent leur indispensable coopération à la médecine ambulatoire. Dans les revalorisations tarifaires dont leurs actes ont fait l'objet en 1980, je les invite à reconnaître la manifestation de la volonté du Gouvernement de préserver la spécificité de leur fonction.

En quinze mois, le rythme d'augmentation des dépenses de l'assurance maladie a été ralenti de manière significative. (*Exclamations sur les bancs des communistes.*)

**M. Alain Léger.** Voilà la sagesse ! (*Sourires sur les bancs des communistes.*)

**M. Jean Farge, secrétaire d'Etat.** Ce n'est pas encore le cas des dépenses d'hospitalisation, notamment dans le secteur public.

J'aborde ainsi un problème dont plusieurs députés ont montré les divers aspects en soulignant de multiples difficultés. Or, en vérité, la solution constitue la clé, non seulement du redressement de l'assurance maladie, mais encore d'une organisation rationnelle et efficace de notre système de distribution des soins.

Certes, il ne s'agit pas d'ignorer les progrès considérables, accomplis grâce au système hospitalier, tant dans le domaine de la recherche fondamentale que dans celui des techniques de diagnostic et de thérapeutique ; mais il faut reconnaître également l'immense effort réalisé au cours de la dernière décennie, au profit, notamment, de l'hospitalisation publique, forte aujourd'hui de quelque 600 000 lits, d'autant de personnels et de dotations annuelles de plus de 80 milliards de francs.

Mais les progrès mêmes de la science médicale conduisent à s'interroger sur le rôle et les formes de l'hospitalisation au cours des prochaines années. En outre, les systèmes actuels de financement, d'organisation ainsi que les méthodes de l'hôpital public, dépassés par l'événement, contrarient les efforts de maîtrise budgétaire. Une modification fondamentale de ces systèmes est indispensable afin que, de ce point de vue, l'hôpital public cesse d'être un objet de curiosité, une rareté, ou un archaïsme, même dans la catégorie des organismes publics !

Je ne reviendrai pas sur les enchaînements pervers qui caractérisent actuellement le système financier de l'hôpital public et, d'ailleurs, de la sécurité sociale.

**M. Jean Fontaine.** Oh oui !

**M. Jean Farge, secrétaire d'Etat.** Les recettes de l'hôpital, vous le savez, constituent non seulement des dépenses pour la sécurité sociale, mais aussi un facteur d'entraînement de ses propres dépenses. Sans aucun examen préalable, tout déficit annuel d'exploitation d'un hôpital se trouve automatiquement intégré dans le budget de l'exercice suivant !

**M. Jean Fontaine.** En effet !

**M. Robert Héraud.** Très juste !

**M. Jean Farge, secrétaire d'Etat.** Autrement dit, ce déficit est pris en charge par la sécurité sociale.

C'est en vue de rompre ces enchaînements que nous avons mis en œuvre une politique budgétaire qui a commencé de produire des résultats, même si ceux-ci sont provisoirement masqués par des phénomènes d'accélération de la facturation, d'ailleurs sains, au niveau des hôpitaux. De ce fait, pour la sécurité sociale, les dépenses de l'hôpital public augmentent encore à un rythme de 22,4 p. 100, même si elles ont été réduites pour l'exercice 1980.

Quoi qu'il en soit, cette action budgétaire nécessaire sera poursuivie avec tout le discernement requis, bien entendu. Elle demeure insuffisante, certes, mais elle sera complétée en suivant les orientations déjà indiquées par M. Jacques Barrot.

Pour mener à bien cet effort de longue haleine, nous avons choisi de coopérer avec l'ensemble des professions hospitalières — y compris les administrateurs s'ils le veulent — c'est-à-dire avec tous les gestionnaires et les médecins. En définitive, ce service public qu'est l'hôpital public, doit se soumettre à l'ardente et permanente obligation qui s'impose à tout service public ; il doit s'adapter à un environnement changeant.

**M. Francis Geng.** Très bien !

**M. Jean Farge, secrétaire d'Etat.** L'expérience prouve que ces adaptations peuvent se concilier, non seulement avec la préservation, mais encore avec l'amélioration de la qualité des prestations !

**M. Pierre Jagoret.** Ah !

**M. Jean Farge, secrétaire d'Etat.** Je passerai beaucoup plus vite sur les actions qu'un grand nombre d'entre vous ont saluées et encouragées, qu'il s'agisse de la demande de soins ou de la gestion des organismes de sécurité sociale.

M. Jacques Barrot a bien voulu me demander de m'occuper personnellement de la tutelle administrative et budgétaire des organismes de sécurité sociale : permettez-moi d'abord de rendre hommage aux présidents des établissements nationaux du régime général de la sécurité sociale, aux caisses régionales, aux caisses primaires et à l'ensemble des personnels de la sécurité sociale qui ont accepté des contraintes, tout à fait nouvelles pour eux, en vue de la limitation des coûts de gestion de la sécurité sociale.

Pour terminer, je donnerai le sens des résultats obtenus, en situant ceux-ci dans les perspectives d'évolution de notre système de protection sociale.

Selon les derniers résultats connus au 30 septembre 1980, la trésorerie du régime général de sécurité sociale était reconstituée. Depuis le début du deuxième trimestre de cette année, elle est constamment positive et même rémunératrice. A cette même date, nous avions obtenu une décélération de près de cinq points du rythme de la progression des dépenses de santé.

Ainsi nous pouvons désormais prévoir, avec de bonnes chances de vraisemblance, les comptes de 1980. Pour la branche maladie, après avoir enregistré un déficit de 5 milliards 500 millions de francs en 1978 et après avoir rétabli l'équilibre obtenu en 1979, à 300 millions de francs près, nous aurons en 1980 un excédent de plus de sept milliards. En d'autres termes, pour les trois exercices 1978, 1979 et 1980, nous sommes passés d'un déficit acquis ou prévisionnel de 23 milliards de francs à un excédent de 1 milliard 400 millions de francs, ce qui correspond, monsieur Fabius, à un redressement de 24 milliards sur trois exercices ! Dans ce redressement entrent, pour 12 milliards,

le produit de la contribution exceptionnelle demandée aux assurés sociaux, pour 2 milliards, la contribution exceptionnelle de l'Etat, mais pour 10 milliards notre effort de décélération des dépenses de santé à la charge de la sécurité sociale.

Certes nous n'avons pas encore gagné la guerre...

**M. Alain Léger.** Contre qui ?

**M. Jean Farge, secrétaire d'Etat.** ...mais, quoi que vous en pensiez, nous avons gagné la première bataille...

**M. Alain Léger.** Et la deuxième quelle sera-t-elle ?

**M. Jean Farge, secrétaire d'Etat.** ... et mieux valait la gagner que la perdre ! (Rires et exclamations sur les bancs des socialistes. — Applaudissements sur les bancs de l'union pour la démocratie française et du rassemblement pour la République.)

En effet, nous avons montré qu'il était possible de modérer la croissance des dépenses sans porter atteinte au niveau de la protection sociale. (Exclamations sur les bancs des socialistes.)

**M. Laurent Fabius, rapporteur spécial.** Ah non ! C'est faux !

**M. Jean Farge, secrétaire d'Etat.** Lisez les comptes !

**M. Laurent Fabius, rapporteur spécial.** Je les ai lus !

**M. Jean Farge, secrétaire d'Etat.** Entre le mois de juillet 1979, monsieur Fabius, et le mois de septembre 1980, le pourcentage des dépenses — sans ticket modérateur — payées par la sécurité sociale, c'est-à-dire remboursées à 100 p. 100, a augmenté de deux points atteignant presque 72 p. 100 du total des dépenses !

**M. Gilbert Millet.** Et c'est pour cela que vous vous y attaquez !

**M. Jean Farge, secrétaire d'Etat.** Nous avons montré également qu'il était possible de parvenir à cette décélération sans porter atteinte à l'égalité d'accès des Français aux différents secteurs de distribution des soins et à la qualité de la médecine française.

**M. Gilbert Millet.** Et la diminution des budgets sociaux alors !

**M. Jean Farge, secrétaire d'Etat.** Il y a quelque paradoxe à qualifier ce redressement — dont j'observe qu'il gêne certains — à la fois de « providentiel » et d'« électoraliste », car nous avons en même temps annoncé les perspectives pour 1981.

**M. Laurent Fabius, rapporteur spécial.** Le déficit !

**M. Jean Farge, secrétaire d'Etat.** Nous n'avons pas craint d'affirmer que l'action de modération devait être poursuivie, car le déficit se profilait en perspective, mais un déficit modéré dont je suis profondément convaincu que la résorption est désormais à notre portée.

Je ne reviendrai pas sur les chiffres globaux, excellemment cités par M. Hamel, sur l'importance de notre système de sécurité sociale, sur l'enjeu économique et financier qu'il représente : il s'agit, en effet, de 515 milliards, soit plus de 21 p. 100 du produit intérieur brut, cinq fois le montant de nos importations en énergie, l'équivalent des crédits prévus dans la loi de finances initiale pour 1980, ou des investissements productifs réalisés en France au cours de cette même année 1980.

**M. Alain Léger.** Il n'y en a plus !

**M. Jean Farge, secrétaire d'Etat.** Les chiffres que vous avez cités, monsieur Hamel, montrent le caractère irréversible du phénomène des transferts sociaux, mais aussi ses limites.

Enfin, si je suis pour ma part profondément déterminé à concourir, sous la conduite du Premier ministre, et avec l'adhésion du plus grand nombre de mes concitoyens, à la sauvegarde de notre système de protection sociale et du système sanitaire, nul n'ignore ici que je ne nourris aucune ambition personnelle...

**M. Jean Fontaine.** Vous irez loin !

**M. Pierre Jagoret.** Fontaine, je ne boirai pas de ton eau ! (Sourires.)

**M. Claude Wilquin.** Il faut se garder de telles affirmations.

**M. Jean Farge, secrétaire d'Etat.** ...et donc aucun amour-propre d'auteur. (Exclamations sur les bancs des socialistes.)

**M. Jean Farge, secrétaire d'Etat.** Aussi ai-je écouté et pris connaissance avec la plus extrême attention, des propositions prétendument « alternatives ».

M. Léger, sous le couvert d'une leçon d'économie politique, nous a administré en fait un cours d'agitation politique !

**M. Joseph Comiti.** En effet.

**M. Jean Farge, secrétaire d'Etat.** Il s'agit, monsieur Léger, rien moins que de déstabiliser la société française, de façon à vous permettre de capter le pouvoir et d'asservir les citoyens. (Exclamations et rires sur les bancs des socialistes et des communistes.)

Par conséquent, je ne m'intéresse pas à vos propositions.

En revanche, j'ai été plus surpris de voir le parti socialiste reprendre les mêmes thèses, je veux dire les mêmes théories économiques. Me tournant vers ses représentants, je dois leur faire observer que les propositions avancées me semblent fondées sur une contradiction manifeste, et sur une illusion. Il y a contradiction, en effet, monsieur Fabius,...

**M. Laurent Fabius, rapporteur spécial.** Et les autres ?

**M. Jean Fontaine.** A tout seigneur, tout honneur !

**M. Jean Farge, secrétaire d'Etat.** ... quand vous affirmez dans un premier temps que le chômage est la cause du déséquilibre de la sécurité sociale.

Vous introduisez une relation de cause à effet, entre le chômage,...

**M. Alain Léger.** Absolument.

**M. Jean Farge, secrétaire d'Etat.** ... c'est-à-dire le ralentissement de la croissance, donc entre le taux de celle-ci et le rythme de progression des dépenses de protection sociale.

Sur ce point, monsieur Fabius, je suis tout à fait d'accord avec vous.

Mais alors, comment pouvez-vous, dans un second temps, nous expliquer que par une augmentation de la protection sociale, c'est-à-dire des transferts sociaux, vous allez procéder à la relance, transformant d'un coup la cause en effet et l'effet en cause ?

**M. Laurent Fabius, rapporteur spécial.** Ce n'est pas vrai !

**M. Jean Farge, secrétaire d'Etat.** En vérité, votre raisonnement repose sur une illusion.

**M. Jean Bonhomme.** Bien sûr !

**M. Jean Farge, secrétaire d'Etat.** Vous croyez que les transferts sociaux sont en eux-mêmes créateurs de richesse productive.

Les transferts sociaux, il faut bien les financer, n'est-ce pas ? Or les Français savent bien qu'on ne peut le faire que par un prélèvement sur les revenus des entreprises ou des ménages. Ce n'est certainement pas la meilleure manière de relancer l'économie !

**M. Jean Bonhomme.** Evidemment !

**M. Jean Farge, secrétaire d'Etat.** Je crains donc que la « relance sélective » que vous préconisez n'aggrave les processus économiques que nous connaissons.

**M. Emmanuel Hamel.** Ce n'est pas une crainte mais une certitude.

**M. Jean Farge, secrétaire d'Etat.** D'ailleurs, votre parti a déposé une proposition de loi à ce sujet, mais je n'en parlerai pas puisque vous l'avez retirée aussitôt, me privant ainsi du plaisir de l'analyser avec vous.

J'en conclus que vos théories et vos propositions ne sont pas encore tout à fait au point !

**M. Antoine Gissingier.** Cela viendra. (Sourires.)

**M. Jean Farge, secrétaire d'Etat.** Prenez votre temps, monsieur Fabius, vous n'avez pas encore démontré votre capacité à gouverner...

**M. Laurent Fabius, rapporteur spécial.** Vous l'avez démontrée, vous ! (Rires sur les bancs des socialistes.)

**M. Jean Farge, secrétaire d'Etat.** ... mais de ce point de vue, à vue humaine, vous n'êtes menacé par aucun risque ! (Applaudissements sur les bancs de l'union pour la démocratie française et du rassemblement pour la République.)

Me tournant maintenant vers la majorité de cette Assemblée (Exclamations et rires sur les bancs des socialistes), je lui dirai que la politique que nous conduisons est juste et nécessaire. (Mêmes mouvements.)

**M. Jacques Mellick.** Ce n'est pas ce que disent certains.

**M. Claude Wilquin.** Embrassons-ous ! (Rires.)

**M. Jean Fontaine.** Folleville ! (Rires.)

**M. Jean Farge, secrétaire d'Etat.** La sécurité sociale est désormais affirmée dans ses interventions, généralisée à l'ensemble des Françaises et des Français. Elle est entrée dans la voie de l'assainissement. Cette politique est financièrement indispensable, et elle est d'ailleurs positive du point de vue sanitaire.

Pour conclure, je m'adresserai à M. Léger. (Exclamations sur les bancs de l'union pour la démocratie française et du rassemblement pour la République.)

En vous écoutant, monsieur Léger, et en lisant votre rapport, j'ai cru que nous étions d'accord. (Rires sur les mêmes bancs.)

Vous avez affirmé que le redressement de la sécurité sociale n'était pas une bataille d'experts mais une bataille populaire.

**M. Alain Léger.** Absolument.

**M. Jean Farge, secrétaire d'Etat.** Oui, monsieur Léger, j'ai cru que nous étions d'accord, mais je me suis souvenu à temps que, dans votre bouche, les mots n'avaient pas le sens que leur reconnaissent les dictionnaires de la langue française : leur sens est infléchi par une idéologie de provenance étrangère (Exclamations sur les bancs des communistes) et, pour parler comme vous, multinationale ! (Vives protestations sur les bancs des communistes.)

**M. le président.** Laissez parler M. le secrétaire d'Etat, je vous en prie.

**M. Guy Hermier.** Demandez un peu de décence à M. le secrétaire d'Etat. Nous sommes à l'Assemblée nationale !

**M. Jean Farge, secrétaire d'Etat.** Je me retourne vers la majorité pour lui dire qu'effectivement nous avons considéré le redressement de la sécurité sociale comme une lutte populaire, c'est-à-dire comme une lutte nationale. Nous avons ouvert à cette lutte les voies de l'espérance. (Rires sur les bancs des socialistes et des communistes.)

Avec votre concours à toutes et à tous, sous la conduite du Président de la République (Exclamations sur les mêmes bancs), nous conduirons cette lutte jusqu'au succès dans l'intérêt des Françaises et des Français, dans l'intérêt de la France. (Applaudissements sur les bancs de l'union pour la démocratie française et du rassemblement pour la République.)

**M. Laurent Fabius, rapporteur spécial.** On attend encore les réponses aux questions posées !

**M. le président.** La parole est à M. Rémy Montagne, secrétaire d'Etat auprès du ministre de la santé et de la sécurité sociale.

**M. Rémy Montagne, secrétaire d'Etat.** Au sein du budget du ministère de la santé que vient de présenter M. Barrot, les crédits consacrés à l'action sociale représentent 18,5 milliards de francs, soit environ 60 p. 100 de l'ensemble des dépenses.

Cette masse budgétaire est en croissance de 11,9 p. 100 par rapport à l'an dernier. Quelles en sont les principales caractéristiques ?

Il faut rappeler que ces crédits sont de deux sortes. Les uns sont relatifs à des dépenses d'aide sociale, dont l'engagement relève de décisions prises par les collectivités locales, les autres reflètent une politique volontariste de l'Etat dans les différents domaines de l'action sociale.

En ce qui concerne le premier groupe de crédits — ceux qui assurent la participation de l'Etat au financement des dépenses de l'aide sociale — nous vérifions une fois encore qu'il représente la masse essentielle, soit environ 95 p. 100 de ce budget. Toutefois, son taux de croissance — 11,92 p. 100 — marquera un ralentissement sensible par rapport à cette année, où il est de 16,8 p. 100.

Le rapport que M. Pons a présenté ce matin en fait une excellente analyse.

Je soulignerai, pour ma part, que l'évolution de ces dépenses rend compte de la politique suivie. En effet, pour les deux tiers de leur montant environ, elles sont liées au fonctionnement des établissements et l'action engagée pour développer les solutions relatives à l'hébergement commence à porter ses fruits — en particulier dans le domaine de l'aide à l'enfance et dans celui des personnes âgées, où il s'agit de répondre à une aspiration générale des catégories concernées.

Le ralentissement constaté résulte également :

D'un meilleur contrôle des créations d'établissements sociaux par la mise en œuvre des procédures de la loi du 30 juin 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales ;

D'une meilleure information des responsables départementaux, par la diffusion, comme on l'a rappelé il y a un instant, d'indicateurs de gestion établis par l'administration centrale ;

D'un meilleur suivi des prix de journée des établissements : leur taux moyen de progression a été ramené de 21 p. 100 en 1976 à environ 15 p. 100 ces dernières années.

Enfin, j'observe qu'une réduction de dix points environ du taux de croissance général des dépenses d'aide sociale a pu être

obtenue depuis 1974. Elle est soulignée dans le rapport de la commission, et à juste titre, car elle constitue un encouragement à poursuivre la politique engagée.

En effet, cette politique qui vise à concilier les préoccupations financières et les motivations sociales ne produira son plein effet — nous devons en être convaincus — qu'au cours des prochaines années.

En ce qui concerne les crédits du deuxième groupe, affectés aux politiques d'action sociale, je crois devoir fournir les remarques suivantes :

En premier lieu, la formation des travailleurs sociaux représentera une dépense de 327 millions de francs. Son montant croîtra donc plus rapidement que l'ensemble du budget. Cette augmentation s'explique par notre volonté de permettre non seulement l'actualisation des rémunérations, mais également l'amélioration des conditions de formation.

En second lieu, l'action sociale proprement dite représentera plus de 260 millions de francs. Ces fonds seront consacrés principalement aux interventions de l'Etat en faveur des personnes âgées, des familles des handicapés et des réfugiés du Sud-Est asiatique.

Enfin, il convient de noter que les équipements sociaux représenteront un peu plus de 200 millions de francs. Ce montant marquera donc une certaine compression des crédits d'investissement. Il sera la conséquence, d'une part, de la pause dans les créations prévues pour certains secteurs, pause qu'autorise la suffisance des capacités d'accueil pour enfants handicapés et, d'autre part, du succès de la politique de maintien à domicile des personnes âgées.

Cela conduira à privilégier les conversions et les adaptations d'établissements par rapport aux créations nouvelles.

J'ajoute que la politique engagée par M. Barrot cette année permettra d'utiliser une partie des crédits destinés jusqu'à présent à la transformation des hospices à une action en faveur d'établissements à caractère social.

Ces crédits figurent donc dans le projet de budget du ministère de la santé au titre des équipements sanitaires.

La seconde partie de mes explications sera consacrée à marquer les principales priorités pour 1981.

La première priorité consistera à poursuivre l'effort réalisé en faveur des personnes âgées.

Chacun sait — et M. Barbier l'a souligné ce matin dans la présentation de son rapport — qu'un effort remarquable a été développé au cours des dernières années dans le cadre de la politique de maintien à domicile.

Les objectifs du programme prioritaire du VII<sup>e</sup> Plan ont été atteints et même dépassés. Ainsi, 1 000 secteurs de services auront-ils été créés au lieu des 480 prévus. Ainsi, près de 15 000 clubs de personnes âgées sont-ils aujourd'hui recensés, qui comptent deux millions d'adhérents.

Par ailleurs, le nombre des bénéficiaires de l'aide ménagère est passé de 145 000 en 1974 à environ 330 000 en 1980, et les crédits versés par l'aide sociale et les différentes caisses de retraite sont passés de 300 millions de francs à 1 300 millions de francs au cours de la même période.

Or, en dépit de l'achèvement de ce programme et du caractère dégressif des financements, les crédits prévus se maintiendront au même niveau qu'en 1980.

Le Gouvernement marque ainsi sa volonté de soutenir un développement rapide des services à domicile. En 1981, un effort particulier sera consacré à assurer la croissance de l'aide ménagère, à développer les soins à domicile et à installer une meilleure coordination des services.

La deuxième priorité concerne les personnes handicapées. La politique conduite pour mettre en œuvre la loi du 30 juin 1975 a permis d'améliorer notablement la situation des personnes handicapées : 75 000 familles bénéficient de l'allocation d'éducation spéciale, 300 000 adultes reçoivent l'allocation qui leur est destinée.

Je rappelle aussi l'effort entrepris pour l'adaptation du cadre de vie et le développement de l'autonomie individuelle.

A en croire certains orateurs de ce matin, tout cela n'est rien, car il s'agirait, à les entendre, d'avantages théoriques quasi fictifs.

Dois-je rappeler que le montant de l'allocation d'adulte handicapé s'élève à 1 300 francs par mois et qu'elle progresse plus rapidement que les prix et que le S.M.I.C. ?

Dois-je ajouter qu'elle est cumulable avec l'allocation compensatrice pour tierce personne, dont le montant annuel est de 26 000 francs ? Cette année, de plus, et par deux fois un complément de 150 francs a été versé à chaque ayant droit.

Dois-je répéter que 25 000 places en établissement de travail protégé ont été créées ces dernières années, portant le chiffre total à 50 000 et que les établissements d'éducation spécialisée pour mineurs, dans lesquels les séjours sont pris en charge à 100 p. 100, comportent aujourd'hui 120 000 places ?

Enfin, faut-il rappeler que, cette année, l'effort global de la nation en faveur des personnes handicapées s'est élevé à 23 milliards de centimes, soit exactement 2,8 fois l'effort effectué il y a cinq ans ?

Si, comme un orateur qui se voulait percutant l'a fait ce matin, on veut comparer l'effort de protection sociale actuel avec celui de 1947, la comparaison est, pour nous, particulièrement réconfortante — en valeur absolue, bien sûr, et c'est facile, mais aussi en valeur relative : la part de la protection sociale prélevée sur le produit intérieur brut est passé de 12 p. 100 en 1947 à 26,5 p. 100 en 1980.

**M. Emmanuel Hamel.** Un doublement !

**M. Rémy Montagne, secrétaire d'Etat.** L'année 1981 proclamée par l'O.N.U. « année internationale des personnes handicapées » sera l'occasion d'une accentuation significative des actions visant à favoriser l'insertion sociale des deux millions de handicapés que compte notre pays.

M. Barbier a souligné les espoirs que cette initiative a fait naître chez les intéressés. En effet, dans cette perspective, une nouvelle action d'information et de sensibilisation de l'opinion publique va être entreprise et, contrairement à ce que semble penser M. Autain, tous ceux qui connaissent parfaitement ce problème savent la très grande vigueur de cet effort.

Le projet de budget prévoit à cet effet un crédit supplémentaire de neuf millions de francs. Il est particulièrement destiné à aider les grandes associations qui agissent dans ce sens. Il vise aussi à engager certaines actions spécifiques notamment en faveur des déficients sensoriels.

Par ailleurs, un effort particulier va être consacré à la réalisation des maisons d'accueil spécialisées, réservées aux handicapés adultes les plus dépendants. Une trentaine d'établissements de ce type ont été réalisés, mais il convient dès 1981 d'accélérer les créations.

M. Barbier, ce matin, au nom de la commission, s'interrogeait sur les modalités de l'analyse des besoins au niveau régional. Il est vrai que la circulaire de hase du 28 décembre 1978, ne le précisait pas explicitement. Mais celle du 6 octobre 1980 rappelle très nettement — et opportunément — que cette analyse doit être effectuée par les directions régionales des affaires sanitaires et sociales en liaison très étroite avec les D.D.A.S.S. en utilisant l'ensemble des sources d'information disponibles, notamment celles provenant des Cotorep et des associations, ainsi que les demandes éventuelles des établissements pour enfants inadaptés.

J'en viens à la troisième priorité, qui s'attache à la formation des travailleurs sociaux.

Neuf millions de francs supplémentaires sont inscrits pour la mise en œuvre des mesures concernant l'adaptation de la formation des assistants de service social. Ces crédits permettront, en particulier, le financement des stages pratiques sur lequel, vous le savez, cette réforme a mis l'accent.

La dernière priorité concerne le soutien donné à la vie associative et à l'innovation sociale pour laquelle une mesure nouvelle de sept millions de francs a été prévue.

En effet un effort apparaît nécessaire dans une double direction : d'abord pour permettre à tous ceux qui le souhaitent de participer aux tâches urgentes qui exigent, à la fois, chaleur humaine, spontanéité, générosité, responsabilité, ensuite pour expérimenter de nouvelles réponses aux besoins, en évitant les solutions inutilement lourdes ou mal adaptées.

Je ne voudrais pas clore la présentation de ces quelques remarques sans formuler un commentaire qui fera en quelque sorte écho aux préoccupations qu'a exprimées ce matin à cette tribune M. Pons, rapporteur spécial.

Selon lui, notre politique de l'action sociale pratique trop systématiquement la reconduction des subventions d'une année sur l'autre. Il y a là, en effet, un problème auquel le Gouvernement doit rester attentif. Mais je crois devoir relativiser la portée de cette remarque.

En premier lieu les subventions ne représentent environ que 3 p. 100 des dépenses d'action sociale.

En deuxième lieu, 70 p. 100 du total de ces subventions correspondent au financement d'actions d'intérêt général essentielles effectuées dans le cadre et par l'intermédiaire d'associations privées. Tel est notamment le cas des écoles de travailleurs sociaux, des centres régionaux de l'enfance inadaptée, des centres sociaux, des foyers de jeunes travailleurs.

En troisième lieu, 15 p. 100 de ces crédits sont déconcentrés, par exemple ceux concernant le programme d'action prioritaire n° 15 relatif au maintien à domicile des personnes âgées.

En résumé le problème — réel — qui a été posé par M. Pons porte sur 15 p. 100 des subventions, c'est-à-dire sur 0,4 p. 100 du budget de l'action sociale. Il s'agit, en réalité, des sommes versées aux grandes associations de handicapés ou de personnes âgées au titre des actions de soutien de la vie associative prévues par le programme d'action prioritaire n° 16, ou versées au titre de l'innovation sociale.

J'ajoute que le contrôle de l'utilisation de ces sommes est rigoureux et qu'il est pris grand soin chaque année de ne pas les renouveler mécaniquement sans s'interroger sur leur bien-fondé.

Dans son rapport public de l'an dernier, la Cour des comptes a d'ailleurs reconnu les progrès accomplis dans ce domaine.

Telles sont les grandes lignes du budget de l'action sociale qui vous est présenté pour 1981.

Je crois sincèrement que ce budget, tout en assurant la rigueur de gestion qu'imposent les difficultés économiques, permet de poursuivre avec vigueur la politique visant à améliorer les conditions de vie des personnes âgées ou handicapées et à favoriser chez tous ceux à qui s'adresse l'action sociale une meilleure maîtrise du cheminement quotidien de leur existence. (*Applaudissements sur les bancs de l'union pour la démocratie française et du rassemblement pour la République.*)

**M. Alain Léger.** Monsieur le président, je demande la parole pour un fait personnel.

**M. le président.** Monsieur Léger, je vous rappelle que pour un fait personnel vous ne pourrez l'obtenir qu'en fin de séance.

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

**M. le ministre de la santé et de la sécurité sociale.** Comme je l'avais indiqué, je vais répondre maintenant aux députés qui m'ont posé des questions précises. Je me dois de le faire par respect pour le Parlement.

M. Morellon et à M. Voilquin m'ont interrogé sur le thermalisme.

Avec une centaine de stations, dix-huit mille emplois permanents, le thermalisme doit connaître en France le même renouveau que dans les autres pays européens. A cet effet, le Président de la République a confié au docteur Hébrard une mission, à laquelle participe d'ailleurs M. Voilquin, qui doit remettre ses conclusions d'ici à la fin de l'année. Cette étude porte sur tous les aspects du thermalisme, y compris sur l'enseignement hydrologique.

Je rappelle à M. Morellon qu'en application du plan « Massif Central », 31 millions de francs ont été consacrés au thermalisme, un effort parallèle sera fait dans le plan « Sud-Ouest ».

**M. Delaneau,** a soulevé le problème des étudiants en cours de spécialité. Il est vrai que pour certains C.E.S., 70 p. 100 des candidats ont été refusés. La nouvelle loi sur la réforme des études médicales évitera de telles situations, mais nous sommes actuellement dans une période transitoire.

Pour ceux qui s'engagent maintenant dans la voie d'une spécialité, nous avons créé, en accord avec Mme le ministre des universités, un examen probatoire. Pour les autres, la décision est évidemment du ressort des jurys auxquels nous n'avons aucun droit de donner des instructions — ce serait contraire à toutes les lois et à toutes les règles — mais vous avez raison d'appeler leur attention sur leurs responsabilités en la matière, et nous le ferons aussi, car ces étudiants sont vraiment dans une situation extrêmement pénible.

En ce qui concerne les anesthésiologistes, notre souci est qu'ils puissent acquérir une formation en matière de réanimation au cours de leur internat. Nous avons créé à cette fin un diplôme complémentaire de réanimateur auquel pourront prétendre aussi bien les anesthésiologistes que les internes préparant le diplôme de médecine interne.

**M. Audinot** a appelé mon attention sur le régime des travailleurs non salariés non agricoles. Je lui rappelle que l'harmonisation est pratiquement complète pour le grand risque, et que l'assurance vieillesse du conjoint collaborateur est presque en place. Par ailleurs, la charte de l'artisanat prévoit, grâce à un système d'assurance volontaire, financé par des cotisations, une indemnisation des interruptions d'activité de longue durée.

Nous sommes sensibles aux préoccupations des artisans et des commerçants, mais ils doivent se rendre compte qu'il est difficile de concilier leur souci de ne pas voir augmenter les cotisations avec leur désir d'une amélioration des remboursements. Certains progrès ont cependant été accomplis, dont le dernier

en date fut une première mesure en vue d'harmoniser les cotisations d'assurance maladie demandées aux retraités de ce régime avec celles du régime général.

Sur le problème des chômeurs indemnisés, je rappelle à MM. Boulay et Fabius que nous avons pris des dispositions en faveur des chômeurs en fin d'indemnisation. S'ils sont chefs de famille, la caisse nationale d'allocations familiales prend en charge les cotisations au titre de l'assurance personnelle. De même nous avons supprimé l'obligation alimentaire pour ceux des chômeurs non indemnisés qui ont besoin de l'assurance maladie pour bénéficier de l'aide sociale. Je suis personnellement attentif à ce que toutes ces dispositions qui ont été prises soient effectivement appliquées aux personnes dont la situation présente un intérêt social évident.

En matière de prévention des accidents du travail, monsieur Hage, des efforts importants ont été faits. C'est ainsi qu'un décret récent interdit, et c'est sans précédent, le travail au rendement dans le secteur des explosifs. Nous avons mené une campagne nationale d'information en 1979 qui s'est poursuivie en 1980. La loi de 1976 a élargi le rôle des comités d'hygiène et de sécurité. La loi de 1978 a étendu à tous les travailleurs mensualisés le bénéfice de l'indemnisation à 100 p. 100. Je suis attentif à la prévention des accidents du travail. Elle sera l'objet des priorités à venir.

Je rappellerai à M. Fontaine, dont la question mériterait un long débat, les mesures qui ont été prises en faveur des départements d'outre-mer : couverture maladie des travailleurs non salariés, notamment sur la métropole en matière d'assurance vieillesse. Je reviendrai tout à l'heure sur les conditions d'ouverture du droit aux prestations familiales qui pose effectivement un problème délicat que nous essayons de résoudre par étapes.

Quant à l'humanisation des hôpitaux, je suis prêt, monsieur Fontaine, à vous accorder une entrevue à ce sujet.

M. Chantelat m'a interrogé sur la transformation des lits d'hospice. Théoriquement, la médicalisation des lits en maison de retraite est limitée à 25 p. 100, mais j'ai accordé des dérogations lorsque le nombre de personnes âgées dépendantes justifiait un dépassement de ce seuil. Je reconnais que dans certains cas, on pourrait pratiquer l'admission directe des personnes âgées dépendantes. Je reste convaincu en effet que pour les personnes âgées qui risquent de perdre leur autonomie, le maternage est nettement plus approprié qu'une hypermédicalisation. Mais je sais que vous partagez ce point de vue. Vous avez parlé aussi des médicaments génériques. Ce sujet mériterait un développement trop long.

S'agissant des travailleuses familiales, monsieur Schneider, je vous rappelle, de 1977 à 1980, les crédits qui leur sont consacrés ont doublé, ce qui nous a permis de financer 1 000 travailleuses familiales supplémentaires. Je partage entièrement votre opinion : l'intervention des travailleuses familiales est, au point de vue de la prévention, très efficace. C'est pourquoi, à l'occasion de la réforme de l'aide sociale à l'enfance, j'essaie de redéployer les crédits en leur faveur. Mais je pense que nous devons préciser le rôle respectif des travailleuses familiales et des aides ménagères. Je mène une concertation sur ce point avec les financeurs, les associations de travailleuses familiales et d'aides ménagères.

Telles sont les précisions que je voulais apporter, me réservant de répondre par écrit aux questions que j'aurais laissées sans réponse, en raison de la richesse du débat.

**M. le président.** Nous en arrivons maintenant aux questions.

Je rappelle que les groupes interviennent à tour de rôle par période de quinze minutes, questions et réponses comprises, jusqu'à épuisement de leurs questions.

Pour le groupe du rassemblement pour la République, la parole est à M. Michel Barnier.

**M. Michel Barnier.** Monsieur le ministre, je souhaite appeler votre attention, comme je l'ai fait le 6 novembre dernier, lors de l'examen du budget du ministère de l'agriculture, sur les problèmes liés à l'application de l'article 11 de la loi du 28 décembre 1979 portant diverses mesures de financement de la sécurité sociale.

Cet article dispose que les personnes exerçant simultanément plusieurs activités dont l'une relève de l'assurance obligatoire des professions artisanales, industrielles, commerciales ou libérales sont affiliées et cotisent simultanément aux régimes dont relèvent ces activités, le droit aux prestations ne leur étant cependant ouvert que dans le régime dont relève leur activité principale.

Cet article est à l'origine de situations incompréhensibles et injustes dans beaucoup de cas et d'une manière très particulière

dans les zones de montagne : 6 000 agriculteurs pluri-actifs seraient touchés par cette disposition dans le seul département de la Savoie.

Je crois savoir qu'un examen de cette affaire est en cours entre votre administration et le ministère de l'agriculture.

Vous serait-il possible de faire le point ?

A ce problème général, je voudrais ajouter une interrogation sur la situation d'une catégorie particulière de travailleurs pluri-actifs, les moniteurs de ski, également très nombreux dans mon département.

La retraite à soixante-cinq ans est beaucoup trop tardive pour des métiers présentant un certain danger physique et demandant une parfaite santé. Par ailleurs, la création d'un régime obligatoire risque de mettre en faillite un régime de cotisation volontaire institué en 1964 par le syndicat des moniteurs et qui a fait ses preuves depuis quinze ans en obligeant les moniteurs à se préparer à une reconversion à cinquante-cinq ans.

Dans le domaine de l'assurance maladie enfin, le nouveau régime mis en place par la loi du 28 décembre 1979 et par les décrets du 25 mars 1980 crée, là aussi, des injustices pour les moniteurs pluri-actifs. Ceux-ci, lors de leur activité salariée d'été, tout en cotisant au taux plein du régime des salariés, n'ont pas droit à la couverture sociale correspondante, notamment en cas d'accident ou de maladie.

L'assujettissement à l'année à la caisse maladie des professions libérales est aussi très mal ressentie par les monitrices d'enfants, mariées, qui, du fait de deux ou trois mois d'une activité d'appoint, perdent le bénéfice de la couverture sociale plus favorable que pourrait leur apporter leur conjoint.

A la veille de l'ouverture de la saison d'hiver, il est légitime que cette profession souhaite que les services de votre ministère examinent attentivement ce dossier et parviennent à une solution.

**M. le président.** La parole est à M. Jean Farge, secrétaire d'Etat.

**M. Jean Farge, secrétaire d'Etat.** Sur le problème général que vous avez évoqué, je vous rappelle que cette cotisation maladie, à laquelle se trouvent désormais assujettis ceux qu'il est convenu d'appeler les pluri-actifs, résulte d'une initiative parlementaire prise à l'occasion du débat sur la loi du 28 décembre 1979. Cette proposition n'avait pas été retenue en première lecture, par le Gouvernement ; mais elle avait été reprise et adoptée par le Sénat et, en définitive, maintenue dans le texte de la commission mixte paritaire. Tout en présentant les difficultés d'application de ce système, notamment dans les zones de montagne, le Gouvernement ne s'était pas alors opposé à son adoption, parce qu'il avait reconnu qu'elle procédait d'un souci d'équité, notamment vis-à-vis du régime des travailleurs indépendants.

Quoi qu'il en soit, cette disposition est devenue définitive et je puis vous assurer que toutes les dispositions ont été ou seront prises pour faire en sorte que les cotisations soient proportionnées au revenu réel et pour qu'en aucun cas un pluri-actif n'ait à payer davantage, à revenu égal, qu'un mono-actif.

En ce qui concerne la couverture vieillesse des moniteurs de ski, le ministère de la santé et de la sécurité sociale, à la suite de vos interventions, a provoqué une concertation entre la caisse de retraite de l'enseignement et des arts appliqués, de laquelle relèvent les moniteurs de ski, et les organisations professionnelles représentatives desdits moniteurs de ski.

A la suite de cette concertation, une solution a pu être esquissée, qui consisterait, pour tenir compte du fait que les moniteurs de ski ne peuvent pas poursuivre leur activité au-delà de cinquante-cinq ans, alors que la caisse ne liquide les pensions de retraite qu'à l'âge de soixante-cinq ans, à créer pour eux un système d'assurance invalidité spécifique qui leur verserait entre cinquante-cinq et soixante-cinq ans une prestation de rattachement, en contrepartie d'une cotisation modique.

Cette solution nous paraît répondre au problème que vous avez soulevé. Il nous reste à obtenir l'accord définitif des parties en cause car, dans cette affaire, si nous essayons de concilier les points de vue, nous ne pouvons imposer le nôtre, notamment à la caisse de retraite de l'enseignement et des arts appliqués.

**M. le président.** La parole est à M. Eymard-Duvernay.

**M. Claude Eymard-Duvernay.** Les malades en long et moyen séjour sont, dans la majorité des cas, des personnes âgées. Or au bout de quelques semaines, la prise en charge par la sécurité sociale cesse en partie, ce qui contraint les familles à se substituer à la sécurité sociale pour continuer à faire bénéficier ces

malades des soins hospitaliers qui leur sont nécessaires. Les sommes réclamées aux familles sont considérables, dépassant souvent 5 000 francs par mois, et payables d'avance.

Les familles, très souvent, se retournent vers l'aide sociale donc vers la collectivité. L'appréciation de leur solvabilité donne lieu fréquemment à des enquêtes pénibles. On peut donc dire que le financement d'une part importante des dépenses de santé est assuré par l'impôt.

Cependant, dans bon nombre de cas, ces personnes âgées, si elles étaient plus jeunes, seraient exonérées de ticket modérateur. La loi du 28 décembre 1979 oblige les retraités à participer à leur couverture sociale, et j'approuve cette décision. Mais il est anormal qu'ils ne bénéficient pas des mêmes prestations que les autres assurés.

Je vous signale également que des retraités qui avaient cotisé, il y a très longtemps, aux assurances sociales doivent, en vertu de la loi de 1979, donner de l'argent à la sécurité sociale, qui ne leur versera jamais aucune prestation.

Ne pensez-vous pas, monsieur le ministre, que, dans un cas comme dans l'autre, il convient de revoir complètement le système du financement de la santé, afin que les plus âgés des Français ne soient plus pénalisés lourdement et n'aient plus l'impression que les chances devant la maladie ne sont pas égales pour tous.

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

**M. le ministre de la santé et de la sécurité sociale.** Monsieur Eymard-Duvernay, les personnes âgées malades peuvent être accueillies en service de médecine ou en service de moyen séjour.

Les moyens séjours sont pris en charge à 100 p. 100 par la caisse d'assurance maladie pendant quatre-vingts jours, et il s'agit là non d'une limite absolue, mais d'une indication. Il convient simplement de vérifier si, au bout d'un certain temps, on peut envisager une réadaptation pour la personne âgée. C'est à ce moment que peut commencer le long séjour, régime dans lequel l'assurance maladie prend en charge une somme forfaitaire de 93 francs par jour en 1980. Vous constatez donc que l'assurance maladie participe à ces dépenses, puisque c'est presque 100 francs par jour qui sont pris en charge.

Néanmoins, vous avez soulevé un problème important. En effet, les prix de journée de ces longs séjours sont parfois élevés et ne peuvent pas être couverts par la retraite. On peut alors avoir recours à l'aide sociale.

Dans le cadre du projet de loi relatif aux collectivités locales, j'ai donc accepté, et je le confirme devant l'Assemblée, qu'à l'avenir l'assurance maladie prenne en charge les soins dispensés au titre du maternage. La définition des soins sera donc assez large pour ne laisser à la charge de l'assuré, et éventuellement de l'aide sociale, que la part dite « hôtelière », celle qui concerne exclusivement les frais d'hébergement. Je pense que cette décision va dans le sens que vous souhaitez à juste titre.

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

**M. François Grussenmeyer.** J'évoquerai en premier lieu la situation des veuves.

Il y a un an, à l'occasion du même débat, j'estimais qu'il était impératif d'en arriver rapidement à un véritable droit personnel pour les veuves. L'assurance veuvage va certes devenir enfin une réalité, mais hélas ! d'ores et déjà, son application paraît plutôt restrictive.

En effet, l'assurance veuvage ne concernera au 1<sup>er</sup> janvier 1981 que les salariés du régime général et agricole. Cette discrimination est bien sûr lourde de conséquences puisqu'elle exclut du champ d'application de la loi bon nombre de veuves d'artisans, de commerçants et de travailleurs non salariés des professions non agricoles. Des mesures d'extension semblent donc s'imposer.

En ce qui concerne la pension de réversion améliorée par la loi du 3 janvier 1975, une modification est également nécessaire. La situation des veuves qui n'ont pas acquis de droit personnel restera, malgré l'allocation-veuvage, toujours difficile. Pour nombre de femmes, la constitution d'une pension a été pratiquement impossible en raison de la naissance et de l'éducation des enfants. Faut-il rappeler que le veuvage doit bel et bien être reconnu dans sa globalité comme un véritable risque social ? Le taux de réversion actuel fixé à 50 p. 100 est nettement insuffisant. N'est-il pas intolérable aussi que le plafond de pension de veuves, fixé à 15 030 francs par an, soit inférieur au minimum de retraite, qui est actuellement de 15 600 francs par an. Ne pourrait-on, dans un premier temps, porter le taux de réversion à 60 p. 100 de la retraite du conjoint, en incluant dans le calcul l'allocation pour conjoint à charge, lorsqu'elle existe ?

La seconde partie de ma question portera sur des problèmes plus spécifiques à l'Alsace.

Dans la liquidation des retraites des travailleuses manuelles, le régime local ne prend pas en compte, pour les mères de famille de trois enfants et plus, la bonification de deux ans par enfant élevé. Cela lèse bien entendu les intéressées qui doivent, en outre, justifier de quarante et une années de cotisations contre trente pour le régime général.

Enfin, monsieur le ministre, j'avais posé, le 28 juillet dernier, une question écrite pour appeler votre attention sur l'application brutale d'un règlement communautaire par la caisse primaire d'assurance maladie de Haguenau. Celui-ci prévoit qu'en cas de double activité l'entreprise étrangère doit cotiser à la caisse du pays du domicile du travailleur.

A la suite de mon injonction et de la réaction très vive de la presse locale, des frontaliers et de leurs patrons, la mesure a été provisoirement rapportée par la caisse. Cependant, l'inquiétude demeure, puisque l'application de cette disposition aurait pour conséquence que certains travailleurs français, en particulier des chauffeurs routiers, dépendraient exclusivement des caisses françaises pour l'ensemble de leur double activité, bien que leur emploi principal se situe en République fédérale d'Allemagne. Il n'existe en effet aucune disposition permettant le recouvrement des cotisations auprès des employeurs allemands qui menacent de licencier ces travailleurs pour ne pas payer les cotisations françaises, très supérieures aux cotisations allemandes.

Les répercussions sur la couverture sociale seraient également lourdes de conséquences puisque, en cas d'accident du travail, par exemple, les indemnités ou rentes ne seraient, en fait, calculées que sur la base du salaire touché dans le pays où a eu lieu l'accident, ce qui léserait gravement l'assuré.

Je fais donc appel à votre compréhension, monsieur le ministre. Le régime local d'Alsace-Lorraine présente, j'en conviens, bien des avantages sur le régime général. Il paraîtrait cependant inéquitable que la population alsacienne et mosellane, qui a tant souffert des vicissitudes de l'histoire et tant donné à notre pays, ne puisse pas bénéficier systématiquement des améliorations apportées au régime général.

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

**M. le ministre de la santé et de la sécurité sociale.** En ce qui concerne la loi sur l'assurance veuvage, trois décrets ont été envoyés à la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés pour être examinés par son conseil d'administration, le 19 novembre 1980. La prestation sera servie dès le mois de janvier 1981, car tout a été organisé avec la caisse nationale d'assurance vieillesse.

Vous avez, monsieur Grussenmeyer, plaidé la cause des veuves, cause qui ne laisse personne insensible. Cependant, j'ai fait chiffrer le coût du passage du taux de la pension de réversion de 50 à 60 p. 100. Cela coûterait 6 400 millions de francs, ce qui est évidemment très lourd. Quel que soit l'intérêt de la mesure, nous n'avons malheureusement pas actuellement les moyens de la financer.

Par ailleurs, s'il est vrai que le plafond de la pension de réversion du régime général est de 15 030 francs, il faut savoir que, dans la plupart des cas, cette pension est complétée par une pension de réversion des régimes complémentaires. Il reste que, si des priorités doivent être accordées, c'est dans cette direction qu'il faudra le faire.

Il est vrai aussi que les bonifications pour enfants n'existent pas dans votre régime local. Cependant, vous savez bien que celui-ci présente d'autres avantages, et je profite de l'occasion pour confirmer, car ce n'est jamais inutile, que notre intention est de respecter ce statut local qui vous tient à cœur.

Enfin, vous avez évoqué l'attitude des employeurs allemands vis-à-vis des travailleurs qui exercent leur activité dans des entreprises allemandes, mais qui résident en Alsace. La réglementation communautaire veut que les employeurs allemands acquittent les cotisations sociales prévues par la législation française. Or ils ont refusé de s'y plier.

Compte tenu des risques de licenciement encourus par ces travailleurs, la caisse primaire d'Haguenau a suspendu l'application des dispositions communautaires; bien entendu, nous ne nous sommes pas opposés à cette décision. Mais nous devons trouver une solution de fond conforme aux règles communautaires. C'est à cette fin que nous avons décidé de saisir la commission administrative pour la sécurité sociale des travailleurs migrants de la Communauté et les autorités allemandes.

**M. le président.** Nous en venons aux questions du groupe socialiste.

La parole est à M. Mellick.

**M. Jacques Mellick.** Monsieur le ministre, par deux fois nous avons voté une loi sur l'interruption volontaire de grossesse qui ne nous satisfait pas puisque votre majorité a refusé nos amendements. Mais c'était pour nous un point de départ, même si cette loi est insuffisante en raison des inégalités qu'elle crée en fonction des ressources, de l'âge et de la nationalité.

Aujourd'hui, nous vous demandons l'application de la loi, de toute la loi. En effet, la loi n'est pas appliquée partout, et lorsqu'elle l'est, c'est de manière restrictive.

Or, votre projet de budget ne m'apparaît pas devoir améliorer cette situation; à certains égards, il contribuerait même à l'aggraver.

Le nombre des services d'interruption volontaire de grossesse est insuffisant. Certes, les personnels de santé peuvent se retrancher derrière la clause de conscience. Il n'en est pas de même des établissements publics qui doivent mettre en œuvre les moyens nécessaires pour répondre aux besoins. Or en est l'application du décret n° 80-287 du 17 avril 1980, articles L. 162-8 et L. 163-9 ?

Un exemple: dans la région du Nord-Pas-de-Calais, 40 à 50 p. 100 des femmes doivent s'adresser hors de leur secteur sanitaire.

La première raison tient au manque de crédits. Lorsque les services d'interruption volontaire de grossesse existent, ils manquent de moyens humains et matériels pour répondre aux besoins et assurer le meilleur accueil.

L'encombrement des services entraîne parfois un retard dissuasif, ainsi que je peux le constater dans ma ville de Béthune. Si les efforts concertés des associations bénévoles, des assistantes sociales et du planning familial sont d'un grand appui, ils ne peuvent remplacer les moyens défectueux.

L'interruption volontaire de grossesse doit être un dernier recours, mais ce recours doit être une réalité.

Au lieu de mettre à la disposition des médecins, concernés par ce problème, des unités indépendantes à l'intérieur des centres hospitaliers et de constituer autour d'eux des équipes motivées qui favoriseraient le développement de l'éducation sexuelle, de l'information sur la contraception et seraient ouvertes aux réalités sociales et humaines, vous faites, en pratique, de l'interruption volontaire de grossesse une méthode inacceptable de contraception.

La loi vous fait, de l'information sur la contraception, un devoir.

Or que faites-vous en ce domaine ?

Pourquoi ne pas utiliser les heures de grande écoute de la radio et de la télévision ? Pourquoi ne pas développer les centres de planification familiale ? Pourquoi ne pas mettre en place des consultations dans les hôpitaux publics ?

La véritable prévention de l'interruption volontaire de grossesse reste à faire et, dans ce domaine, la pratique continue à démentir les intentions déclarées.

C'est par la bonne pratique de la contraception que l'on peut espérer rendre les interruptions volontaires de grossesse exceptionnelles.

L'avortement ne doit pas s'ajouter à la trilogie naissance-mariage-décès, qui fait les temps forts de la vie familiale et alimente les potins du quartier et du village.

Nous devons donner aux femmes la possibilité de ne pas être contraintes de recourir à l'interruption volontaire de grossesse. Il faut se garder de banaliser l'avortement. C'est là une nécessité humaine et sociale. Ce n'est pas un hasard si, dans les communes rurales, 27 p. 100 seulement des femmes de vingt à quarante-quatre ans utilisent une méthode contraceptive contre 47 p. 100 dans les agglomérations de plus de 100 000 habitants. De même, 44 p. 100 des femmes d'un niveau de formation supérieure l'utilisent, contre 27 p. 100 de celles qui ont un niveau primaire; et 43 p. 100 des femmes de cadres supérieurs contre 23 p. 100 des femmes d'agriculteurs et 31 p. 100 des femmes de manœuvres.

C'est pourquoi nous proposons la création de centres d'orthogénie judicieusement répartis sur tout le territoire. Monsieur le ministre, quels sont les moyens dont vous disposez pour mener à bien cette action urgente ?

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

**M. le ministre de la santé et de la sécurité sociale.** Monsieur Mellick, je me suis engagé à appliquer la loi, toute la loi. Je vais, pour vous répondre, vous rappeler des faits précis, car j'ai l'habitude de tenir mes engagements, et c'est un dossier qui me tient à cœur.

D'abord, le décret du 17 avril 1980 est paru. Il est fait obligation à tous les établissements classés de se doter des moyens permettant la pratique de l'interruption volontaire de grossesse,

et le refus entraîne le déclassement. Une circulaire de juin 1980 a bien précisé qu'il ne pouvait être question, en l'occurrence, d'invoquer des problèmes financiers et que les directeurs devaient veiller à la mise en place de ces centres.

Actuellement, tous les centres hospitaliers universitaires et 103 hôpitaux généraux sur 118 sont conformes à la législation. J'ai réuni très récemment tous les directeurs de l'action sanitaire et sociale pour m'assurer que les autres le deviendraient rapidement. Ce faisant, j'ai appliqué la loi, toute la loi et, conformément au décret du 4 août 1980, j'ai sanctionné le non-respect de la réglementation relative à l'interruption volontaire de grossesse dans certains établissements privés.

J'estime comme vous que l'interruption volontaire de grossesse ne doit pas être banalisée et qu'il faut mener une politique active de la contraception. Un dossier-guide sera prochainement adressé à chaque médecin pour lui rappeler l'importance de son rôle et ses obligations au regard de la loi. Ce dossier-guide comprendra la liste des centres de planification et les adresses des associations de soutien et des établissements pratiquant l'interruption volontaire de grossesse.

Les programmes du deuxième cycle des études médicales et de la formation continue comporteront un enseignement sur le thème de la contraception.

Où en est l'information sur la contraception ?

Pour l'information du public, il existe actuellement 150 centres de planification ou d'éducation familiale et 304 établissements d'information disposant de 2 000 antennes. Le décret du 22 septembre 1980 allège les normes et les formalités relatives à la création de ces centres. Nous avons aussi passé une convention avec le centre d'information féminina et familial afin de développer les sections départementales. Douze départements ont déjà reçu à ce titre un million de francs.

Enfin, nous travaillons à l'introduction, dans les programmes scolaires, de l'information et de l'éducation sexuelles.

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

M. Claude Wilquin. Monsieur le ministre, en 1975, était votée la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées, apparemment prometteuse par certains de ses aspects.

Cinq ans plus tard, il est possible de dresser un bilan et de voir ce qui reste des bonnes intentions affichées à l'époque.

Je traiterai deux sujets importants : l'insertion professionnelle et l'insertion sociale des handicapés.

Le chapitre II de la loi était entièrement consacré à l'insertion professionnelle. Pourtant, les commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel butent toujours sur une difficulté permanente : le manque d'établissements spécialisés, qu'il s'agisse des centres de rééducation, des centres d'aide par le travail, des ateliers protégés ou des missions d'action sociale — je souligne d'ailleurs que je cherche vainement l'une de ces missions dans mon département. De plus, ces commissions se heurtent également à la mauvaise répartition géographique des établissements existants.

Malgré l'efficacité et le dévouement des membres des Cotorep, ces organismes fonctionnent encore mal, faute de moyens, ce qui fait que les handicapés sont trop rarement convoqués et que les dossiers sont souvent examinés par les deux sections, successivement et sans concertation.

Comptez-vous, monsieur le ministre, susciter la création de structures d'accueil spécialisées permettant la réorientation, la réadaptation et le reclassement des handicapés ?

L'an passé, j'avais demandé à M. Hoefel à quel moment serait publié le décret sur les centres de préorientation, car son retard perpétuait de nombreuses erreurs d'orientation.

M. Hoefel m'avait répondu, lors de la séance du 15 novembre 1979 : « Quant à la mise en œuvre des centres de préorientation, les textes sont à la signature. »

C'était il y a plus d'un an : il doit s'agir d'une signature particulièrement sophistiquée !

Pouvez-vous nous indiquer, monsieur le ministre, la date à laquelle sera enfin publié ce décret tant attendu ?

Il apparaît, en outre, nécessaire d'améliorer la liaison entre les Cotorep et l'A. N. P. E., notamment en augmentant le nombre des inspecteurs placiers. Pouvez-vous m'indiquer combien de postes de ce type ont été créés dans ce budget ?

J'ai, de plus, déposé auprès de votre ministère un dossier réclamant la création d'un nouveau C. A. T. dans la région de Berck. Avant même la pose de la première pierre, on sait déjà que celui-ci sera rempli compte tenu des listes d'attente des C. A. T. voisins.

Par ailleurs, en ce qui concerne l'insertion sociale des handicapés, quelles mesures comptez-vous prendre en matière d'accessibilité et d'adaptation des services de transport collectif au besoin des handicapés ?

Qu'en est-il de l'attribution des aides personnelles prévues notamment pour permettre un meilleur aménagement des logements ? Celles-ci sont accordées de façon très restrictive.

Dans ces deux domaines particuliers, et pour ne citer qu'eux, quelles mesures comptez-vous prendre pour rendre effective la loi de 1975 ? (Applaudissements sur les bancs des socialistes.)

M. le président. La parole est à M. Montagne, secrétaire d'Etat.

M. Rémy Montagne, secrétaire d'Etat. Monsieur le député, vous avez, en réalité, posé deux questions : l'une porte sur le principe général de l'insertion professionnelle des handicapés ; l'autre concerne le cas particulier du C. A. T. de Berck.

Le dispositif très complexe qui vise à favoriser l'insertion professionnelle des personnes handicapées exige trois séries de mesures : l'amélioration de l'orientation et du suivi du reclassement, le développement du travail protégé, et l'insertion en milieu normal de travail.

Sur le premier point, vous avez parlé du fonctionnement des Cotorep et des difficultés qu'elles rencontrent. Les travaux de ces commissions progressent de façon saisissante. Plus de mille agents à plein temps leur sont actuellement affectés et elles ont examiné, au cours de l'année écoulée, plus de 300 000 dossiers.

M. Claude Wilquin. Elles ont bien du mérite !

M. Rémy Montagne, secrétaire d'Etat. En ce qui concerne les maisons d'accueil spécialisées, 34 établissements comptant 1 460 places ont été créés. Mais un problème de reconversion se pose. En effet, dans plusieurs départements, le nombre d'établissements pour mineurs handicapés est plus que suffisant et certains ont même un taux de fréquentation très faible, alors que dans le même temps on constate, effectivement, une insuffisance très réelle en établissements pour adultes handicapés, spécialement pour handicapés profonds.

Vous avez fait allusion à un décret dont la parution tardait. Ce texte, qui relève du ministère du travail et qui a, en outre, fait l'objet d'un examen au niveau du Premier ministre, est actuellement à la signature. Je pense que ma réponse sur ce point est de nature à vous satisfaire.

Quant à la création d'un centre d'aide par le travail à Berck, j'observe d'abord que le Pas-de-Calais compte déjà un nombre d'établissements de ce type supérieur de plus de 40 p. 100 à la moyenne nationale. Je sais bien que le cas de Berck est spécial dans la mesure où des handicapés sont attirés dans cette ville par les soins qui y sont traditionnellement dispensés et s'y fixent tout naturellement par la suite. Mais il a été tenu compte, pour calculer la capacité du C. A. T., des handicapés mouleur anciens salariés de l'entreprise pilote locale qui avait été mise en liquidation et qui a redémarré avec une activité diminuée. Il convient donc d'examiner attentivement ce cas particulier. Dès que je serai en mesure de vous répondre clairement sur ce point précis, je le ferai.

M. Claude Wilquin. Je demande la parole.

M. le président. Je ne peux pas vous la donner, monsieur Wilquin.

M. Claude Wilquin. M. le secrétaire d'Etat ne parle pas de la même chose que moi !

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

Mme Edwige Avice. Monsieur le ministre, vous et vos prédécesseurs avez déclaré tout au long de ces dernières années que l'objectif prioritaire de votre politique à l'égard des retraités et des personnes âgées était le maintien à domicile. Un programme d'action prioritaire du VII<sup>e</sup> Plan y a même été consacré.

Or, que constatons-nous aujourd'hui ? En matière de logement, l'inconfort et l'insalubrité touchent beaucoup plus l'habitat des personnes âgées. Seulement 32 p. 100 des personnes âgées de soixante-cinq à soixante-quatorze ans, et 25 p. 100 de celles de plus de soixante-quatorze ans, disposent de l'ensemble des éléments de confort dans leur logement.

Quant à l'aide ménagère, alors qu'il a été officiellement estimé que 780 000 personnes âgées en auraient besoin, seulement 200 000 en bénéficient actuellement et l'on constate la même insuffisance pour les autres aides. Le problème est général pour les aides familiales tant en milieu urbain qu'en milieu rural. Leur nombre est insuffisant et elles ont vu limiter

leurs heures de prise en charge. Cela est particulièrement préoccupant, surtout lorsqu'on entend parler si souvent de politique familiale sur les bancs du Gouvernement !

Pour en revenir à la situation très défavorisée qui est faite aux personnes âgées, il faut bien voir que la très grande insuffisance de la prévention, de l'aide médicale à domicile et de la prévention médicale tout court, est largement à l'origine des placements en institutions. Beaucoup de personnes âgées se trouvent acculées à ce qu'il est convenu d'appeler pudiquement « l'hébergement collectif ». Cela signifie pour elles renoncer aux droits essentiels de tout citoyen, puisqu'elles sont assujetties à des règlements sur lesquels elles n'ont pas leur mot à dire, être isolées du reste de la population, être marginalisées.

Il ne leur reste plus qu'à devenir des grabataires, dont seuls les frais médicaux sont pris en charge par la sécurité sociale. Bien qu'elles aient cotisé pendant toute leur vie de travail pour avoir droit à une vieillesse digne et décente, elles deviennent à la fin de leur vie des assistés obligatoires, à qui l'on attribue généreusement de l'argent de poche.

Nous affirmons que pour éviter aux personnes âgées de longues années en institutions, pour faire une prévention efficace et pour conduire une véritable politique de maintien à domicile, il faut s'en donner les moyens, qui s'appellent politique du logement, développement de l'aide ménagère, institution de centres médicaux intégrés de quartier, participation des personnes âgées à toutes les décisions qui les concernent.

Quelles mesures comptez-vous prendre, monsieur le ministre, pour que s'améliore la situation sanitaire et sociale des personnes âgées ? (Applaudissements sur les bancs des socialistes.)

**M. le président.** La parole est à M. Montagne, secrétaire d'Etat.

**M. Rémy Montagne, secrétaire d'Etat.** Madame Avice, vous avez parlé de problèmes qui relèvent de ma compétence et d'un autre qui est directement de celle de M. le ministre. Je répondrai sur le développement des services qui visent le maintien à domicile, tant sur le plan de l'amélioration de l'habitat que sur celui de l'aide ménagère, et je laisserai M. Barrot répondre sur les soins à domicile.

Les résultats obtenus en matière de maintien à domicile, que préconisaient le VI<sup>e</sup> et le VII<sup>e</sup> Plan, sont remarquables, en ce qui concerne aussi bien l'amélioration de l'habitat — j'en ai déjà parlé tout à l'heure — que le développement des services.

Le VII<sup>e</sup> Plan prévoyait la création de quatre cent quarante secteurs d'action gérontologique. En réalité, 1 000 ont été créés entre 1976 et 1981, et 45 000 logements ont été améliorés au cours du VII<sup>e</sup> Plan.

En ce qui concerne l'aide ménagère, la progression des effectifs est considérable. Alors qu'en 1974, 300 millions de francs avaient été dépensés pour 145 000 personnes, 1 300 millions auront été dépensés cette année pour 345 000 personnes, et cette aide a été étendue à des catégories qui n'en bénéficiaient pas jusqu'alors, comme les fonctionnaires de l'Etat — même si cette extension est progressive et ne joue encore que dans neuf départements et dans la région parisienne — et les agents des collectivités locales.

Par ailleurs, le plafond jusqu'auquel l'aide ménagère peut être accordée au titre de l'aide sociale a été porté à 16 700 francs. Ce relèvement est plus rapide que celui du minimum vieillesse.

En même temps, l'action qui a été conduite pour permettre aux personnes âgées de retrouver une vie associative a donné naissance à près de 20 000 clubs regroupant deux millions de personnes âgées. Ces chiffres représentent autant de succès pour l'action du Gouvernement en la matière.

Quant aux soins à domicile, qui complètent effectivement le maintien à domicile, je laisse M. le ministre vous répondre à leur sujet.

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

**M. le ministre de la santé et de la sécurité sociale.** Madame le député, vous avez raison dans une large mesure : le maintien à domicile prend de plus en plus un aspect sanitaire, et c'est à ce niveau qu'il faut maintenant prolonger l'effort que M. Montagne a décrit.

Dans cette optique, j'ai réuni un groupe de travail qui, depuis six mois, met au point des formules diversifiées. Le problème est l'un des plus importants auxquels nous aurons à faire face dans les années qui viennent, puisque le nombre des personnes âgées de plus de quatre-vingt-cinq ans va doubler rapidement, et augmentera de 100 000 rien que pendant la durée du VIII<sup>e</sup> Plan.

Le groupe de travail va remettre ses conclusions. Nous nous orientons vers un dispositif qui permettra de coordonner l'action de tous les intervenants : médecins, infirmières, responsables de services de maintien à domicile, notamment d'aide ména-

gère et de repas à domicile. Un texte est actuellement en préparation. Il prévoira, en vue d'une prise en charge globale, un agrément de l'administration, qui s'imposera aux caisses — lesquelles sont, actuellement, souvent réticentes — et des conventions avec des infirmières libérales qui, tout en conservant leur statut, s'inscriront dans un service qui comprendra en outre, des aides soignantes.

J'attends beaucoup de ces services de soins à domicile dans la mesure où ils pourront soit éviter un hébergement collectif, soit favoriser un retour plus rapide au domicile. Comme vous, je suis favorable à la participation des personnes âgées à la vie des maisons de retraite et, dans ce sens, j'encourage la création de conseils de résidents.

**M. le président.** Nous en revenons aux questions du groupe Union pour la démocratie française.

La parole est à M. Lagourgue.

**M. Pierre Lagourgue.** Monsieur le ministre, j'appelle de nouveau votre attention sur deux des inégalités les plus flagrantes qui existent entre les Français qui vivent sur le territoire métropolitain et ceux qui vivent dans les départements d'outre-mer.

La première inégalité tient, essentiellement, au maintien de conditions d'activité pour l'ouverture des droits aux prestations familiales. A cela, on ne peut trouver de justification particulière, même sur le plan financier, car il s'agirait surtout, en fait, d'un transfert de charge de l'aide sociale à la caisse d'allocations familiales.

Les avantages en seraient, d'une part, la diminution des frais de gestion car, à l'heure actuelle, la caisse d'allocations familiales et l'aide sociale sont obligées chacune de tenir à jour des fichiers et de fournir alternativement des prestations aux mêmes bénéficiaires, d'autre part, d'éviter enfin de faire passer les ressortissants des départements d'outre-mer pour des assistés, puisque ce serait la caisse d'allocations familiales qui verserait les prestations, comme en métropole.

La deuxième inégalité concerne la non-application du décret du 10 juillet 1952 qui institue l'allocation spéciale vieillesse, laquelle constitue en métropole l'avantage de base, auquel s'ajoute l'allocation du fonds national de solidarité.

Dans les départements d'outre-mer, les personnes âgées qui n'ont pas droit à pension ou à l'allocation aux vieux travailleurs salariés ne perçoivent que l'allocation du fonds national de solidarité, sans l'allocation spéciale de base, et n'ont pour vivre que la moitié environ de ce que touchent les personnes âgées en métropole.

Pourtant, pour celles et ceux qui ont soixante ou soixante-cinq ans, l'espérance de vie est moins longue et le coût de la vie plus cher dans nos départements. Est-ce la raison pour laquelle on attache moins d'importance à leur manière de vivre ?

Le Gouvernement a-t-il l'intention de prendre les dispositions nécessaires pour effacer ces inégalités criantes, selon la volonté maintes fois exprimée par le chef de l'Etat ?

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

**M. le ministre de la santé et de la sécurité sociale.** Monsieur Lagourgue, j'ai répondu par avance à plusieurs de vos questions lorsque j'ai rappelé à M. Fontaine les efforts qui ont été consentis pour aligner les départements d'outre-mer sur la métropole. Mais je veux revenir sur un point qui vous tient très à cœur, sur lequel vous êtes intervenu avec beaucoup de conviction : le maintien de conditions d'activité professionnelle, pour l'ouverture des droits aux prestations familiales.

Vous souhaitez que soient admises au bénéfice des prestations familiales les personnes qui ne remplissent pas les conditions d'activité professionnelle requises. C'est déjà le cas pour certaines d'entre elles. Ainsi, les personnes privées involontairement d'emploi, les femmes seules avec deux enfants à charge n'ont pas à justifier d'une activité professionnelle.

La suppression de toute condition d'activité professionnelle pose trois problèmes : d'abord, les prestations familiales ne peuvent être accordées aux employeurs et travailleurs indépendants que s'ils paient les cotisations correspondantes, ce qui n'est pas le cas dans les départements d'outre-mer ; ensuite, le coût de la mesure que vous suggérez conduirait à reconsidérer l'ensemble des mécanismes d'aides à la famille dans les départements d'outre-mer ; enfin, son financement poserait des problèmes à la branche des prestations familiales.

Néanmoins, l'effort de solidarité doit être poursuivi et, vous le savez, monsieur Lagourgue, nous travaillons sur ce dossier. Nous essaierons progressivement de permettre le développement des prestations en espèces et une harmonisation complète

avec le régime des prestations familiales dont bénéficient les familles en métropole. D'ores et déjà, toutes les prestations sont pratiquement mises en place dans les départements d'outre-mer.

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

**M. Robert Héraud.** Monsieur le ministre, je souhaiterais que vous nous fournissiez quelques précisions sur les moyens prévus pour adapter la formation des médecins face au choix du nucléaire.

Ce choix, c'est celui de la raison et du bon sens, c'est une étape nécessaire pour permettre l'indépendance énergétique de notre pays.

Le Gouvernement, quant à lui, poursuit sa politique avec fermeté. La réalisation de son programme nécessite bien sûr l'implantation de centrales nucléaires. Elle entraîne de ce fait des risques qu'il convient de ne pas sous-estimer.

Electricité de France fait le maximum pour garantir la sécurité, à la fois des installations, des personnels qui y travaillent et des populations riveraines. En dépit de ces précautions, une défaillance humaine ou technique reste toujours possible, comme l'ont montré les récents incidents survenus, par exemple, aux Etats-Unis.

Si les techniciens se penchent sur les problèmes d'ordre technique, les politiques, eux, ont pour mission de prévoir et les médecins de soigner. Or, nombre des médecins déjà en activité ou en cours de formation n'apparaissent pas prêts à affronter les problèmes de prévention, d'information ou de traitement liés aux risques du nucléaire, qu'il soit à usage civil ou militaire.

Une formation spécifique pourrait-elle être désormais prévue pour les étudiants en médecine, et les crédits nécessaires au recyclage des médecins déjà installés peuvent-ils être dégagés afin que chaque praticien soit à même de comprendre les problèmes des radiations et des contaminations nucléaires et de participer aux actions de soin ou d'information liées à cette catégorie de risques ?

Ma deuxième question, monsieur le ministre, est tout à fait différente.

Le point que je voudrais développer devant vous peut paraître mineur au regard des masses budgétaires que vous gérez et des responsabilités qui sont les vôtres. C'est pourtant à mes yeux une affaire d'importance, car elle met en jeu la défense de la liberté et la recherche active d'une solution au déficit, toujours à craindre, de la sécurité sociale.

Cette question, c'est celle des entreprises de transports sanitaires non agréées.

La loi du 10 juillet 1970 a institué un agrément pour les entreprises de transports sanitaires répondant à certaines conditions. Le législateur a ainsi créé deux secteurs, celui des entreprises agréées et celui des entreprises non agréées. Les mesures d'application — dans l'intérêt évident, et que je ne discute pas, de la santé publique et de la protection des malades — ont tout fait pour favoriser le premier de ces secteurs. Les obligations sont rigoureuses : limitation de l'activité aux seuls transports sanitaires ; utilisation d'engins équipés selon des normes très sophistiquées ; présence à bord des véhicules d'un équipage d'au moins deux personnes, dont l'une doit être titulaire du certificat de capacité d'ambulancier.

Mais la contrepartie de ces obligations est l'octroi d'avantages fort substantiels, notamment le bénéfice d'une tarification particulièrement favorable et l'application conventionnelle d'un système de paiement direct des factures par les caisses d'assurance maladie.

Cette politique d'incitation à l'agrément se plaçait sous le signe du respect de la liberté des transports. Les entreprises non agréées se voyaient reconnaître un droit à l'existence. Les caisses d'assurance maladie étaient autorisées à prévoir par convention le règlement direct de la facture à l'ambulancier non agréé, par le biais de délégations de paiement, de subrogations ou d'autorisations d'avances.

Or voici que cette pratique est menacée d'interruption. Les conventions arrivées à expiration ne sont plus renouvelées. Celles en cours sont progressivement dénoncées. C'est exclure les ambulanciers non agréés du domaine des transports sanitaires.

Monsieur le ministre, ne peut-on revoir cette position ? Je perçois comme vous les avantages du secteur agréé sur le plan de la santé publique. Mais sait-on ce qu'il peut en coûter au pays ? Dois-je préciser que le coût de certains transports varie du simple au triple selon que l'on s'adresse à un ambulancier non agréé ou agréé ?

Il faudrait restaurer les conditions d'une concurrence loyale pour tous les transports sanitaires qui n'exigent pas la présence, à côté du chauffeur, d'un ambulancier certifié, d'autant que le chauffeur, lorsqu'il est seul, est souvent titulaire du certificat de capacité d'ambulancier. Mais, en pareil cas, l'ambulancier ne souhaite pas toujours exercer concurrentiellement la profession de chauffeur de taxi.

Il faut donc agir, monsieur le ministre, et j'aimerais savoir quelles mesures vous pourriez prendre. (Applaudissements sur les bancs de l'union pour la démocratie française et du rassemblement pour la République.)

**M. Jean Proriot.** Très bonne question !

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

**M. le ministre de la santé et de la sécurité sociale.** Monsieur Héraud, les soins aux victimes éventuelles d'accidents survenant à proximité d'une centrale électro-nucléaire font l'objet d'une planification rigoureuse, coordonnée par le ministère de l'intérieur ; ce sont les plans Orsec-Rad à la mise au point desquels mon ministère contribue, bien évidemment.

Le plan Orsec-Rad ne peut être diffusé, mais son contenu sert de base à l'élaboration, pour chaque département, d'un plan particulier de protection de la population. Ce plan de protection fait l'objet, lors de sa mise au point, d'une concertation entre l'administration, E.D.F. et les élus.

La teneur de ce plan est connue des médecins. L'information des praticiens dans ce domaine est assurée, d'une part, par des cours spécifiques dans le cadre d'un enseignement d'hygiène et de médecine préventive, d'autre part, au cours des visites de chaque site organisées pour les médecins de la région.

Néanmoins, votre question est fort utile, monsieur Héraud, car elle me donnera l'occasion de vérifier que ces diverses mesures sont appliquées conformément aux engagements pris par le ministère de la santé et de la sécurité sociale.

Quant à votre deuxième question, j'y répondrai brièvement. Je vous rappelle que la loi du 10 juillet 1970 a institué l'agrément pour améliorer le transport des malades et des blessés. Les entreprises agréées doivent disposer de moyens qui ont été prescrits par le règlement pris en application de la loi. C'est ainsi que l'on fait obligation aux entreprises agréées de disposer, à bord de leurs ambulances, d'un équipage de deux personnes, dont l'une doit être munie du certificat de capacité d'ambulancier.

Mais l'application concrète de ces règles nous montre, s'il en était besoin, que les intentions les plus louables du législateur et du Gouvernement peuvent parfois se révéler inadaptées à certaines réalités. C'est la raison pour laquelle j'ai demandé à l'inspection générale des affaires sociales une étude sur les problèmes du transport sanitaire en France. Je serai à même de vous répondre plus complètement lorsque j'en connaîtrai les conclusions.

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

**M. Georges Mesmin.** Monsieur le ministre, je me propose de vous interroger sur le problème de l'exercice illégal de certains actes médicaux et, en particulier, de l'ostéopathie.

Un arrêté ministériel du 6 janvier 1962, toujours en vigueur, stipule que « seuls les docteurs en médecine peuvent pratiquer la mobilisation forcée des articulations et toute réduction de déplacements osseux, ainsi que toute manipulation vertébrale et, d'une manière générale, tous les traitements dits d'ostéopathie, de vertébrothérapie et de chiropraxie. »

Depuis 1970, à l'Hôtel-Dieu de Paris, et, depuis cinq ans, à Marseille, un enseignement officiel de ces thérapeutiques est dispensé à des médecins titulaires d'un certificat d'études spécialisées en rhumatologie ou en rééducation fonctionnelle ; il est sanctionné par un diplôme d'université en médecine orthopédique.

Les médecins ainsi formés ne comprennent pas la mansuétude des pouvoirs publics à l'égard des non-médecins qui prolifèrent dans cette spécialité, alors que l'on connaît les dangers particulièrement graves encourus par les patients lors de manipulations mal faites ou accomplies en l'absence de tout diagnostic préalable.

Nombre de gens se déclarent illégalement ostéopathes après des stages à l'étranger, notamment en Angleterre, et maintenant hélas, en France. Ces sages consistent, en général, en un entraînement de vingt à vingt-cinq semaines échelonnées sur quatre ou cinq ans. On est loin de la durée des études médicales qui est de six ans en France et de dix ans pour cette spécialité aux Etats-Unis.

Je citerai les stages organisés en France par la Still-Academy à Lyon, l'institut Sutherland à Paris, l'institut Cerack à Saint-Didier-au-Mont-d'Or. Ces instituts dispensent leurs cours à des non-médecins et cela, semble-t-il, en toute impunité.

Les procédures engagées contre les contrevenants sont très rares et s'outissent, très généralement, à des condamnations symboliques qui ne gênent absolument pas les intéressés qui continuent de plus belle.

Monsieur le ministre, quelles mesures pratiques comptez-vous prendre pour lutter plus efficacement contre ces faits très domageables à la santé publique? En particulier, lorsque les contrevenants sont des auxiliaires de la médecine qui débordent les limites de l'exercice de leur profession, ne pourriez-vous pas envisager de leur appliquer des mesures de déconventionnement qui, elles, constitueraient un moyen de dissuasion efficace?

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

**M. le ministre de la santé et de la sécurité sociale.** Monsieur Mesmin, vous avez raison de rappeler la nécessité de lutter contre l'exercice illégal de la médecine. L'esprit de l'article 372 du code de la santé doit être absolument respecté.

Le ministre de la santé et de la sécurité sociale, d'ailleurs, ne se fait pas faute, lorsque c'est le cas, de transmettre aux D. D. A. S. S. les plaintes déposées par le conseil de l'ordre, les syndicats médicaux ou les simples particuliers. Lorsque les directions départementales concluent effectivement à la présomption d'exercice illégal, le parquet est saisi. La peine infligée en cas de première condamnation est une amende qui peut aller jusqu'à 30 000 francs. En cas de récidive, il peut y avoir emprisonnement. Mes services s'emploient actuellement à établir la statistique des poursuites engagées au cours des dernières années.

Cependant, si le ministère est naturellement disposé à le soutenir dans sa tâche, c'est à l'ordre des médecins qu'incombe, pour l'essentiel, cette action de contrôle. Il doit se tenir informé le mieux possible de toutes les pratiques illégales, car c'est la qualité du système de soins qui est en jeu.

**M. le président.** Nous en venons aux questions du groupe communiste.

La parole est à M. Hermier.

**M. Guy Hermier.** Monsieur le ministre, vous m'avez fait connaître votre volonté de régulariser la situation des centres de santé mutualistes Paul-Paret, La Feuilleraie et de la rue Grignan, à Marseille. C'est pourquoi je veux vous poser quatre questions précises.

Premièrement, je souhaiterais que vous me donniez l'assurance que l'agrément de ces trois centres sera, à leur demande, confirmé et que la convention du tiers payant sera maintenue.

Deuxièmement, dans l'immédiat, une situation impossible est créée pour les centres, qui ne peuvent plus fonctionner, et pour les milliers de mutualistes, qui ne sont plus remboursés. Ceux-ci ne portent pourtant aucune responsabilité dans cet état de fait. Des mesures transitoires doivent donc être prises dans les jours qui viennent. Le plus simple me semble être de revenir à la situation antérieure dans l'attente de la confirmation de l'agrément de ces centres.

Troisièmement, des problèmes du même type se posent pour le service de prothèse dentaire du dispensaire de La Ciotat et du service de radiologie du centre d'Aix-en-Provence, dont les actes ne sont plus remboursés sous prétexte que ces services n'entrent pas dans l'agrément de votre ministère. Ces problèmes doivent également trouver une solution positive dans les meilleurs délais.

Quatrièmement, je constate que, dans les Bouches-du-Rhône, tous les dossiers d'ouverture de centres ou d'engagement de nouveaux projets sont aujourd'hui bloqués sans raison administrative. Les cas les plus significatifs sont ceux du centre de Gardanne et de la clinique de Bonneveine.

À Gardanne, le centre est construit. Il a coûté 600 millions de centimes à la municipalité. Son règlement intérieur a été agréé par votre ministère, mais la caisse primaire lui refuse toujours la convention du tiers payant et ce centre ne peut ouvrir.

À la clinique de Bonneveine, le service de réanimation a été construit. Il a été refait pour répondre aux directives du directeur régional de la santé et du préfet. Mais la caisse nationale d'assurance maladie lui refuse le prix de journée.

Je pourrais encore citer les exemples d'Arles, de Martigues et de Port-de-Bouc.

Rien ne me semble justifier une telle situation.

Je suis convaincu que vous pouvez user de votre autorité pour que des discussions s'engagent, comme le réclame le grand conseil de la mutualité, et que, là encore, cette situation soit réglée dans de brefs délais, conformément aux intérêts des mutualistes et de la population.

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

**M. le ministre de la santé et de la sécurité sociale.** Monsieur Hermier, je m'efforcerais de vous répondre précisément, mais si jamais, sur un point particulier, vous souhaitiez obtenir des précisions supplémentaires, je me réserverais de vous les fournir ultérieurement.

La caisse primaire d'assurance maladie de Marseille a constaté que trois centres de soins mutualistes : le centre Paul-Paret, le centre dentaire Gaston-Crouzet et le centre de la Feuilleraie fonctionnaient dans des conditions jugées par elle irrégulières.

S'agissant des centres Paul-Paret et Gaston-Crouzet, la caisse remboursait les actes médicaux sur la base des tarifs libéraux avec le bénéfice du tiers payant, alors que ces centres auraient dû faire l'objet d'un agrément comme dispensaires, lequel n'a pas été délivré.

Récemment, au cours d'une séance consacrée aux questions d'actualité, vous avez cherché à me remettre, dans des conditions que je ne qualifierai pas, une lettre du 27 octobre 1976, émanant de la caisse de Marseille, dont vous prétendiez qu'elle impliquait un agrément. Eh bien, non, monsieur Hermier, dans cette lettre, la caisse faisait simplement état du numéro d'immatriculation qui aurait été affecté à ces trois centres par les services du ministère de la santé. Or, ce numéro d'immatriculation qui n'était, en réalité, que celui du fichier national de la C. N. A. M. n'aurait pas dû être attribué puisque mes services n'avaient pas délivré l'agrément.

Cependant, monsieur Hermier — et vous reconnaîtrez que je suis parfaitement objectif — cette lettre témoigne en faveur d'une certaine bonne foi des centres concernés. C'est pourquoi je ne suis pas opposé à une régularisation de leur situation.

Dès que les centres Paul-Paret et Gaston-Crouzet auront déposé leur demande d'agrément, une visite de conformité sera prescrite par mes services, pour déterminer s'ils peuvent faire l'objet d'un agrément provisoire.

Quant au troisième centre, celui de la Feuilleraie, il faudra également trouver une solution, car il ne peut continuer à fonctionner comme un cabinet de groupe dans le cadre de la clinique — je vous l'ai expliqué l'autre jour.

**M. Guy Hermier.** Monsieur le ministre, les directions de ces trois centres ont déposé leur demande d'agrément, y compris pour obtenir le statut de dispensaire.

**M. le ministre.** Monsieur Hermier, je vous ai déjà répondu que j'instruirais ces demandes d'agrément. Ne cherchez donc pas, comme l'autre jour, à me faire un procès d'intention. Je vous assure que la lettre déjà évoquée ne valait pas agrément.

Vous m'avez ensuite demandé ce qu'il en était du centre mutualiste de Gardanne. La caisse a refusé, comme c'est son droit le plus absolu, de passer une convention de tiers payant avec ce centre. La décision a été prise régulièrement dans le cadre de l'autonomie des caisses.

Quant à la clinique de Bonneveine, elle bénéficie déjà, à ma connaissance, d'une convention de tiers payant.

Dans ces diverses affaires, je le répète, la caisse n'a fait qu'appliquer la loi, compte tenu de la règle d'autonomie des organismes de sécurité sociale, lesquels définissent eux-mêmes leurs relations avec les organismes soignants.

Je pense, monsieur Hermier, que cette réponse atteste de ma complète bonne foi.

**M. le président.** La parole est à Mme Chonavel.

**Mme Jacqueline Chonavel.** Monsieur le ministre, ma question concerne les centres de santé.

Actuellement, les fermetures de centres de santé et de soins se multiplient. D'une façon générale ceux-ci sont littéralement asphyxiés. Il ne s'agit même pas de leur extension ou de la création d'activités nouvelles, mais de leur simple survie.

Les abattements de tarifs par rapport aux tarifs conventionnels sont toujours maintenus, alors que les dépenses de salaires et de fournitures vont croissant, sans parler des investissements nécessaires au maintien d'un potentiel technique décent.

Or les services rendus par les centres de santé, au point de vue tant médical que social, sont incontestables.

D'abord, ces centres mettent à la disposition de la population, et souvent des plus défavorisés, une médecine d'équipe de qualité, regroupant en un même lieu généralistes et spécialistes qualifiés.

Ensuite, leurs équipements permettent de procéder rapidement à des bilans de santé pour établir un diagnostic précoce, de faire bénéficier du tiers payant des gens durement frappés par la crise et le chômage, de mettre ces équipements et les examens complémentaires à la disposition des médecins libéraux ou des cabinets de groupe exerçant dans le même secteur. Ces centres jouent donc un rôle complémentaire entre la médecine de ville et l'hôpital.

En outre, leur structure permet non seulement d'y effectuer des actes diagnostiques ou curatifs mais aussi d'y mener des actions préventives. La meilleure preuve on est que, sans création de nouvelles structures ni investissements supplémentaires, on a pu y implanter des centres de dépistage des tumeurs, des centres de planification et d'éducation familiale et des centres d'hygiène alimentaire. Leurs capacités en ce domaine sont loin d'être épuisées et de nouvelles actions préventives pourront y être entreprises.

Enfin, ils jouent, et de plus en plus, un rôle capital dans l'information sanitaire grâce à leurs équipes pluridisciplinaires et au personnel de santé qui y travaille.

Il faut donc que le Gouvernement dise clairement comment il envisage l'avenir des centres de santé. Mes questions sont les suivantes :

Premièrement, allez-vous mettre en œuvre les moyens nécessaires pour qu'ils puissent faire face à leur mission ?

Deuxièmement, envisagez-vous, dans un premier temps, de leur rembourser les dépenses supplémentaires occasionnées par la prise en charge du tiers payant ?

Troisièmement, allez-vous mettre un terme aux mesures discriminatoires dont ils sont victimes en supprimant les abattements effectués sur les tarifs des actes médicaux qui y sont pratiqués ?

Quatrièmement, quelles mesures allez-vous prendre pour aider à la création de nouveaux centres, là où le besoin est évident et correspond à une demande de la population ?

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

**M. le ministre de la santé et de la sécurité sociale.** Le décret d'avril 1977 qui fixe les conditions techniques d'agrément des centres de soins infirmiers indique que cette structure doit disposer en permanence de trois infirmières à plein temps, cet effectif pouvant être ramené à deux dans les centres desservant une population dispersée.

Nous avons prolongé le délai de mise en conformité jusqu'au 30 juin 1981 pour permettre aux centres de soins de s'adapter plus aisément aux nouvelles normes, et la plupart d'entre eux se sont déjà pliés sans difficulté à ces exigences de santé publique.

Vous m'interrogez sur les honoraires. Aux termes de l'arrêté du 13 mai 1976, les tarifs d'honoraires des centres de soins sont ceux fixés pour les auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral, assortis d'un abattement. La convention-type élaborée par les caisses nationales relie des taux allant de 7 à 13 p. 100.

Cette réglementation a été assouplie. L'abattement n'est pas applicable aux tarifs des indemnités horo-kilométriques et de l'indemnité forfaitaire de déplacement. En outre, la très grande majorité des centres ne sont soumis qu'au taux minimal de 7 p. 100.

Les centres de soins ont donc toute leur place dans le système de santé. Bien entendu, ils s'avèrent plus nécessaires dans les secteurs où le type de population rend la pluridisciplinarité souhaitable. Nous n'avons pas nous-mêmes à susciter la création de tels centres. Il nous revient simplement de veiller à éviter toute concurrence inutile dans l'ensemble du système de soins et, là où les besoins des populations l'exigent, à favoriser leur fonctionnement.

**M. le président.** La parole est à Mme Chonavel, pour poser sa seconde question.

**Mme Jacqueline Chonavel.** Monsieur le ministre, les centres sociaux et socio-culturels ont fait la preuve, surtout depuis les années 1960, de leur utilité, en milieu fortement urbanisé comme en milieu rural. Il en existe un peu plus d'un millier en France, mais il en faudrait des dizaines de milliers pour répondre réellement aux besoins des populations.

En effet, les familles, dont vous vous prétendez le défenseur, y trouvent des activités diversifiées, répondant à leurs préoccupations : activités d'information et de formation ; activités et services d'économie familiale ; permanences de services administratifs ; centres de soins, consultations de P. M. I., haltes-gardiennes d'enfants, permanences sociales et activités culturelles pour les jeunes, les personnes âgées, les travailleurs immigrés ; services d'aides ménagères ; activités sportives et de loisirs, en bref tout ce qui peut aider à l'animation du quartier ou du

village. Aujourd'hui, alors qu'il faudrait en accroître le nombre, les centres existants risquent de fermer leurs portes par manque de financement.

Les ressources des centres sociaux sont diverses mais elles reposent singulièrement et en premier lieu sur les caisses d'allocations familiales et les collectivités locales, lesquelles, par ailleurs, ne peuvent plus faire face à toutes les charges supplémentaires que l'Etat leur impose.

Le projet de budget pour 1981 prévoit 42,9 millions de francs pour la participation de l'Etat aux dépenses d'animation et de coordination alors que, d'après les calculs minimaux de la fédération des centres sociaux, il faudrait 53,5 millions de francs. Même si les sommes inscrites augmentent de 13 p. 100 par rapport à 1980, le retard accumulé est loin d'être comblé.

J'ajoute que les dépenses des centres sociaux sont difficilement compressibles car toujours calculées au plus juste et c'est là, par ailleurs, que nous trouvons souvent des bénévoles pour aider aux activités.

Les VI<sup>e</sup> et VII<sup>e</sup> Plans avaient considéré comme prioritaires les services collectifs de voisinage, donc les centres sociaux. En 1975, le Gouvernement s'était engagé à assurer le financement des centres à concurrence de 20 p. 100 de la fonction d'animation globale et de coordination.

Je vous demande, monsieur le ministre, comment vous allez respecter et cette priorité des VI<sup>e</sup> et VII<sup>e</sup> Plans et cet engagement des 20 p. 100 avec les maigres crédits inscrits au projet de budget que nous discutons aujourd'hui.

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

**M. le ministre de la santé et de la sécurité sociale.** Madame Chonavel, l'Etat participe depuis 1976 au financement de la fonction de coordination et d'animation des centres sociaux. La subvention de l'Etat représente 20 p. 100 du coût de la fonction et vient s'ajouter à la prestation de service de la caisse nationale d'allocations familiales qui est égale à 30 p. 100 de ce même coût.

Les centres sociaux sont ainsi parmi les rares équipements d'animation dont le fonctionnement soit partiellement pris en charge par l'Etat. Les crédits attribués à ce titre aux centres sociaux ont connu une croissance très rapide de 1976 à 1979 : ils ont été multipliés par 4,7 en quatre ans, passant de 7,5 millions de francs à 35,4 millions de francs. On a voulu, en effet, développer comme vous l'avez dit cet équipement qui représente l'élément de base du dispositif d'action sociale de quartier en faveur des familles. Plus de soixante centres sociaux nouveaux ont été créés par an et nous en aurons mille à la fin de l'année. Pour cela, il nous faut augmenter nos crédits de 13,8 p. 100 dans le budget de 1981 et nous menons parallèlement des études avec la fédération des centres sociaux et de la caisse nationale d'allocations familiales pour bien examiner l'évolution de cette aide à moyen terme.

J'ajoute, madame Chonavel, qu'il y a, outre cette aide, la prise en charge, au titre des dépenses obligatoires, de certains services installés dans les centres sociaux — P. M. I. permanence sociale, action de prévention en faveur des jeunes. Personnellement, j'attends beaucoup de la concertation avec la fédération des centres sociaux pour bien voir l'avenir, car nous devons regarder de près toutes les charges que cela représente pour l'Etat et pour la caisse d'allocations familiales et voir aussi quels sont les centres sociaux qui, à coup sûr, remplissent le mieux la mission qui leur incombe sur le plan social.

**M. le président.** Nous en revenons aux questions du groupe du rassemblement pour la République.

La parole est à M. Eymard-Duvernay.

**M. Claude Eymard-Duvernay.** Monsieur le ministre, je m'exprimerai au nom de mon collègue M. Daniel Goulet qui n'a pas pu assister à la présente séance.

L'article 4 de la loi du 29 décembre 1979 qui prévoit des réductions de capacité hospitalière, dans la limite des besoins fixés par la carte sanitaire, répond peut-être, dans bien des cas, à la nécessité de mettre fin à des situations inacceptables où des économies doivent en effet être réalisées.

Mais cette règle, qui semble être appliquée d'ailleurs sans ménagement, n'est pas sans poser des problèmes sérieux pour les petits établissements hospitaliers, notamment ceux qui, en milieu rural, assurent un service public absolument indispensable.

Effectivement, ces établissements hospitaliers ruraux desservent une population généralement plus importante que celle qui est théoriquement retenue dans la carte sanitaire régionale,

Ainsi, dans la circonscription de M. Goulet, autour de chaque unité hospitalière, ce sont plusieurs dizaines de milliers d'habitants répartis sur dix cantons qui sont concernés.

Pour prendre l'exemple particulier de la ville de Sées, le rayon d'action de l'hôpital rural s'exerce sur une population de 35 000 habitants et cinq cantons ; les trente lits de médecine s'avèrent souvent insuffisants devant l'affluence des malades, notamment en période hivernale, où il arrive de faire installer des lits supplémentaires dans ce service.

Une mesure de réduction est déjà intervenue en 1977, entraînant la fermeture du service maternité.

Aujourd'hui il s'agit d'envisager la reconversion de dix lits de médecine en lits de moyen séjour.

L'hôpital de Sées est de ces établissements qui bénéficient d'une gestion rigoureuse et efficace.

La durée moyenne des séjours a été ramenée de 53,14 en 1975 à 20,87 en 1979, alors que la moyenne nationale est de cinquante jours pour les hôpitaux ruraux. Le pourcentage d'augmentation du prix de journée pour l'établissement est de 10,55 p. 100, le plafond prévu par votre ministère étant de 11,80 p. 100.

On pourrait évoquer les situations analogues qui attendent les hôpitaux de La Ferté-Macé ou de Domfront, si les mesures que vous envisagez doivent leur être également appliquées.

Il est certain, monsieur le ministre, que ce redéploiement, qui vise en fait à une suppression de lits, sera plus évident dans les établissements ruraux, jusqu'à menacer leur existence.

Pour mesurer plus précisément les conséquences des dispositions envisagées, M. Goulet vous demande s'il ne vous paraît pas plus opportun de faire examiner toutes les situations, au vu de critères peut-être plus objectifs, par les commissions des établissements publics régionaux compétentes.

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

**M. le ministre de la santé et de la sécurité sociale.** La suppression de lits dans les hôpitaux répond à une procédure fixée par la loi. Celle-ci prévoit un avertissement du conseil d'administration, qui doit indiquer son intention de procéder à certaines suppressions. La commission régionale est ensuite consultée, puis la commission nationale. Enfin, le ministre notifie la décision, qui peut devenir effective au terme d'un délai de quatre mois laissé au conseil d'administration pour formuler d'éventuelles contrepropositions.

M. Goulet souhaite surtout que j'évoque le cas de Sées. Il s'agit de la reconversion de dix lits de médecine en moyen séjour. Pourquoi une telle reconversion ? Nous avons constaté que ces lits accusent une très longue durée de séjour ; plus de vingt jours. Il vaut donc mieux les transformer en lits de moyen séjour.

Je précise cependant — et je comprends fort bien la légitime préoccupation de M. Goulet — que cette transformation n'implique aucun changement dans les pratiques actuelles de libre choix du médecin. Je profite de l'occasion pour affirmer que, dans cette transformation, nous souhaitons maintenir aux personnes âgées qui seront hospitalisées en hôpital rural le libre accès au médecin de famille.

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

— 2 —

#### FAIT PERSONNEL

**M. le président.** La parole est à M. Léger, pour un fait personnel.

**M. Alain Léger.** Monsieur Farge, que le débat politique entre le Gouvernement et nous sur les problèmes de santé soit vif, nul ne peut s'en étonner ni s'en émouvoir, tant la politique de classe traverse ce débat.

La misère, nous la connaissons. Lorsque nous en parlons, nous savons de quoi et de qui nous parlons...

**M. Antoine Gissinger et M. François Grussenmeyer.** Nous aussi !

**M. Alain Léger.** ... et nos propos se fondent sur notre connaissance de ce grand problème national.

Aussi n'est-il pas souhaitable que nous quittions le terrain du débat politique franc, au moins dans cette enceinte, et n'est-il pas acceptable qu'un membre du Gouvernement utilise comme moyen de défense — bien pauvre au demeurant — le vieux slogan réactionnaire et fascisant : « communistes, pas français ». (*Applaudissements sur les bancs des communistes. — Exclamations sur divers bancs du rassemblement pour la République et de l'union pour la démocratie française.*)

**M. François Grussenmeyer.** Où sont les fascistes ?

**M. Jean Delaneau.** Ce n'est pas un fait personnel !

— 3 —

#### ORDRE DU JOUR

**M. le président.** Ce soir, à vingt et une heures quarante-cinq, troisième 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 Icart, rapporteur général, au nom de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan) :

Santé et sécurité sociale (*suite*) :

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.

La séance est levée.

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

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

LOUIS JEAN.