

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

6^e Législature

PREMIERE SESSION ORDINAIRE DE 1980-1981

(67^e SEANCE)

COMpte RENDU INTEGRAL

3^e Séance du Lundi 17 Novembre 1980.

SOMMAIRE

PRÉSIDENCE DE M. BERNARD STASI

1. — **Loi de finances pour 1981 (deuxième partie).** — Suite de la discussion d'un projet de loi (p.4061).

Santé et sécurité sociale.

Travail et santé.

I. — SECTION COMMUNE

III. — SANTÉ ET SÉCURITÉ SOCIALE (suite).

Réponses de M. Barrot, ministre de la santé et de la sécurité sociale; de M. Farge et de M. Montagne, secrétaires d'Etat auprès du ministre de la santé et de la sécurité sociale, aux questions de :

MM. Guillod, Delhalle, Laurain, Saint-Paul, Paul Duraffour, Charles Fèvre, Proriot, Chasseguet, Gissingier, Tondon, Cambolive, Couepel, Maujouan du Gasset, Koehl, Gilbert Gantier, Bord, Gissingier, Garrouste, Jagoret, Pringalle, Pailler, Pénicaud, Taugourdeau, Donnadiou.

I. — SECTION COMMUNE

Etat B.

Titre III. — Adoption (p.4076).

Etat C.

Titre V. — Adoption (p.4076).

III. — SANTÉ ET SÉCURITÉ SOCIALE

Etat B.

Titres III et IV. — Adoption (p.4076).

Etat C.

Titres V et VI. — Adoption (p.4077).

Après l'article 46 (p.4077).

Amendement n° 220 de M. Bapt : MM. Laborde, Gilbert Gantier, le ministre, Delancou, Comiti. — Rejet.

Amendement n° 221 de M. Malvy : MM. Malvy, Gilbert Gantier, le ministre. — Rejet.

Amendement n° 222 de M. Nucci : MM. Nucci, Gilbert Gantier, le ministre. — Rejet.

Amendement n° 223 de M. Daniel Benoist : MM. Jagoret, Gilbert Gantier, le ministre. — Rejet.

Amendement n° 224 de M. Gaillard : MM. Hugué, Gilbert Gantier, le ministre, Autain. — Rejet.

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

2. — **Ordre du jour** (p.4082).

PRÉSIDENCE DE M. BERNARD STASI,
vice-président.

La séance est ouverte à vingt et une heures quarante-cinq.

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).

SANTE ET SECURITE SOCIALE (suite).

TRAVAIL. ET SANTE (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.

Cet après-midi, l'Assemblée a abordé la phase des questions.

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

M. Raymond Guillod. Monsieur le ministre de la santé et de la sécurité sociale, le 19 mars 1946, l'Assemblée constituante décidait d'ériger les quatre vieilles colonies en départements. L'année suivante s'ouvraient les premières caisses de sécurité sociale de ces nouveaux départements. Il était convenu que la législation sur la sécurité sociale serait progressivement étendue aux quatre départements d'outre-mer. Plus de trente-quatre ans ont passé et nous constatons encore des disparités regrettables, en dépit des progrès considérables qui ont été enregistrés ces dernières années.

Le Gouvernement s'est obstiné durant trop longtemps à ne vouloir accorder les allocations familiales qu'en fonction du nombre effectif des journées de travail ; il avait perdu de vue le caractère social de ces prestations, dont on apprécie d'autant plus la valeur quand elles sont servies à des travailleurs privés d'emploi.

Depuis peu, il comprend enfin le problème puisqu'il admet les allocations familiales à caractère social par la mise en place d'une mensualisation des prestations qui ne sont plus calculées en fonction du nombre de jours de travail. Cependant, il est des cas où cette règle ne joue pas. Les exploitants agricoles, par exemple, ne bénéficient pas de l'action sociale des caisses de sécurité sociale et d'allocations familiales. Dans un autre domaine, les chefs de famille bénéficiaires de l'allocation d'adulte handicapé n'ont pas droit aux allocations familiales. Il en résulte des inégalités flagrantes : un père de famille handicapé avec huit enfants à charge dispose des mêmes ressources qu'un célibataire handicapé sans enfant.

En réponse à la question écrite que je vous avais posée sur cette affaire, vous m'aviez laissé entendre que les enfants pouvaient bénéficier de l'action sociale financée par le F. A. S. S. O., fonds d'action sanitaire et sociale obligatoire, notamment sous la forme de cantines scolaires gratuites. Cette affirmation se révèle inexacte : en application de l'article 27 de l'ordonnance n° 67-705 du 21 août 1967, l'action sociale s'étend aux seules personnes qui perçoivent au moins une des prestations familiales énumérées à l'article L. 510 du code de la sécurité sociale. Les titulaires de la seule allocation d'adulte handicapé, qui ne bénéficient pas des prestations familiales, n'ont donc pas droit à l'action sociale des caisses d'allocations familiales.

Vous m'aviez annoncé que l'extension du bénéfice des prestations familiales aux titulaires de l'allocation aux adultes handicapés devait faire l'objet de prochaines décisions de la part du Gouvernement. A quel moment seront prises ces décisions qui répareront une grave injustice à l'égard de compatriotes et d'enfants qui méritent la sollicitude de la nation ?

Ma deuxième question concerne le fonctionnement des hôpitaux.

Les contraintes budgétaires imposées aux établissements hospitaliers ont provoqué des difficultés considérables que les conseils d'administration n'ont pas manqué de vous signaler. Les établissements qui avaient une gestion prudente, voire timide, sont pénalisés et nettement défavorisés par rapport à ceux qui, au contraire, pratiquaient une politique budgétaire audacieuse. Les premiers ne peuvent donc plus avoir un budget équilibré compte tenu de l'érosion monétaire et des augmentations obligatoires et légales des traitements du personnel. Cette situation est grave car elle a souvent des répercussions sur la qualité des services.

Président du conseil d'administration d'un hôpital, il m'a été donné de constater les difficultés que rencontraient les administrateurs et la direction pour exécuter le budget. En dépit d'une gestion très rigoureuse des dépenses consacrées au personnel, les crédits alloués demeurent nettement insuffisants.

Quand on sait que, pour un effectif autorisé de 190 agents pour 211 lits, la moyenne mensuelle du personnel a été de 182,75 : qu'il n'a été procédé à aucun remplacement d'agents en congé annuel ou en congé de maladie ; que le traitement du mois de décembre ne pourra être assuré faute de crédits, il faut admettre qu'il y a une faille dans le système qui a été mis en place par le ministère de la santé pour réduire le déficit de la sécurité sociale.

S'il est normal d'exiger des hôpitaux une administration rigoureuse, il n'est pas admissible que le dispositif puisse paralyser et pénaliser les établissements qui, avant la lettre, avaient une gestion exemplaire. Quelles mesures comptez-vous prendre pour assurer le fonctionnement normal de ces établissements ?

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

M. Jacques Barrot, ministre de la santé et de la sécurité sociale. Monsieur le député, j'ai déjà eu l'occasion de m'expliquer sur le premier point que vous avez évoqué, celui du versement des prestations familiales dans les départements d'outre-mer.

Un progrès très important a déjà été accompli dans ce domaine, mais des problèmes subsistent, notamment quant à l'ouverture des droits en fonction de l'activité professionnelle. Les conditions d'ouverture des droits ont été assouplies pour certaines catégories de personnes. Une réflexion se poursuit à cet égard à l'échelon interministériel. J'ai pris acte avec attention de vos demandes sur ce point.

Sur le problème hospitalier relatif à votre département, je laisse à M. Farge le soin de vous répondre.

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

M. Jean Farge, secrétaire d'Etat. Monsieur le député, vous avez à juste titre évoqué la situation des hôpitaux des départements d'outre-mer. Je répondrai à cette question importante en vous donnant le plus de précisions possible.

Je vous fais d'abord observer que l'effort accompli au profit des départements d'outre-mer en matière d'équipement hospitalier a été considérable au cours des dernières années. Je cite quelques exemples pour fixer les idées : à la Guadeloupe, 555 lits neufs en 1978 et 180 lits en 1980 ont été ouverts à l'hôpital de Pointe-à-Pitre ; à la Martinique, 283 lits neufs ont été installés à l'hôpital de La Trinité et 744 lits neufs seront mis en service en 1982 à l'hôpital de La Ménéard à Fort-de-France ; en Guyane, 170 lits de psychiatrie ont été créés en 1976 à l'hôpital de Cayenne ; à la Réunion, 459 lits ont été ouverts en 1980 à l'hôpital de Saint-Pierre.

Pour ces départements d'outre-mer, c'est un total de 2 400 lits neufs d'hospitalisation environ qui a été mis en service au cours des dernières années. Cet effort était tout à fait justifié et nécessaire ; il a d'ailleurs produit d'heureux résultats puisque les départements d'outre-mer ont très largement rattrapé leur retard en matière de protection sanitaire. Je n'en citerai qu'un exemple : si la mortalité infantile dans ces départements reste malheureusement supérieure au taux métropolitain, elle y a plus rapidement diminué au cours des dernières années qu'en métropole.

Les règles de gestion appliquées aux hôpitaux des départements d'outre-mer sont identiques à celles qui sont en vigueur en métropole. Les hôpitaux de ces départements ont été invités à pratiquer des règles de gestion rigoureuses. Lors de mon intervention de cet après-midi j'ai expliqué les raisons de cette rigueur.

Mais je vous donne très volontiers acte, monsieur le député, qu'une hausse des prix particulièrement plus élevée qu'en métropole, a été enregistrée en 1980 dans les départements d'outre-mer. Aussi je puis vous donner la certitude que nous examinerons, par dérogation au plan national, la situation de tous les hôpitaux des départements d'outre-mer.

Enfin, monsieur le député, reprenant l'esprit des propos de M. Jacques Barrot, je répète que nous portons à ces hôpitaux un intérêt naturel, identique à celui que nous marquons d'une façon générale pour les départements d'outre-mer. En outre, nous considérons qu'ils sont en quelque sorte la vitrine des réalisations hospitalières françaises dans les différentes régions du monde où ils sont implantés. Ainsi, les établissements construits dans les départements français des Antilles ont permis à notre industrie hospitalière d'exporter son savoir-faire, ses équipements et ses matériels dans les régions voisines. C'est là une raison supplémentaire de l'intérêt soutenu que nous continuerons de porter à l'équipement hospitalier des départements d'outre-mer.

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

M. Jacques Delhalle. Monsieur le ministre, je poserai une première question concernant les travaux d'humanisation des hôpitaux et particulièrement ceux qui sont entrepris à l'hôpital de Bar-sur-Seine, dans le département de l'Aube.

Par délibération du 13 juillet 1979, le conseil d'administration décide la restructuration de l'établissement et l'humanisation de l'hospice et désigne un architecte local. A la demande de M. le préfet, sur intervention de votre ministère il est indiqué qu'un architecte agréé est indispensable. Le conseil d'administration désigne alors l'architecte parisien agréé auquel a été confiée la construction des unités de soins normalisées comme le demandait, par lettre du 6 août 1980, la direction départementale de l'action sanitaire et sociale. L'avant-projet est approuvé, l'ordre est donné à l'architecte d'établir le dossier définitif le 17 septembre.

C'est alors que, par lettre du 7 octobre, M. le préfet avertit le président du conseil d'administration que tout est remis en question, car un concours a été lancé le 30 juin 1980 et les lauréats n'en seront connus que dans quelques mois.

Vous avez souvent déclaré, monsieur le ministre, que les crédits n'étaient pas consommés assez rapidement. Que pensez-vous de l'attitude de l'administration dans ce cas précis ?

Je n'ose imaginer qu'elle est délibérée afin de retarder la consommation des crédits. Est-ce une simple erreur que de donner le feu vert à une opération le 6 août, alors qu'un concours a été lancé le 30 juin ?

Si l'architecte désigné par le ministère n'est pas celui précédemment choisi par le conseil d'administration, qui paiera les frais de dossiers déjà établis ?

Telle est, monsieur le ministre, cette histoire ubuesque pour laquelle j'aimerais avoir votre avis.

Elle me conduit à vous poser une deuxième question qui concerne plus généralement le financement des actions sociales pour le maintien à domicile et la gestion des centres sociaux, qu'ils soient ruraux ou urbains.

Les centres sociaux ne peuvent fonctionner que grâce à un multifinancement. Le VI^e Plan avait préconisé un multifinancement impliquant l'Etat, les collectivités locales et les organismes de sécurité sociale. Ces derniers devaient couvrir en moyenne entre 40 et 65 p. 100 des dépenses globales.

En raison du plafonnement et de la régression des crédits d'action sociale des caisses d'allocations familiales, nous sommes maintenant bien loin du compte et les municipalités voient la charge qui leur incombe augmenter dans des proportions insoutenables.

S'agissant du maintien à domicile, je ne parlerai pas des aides ménagères accordées aux personnes du troisième âge, puisque vous avez déjà répondu à Mme Avicé. En revanche, en ce qui concerne les travailleuses familiales, le système de la forfaitisation aboutit à la diminution des moyens mis à la disposition des organismes, puisque ceux-ci ne peuvent faire face à l'augmentation des frais de personnels inhérents à une convention collective, alors même qu'il serait malvenu de reprocher la prise en charge des frais de déplacement et de formation.

Ma question est donc double. Premièrement, la politique de maintien à domicile prônée à juste titre par le Gouvernement disposera-t-elle des moyens nécessaires pour s'exercer valablement ?

Deuxièmement, les centres sociaux pourront-ils bénéficier de conventions pluriannuelles assurant leur fonctionnement grâce à la revalorisation du plafond des crédits de la caisse nationale d'allocations familiales, au moins à la hauteur de 1978 en francs constants, et à une progression raisonnable de la prestation de service de l'Etat associée à une revalorisation du fonds d'action sociale des caisses d'allocations familiales ?

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

M. le ministre de la santé et de la sécurité sociale. Monsieur Delhalle, dans le cadre de la modernisation et de l'humanisation de ses services, l'hôpital de Bar-sur-Seine a bénéficié, en 1975, d'une première tranche de travaux pour soixante lits de médecine et de maternité.

Désormais, vous vous préoccupez de la deuxième tranche. Il convient d'être clair : il ne s'agit pas d'un problème d'architecte mais d'un problème de programme que nous allons d'ailleurs tenter de résoudre ensemble, monsieur Delhalle. Il convient en effet de déterminer la destination des 246 lits d'hospice, sur lesquels nous entendons moderniser 80 lits. Faut-il s'orienter vers le long séjour ? vers les maisons de retraite, avec section de cure médicale ? Telle est la question qui demeure posée.

Même si vous ne semblez pas tout à fait convaincu, je puis vous assurer que nous allons dès demain matin examiner le problème. Si la détermination du programme ne soulève plus de difficulté, monsieur Delhalle, je suis formel : vous devez pouvoir bénéficier du concours du même architecte qui a déjà assuré la réalisation de la première tranche des travaux. En présence des responsables de mon ministère, je m'engage à donner les instructions nécessaires pour que, dès demain, le contact soit pris avec le directeur de l'établissement afin de régler ces difficultés.

Monsieur Delhalle, vous avez également évoqué le fonctionnement des centres sociaux, comme nombre de parlementaires. Ainsi que je l'ai déjà indiqué, un effort important a déjà été consenti depuis 1976 en leur faveur, alors même que leur nombre atteint le millier.

Il s'agit aujourd'hui de faire le point afin de prévoir les dépenses qui incomberont à moyen terme tant aux caisses d'allocations familiales qu'au budget de l'Etat. Les centres sociaux, je le répète, sont l'une des rares institutions à bénéficier d'une subvention de fonctionnement de l'Etat. Aussi, monsieur le député, convient-il de gérer cette aide avec beaucoup de soin. Je n'ignore pas — car je m'en suis entretenu avec vous — que le centre social auquel vous vous référez opère tout à fait dans l'esprit que nous souhaitons.

Le dialogue que j'entends poursuivre avec la fédération concernée vise également à bien cerner la mission prioritaire des centres sociaux. En effet, nous ne sommes nullement hostiles à la poursuite d'une politique à laquelle je crois personnellement ; encore convient-il que l'objectif visé soit conforme aux priorités sociales.

M. le président. Nous en revenons aux questions du groupe socialiste.

La parole est à M. Laurain.

M. Jean Laurain. Monsieur le ministre, ma question porte sur la politique des prestations aux personnes âgées et aux handicapés adultes.

Vos prédécesseurs et vous-même n'avez cessé d'affirmer que le but de la politique sociale du Gouvernement était de promouvoir une meilleure intégration sociale et le respect de la dignité et de l'autonomie de chacun.

Mais pour mener une telle politique, il faut s'en donner les moyens. On ne peut dire que ce soit le cas de votre projet de budget qui ne propose aucune mesure nouvelle en ce qui concerne les ressources financières minimales dont peuvent disposer les personnes âgées et les handicapés adultes. Ces ressources restent actuellement fixées à 1 300 francs par mois pour les bénéficiaires du minimum vieillesse et pour les adultes handicapés, soit un peu moins de 55 p. 100 du S. M. I. C. On compte encore 1,9 million de personnes âgées qui doivent se contenter de ce minimum.

Comment peut-on vivre avec une telle somme alors même que l'âge ou le handicap sont des sources de dépenses supplémentaires ?

S'agissant de retraites, il faut rappeler que sur 9 millions de retraités, plus de 4 millions vivent avec des ressources inférieures au S. M. I. C. Les retraites moyennes ont perdu 4 p. 100 de leur pouvoir d'achat en moins de deux ans.

On peut mentionner aussi, parmi les prestations contributives qui n'ont pas été revalorisées, la majoration pour conjoint à charge qui reste fixée à 4 000 francs par an depuis 1976, la réduction de 50 p. 100 des ressources à la mort du conjoint titulaire de la retraite sans pour autant que les dépenses se trouvent réduites de moitié.

Ainsi nous pouvons constater que votre politique de prestations en matière de vieillesse et pour les personnes handicapées ne fait que renforcer les inégalités et que les plus vieux, les plus handicapés, les plus isolés et les plus pauvres sont les mêmes.

Alors, monsieur le ministre, je vous pose la question : quelles mesures comptez-vous prendre afin de permettre à tout citoyen de vivre décemment ?

Pour notre part, nous pensons qu'il est indispensable de porter immédiatement le taux de la pension de réversion de 50 à 60 p. 100. C'est l'objet de la proposition de loi socialiste n° 595.

Nous estimons surtout qu'une revalorisation immédiate du minimum vieillesse et de l'allocation aux adultes handicapés est nécessaire avec un premier palier fixé à 1 700 francs par mois et un deuxième à 80 p. 100 du S. M. I. C. Je rappelle à ce sujet que le groupe socialiste a déposé au mois de décembre 1978 une proposition de loi n° 878 relative à la réévaluation des prestations contributives et non contributives de vieillesse.

Cette proposition de loi a été rapportée devant la commission des affaires culturelles, familiales et sociales et adoptée par elle le 13 décembre 1979. Il dépend de vous qu'elle soit inscrite à l'ordre du jour de l'Assemblée nationale. Pourriez-vous publiquement donner votre accord ?

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

M. Rémy Montagne, secrétaire d'Etat. Le taux moyen des allocations servies aux adultes handicapés suit le même rythme d'évolution que le minimum vieillesse, c'est-à-dire que depuis 1975, il a enregistré une progression de 9 p. 100 par an en pouvoir d'achat.

Vous n'ignorez pas que l'allocation aux handicapés est versée par les caisses d'allocations familiales alors que l'allocation compensatrice relève de l'aide sociale dont les crédits vous ont été présentés. En outre, le versement du minimum vieillesse ne concerne qu'indirectement le budget de l'Etat. Si cette prestation a enregistré une augmentation de son pouvoir d'achat en cinq ans, c'est que son relèvement fait l'objet d'une priorité gouvernementale. Vous êtes donc en droit de penser que l'évolution continuera dans ce sens.

M. François Autain. Il faut espérer !

M. Jean Laurain. La réponse est faible.

M. le président. La parole est à M. Saint-Paul.

M. André Saint-Paul. Monsieur le ministre, je voudrais évoquer en quelques phrases un problème qui mériterait un long développement et qui préoccupe tous ceux qui ont la responsabilité du sort des malades mentaux. N'ayant pas le temps d'aborder le problème au fond, je limiterai mon propos à trois brèves observations.

Les divers rapports qui ont été publiés mettent en évidence, dans notre pays, une disparité considérable entre les divers établissements spécialisés en psychiatrie.

Disparité portant sur les installations matérielles : de nombreux hôpitaux psychiatriques anciens ont été les grands oubliés de

l'humanisation, alors que certains départements ont réussi à rénover ou à construire des établissements modernes, parfaitement adaptés aux méthodes nouvelles de la thérapeutique.

Disparité portant sur la mise en place de la sectorisation, préconisée maintenant depuis vingt ans. Inappliquée ou inapplicable dans certains établissements, cette sectorisation a été consciencieusement et avec persévérance menée à bien dans d'autres hôpitaux, en dépit des nombreuses difficultés de toutes sortes que vous connaissez bien, monsieur le ministre, la principale étant celle du financement, et par conséquent celle des moyens.

Ma troisième observation portera sur le nombre des personnes âgées qui sont actuellement traitées dans les centres psychiatriques et dont la présence dans ces services est assez souvent discutée.

Me référant à mon expérience personnelle, j'atteste volontiers que les personnes âgées qui sont admises dans ces établissements que je connais bien sont des malades atteintes de troubles psychiatriques caractérisés et qu'en l'état actuel des structures existantes elles ne peuvent valablement, médicalement et humainement être soignées ailleurs.

Votre prédécesseur, Mme Simone Veil, exposant pour la dernière fois à cette tribune le bilan de son action ministérielle, regrettait « de n'avoir pu se pencher davantage sur les problèmes que pose en France l'organisation de la psychiatrie. »

Il est vrai qu'une réforme s'impose. La généralisation de la sectorisation sera sans doute une des solutions, mais je redoute dans ce domaine les conséquences désastreuses que ne manquerait pas de provoquer une mutation brutale qui n'aurait pas été mûrement réfléchie et programmée dans le temps.

Ma question est simple, monsieur le ministre. Parmi les nouvelles dispositions que vous avez prévues concernant les hôpitaux publics, comment envisagez-vous le devenir des malades mentaux ? A la suite des propos que vous avez tenus à la fin de votre exposé, je pose une question complémentaire : vos services attendront-ils le résultat des études que vous avez entreprises pour proposer des décisions qui, si elles étaient trop hâtives, seraient très préjudiciables aux malades et à ceux qui les soignent ?

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

M. le ministre de la santé et de la sécurité sociale. Je vous remercie, docteur Saint-Paul, d'avoir bien voulu aborder ce problème qui est très préoccupant pour le ministre de la santé et de la sécurité sociale que je suis.

Je reconnais d'abord que le département de l'Ariège est doté d'un établissement psychiatrique moderne. Ouvert en 1969, cet hôpital situé à Saint-Lizier répond incontestablement aux exigences de la thérapeutique moderne.

Il est vrai que les activités extrahospitalières de secteur ne sont pas encore suffisamment développées. Au cours de la discussion générale, un orateur a souligné à juste titre qu'il ne fallait pas créer une opposition entre hôpital et secteur. Je le crois aussi, car il s'agit en l'espèce d'une complémentarité.

Il est certain que, pour la psychiatrie des adultes, des points de consultation d'hygiène mentale existent et un système de visites à domicile est prévu. Des progrès restent cependant à faire en ce qui concerne l'articulation entre l'organisation psychiatrique et, je dois le dire, l'ensemble de la médecine générale, en particulier s'agissant des institutions pour personnes âgées.

Vous soulevez, monsieur Saint-Paul, le problème de l'hospitalisation en milieu psychiatrique d'un nombre très important de personnes âgées. Il est vrai que, dans des départements comme le vôtre et le mien, la situation démographique est telle que les personnes âgées sont plus nombreuses que dans d'autres. Mon souci est de trouver une formule adaptée à cette gérontologie à prédominance psychiatrique, si je puis m'exprimer ainsi. Sans doute conviendra-t-il dans l'avenir d'essayer de mieux distinguer une psychiatrie active et une psychiatrie plus adaptée à ces personnes âgées.

Je m'efforcerais donc, monsieur le député, d'éviter deux écueils. Le premier serait la précipitation. Ainsi que je l'ai promis à ses membres, je présenterai volontiers à la commission des affaires culturelles un rapport, dont la rédaction n'est pas encore entièrement achevée, concernant ce problème.

A certains moments toutefois — c'est le deuxième écueil à éviter — il convient de ne pas trop retarder l'action à mener.

Ce qui me frappe, s'agissant de la psychiatrie dans notre pays, c'est la différence existant entre les départements.

Dans certains, pour une série de facteurs que nous essayons d'analyser, la politique menée est de très bonne qualité. Dans d'autres, ce n'est pas toujours le cas. C'est dire qu'en se gardant de toute précipitation, une action valable doit être néanmoins entreprise.

En ce qui concerne le département de l'Ariège, monsieur Saint-Paul, connaissant l'effort qu'a consenti ce petit département en matière de psychiatrie, je reste à votre disposition pour vous donner toute précision complémentaire.

M. le président. La parole est à M. Paul Duraffour.

M. Paul Duraffour. Un million trois cent mille blessés — un toutes les six secondes de travail — 15 000 invalides permanents, 4 600 morts — un toutes les quarante minutes de travail — tel est le lourd bilan annuel des victimes du travail en France.

Je m'abstiendrai de souligner la responsabilité, souvent très lourde, de la direction des entreprises. La catastrophe de Liévin et, tout récemment, les deux accidents dramatiques consécuteurs dans la société Rhône-Poulenc en sont des preuves.

Des trois grands problèmes relatifs aux accidents du travail — la prévention, la réparation, la réinsertion des mutilés — le premier et le troisième relèvent, me semble-t-il, monsieur le ministre, des attributions de votre collègue le ministre du travail et de la participation.

Toutefois, pourriez-vous nous assurer dès aujourd'hui que le Gouvernement fera voter au cours de la présente session le projet de loi relatif à la protection de l'emploi des salariés victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, projet qui a été adopté par le Sénat dans sa séance du 30 octobre dernier, et que l'opposition n'a d'ailleurs pas voté puisqu'il exclut les accidents de trajet ? Bien qu'il ne relève sans doute pas non plus de votre compétence, je signale néanmoins le problème, très préoccupant, de l'indemnisation des chômeurs handicapés.

Monsieur le ministre, vous avez certainement pris connaissance et étudié avec soin les revendications essentielles des mutilés du travail qui relèvent de votre compétence. Quel sort complexez-vous réserver à ces doléances, dont j'énumère les principales et qui, toutes, me semblent amplement justifiées : réparation intégrale des conséquences de l'accident, problème capital que j'ai évoqué à maintes reprises à la tribune de cette assemblée ; indemnisation des ayants droit ; revalorisation des rentes et des indemnités journalières pour tenir compte, à l'évidence, de l'inflation ; réforme du contentieux de la sécurité sociale ; élaboration d'un véritable statut du handicapé ; règlement du problème de l'appareillage et de l'accessibilité des handicapés aux lieux publics, aux transports, aux logements, aux loisirs, à la culture et aux sports — ces dernières questions relèvent sans doute des attributions de vos collègues le ministre des transports et le ministre de l'environnement et du cadre de vie.

J'espère que vous pourrez répondre à toutes mes questions qui, en fait, n'en font qu'une, puisqu'elles recouvrent la politique que vous entendez conduire à l'égard des mutilés du travail.

Nous avons demandé aussi que les rentes du conjoint survivant à l'accidenté du travail n'entrent pas en ligne de compte pour le calcul des ressources auxquelles est subordonné l'octroi de l'allocation de veuvage mise en place par la loi du 17 juillet dernier. Il serait anormal, en effet, qu'une veuve d'accidenté du travail ne puisse prétendre à cette allocation, financée par les cotisations de tous les salariés, parce qu'il est tenu compte de la rente dont elle bénéficie en raison du préjudice que constitue la perte de son mari.

Pensez-vous pouvoir donner une réponse positive à ma question ?

Pour terminer, je déplore qu'à part une courte réponse à notre collègue M. Hage sur les accidents du travail, le problème spécifique des mutilés du travail n'ait été évoqué ni par vous, ni par MM. les secrétaires d'Etat. Ne pensez-vous pas que leur sort bien difficile mérite mieux que ce silence ? (Applaudissements sur les bancs des socialistes.)

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

M. le ministre de la santé et de la sécurité sociale. Monsieur Paul Duraffour, qu'il n'y ait aucune ambiguïté. Nous ne gardons pas le silence, mais les problèmes dont nous avons la charge sont si vastes et si multiples qu'il est difficile de les traiter tous à fond !

Sur les problèmes des accidents et des mutilés du travail, je suis toujours prêt à m'expliquer devant l'Assemblée nationale, et je vais vous répondre très précisément.

Vous avez d'abord parlé de la prévention. Les effectifs des services qui en sont chargés, au sein des caisses régionales d'assurance maladie, se sont accrus de près de 50 p. 100 entre 1974 et 1979 et les dépenses du fonds national de prévention ont été multipliées par deux dans la même période.

Ensuite, pour ce qui est des moyens d'action, la réglementation s'est étoffée de façon importante ; elle a ainsi prévu l'interdiction du travail au rendement dans le secteur des explosifs ;

il s'agit là d'une innovation dans le droit social français. J'ajoute qu'a été organisée en 1979 et en 1980 une campagne nationale sur les accidents du travail. Nous entendons bien la poursuivre.

Quant à la réparation, monsieur Paul Duraffour, l'indemnisation à 100 p. 100 de la victime d'un accident du travail, avant que la maladie ne soit « consolidée », a été réalisée pour le personnel mensualisé. En ce qui concerne la revalorisation des indemnités journalières, un mécanisme d'indexation automatique et périodique est en cours d'élaboration pour tous les accidents du travail. C'est une affaire très délicate à laquelle je suis personnellement très attaché.

J'en viens aux rentes d'accidents du travail. La refonte du barème d'invalidité est une question importante; le décret est prêt. Il va être soumis officiellement à la caisse nationale d'assurance maladie et au Conseil d'Etat. Dieu sait que cette réforme chemine depuis longtemps! Mais enfin, elle est sur le point d'aboutir. Pour ce qui est de la revalorisation des rentes d'accidents du travail, le système actuel a permis d'augmenter notablement leur pouvoir d'achat : 4,4 p. 100 par an depuis 1973. Nous envisageons encore une amélioration.

S'agissant du contentieux, nous pensons que le contentieux technique présente des avantages. J'ai rappelé tout récemment à nos caisses de sécurité sociale l'obligation de communiquer à l'accidenté son dossier médical intégral.

Enfin, monsieur Paul Duraffour, je vous confirme que l'allocation de veuvage sera allouée aux veuves d'accidentés du travail et qu'elle pourra être cumulée avec une rente dans la limite d'un certain plafond.

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

J'invite de façon pressante tous les intervenants à bien vouloir poser leur question avec plus de concision. M. Fèvre, à qui je donne la parole, voudra donner l'exemple, j'en suis persuadé.

M. Charles Fèvre. Monsieur le président, je vais m'y efforcer.

M. le président. Vous y parviendrez, j'en suis sûr! (Sourires.)

M. Charles Fèvre. Monsieur le ministre, la loi du 28 décembre 1979 sur la sécurité sociale oblige les personnes exerçant plusieurs activités à cotiser simultanément aux régimes dont relèvent ces activités, les prestations n'étant d'ailleurs acquises que d'un seul régime.

Si la double ou triple cotisation se justifie pour certaines activités, il n'en va pas de même pour d'autres que la surcharge des cotisations qui leur sont imposées met en péril. Tel est le cas, en Haute-Marne, des artisans vanniers, qui cultivent eux-mêmes l'osier et l'utilisent pour leurs fabrications de vanerie.

La loi que j'ai mentionnée les oblige, en effet, à cotiser à deux régimes, le régime artisanal pour leur production, le régime agricole pour la culture de l'osier. Or, il s'agit de petites unités artisanales dont les marges bénéficiaires sont faibles et qui subissent déjà la très vive concurrence de produits étrangers importés à bas prix.

Je vous ai écrit à ce sujet à plusieurs reprises, monsieur le ministre, ainsi qu'à vos collègues de l'agriculture, d'une part, du commerce et de l'artisanat, d'autre part, sans obtenir autre chose que l'assurance, certes précieuse, mais insuffisante, que le problème était étudié « sérieusement et attentivement ».

Si la loi de 1979 n'était pas modifiée très vite, ou si l'interprétation souple que je vous ai suggérée, le 19 septembre dernier, n'était pas admise — il faudrait considérer, par exemple, qu'il n'y a pas double activité, mais deux aspects complémentaires d'une même activité — nos artisans vanniers, et bien d'autres « doubles actifs » touchés également, disparaîtraient en raison du poids des charges. En tout cas, ils devraient abandonner la culture de l'osier, ce qui priverait tout un canton, celui de Fayl-Billot, dont c'est la principale activité, d'une ressource importante pour le Sud-Est haut-marnais.

Les effets de cette loi se révéleraient ainsi en contradiction avec les efforts consentis par le conseil général de la Haute-Marne et l'établissement public régional de Champagne-Ardenne pour relancer et soutenir cette activité, ainsi que pour faciliter la création d'entreprises artisanales dans ce secteur.

Pouvez-vous, monsieur le ministre, me donner l'assurance qu'une solution rapide et définitive sera trouvée à ce problème des doubles ou multiples cotisations? Après en avoir beaucoup parlé avec nombre de mes collègues, il me paraît que la seule solution équitable est l'abrogation pure et simple de la disposition en cause. Vous êtes vous-même sensible à ce problème, je le sais. Comptez-vous faire inscrire à l'ordre du jour un projet de loi en ce sens au cours de la présente session?

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

M. Jean Farge, secrétaire d'Etat. Monsieur le député, vous me posez une question difficile, qui a déjà été abordée à la fin de l'après-midi par l'un de vos collègues, M. Barnier. Je passerai donc très vite sur les circonstances « historiques » qui ont conduit à créer cette cotisation d'assurance maladie pour les polyactifs.

Je me bornerai à rappeler que la règle de la double cotisation, d'initiative parlementaire, est apparue au moment de l'adoption de la loi du 28 décembre 1979. A l'époque, le Gouvernement avait fait observer que, pour le fonctionnement, les problèmes ne manqueraient pas. Il ne s'y était pourtant pas opposé car l'institution de cette cotisation sur les pluriactifs lui semblait répondre à un souci d'équité.

Tout à l'heure, M. Barnier a parlé des moniteurs de ski, plus généralement des pluriactifs dans les zones de montagne. Vous, vous avez évoqué, ce qui est bien naturel, un cas propre à votre circonscription. Vous songez surtout aux artisans vanniers osieristes, artisans à titre principal et agriculteurs à titre secondaire.

Par conséquent, en application de cette disposition, les artisans vanniers cotisent à la fois au régime de leur profession principale, celui des non-salariés non agricoles, et au régime agricole.

Vous nous demandez comment faciliter le règlement d'un problème qui ne se pose pas de notre fait, je vous le rappelle. En vertu de la loi d'orientation agricole, un décret, applicable dès le début de l'année prochaine, allégera la cotisation au régime agricole des artisans vanniers, dans la mesure où l'activité agricole est pour eux secondaire.

La cotisation « secondaire », si je puis dire, demandée à ces pluriactifs, sera donc une cotisation de solidarité, à taux réduit, très inférieure à celle que paient les agriculteurs à titre principal affiliés au B. A. P. S. A.

Ce décret autorisera même des exonérations lorsque l'activité agricole, ce qui sera peut-être le cas des artisans vanniers, sera très réduite.

Enfin, le ministère de la santé et de la sécurité sociale et le ministère de l'agriculture donneront, il va de soi, les instructions nécessaires, tant aux caisses de mutualité sociale agricole qu'aux caisses du régime des travailleurs indépendants, pour que la même réglementation soit appliquée dans tous les départements, ce qui, si j'ai bien compris votre question, ne semble pas exactement être le cas actuellement.

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

M. Jean Proriot. Monsieur le ministre, ma question porte sur les prix de journée dans les maisons de retraite et dans les foyers de personnes âgées.

Dans les projets de budget, ces prix sont calculés au mois d'octobre de l'année précédant l'année d'exécution. Avec les hausses de prix que nous subissons, les prévisions de coûts deviennent de plus en plus aléatoires, voire impossibles. Au fil des mois, la réalité les dément.

Dans une instruction conjointe de vous-même et du ministre de l'économie et du budget, n° 3377, du 17 septembre 1980, relative au respect des budgets primitifs des établissements sanitaires et sociaux, pour cette année — cette instruction reprenait elle-même la circulaire interministérielle n° 2761 du 17 septembre 1979 — vous avez admis des dérogations à la règle du refus de toutes autorisations budgétaires nouvelles, c'est-à-dire de tout budget supplémentaire. Or les conditions de ces dérogations sont trop rigides et surtout leurs limites sont trop strictes puisque la révision peut atteindre 2 p. 100 au plus.

Pensez-vous assouplir cette position et retenir ouvertement le principe d'une mise à niveau annuelle mieux adaptée à l'aggravation des coûts de fonctionnement?

J'en viens au problème de fond, le calcul des prix de journée. Je fonderai ma courte démonstration sur trois séries de pourcentages relatifs à l'augmentation : le taux admis, le taux réel, et le taux de progression des revenus des personnes âgées. Je m'appuie sur un cas concret que vous pourrez aisément vérifier « sur le terrain ».

Pour déterminer les prix de journée de 1980, les D. D. A. S. S. ont notifié aux gestionnaires le taux maximum d'augmentation en octobre 1979 : 10,30 p. 100 pour les dépenses de personnel et 9,8 p. 100 pour les dépenses d'énergie et toutes les autres dépenses. Or, les dépenses de personnel et d'énergie représentent les deux tiers environ des dépenses totales.

Les dépenses d'énergie, en particulier, ont augmenté, entre le mois d'octobre 1979, époque de préparation des budgets et le mois de septembre 1979, de 39,33 p. 100, presque 40 p. 100. Avec le taux de 9,8 p. 100 prévu, l'écart est de plus de 30 p. 100. Durant la même période, les dépenses de personnel ont augmenté de 14,28 p. 100, dans le respect des principes définis dans la convention collective de 1951 pour les établissements privés. Le taux d'augmentation est plus élevé encore si l'on y intègre les glissements d'ancienneté et de technicité du personnel.

La progression admise était de 10,30 p. 100 soit un écart d'au moins 4 p. 100. Les prévisions sont encore plus pessimistes pour 1981.

Parlons maintenant de l'évolution des revenus des résidents en maisons de retraite ou de personnes âgées en raisonnant à partir du cas d'une personne percevant la retraite minimum, plus le fonds national de solidarité et l'allocation de logement. Du troisième trimestre de 1979 au troisième trimestre de 1980 les revenus ont augmenté de 15,56 p. 100 pour les retraités et de 12,89 p. 100 pour les allocations de logement. Nous nous réjouissons tous que ces hausses soient supérieures à celle du coût de la vie. Elles constituent une amélioration certaine de la situation matérielle et morale des personnes âgées. Mais ces pourcentages sont supérieurs à ceux qui sont admis pour les prix de journée, qui restent à la traîne. Une telle disparité rend inévitables les déficits de gestion des établissements publics ou privés. Même bien gérés, ils ne peuvent mathématiquement, s'en sortir. Que comptez-vous faire pour les aider en 1981, car je crains qu'on ne puisse paraphraser, en l'inversant, la formule de votre collègue le ministre de l'agriculture : « L'agriculture française va bien en chiffres globaux, mais les agriculteurs vivent mal. » Les personnes âgées retraitées vont mieux, mais les établissements sanitaires et sociaux qui les hébergent vivent mal.

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

M. le ministre de la santé et de la sécurité sociale. Je vous remercie, monsieur Proriol, de m'offrir l'occasion de m'expliquer sur les mesures concernant les budgets des maisons de retraite. En 1980, comme en 1979, la règle était l'absence de budget supplémentaire en cours d'année pour les établissements sociaux, comme pour les établissements sanitaires.

En effet, notre souci est d'inciter les gestionnaires à intégrer toutes les dépenses prévisibles dans le budget initial. En 1980, il est vrai que, en raison du glissement des prix, la règle a été difficile à appliquer dans les établissements qui n'ont pas bénéficié, comme les établissements hospitaliers, de la baisse de cotisations à la caisse de retraite des agents des collectivités locales. Vous venez de fournir une démonstration parfaitement convaincante de ces difficultés.

En fait, monsieur Proriol, la circulaire du 17 septembre 1980 a prévu la possibilité d'un examen particulier au niveau départemental, par établissement, de la gestion et des conditions de l'équilibre financier des établissements, examen qui peut conduire à une revalorisation du budget et des prix de journée dans la limite de 2 p. 100 des dépenses d'exploitation approuvées.

Certes, l'augmentation n'est pas automatique, car il faut tenir compte de la situation particulière des établissements. Ceux-ci, vous le savez bien, subissent le poids du passé. Ainsi certains employaient depuis déjà plusieurs années un personnel laïque, alors que dans d'autres nous trouvons du personnel religieux. De ce fait, des distorsions se sont produites. Nous voulons essayer de les corriger en procédant à un examen cas par cas.

Celles que vous venez de me signaler, j'ai quelques raisons, comme vous, de bien les connaître. Je vais immédiatement ordonner un nouvel examen. Deux hypothèses sont envisageables. Ou l'augmentation est nécessaire et justifiée, ce que vous nous en avez dit semble le prouver. Dès lors, nous devons accepter la hausse de 2 p. 100. Ou bien l'augmentation est plus faible que dans d'autres établissements, et l'ajustement nécessaire sera opéré lors de la préparation du budget de 1981.

En tout cas, monsieur Proriol, nous nous préoccupons de la rigueur de la gestion, mais tout en tenant compte des difficultés particulières.

Ajouterai-je que cette volonté politique peut avoir été effectivement mal comprise ? Nous veillerons donc à ce qu'elle le soit, conformément à votre souhait !

M. le président. Nous en revenons aux questions du groupe du rassemblement pour la République.

La parole est à M. Chasseguet.

M. Gérard Chasseguet. Monsieur le ministre, ma première question concerne l'aide à domicile.

Rares sont aujourd'hui les groupes familiaux qui ne connaissent, à un moment ou à un autre de leur existence, une rupture d'équilibre ou une situation d'insécurité plus ou moins prolongée.

Les services d'aide familiale à domicile ont été créés pour remédier à de telles situations.

Ils emploient actuellement 7300 travailleuses familiales et mobilisent des milliers de responsables familiaux bénévoles — et je tiens à souligner ce dernier adjectif — dont l'action essentielle est d'assurer à ces foyers en difficulté une aide ménagère humaine et concrète.

L'action de ces organismes, bridée par des contraintes financières, rencontre des difficultés grandissantes pour s'exercer utilement.

C'est ainsi que le département de la Sarthe que je représente ne dispose, en moyenne, que d'une travailleuse familiale pour 10 000 habitants, ce qui est en dessous de la moyenne nationale — 1,2 pour 10 000 habitants — déjà notablement insuffisante.

De ce fait, cette année, 300 familles ont pu être aidées dans l'agglomération mancelle, mais 150 autres, qui pouvaient également y prétendre, n'ont pu bénéficier de cette aide.

La proportion des refus a sensiblement été la même en milieu rural.

S'il est vrai que les sommes allouées aux interventions des travailleuses familiales ont augmenté au cours des dernières années, il n'en reste pas moins que cette progression n'a eu qu'une très faible incidence sur le développement des effectifs et de l'activité de ces dernières, compte tenu de l'érosion monétaire et de l'amélioration légitime de la condition et des rémunérations de ce personnel.

Aussi, compte tenu des agressions économiques, sociales et morales auxquelles les familles sont soumises chaque jour davantage, je vous demande, monsieur le ministre, de prendre les mesures financières qui s'imposent afin que ces services soient en mesure de répondre pleinement aux besoins de toutes les familles en difficulté.

Ma deuxième question concerne le personnel des officines de pharmacie.

La fonction de préparateur en pharmacie a considérablement évolué au cours des dernières décennies.

Aussi, le législateur s'est-il efforcé, après une large concertation avec l'ensemble de la profession, d'adapter le droit au fait.

C'est l'objet de la loi du 8 juillet 1977. La profession étant unique dans ses exigences de compétences, de connaissances et de responsabilité, la distinction entre l'aide-préparateur muni après trois années d'études d'un simple C. A. P. et le préparateur qui acquiert après deux années complémentaires un B. E. P., a été supprimée.

Cette loi a, en effet, institué pour tous l'obligation du B. E. P., gage d'une plus grande compétence, et accordé en même temps aux préparateurs le droit de délivrer les médicaments.

Mais elle n'a pas réglé le sort des personnels vendeurs et des apprentis qualifiés engagés par les pharmaciens.

Par les décrets du 3 juillet 1977 et du 27 février 1980 et les arrêtés des 25 avril 1980 et 23 juin 1980, le Gouvernement a voulu permettre à des apprentis d'acquiescer en deux ans une qualification sous la forme d'un C. A. P. de pharmacie qui peut être, pour certains, une fin en soi, pour d'autres, le moyen d'accéder aux fonctions de préparateur, moyennant une mention complémentaire qui peut être obtenue en une année d'études.

Ne croyez-vous pas, monsieur le ministre, que cette dernière disposition est susceptible de faire naître de vains espoirs chez beaucoup de jeunes, d'augmenter le nombre des chômeurs parmi les préparateurs en pharmacie — plus de 1 500 cherchent actuellement du travail — et de dévaluer une profession à laquelle le législateur s'était efforcé de redonner toute sa considération ?

Pourriez-vous enfin m'indiquer si vous envisagez de prendre les mesures nécessaires afin que l'obligation faite par la loi de juillet 1977 du port de l'insigne soit respectée ?

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

M. le ministre de la santé et de la sécurité sociale. D'abord, les travailleuses familiales. D'une part, les crédits ont doublé en quatre ans. D'autre part, le nombre des travailleuses familiales est passé de 6 278 en 1977 à 7 367 au 1^{er} janvier 1980. Il est vrai que le coût de leur intervention excède souvent la somme de quarante-neuf francs l'heure et que les problèmes financiers se trouvent renforcés par la difficulté des prévisions.

C'est pourquoi une procédure de concertation associant l'Etat, les organismes financeurs et les associations est en cours. Elle permettra de tracer les voies d'une politique adaptée à la diversité des besoins des familles et, bien entendu, répondant au souci du meilleur emploi des ressources des collectivités publiques et de la sécurité sociale.

Pour ma part, j'ai la volonté, et notamment pour l'aide sociale à l'enfance, d'accroître dans toute la mesure du possible le recours à ces travailleuses familiales.

Les préparateurs en pharmacie, ensuite. Vous avez évoqué, monsieur Chasseguet, le problème qu'avait posé la création d'un C. A. P. d'employé en pharmacie, qui, je vous le rappelle, n'a pas les mêmes prérogatives que le préparateur. Ce C. A. P. ne peut donc faire obstacle au recrutement des préparateurs, qui sont très appréciés.

Les employés en pharmacie qui voudront devenir préparateurs en pharmacie devront suivre une formation de trois ans au minimum : un an pour acquiescer une mention complémentaire et deux ans d'études professionnelles, partagées entre le travail pratique en officine et 250 heures de cours professionnels obligatoires par année. Il s'agit là d'une voie de promotion sociale.

Quant au port des insignes, vous avez raison, il faut que, progressivement, les pharmaciens d'officine comprennent qu'il est de leur intérêt de respecter la loi, attestant ainsi du rôle éminent qui est le leur.

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

M. Antoine Gissingier. Ma première question concerne la gestion des établissements hospitaliers.

Je ne mets certes pas en cause l'ensemble des mesures que vous avez prises pour essayer d'équilibrer la sécurité sociale et dont vous avez souligné cet après-midi qu'elles avaient permis de réaliser 10 à 12 milliards d'économies. Cependant, les dernières instructions des 2 et 23 octobre ne risquent-elles pas d'être une étape vers l'asphyxie des établissements de soins ?

En vous fondant sur les prévisions de la comptabilité nationale, vous plafonnez la croissance des dépenses pour 1981 à 12,3 p. 100. Ce pourcentage représente les prévisions de croissance du produit intérieur brut ; il est d'ailleurs réglementé : l'augmentation des dépenses de personnels à effectifs constants sera de 11,2 p. 100, celle des autres dépenses de 10,5 p. 100, 1,3 p. 100 de ces 12,3 p. 100 sera soumis au contrôle préalable de l'autorité de tutelle.

Cette limitation de l'accroissement des dépenses à un taux inférieur à celui de la hausse prévisible des prix à la consommation qui atteindra hélas ! 14 p. 100 en 1980, recèle de graves dangers pour les hôpitaux, dont les facultés d'adaptation aux circonstances économiques seront ainsi entamées. Je pense notamment à l'approvisionnement en fuel pour le chauffage et aux problèmes d'entretien. La qualité des soins risque ainsi d'être réduite et les hôpitaux connaîtront également des difficultés dans le recrutement d'auxiliaires et de personnels de remplacement, dont le taux d'absentéisme oscille entre 17 et 25 p. 100, il faut le signaler. Ne semble-t-il donc pas souhaitable de réexaminer certaines de ces instructions en tenant compte, par exemple, de la situation géographique des régions ? Dans l'Est et dans le Nord, il faut davantage chauffer que dans le Midi ou dans l'Ouest.

Par ailleurs, il convient de garantir aux hôpitaux et les ressources de fonctionnement et les crédits d'investissement qui leur permettent de continuer à assurer une bonne politique de soins.

Ma deuxième question concerne le régime minier de sécurité sociale qui a fait l'objet, au cours de la période récente, de diverses remises en cause : dans son rapport de 1979, la Cour des comptes a formulé plusieurs observations et suggestions.

M. François Bloch-Lainé a été chargé de les étudier afin de déterminer les suites à leur donner. Je n'ai pas eu communication de son rapport et je le regrette, en tant que représentant d'une région minière où est exploitée la potasse.

Cependant, d'après les informations que j'ai pu recueillir, il semble qu'il préconise une refonte importante du régime et une concentration de ses moyens administratifs.

Il n'est pas question, bien sûr, de méconnaître les difficultés auxquelles peut se trouver confronté ce régime en raison de l'évolution défavorable de sa structure démographique et des menaces qui pèsent sur nombre d'exploitations minières.

Je vous rappelle que 5 milliards de subventions lui ont récemment été accordés pour lui permettre d'équilibrer sa gestion.

On ne peut ignorer pour autant l'intérêt du système de soins de grande qualité qu'il a mis en place : la Cour des comptes reconnaissait sans équivoque que, particulièrement bien adapté aux besoins de la population qu'il couvrait, il s'avérait en outre généralement moins coûteux que s'il était fait appel à la pratique libérale.

Par ailleurs, à une époque où l'on déplore à juste titre le fossé qui s'est creusé entre l'administration et ses usagers, le regroupement des institutions de la sécurité sociale minière ne devrait être conduit qu'avec beaucoup de prudence.

Et tout état de cause, les rumeurs qui circulent sur la teneur des réformes envisagées entretiennent un climat d'inquiétude qui ne peut se prolonger plus longtemps.

Je demande donc s'il est possible d'avoir des précisions sur les mesures qui seront proposées et sur les moyens de concertation qui seront utilisés avec les parties intéressées.

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

M. Jean Farge, secrétaire d'Etat. Monsieur le député, vous avez abordé deux types de questions également intéressantes.

S'agissant d'abord des instructions récemment publiées et relatives aux règles applicables à la préparation des budgets des hôpitaux pour l'exercice 1981, je vous confirme que les principes qui ont été énoncés dès la seconde partie de l'année 1979 et appliqués en 1980, seront reconduits pour 1981.

Ils sont au nombre de deux : une certaine limitation de la progression des crédits inscrits au budget primitif ; l'interdiction de budget supplémentaire en cours d'année. Dans mon inter-

vention générale, je me suis expliqué longuement sur la raison d'être de ces règles qui ont pour objet, outre la modération de la croissance des dépenses hospitalières — ce qui est l'évidence — la rupture de ce que j'ai appelé « les enchaînements pervers du système financier des hôpitaux ».

Au demeurant, monsieur le député, vous êtes d'accord, si je vous ai bien entendu, sur le principe de cette modération et votre question porte essentiellement sur les pourcentages de progression autorisés en 1980.

Alors, je voudrais, sur ce point très précis, vous apporter quelques apaisements, mais je souhaite que vous les interprétiez strictement.

Effectivement, la norme de croissance que nous avons retenue est celle de la progression du produit intérieur brut telle qu'elle nous est fournie par la comptabilité nationale, c'est-à-dire 12,3 p. 100. En vérité, l'instruction que vous avez visée comporte un certain nombre de dérogations automatiques qui concernent pratiquement tous les établissements hospitaliers et qui vont porter, dans la très grande majorité des cas, cette norme de croissance à 13 p. 100.

Existent également, bien entendu, des procédures de dérogations exceptionnelles. Mais, comme cette année — et c'est pour quoi, je vous le disais tout à l'heure, je veux vous apaiser sans ouvrir pour autant des horizons illimités (sourires) nous appliquerons, l'an prochain, avec tout le discernement souhaitable, l'indispensable rigueur de nos règles.

Votre question, en tout cas, met en relief les difficultés auxquelles les administrateurs, les gestionnaires, et même les médecins hospitaliers se trouvent ainsi confrontés.

Je tiens à rendre hommage à l'esprit dans lequel, en définitive, ces règles rigoureuses ont été acceptées et appliquées, notamment par les directeurs d'hôpitaux, dans des conditions dont je n'ignore aucune des difficultés. A cet égard, votre interrogation constitue un témoignage.

Pour le régime minier, je peux, là, apporter tous les apaisements possibles.

Le Gouvernement, c'est exact, a demandé à un haut fonctionnaire dont vous avez cité le nom de rédiger un rapport, qui n'engage que sa propre responsabilité, et dont l'objet concerne exclusivement la définition des circonscriptions administratives de base de ce régime, c'est-à-dire les sociétés de secours minières, et la recherche du meilleur équilibre possible, compte tenu de la répartition géographique de leurs effectifs.

Par conséquent, ce rapport ne met aucunement en cause les droits acquis des affiliés ; ces droits seront, bien entendu, totalement conservés.

De surcroît, il est soumis pour le moment à l'examen du Gouvernement. Je vous confesse que je n'ai pas eu le temps d'en achever la lecture. Ses conclusions seront discutées et mises en œuvre en tant que de besoin après concertation avec les organisations syndicales du régime minier.

Comme preuve de cette concertation, de cette étroite collaboration avec les représentants du régime minier, permettez-moi, monsieur le député, de vous apporter à mon tour un témoignage personnel.

J'ai commencé à recevoir des représentants de ces organisations professionnelles. Je dois ajouter que j'ai beaucoup appris à leur contact. Je suis persuadé qu'avec M. Barrot nous ne manquerons pas de tenir compte de toutes les observations et suggestions formulées avant de prendre quelque décision que ce soit.

M. le président. Nous en revenons aux questions du groupe socialiste.

La parole est à M. Tondon.

M. Yvon Tondon. M. Farge, dans son exposé à la commission des comptes de la sécurité sociale, déclarait : « Je ne crois pas excessif de constater que la sécurité sociale est entrée dans la voie du redressement. »

Mais quelle sécurité sociale et à quel prix ?

A quel prix ? La réponse me paraît claire : à celui des 14,7 milliards de francs de cotisation exceptionnelle payée par les salariés, de cotisation imposée à ceux qu'une vie de travail ne suffit plus à protéger du risque maladie.

Je ne crois pas utile de comparer les chiffres annoncés l'an passé, au titre de l'effort de solidarité imposé aux pharmaciens et aux entreprises pharmaceutiques, à ceux qui ont été effectivement atteints, tant, à l'évidence, il apparaît que ces derniers ne pèsent pas dans ce redressement : aux prélèvements fortement accrus d'un côté répondent, de l'autre, de vigoureuses pressions sur les dépenses.

Mais où vous ne voyez que des chiffres, nous voyons, nous socialistes, des conséquences sociales. Nous savons, en effet, ce que représente pour une famille aux maigres revenus un charge supplémentaire de quatre-vingts francs par mois, ce qui est la conséquence du changement de régime de la vingt-sixième maladie. Pour vous, ce sont 300 millions de francs d'économie.

Nous savons ce que représente, dans un pays qui compte un million et demi de chômeurs et dans lequel le délai pour retrouver un emploi s'allonge, la suppression de la prise en charge des dépenses de santé après douze mois et l'obligation faite de cotiser à l'assurance volontaire ou de recourir à l'aide sociale. Vous avez ajouté à la misère, avec la complicité de votre majorité.

Pour quelle sécurité sociale ?

Vous vous réjouissez de la régression du prélèvement social obligatoire en 1981 par rapport au produit intérieur brut, alors que la crise, que vous ne savez pas maîtriser, accroît les besoins, donc les occasions de dépenses. Qu'est-ce à dire sinon que pour vous une sécurité sociale « qui se redresse » est une sécurité sociale qui ne répond plus à ses objectifs, ainsi que les exemples donnés le montrent bien. Ce ne sont pas les prestations « alibi » qui ont été créées — assurance veuvage, minimum familial garanti, par exemple — qui suffiront à convaincre du contraire tous ceux qui « n'y arrivent plus » et que des revenus sociaux moins chichement dispensés pourraient aider.

La crise appelle, exige le renforcement de ce rôle de distributeur de prestations qui est celui de la sécurité sociale. Il passe par un effort accru de solidarité, auquel on semble tourner le dos si l'on considère l'évolution du plafond d'assujettissement et le refus d'améliorer la connaissance des revenus, pour ne citer que deux exemples.

Quels sont, monsieur le ministre, les axes qui gouvernent votre politique de sécurité sociale : évolution vers l'assistance ou rôle plus actif de redistribution ?

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

M. Jean Farge, secrétaire d'Etat. J'ai l'impression, monsieur le député, d'avoir déjà traité cette question dans mon intervention de cet après-midi.

En ce qui concerne la sécurité sociale, notre objectif est clair. Nous entendons la préserver dans ses principes et dans ses modalités de fonctionnement actuels, grâce à la solidarité des Françaises et des Français.

J'ai été surpris d'entendre critiquer certaines des mesures qui font partie de ce plan de redressement et qui s'inscrivent dans cette perspective de solidarité. Je pense notamment au déplafonnement des cotisations qui est, à ma connaissance, le seul moyen d'assurer une solidarité effective entre les hauts et les bas revenus.

La première des conditions pour sauver la sécurité sociale, monsieur Tondon, c'est d'assurer son équilibre financier. Car, ainsi que je le notais tout à l'heure, pour un système de répartition, toute crise durable de financement est mortelle. Nous avons choisi d'opérer ce rééquilibrage par la voie de la modération de la croissance des dépenses de santé.

Je ne puis partager votre appréciation et je voudrais, sur les points que vous avez évoqués, donner des précisions qui vous feront mieux comprendre la portée de nos décisions.

S'agissant du nouveau régime dit de la vingt-sixième maladie, nous avons supprimé un effet de seuil. Dans le régime antérieur, les dépenses pharmaceutiques et les dépenses de soins étaient totalement prises en charge dès lors qu'elles dépassaient 110 francs par mois, ce qui était, à l'évidence, une incitation à des consommations élevées. Le nouveau régime que nous avons institué consiste à rembourser en totalité lesdites dépenses pour leur partie dépassant 80 francs par mois.

À propos des chômeurs, vous avez affirmé qu'au bout de douze mois, ils ne bénéficiaient plus d'aucune protection sociale, notamment en matière d'assurance maladie. Cela est inexact. Les vrais chômeurs, après avoir perdu leur emploi, perçoivent des indemnités, qui peuvent être versées pendant trois, quatre ou cinq ans. Pendant cette période, ils bénéficient gratuitement de l'assurance maladie et le délai d'un an s'ajoute à ces trois, quatre ou cinq années. S'ils n'ont pas retrouvé d'emploi au terme de cette période, ils doivent effectivement contracter une assurance maladie personnelle particulièrement adaptée, je le rappelle, à leur cas. Les cotisations sont à taux réduits ou prises en charge par les caisses d'allocations familiales dès lors que les intéressés sont chargés de famille. Ils peuvent bénéficier aussi de l'aide sociale et, dans ce cas, à titre exceptionnel, l'obligation alimentaire n'est pas opposable.

Vous voyez bien, monsieur Tondon, que la réalité est un peu différente du tableau que vous avez brossé.

Mes fonctions m'obligent, et vous me le reprocheriez si je ne le faisais pas, à prendre en considération les réalités financières. Mais je voudrais vous convaincre que les réalités humaines ne me sont pas non plus étrangères. Je ne prétends pas, monsieur Tondon, avoir le monopole des chiffres, mais ne prétendez pas, de votre côté, avoir celui du cœur.

M. Joseph Comiti et Arthur Dehaine. Très bien !

M. François Autain. Nous avons déjà entendu cela quelque part !

M. Jean Farge, secrétaire d'Etat. Le soir, monsieur Tondon, est déjà tombé. Nous sommes à la veillée et lorsque je vous entends parler, avec votre bonne foi, et que je réponds, avec ma bonne foi, est-ce un rêve ? Je pense qu'ensemble, si vous le vouliez, nous pourrions faire du bon travail, car il est des temps où la rigueur est la voie de la générosité. (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. Cambolive.

M. Jacques Cambolive. Monsieur le ministre, les socialistes voient dans votre politique de santé une grave contradiction. Elle me paraît tenir au fait que, d'un côté, vous laissez sombrer le secteur hospitalier dans la pénurie — ce qui est autre chose que de ne pas faire de l'hôpital le pivot de la politique de soins — et que, de l'autre, vous n'assurez pas au secteur sanitaire extra-hospitalier les moyens de son développement pour prendre le relais. Faut-il donner des exemples ? En voici :

Les services de santé scolaire sont très sous-développés faute de personnel médical et paramédical en particulier, à tel point que les normes posées par votre propre ministère sont inapplicables en matière de surveillance des établissements et des élèves. Les départements qui font de tels griefs sont légion. Les personnels en cause connaissent des situations de plus en plus précaires, résultant à la fois du recours accru à des vacataires et au fait que ces mêmes vacataires se voient attribuer moins de vacations, qu'ils sont payés dix mois et au plus onze. Les effectifs de médecins de santé publique se réduisent et ces médecins perdent, eux aussi, des garanties.

Les centres de soins et dispensaires connaissent des difficultés sans précédent, qui résultent largement de la pratique scandaleuse et injustifiée des abattements opérés sur les tarifs honoraires. Asphyxiant les anciens, vous interdisez que s'ouvrent de nouveaux centres, même à vocation spécialisée comme le centre d'examen de santé qui est envisagé de longue date à Niort par la caisse primaire. Vous remettez en cause des pratiques plus que décennales dans des centres mutualistes, comme dans la région marseillaise, en pénalisant de surcroît les assurés qui désormais ne sont plus remboursés.

N'ayant pas la possibilité de développer ce point, je ne fais que citer les menaces très lourdes, pour les assurés sociaux comme pour les médecins, qui sont contenues dans la convention conclue entre les médecins et la sécurité sociale, et notamment en raison de l'application du principe de l'enveloppe globale.

Ma question est très simple : le développement d'une politique de santé moins axée sur l'hôpital exige de doter les centres de santé de moyens leur permettant de fonctionner dans des conditions normales, qu'il s'agisse des effectifs, des rémunérations ou des matériels. Que comptez-vous faire pour assurer ces moyens et dans quels délais ?

Quelles dispositions comptez-vous prendre pour améliorer le fonctionnement des services de santé scolaire, ce qui garantira une surveillance sanitaire effective des établissements et des élèves ?

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

M. le ministre de la santé et de la sécurité sociale. Monsieur Cambolive, pour reprendre ce que disait M. Farge, tous les dialogues sont possibles, à condition que l'on veuille bien ne pas faire de procès d'intention et qu'on s'efforce de respecter la réalité.

Pour ma part, je reconnais que la médecine scolaire pose des problèmes et que le nombre d'enfants visités progresse très lentement. Je mène actuellement, dans plusieurs départements, certaines expériences visant à centrer la médecine scolaire sur les objectifs qui doivent être les siens en 1980 et qui ne peuvent pas être exactement les mêmes qu'en 1945. Au vu des résultats de ces expériences, nous pourrions engager une discussion avec le ministère du budget pour décider des actions à entreprendre.

Si j'ai refusé devant le Sénat le transfert de la santé scolaire aux collectivités locales, c'est justement parce que je savais qu'une réforme énergétique était nécessaire.

Il est facile de critiquer la convention entre les médecins et la sécurité sociale, mais je note qu'en ses articles 39 et 40 elle introduit une nouveauté très importante en associant les médecins libéraux à des actions expérimentales d'éducation sanitaire et de prévention, en particulier de dépistage précoce. Cette action, personnalisée en fonction des familles et des groupes sociaux, redonnera une dimension de santé publique à l'exercice libéral de la médecine. Je prétends que nous pourrions ainsi renforcer l'action du médecin de famille.

Vous critiquez cette convention avant même qu'elle ait fait ses preuves. Or je suis convaincu que les possibilités qu'elle recèle en matière de concertation, de régulation des dépenses, concertée et acceptée par les professionnels de la santé, nous permettra d'envisager des actions conformes à vos souhaits.

M. le président. Nous en revenons aux questions du groupe Union pour la démocratie française.
La parole est à M. Couepel.

M. Sébastien Couepel. L'année dernière, lors de la discussion budgétaire, je m'étais fait l'écho des problèmes que rencontrent les handicapés du département des Côtes-du-Nord. Je reviens à nouveau sur ce sujet, car la situation que nous connaissons est préoccupante.

Selon le rapport présenté par la mission régionale pour l'établissement public régional, la Bretagne accuse un déficit de six cents places dans les centres d'aide par le travail, le département des Côtes-du-Nord ne satisfaisant, pour sa part, que 72 p. 100 des besoins exprimés. Je lis aussi dans ce rapport que « le déficit actuel va se trouver majoré tous les ans par un besoin supplémentaire de 130 places... cela signifie que pour la région, si elle veut rattraper son retard et si elle veut satisfaire les besoins qui vont se créer, il faudra ouvrir 1250 places de C. A. T. en cinq ans. »

Actuellement, les instituts médico-pédagogiques des Côtes-du-Nord ont la charge d'adultes de vingt à vingt-cinq ans, pour la seule raison qu'il manque des places en C. A. T. L'année dernière, alors que j'évoquais la création d'un institut médico-professionnel à Ploumagoar, près de Guingamp, M. Hoeffel, alors secrétaire d'Etat à l'action sociale, m'avait répondu qu'une mission du ministère allait se rendre sur place pour étudier l'opportunité du projet. A ma connaissance, aucune mission du ministère ne s'est rendue dans le département.

La loi d'orientation du 30 juin 1975, votée à l'unanimité, a donné beaucoup d'espoirs aux handicapés, mais il est nécessaire que des solutions soient rapidement envisagées, afin de favoriser, autant que faire se peut, leur réinsertion sociale. J'y attache pour ma part la plus grande importance.

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

M. Rémy Montagne, secrétaire d'Etat. Monsieur le député, il est vrai qu'entre notre connaissance des besoins au niveau national, notamment dans le domaine des équipements pour handicapés, et la réalité d'une région, il peut y avoir un certain décalage.

Les problèmes des Côtes-du-Nord feront l'objet d'un examen tout particulier. M. le préfet de région de Bretagne doit d'ailleurs fournir un rapport pour l'ensemble de la région.

A la suite de la demande que vous avez présentée l'année dernière à mon prédécesseur, M. Hoeffel, une enquête a été effectuée localement sur les besoins en établissements médico-professionnels de votre département. On a notamment examiné les courbes d'âge dans les établissements pour mineurs et l'évolution démographique qui se traduit notamment par une réduction de plus de mille unités du nombre annuel de naissances.

Cette enquête a conduit à chiffrer à trente places les besoins non satisfaits par les capacités existantes. Mais, au même moment, le conseil général des Côtes-du-Nord a décidé de reconverter partiellement l'institut médico-éducatif départemental pour débilés profonds implanté sur la commune de Plaintel en institut médico-professionnel pour débilés moyens. Cette conversion d'un établissement situé à vingt-cinq kilomètres de Ploumagoar comble les besoins précédemment constatés. Or il est évident que, dans la situation actuelle, nous devons privilégier — nous l'avons dit cet après-midi — les conversions d'établissement par rapport aux créations.

M. le président. La parole est à M. Maujouan du Gasset.

M. Joseph-Henri Maujouan du Gasset. Monsieur le ministre, à l'occasion de ce débat, je tiens à appeler votre attention sur un projet de maison d'accueil spécialisée qui doit se réaliser à Loroux-Bottereau, en Loire-Atlantique.

Ce projet, qui pour notre département est un « prototype », prévoit une capacité de vingt lits et comporte toute l'infrastructure nécessaire pour recevoir des handicapés moteurs. A la salle de soins et au département hôtelier s'ajoute toute une zone de loisirs : salle de bibliothèque, laboratoire de photo, salle de musique, etc.

La philosophie de cette réalisation est que, si l'on ne veut pas que ces handicapés mènent une vie diminuée, ils ne doivent pas continuer à être « maternés ». D'où une orientation vers plus d'autonomie de vie.

L'importance de ce projet est soulignée par le fait qu'il a été mis en priorité dans les « actions » du contrat de pays du vignoble nantais, « pays » groupant cinq cantons de la région nantaise, et qu'une aide substantielle a été décidée dans le cadre

de ce « pays ». C'est à ce titre que mon collègue Lucien Richard, député-maire d'une commune membre de ce « pays », s'associe à ma démarche.

Ma question est donc double.

Tout en soulignant le prix que nous attachons à cette réalisation, qui fera, hélas, le plein dès qu'elle sera terminée, je vous demande où en est ce dossier. Trop de retard dans le processus de constitution du dossier compromettrait, pour cet établissement, le bénéfice de l'aide du « pays ».

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

M. Rémy Montagne, secrétaire d'Etat. Monsieur le député, l'hôpital de Loroux-Bottereau souhaite, en effet, installer une maison d'accueil spécialisée — une M. A. S. — de vingt-cinq places pour handicapés physiques profonds dans les locaux dont il est propriétaire.

La commission régionale des institutions sociales et médico-sociales — la C. R. I. S. — après un premier rejet a donné un avis favorable à ce projet, le 25 juin dernier.

En effet, il est des éléments d'appréciation favorables au projet ; l'étude des besoins justifie la création d'une M. A. S. en Loire-Atlantique ; l'implantation du projet, à vingt kilomètres de Nantes, est satisfaisante ; le prix de journée prévisionnel, 281 francs, paraît normal.

Toutefois, des incertitudes subsistent. En effet, le coût de réalisation : 144 000 francs par lit — valeur juillet 1979 — paraît élevé pour une opération de reconversion. Mais, surtout, le projet prévoit un accueil de jour pour des handicapés exerçant une activité, alors qu'une maison d'accueil spécialisée est conçue pour des personnes dépourvues de toute autonomie.

Par ailleurs, une M. A. S. doit être érigée en établissement autonome, et elle ne peut se situer dans le cadre d'un établissement hospitalier.

Sous réserve que ces incertitudes soient levées, je pense que le projet pourrait être autorisé dans les prochaines semaines, mais il y a tout de même un préalable.

M. Joseph-Henri Maujouan du Gasset. Je vous remercie, monsieur le secrétaire d'Etat.

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

M. Emile Koehl. A la suite de nouvelles dispositions législatives publiées au *Journal officiel* du 29 décembre 1979, diverses mesures à caractère obligatoire ont été prises à compter du 1^{er} juillet 1980, en vue d'accroître les possibilités de financement de la sécurité sociale.

A la lecture de ce texte, on constate que la loi dont il s'agit crée, non seulement une cotisation de 1 p. 100 sur les retraites vieillesse du régime général et de 2 p. 100 sur les retraites complémentaires, mais aussi une cotisation de sécurité sociale sur toutes les pensions, ce qui, comme vous le savez, n'a pas été le cas jusqu'à présent.

En effet, elle supprime le remboursement des retenues de la sécurité sociale aux retraités qui, pour des raisons tenant à des difficultés matérielles, ont recherché un emploi dans le secteur privé, à ceux qui étaient exonérés du versement de la cotisation de 2,25 p. 100 en raison de leur rattachement au régime général de la sécurité sociale, ainsi qu'aux veuves qui travaillent ou qui bénéficient d'une retraite personnelle, et cela malgré les mesures qui doivent être prises en faveur du veuvage.

Les conséquences de l'application des dispositions de la loi du 28 décembre 1979 ne vont certes pas, il faut bien en convenir, dans le sens d'une plus grande justice sociale. Et je voudrais très rapidement m'en expliquer.

Premièrement, les fonctionnaires retraités ayant retrouvé un emploi dans le secteur privé ne pourront plus, à partir du 1^{er} juillet 1980, se faire rembourser par la direction des régimes spéciaux la retenue de 2,25 p. 100 de la sécurité sociale. A la fin de cette année, ces retraités pourront seulement se faire rembourser le quatrième trimestre de l'année 1979 et les deux premiers trimestres de l'année 1980.

Deuxièmement, les fonctionnaires retraités bénéficiant de la loi du 4 juillet 1975 les rattachant au régime général de la sécurité sociale ne bénéficieront plus de l'exonération de la cotisation de 2,25 p. 100 sur leur pension payée par la dette publique. Cette amputation représente une perte financière non négligeable pour ces retraités.

Troisièmement, les veuves exerçant une activité rémunérée ne pourront plus se faire rembourser la retenue de 2,25 p. 100 sur leur pension de réversion. Malgré leur situation de femmes seules, elles seront donc contraintes à verser une double cotisation.

Enfin, les veuves bénéficiant d'une pension personnelle relevant du régime général de la dette publique, ne seront plus exonérées de la cotisation de 2,25 p. 100 sur leur pension de réversion.

Force est donc de constater que ces dispositions qui visent l'ensemble des personnels civils et militaires ainsi que les veuves aboutissent, dans la quasi-totalité des cas, à faire payer une double cotisation pour une seule prestation.

C'est pourquoi je suis intimement convaincu qu'il faut à tout prix assouplir des mesures contraignantes qui frappent, à mon sens, les catégories sociales les plus défavorisées.

Dans le contexte du problème que je viens d'évoquer, je vous demande, monsieur le ministre, de bien vouloir renoncer à l'application stricte des dispositions législatives dont il s'agit pour tous les retraités et veuves dont les ressources mensuelles n'excèdent pas 3 000 francs, ainsi que pour tous les retraités et veuves qui ont encore à leur charge des enfants, voire des ascendants.

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

M. Jean Farge, secrétaire d'Etat. Monsieur le député, votre question pourrait nous donner l'occasion de rouvrir un débat qui a déjà eu lieu dans cette enceinte sur l'institution d'une cotisation d'assurance maladie sur l'ensemble des retraités. Je me permettrai simplement de rappeler que la sécurité sociale est un système non d'assurance, mais de solidarité. C'est précisément à ce souci de solidarité qu'a répondu, entre autres mesures, l'institution de cette cotisation d'assurance maladie sur les retraités. Elle traduit, en effet, la solidarité entre les actifs et ceux qui ne le sont plus.

Il me semble normal qu'un retraité de la fonction publique qui a, pour une raison ou une autre, repris une activité salariée, cotise un peu plus que la personne qui ne disposerait que du seul revenu salarié, puisqu'il dispose lui-même, en plus de ce revenu, de sa retraite. La suppression de la possibilité de remboursement de la cotisation d'assurance maladie prélevée sur sa retraite est une conséquence de la généralisation de cette cotisation d'assurance maladie à l'ensemble des avantages de retraites, retraites de base ou retraites complémentaires.

Cette mesure concernant les fonctionnaires retraités me semble par ailleurs cohérente avec le sort qui a été fait par la même loi aux pluri-retraités qui sont, comme vous le savez, appelés — quand leurs ressources sont suffisantes bien entendu, car il existe des plafonds d'exonération — à verser une contribution à chacun des régimes d'assurance maladie correspondant aux diverses activités professionnelles qu'ils ont pu exercer au cours de leur carrière. Il s'agit, là encore, d'une mesure de solidarité, de solidarité entre les générations.

La mesure qui a justifié votre question, ce que je comprends fort bien, car elle constitue une novation, se situe donc dans la ligne de cette cotisation d'assurance maladie.

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

M. Gilbert Gantier. Monsieur le ministre, ma question concerne l'aide sociale à l'enfance.

J'ai eu l'occasion, il y a quelques semaines, de prendre connaissance de l'excellent rapport de M. Bianco, maître des requêtes au Conseil d'Etat, et de M. Lamy, inspecteur des finances, consacré à l'aide à l'enfance.

Ce rapport est le résultat d'une longue étude menée pendant près de dix-huit mois en collaboration étroite avec votre ministère et le ministère de la justice.

Il analyse le fonctionnement de l'aide sociale à l'enfance — qui concerne environ 500 000 enfants — et propose un ensemble cohérent de mesures destinées à améliorer le système existant, tant du point de vue de la qualité des interventions que de leur coût. Il convient de rappeler ici que l'aide sociale à l'enfance a coûté globalement en 1980 près de 10 milliards de francs.

Parmi les différentes actions prioritaires proposées par les auteurs de ce rapport, je retiens en particulier quatre mesures qui m'apparaissent essentielles :

Développer toutes les interventions susceptibles d'éviter le placement d'un enfant ;

Donner aux familles et à leurs enfants la place qui leur revient dans la décision ;

Diminuer la taille des établissements appelés à recevoir les enfants en difficulté ;

Développer la concertation entre les différents services concernés par le problème de l'aide sociale à l'enfance.

Monsieur le ministre, pouvez-vous nous préciser quand et comment vous comptez mettre en œuvre les principales propositions développées dans ce rapport ?

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

M. le ministre de la santé et de la sécurité sociale. Monsieur Gantier, vous avez évoqué les suites à donner au rapport Bianco, et vous avez souligné tout ce que celui-ci comporte de perspectives nouvelles et, j'en suis convaincu comme vous, intéressantes.

En effet, les propositions contenues dans le rapport Bianco ont pour objet de mieux aider les parents en difficulté afin qu'ils puissent élever eux-mêmes leurs enfants, donc d'éviter des

séparations douloureuses et souvent néfastes, et d'offrir de meilleures conditions de vie aux enfants qui n'ont pas pu être gardés dans leur famille.

A la suite du dépôt de ce rapport, nous nous efforçons de faire de cette réorientation de la politique d'aide sociale à l'enfance une priorité.

D'abord, il faut établir les textes nécessaires. A cette fin, sont en cours d'élaboration cinq textes qui redéfinissent notre politique dans le cadre de la législation en vigueur : une circulaire d'orientation générale sur l'aide à l'enfance ; quatre annexes techniques sur l'aide à l'enfant dans sa famille, les placements, les enfants maltraités, l'organisation du service.

Nous nous efforçons, parallèlement, de mener une large concertation avec tous nos partenaires : associations, syndicats de personnel, magistrats.

Pendant un certain temps, j'ai eu le sentiment que tous ceux qui travaillent dans ce secteur, et qui sont souvent des personnes d'un grand dévouement, étaient inquiets parce qu'ils pensaient que l'administration allait tirer seule les conséquences de ce rapport. Or il n'en est pas question, et je vous confirme que tous ceux qui, de près ou de loin, concourent à la mise en œuvre de la politique d'aide à l'enfance seront consultés.

Par ailleurs, en ce qui concerne l'administration, un réexamen systématique du fonctionnement des services départementaux de l'enfance est en cours. Une quarantaine de départements auront pu bénéficier d'ici à la fin de l'année d'une assistance technique qui aura permis de voir dans chaque D. D. A. S. comment est organisé notre service d'aide sociale à l'enfance et quelles sont ses relations avec tous ceux qui sont ses correspondants. Bref, je crois que nous aurons adapté l'administration dans le sens souhaité par le rapport Bianco.

M. le président. Nous en revenons aux questions du groupe du rassemblement pour la République.

La parole est à M. Bord.

M. André Bord. Le premier point que je souhaite évoquer concerne la situation des personnes âgées, et je précise, monsieur le ministre, que, compte tenu des aspects très divers que je vais traiter, je me contenterai naturellement, pour ne pas prolonger le débat, d'un certain nombre de réponses écrites.

Malgré l'effort louable consenti en faveur de l'aide à domicile pour les personnes âgées, nous constatons une augmentation du nombre de personnes dépendantes et invalides. Il serait en conséquence nécessaire que l'Etat fasse un effort plus important en vue de la construction de maisons de retraite adaptées, dites de long séjour, ainsi que pour la création de maisons de vacances pour invalides ne nécessitant pas une hospitalisation.

Par ailleurs, une réforme sérieuse s'impose en matière de prise en charge de la personne âgée. Les prix de journée sont calculés en prenant en considération l'amortissement des équipements, d'où des prix très importants que les personnes âgées sont dans l'impossibilité de payer, compte tenu de la modicité de leurs revenus.

Plusieurs autres mesures seraient souhaitables, que je vous demande d'envisager en faveur des personnes du troisième âge : une baisse des prix pratiqués en matière de médicalisation ; l'abrogation de la limitation de la déduction fiscale et le rétablissement intégral des 10 p. 100 d'abattement destinés aux soins de santé ; un assouplissement fiscal pour les dépenses de rénovation et d'aménagement de logements vétustes — je pense notamment à la possibilité d'imputer sur le revenu imposable les frais engagés pour la rénovation intérieure des appartements des personnes âgées, au même titre que les frais de ravalement et les frais d'isolation thermique ; enfin, la généralisation de l'aide ménagère à domicile et de l'aide soignante qui constituent, selon l'avis unanime des spécialistes en gériatrie, la base du maintien des personnes âgées à domicile.

Il conviendrait peut-être de mettre au point un statut permettant de garantir l'emploi des aides ménagères, une meilleure rémunération et la reconnaissance de ce métier par une formation adaptée. Le recours à l'aide ménagère devrait être transformé en une prestation légale, ainsi que le recommandait déjà en 1977 le rapport de l'inspection générale des affaires sociales. Il serait bon, également, de parvenir à une certaine uniformisation en ce qui concerne l'appréciation des ressources retenues pour l'octroi d'une participation à l'aide ménagère en ne prenant en compte que le revenu fiscal et de modifier les barèmes nationaux du Fonds national de solidarité actuellement devenus trop faibles.

En Alsace, par exemple, peu de personnes bénéficient des aides ménagères. En effet, notre statut local étant plus favorable en ce qui concerne les retraites, et cela grâce à l'effort consenti par les assurés qui ont cotisé davantage, l'application du barème national dans notre région pénalise les personnes âgées.

Le second point sur lequel je voudrais appeler brièvement votre attention, monsieur le ministre, concerne un problème qui a déjà été traité ce soir et cet après-midi. Il s'agit des dépenses d'hospitalisation publique.

La caisse nationale d'assurance maladie a publié, il y a quelques semaines, le taux de progression des dépenses d'hospitalisation publique pour les mois de juillet et août 1980 par rapport aux mêmes mois de 1979. Ces taux sont respectivement de 23,6 p. 100 et 21,5 p. 100. Les services de votre département ministériel s'en sont montrés alarmés et l'ensemble de la presse a cru devoir en tirer certaines conclusions parfois très critiques à l'égard des hôpitaux publics. Or il est apparu depuis lors que ces chiffres ne pouvaient, en aucune manière, s'appliquer aux seuls hôpitaux publics dont les taux de progression budgétaire pour 1980 par rapport à 1979 ont été impérativement limités à 15 p. 100. Les statistiques de la caisse nationale d'assurance maladie comprenaient en effet, outre les hôpitaux publics, les établissements privés à but non lucratif ayant été admis à participer au service public hospitalier, ainsi que les établissements pour personnes âgées récemment médicalisés.

Je vous demande donc, monsieur le ministre, de bien vouloir me fournir toutes précisions sur les taux de progression correspondant à chacune de ces catégories d'établissements, de telle manière que soit établie, une fois pour toutes, l'exactitude des chiffres présentés.

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

M. le ministre de la santé et de la sécurité sociale. Monsieur le député, je vais d'abord vous répondre, puis je laisserai à M. Montagne le soin de vous donner des précisions sur le maintien à domicile.

Je suis, bien entendu, sensible au problème posé par les personnes âgées qui deviennent dépendantes et qui se trouvent en maison de retraite. C'est pour tenter de le résoudre que nous avons souhaité voir se développer la médicalisation des lits dans les maisons de retraite.

Grâce au forfait payé par l'assurance maladie et qui a été en 1980 d'un peu moins de cinquante francs par jour, il est possible de maintenir les personnes âgées dans les maisons de retraite, alors même qu'elles deviennent un peu dépendantes.

Vous m'avez posé une deuxième question relative aux dépenses hospitalières.

Il est vrai que la caisse nationale d'assurance maladie a calculé que le taux de progression des dépenses d'hospitalisation avait été légèrement supérieur à 20 p. 100 entre les mois de juillet et d'août 1979 et les mêmes mois de 1980. Or les hôpitaux publics estiment que cette augmentation n'a été que de 16 p. 100. Nous avons, bien entendu, demandé plusieurs études pour essayer de comprendre d'où provenait ce décalage.

Il est en partie explicable par l'accélération de la facturation. Les hôpitaux ont facturé plus vite, en sorte que la caisse nationale d'assurance maladie a dû payer plus de journées, et cela se ressent dans les comptes. Mais gardons-nous bien, dans ce domaine, d'émettre des hypothèses trop favorables. En réalité, la dépense hospitalière progresse encore à un rythme rapide, et la vigilance s'impose.

Vous avez souhaité que l'on procède à une ventilation en ce qui concerne le taux de progression des dépenses entre l'hôpital public, les établissements à but non lucratif et les maisons pour personnes âgées médicalisées. M. Forge a beaucoup travaillé sur cette question, et lorsque les statistiques s'affineront, nous pourrons vous communiquer les chiffres. Nous ne pouvons pas le faire aujourd'hui, mais je crois pouvoir affirmer que l'incidence des établissements à but non lucratif et des établissements pour personnes âgées médicalisés reste tout de même secondaire par rapport au poids très important de l'hospitalisation publique.

Il convient donc de rester très vigilant, encore que, je le reconnais, l'accélération de la facturation entre sans doute pour une part dans cette progression de 20 p. 100 des dépenses hospitalières. Au demeurant, ce phénomène traduit une meilleure gestion.

M. André Bord. Je vous remercie, monsieur le ministre.

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

M. Rémy Montagne, secrétaire d'Etat. Vous avez demandé, monsieur Bord, de quel statut relevaient les aides ménagères, et souhaité qu'elles en aient un pour le cas où elles ne relèveraient d'aucun.

Je dois vous rappeler qu'un groupe d'aides ménagères relève déjà d'un statut. Il s'agit des 6 500 aides ménagères employées par les bureaux d'aide sociale, qui bénéficient depuis 1974 d'un statut créé par arrêté du ministre de l'intérieur.

Dans le secteur associatif qui compose la deuxième catégorie, les conditions de rémunérations et de travail font l'objet de conventions collectives librement négociées entre, d'une part, les syndicats représentatifs des personnels et, d'autre part, les représentants des fédérations d'employeurs. Pour être applicables, ces accords doivent, conformément à l'article 16 de la loi sur les institutions sociales et médico-sociales, avoir fait l'objet d'un agrément ministériel.

C'est dans ces conditions que les cinq fédérations d'associations qui emploient les aides ménagères ont présenté, isolément ou groupées, trois conventions collectives à l'agrément ministériel. Sur ces trois conventions, deux ont pu être agréées. Elles définissent les conditions d'emploi, de travail, de rémunération de 16 500 aides ménagères.

Par contre, un projet qui concernait 25 000 autres aides ménagères n'a pu être agréé, pour deux raisons. D'une part, ce projet ne prenait pas en compte la spécificité de l'emploi des aides ménagères, qui est caractérisé par la prédominance des activités à temps partiel. D'autre part, il supposait, selon une évaluation des fédérations signataires, un surcoût immédiat considérable qui aurait entraîné soit l'asphyxie financière des associations, soit une augmentation de plus de 30 p. 100 des taux horaires de remboursements pris en charge par les caisses de retraite ou par les collectivités locales au titre de l'aide sociale, indépendamment des augmentations nécessaires au maintien du pouvoir d'achat des salaires.

Pour ces deux raisons, l'agrément de cette convention collective a été considéré comme incompatible avec le développement régulier et même avec le maintien des activités des fédérations signataires. Ces raisons ont été clairement indiquées aux parties concernées. Il a été demandé aux partenaires sociaux d'engager de nouvelles négociations, en tenant compte de ces observations. Elles peuvent permettre d'apporter aux aides ménagères des avantages conventionnels équivalents à ceux dont bénéficient les aides ménagères employées par les autres fédérations.

Quoi qu'il en soit, l'évolution des salaires des aides ménagères a non seulement suivi mais dépassé l'évolution des prix. Entre 1978 et 1980, les salaires se sont accrus, en effet, de plus de 34 p. 100. Pendant ce temps, les prix augmentaient de 24 p. 100 et le S.M.I.C. de 29 p. 100.

Vous avez posé une seconde question, très brève mais importante, relative à l'unification des barèmes de contribution des bénéficiaires de l'aide ménagère. En cette matière, il existe un principe, celui de l'autonomie des caisses. Nous souhaitons aller dans le sens de la concertation entre les différents régimes, notamment de la caisse nationale d'assurance vieillesse, de l'aide sociale et des régimes complémentaires, pour harmoniser les conditions d'attribution et de participation.

En vue d'une certaine rationalisation, une expérience est conduite dans cinq départements pour la gestion coordonnée de l'aide ménagère. Sur la base des conclusions que nous en tirerons, peut-être pourrions-nous faire un pas de plus dans le sens que vous avez souhaité.

Enfin, en ce qui concerne le plafond d'octroi de l'aide ménagère au titre de l'aide sociale, la souplesse que vous désirez est pour une part réalisée. En effet, depuis le 1^{er} juillet 1980, le plafond d'octroi de l'aide ménagère au titre de l'aide sociale a été déconnecté du plafond de l'attribution de l'allocation du fonds national de solidarité, et lui est désormais supérieur de 200 francs.

M. André Bord. Je vous remercie, monsieur le secrétaire d'Etat.

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

M. Antoine Gissingier. Mon ami M. Charles, qui a été obligé de s'absenter, m'a demandé de poser en son nom une question relative aux centres sociaux. Mais cette question vous a déjà été posée deux fois, monsieur le ministre, et vous y avez répondu.

J'appelle simplement votre attention sur le fait que l'aide de l'Etat, après avoir été de 20 p. 100, est descendue à 12,80 p. 100 cette année et serait, pour 1981, de 11,90 p. 100 seulement.

Mais, prudents, nous avions préparé ensemble une question de remplacement, qui concerne les centres de soins infirmiers. Cette question a également été posée, mais nous la présentons sous une autre forme.

Les centres de soins infirmiers bénéficient, au contraire de leurs homologues libéraux — qui payent la taxe professionnelle — de la formule dite du tiers payant. Cela constitue pour eux un avantage non négligeable dont la contrepartie réside en un abattement de tarifs compris entre 7 et 13 p. 100, aux termes de conventions particulières avec la caisse primaire d'assurance maladie.

Or cet abattement est contesté par de nombreux gestionnaires de ces centres en raison des difficultés croissantes qu'ils rencontrent et qui sont dues notamment au niveau élevé de per-

sonnel que leur impose l'article 9 de l'annexe du décret n° 77-483 du 22 avril 1977. Ce personnel salarié est bien souvent sous-employé, et son utilité est mise en cause de façon persistante.

Ces centres connaissent des déficits relativement importants, qui doivent être pris en charge par les municipalités, donc par le contribuable local. A titre d'exemple, je peux vous citer un centre de soins où, pour chaque piqûre, le contribuable local doit supporter un déficit de 10,20 francs.

Serait-il possible, monsieur le ministre, de connaître la situation financière précise des quelque 2 000 centres de soins infirmiers, et la répartition actuelle des efforts nécessaires à la couverture du déficit éventuel de leur budget ?

Enfin, quel est le rôle exact de l'autorité de tutelle dans la gestion de ces centres ?

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

M. le ministre de la santé et de la sécurité sociale. Je ne doute pas, monsieur Gissinger, que la fédération des centres sociaux sera suffisamment éclairée par les débats d'aujourd'hui !

Je ne puis que répéter à son intention ce qu'elle sait déjà fort bien, c'est-à-dire que je suis homme de dialogue. J'ai décidé d'ouvrir avec elle une discussion pour que nous examinions ensemble l'avenir, le financement et l'orientation qu'il conviendrait de donner aux centres sociaux. Il existe, en effet, des centres très différents les uns des autres, et il faut donner une priorité à ceux qui jouent un rôle social évident.

Quant aux centres de soins, c'est une vaste question ! Il est vrai que les D. D. A. S. S. excellent sur eux une tutelle. Mais il m'est difficile d'arrêter ma politique à leur égard en pleine connaissance de cause, dans la mesure où ils reçoivent de nombreuses subventions des collectivités locales.

Plusieurs orateurs m'ont demandé de supprimer les abattements de tarifs qui sont actuellement pratiqués sur certains actes effectués par ces centres. La vérité m'oblige à dire que les situations sont très variables. Je pense qu'il y a surtout, de la part des caisses primaires et des caisses régionales de sécurité sociale, un effort non pas de surveillance tatillonne mais d'une tutelle un peu plus attentive qui permettrait, dans certains cas, de mieux orienter l'activité des centres de soins.

Je retiens donc votre suggestion. Il faudra, en effet, que nous regardions de plus près la situation de ces centres. Certains d'entre eux font un travail tout à fait remarquable dans des milieux sociaux très difficiles et mériteraient sans doute d'être aidés plus qu'ils ne le sont actuellement.

M. Antoine Gissinger. Je vous remercie.

M. le président. Nous en revenons aux questions du groupe socialiste.

La parole est à M. Garrouste.

M. Marcel Garrouste. L'augmentation des dépenses de santé, monsieur le ministre, est un phénomène général dans toute l'Europe. Partout, les dépenses hospitalières sont au premier rang et représentent souvent la moitié du total. Partout, l'accroissement de ces dépenses a pour cause la modernisation des hôpitaux et l'amélioration des conditions de travail du personnel, le coût élevé des nouvelles techniques médicales, le vieillissement de la population, le recours plus fréquent aux services spécialisés de l'hôpital.

Il faut souligner enfin que les durées moyennes de séjour étant réduites de moitié depuis vingt ans, les prix de journée sont nécessairement plus élevés, les grosses dépenses étant effectuées dans les premiers jours.

L'équilibre de la sécurité sociale est davantage compromis par l'aggravation de la crise économique que par l'augmentation des frais d'hospitalisation. Chaque tranche de 100 000 chômeurs entraîne, en effet, une perte de recettes de 3 à 4 milliards pour la sécurité sociale, ainsi qu'on l'a dit tout à l'heure.

M. Christian Nucci. Très bien !

M. Marcel Garrouste. Ce n'est pas seulement sous l'angle de l'équilibre de la sécurité sociale qu'il faut considérer les dépenses de santé. Le secteur de la santé est une activité qui, en quelque sorte, rapporte au pays car, d'une part, la productivité de la population active est liée à son état physique — les journées et les années perdues pour incapacité de travail coûtent cher à l'économie nationale — et, d'autre part, les dépenses de santé sont fortement créatrices d'emplois car les salaires représentent à eux seuls 70 p. 100 du budget des établissements, qui emploient environ 600 000 personnes.

Le secteur de la santé au sens large, c'est-à-dire y compris l'industrie pharmaceutique, celle du matériel médical et les administrations, occupe plus de 1,5 million de personnes. C'est ce qui permettait récemment au commissariat général du Plan de considérer une partie du déficit de la sécurité sociale comme une forme de soutien à l'emploi.

On peut essayer d'améliorer la gestion des hôpitaux pour contenir la hausse des prix de journée. Mais les règles draco-

niennes qui leur sont imposées aujourd'hui sont dangereuses pour l'avenir dans la mesure où elles les contraignent à différer les travaux de réparation, à utiliser pour leurs dépenses de fonctionnement des crédits normalement affectés à l'amortissement ou à anticiper sur les dépenses de l'année suivante.

Plus grave encore est l'interdiction, que confirme l'instruction du 17 septembre 1980, faite aux préfets d'approuver les budgets supplémentaires même « si ces dépenses supplémentaires sont gagées par des recettes dues à une activité plus grande que prévu ». Quels que soient les besoins de la population, l'hôpital devrait donc limiter les admissions de façon à ne pas dépasser le nombre de journées prévu au budget primitif, puisqu'il ne pourra pas faire face aux dépenses entraînées par les malades en surnombre !

Une telle directive me paraît aller à l'encontre de l'intérêt de l'hôpital et des malades. C'est pourquoi je vous demande, monsieur le ministre, ce qui, à votre sens, la justifie.

M. Christian Nucci. Très bien !

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

M. Jean Farge, secrétaire d'Etat. Monsieur le député, à défaut de vous convaincre, je vais essayer une nouvelle fois d'expliquer la règle budgétaire que vous avez critiquée.

Le fonctionnement financier des hôpitaux obéit à trois règles spécifiques.

Première spécificité : les recettes des hôpitaux constituent la dépense de la sécurité sociale. C'est pourquoi il y a actuellement incompréhension de la part de ceux qui ne sont pas totalement avertis de cette liaison entre le rythme de progression des dépenses de la sécurité sociale au titre des hôpitaux et le rythme de croissance des dépenses des hôpitaux.

Deuxième spécificité : jusqu'à ce que nous intervenions, les recettes des hôpitaux étaient facteur d'entraînement de la dépense par la mécanique du prix de journée.

La troisième et dernière spécificité, qui malheureusement subsiste — je dis malheureusement, parce que si l'on n'y met bon ordre l'hôpital public finira par en mourir — est l'intégration automatique, sans aucune discussion, sans aucune réflexion préalable, des résultats d'exploitation de l'hôpital public dans le budget d'exercice.

Ces règles sont totalement archaïques et, sans même parler du secteur privé, n'ont pas d'équivalent dans la gestion d'organismes publics. Notre politique consiste à rompre leur perversité et j'ai la faiblesse de penser que, ce faisant, nous rendons le plus grand service à l'hôpital public, quelque difficile que puisse être par ailleurs son adaptation à des règles de gestions, nouvelles pour lui, mais traditionnelles pour tous les autres.

Alors oui, monsieur le député, dans l'instruction, à laquelle vous avez fait allusion, relative à l'exécution des budgets des hôpitaux publics en 1980, nous avons rappelé que les hôpitaux ne pouvaient pas utiliser des recettes supplémentaires pour gager de nouvelles dépenses, car c'est précisément l'un des enchaînements que nous voulons rompre. Il n'est pas de possibilité de conduire une gestion financière raisonnable autrement.

Cela étant, je vous rassure. Le problème financier qui se pose le plus souvent en 1980 à l'hôpital public n'est pas dû à des recettes supplémentaires stérilisées, mais à une insuffisance d'activité. Je vous invite d'ailleurs à réfléchir, avec votre groupe, sur le fait qu'un très grand nombre d'hôpitaux ont parfaitement respecté les plafonds de dépenses.

M. Christian Nucci. A quel prix !

M. Jean Farge, secrétaire d'Etat. J'ai ici toute une série de dossiers. Savez-vous combien nous avons reçu de demandes de dérogation pour les budgets supplémentaires de 1980 ? A peine une centaine, pour un millier d'établissements ! Les plafonds ont donc été tenus dans l'ensemble.

Pour les recettes, en revanche, nous avons constaté non des excédents, mais des insuffisances, ce qui nous a conduits à nous interroger, par ce biais financier qui est souvent très éclairant, sur les éventuels excédents de capacités par rapport aux besoins réels, dès lors que le corps médical — et je tiens à lui rendre hommage — a fait effectivement des efforts d'évaluation des soins, pour contrôler les admissions et adapter la durée d'hospitalisation à la durée normale des soins.

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

M. Pierre Jagoret. Tout d'abord, monsieur le secrétaire d'Etat, je ne pense pas que les explications que vous venez de fournir auront pour effet de convaincre les présidents des conseils d'administration des hôpitaux du bien-fondé des demandes que vous leur adressez.

Monsieur le ministre, ce débat ne fait que me conforter dans le sentiment que nous n'avons plus de politique hospitalière, et que lui a été substituée une politique de restriction de crédits que tous les textes manifestent depuis un an et demi et que

confirme l'origine administrative de votre entourage. Le ministre dit « de la santé » n'est que le gant de velours cachant la main de fer des comptables qui nous gouvernent.

Mais après tout, les exigences d'une saine gestion sont légitimes, au moins lorsque la rigueur ne devient pas une fin en soi et qu'elle ne casse pas l'outil au service duquel elle se trouve. Or ce point est chez nous dépassé. Je le montrerai à partir de l'analyse des problèmes d'équipement de nos établissements hospitaliers.

Pour 1981, l'application des directives du Premier ministre conduit à une baisse de 20 p. 100 des crédits d'équipement qui correspond, en francs constants, à une réduction de 33 à 40 p. 100 par rapport aux crédits d'équipement de 1980. Cela en dépit de la soixantaine d'établissements qui restent à construire, reconstruire ou humaniser en application d'engagements fermes vieux de six ans. Cela en dépit des efforts de modernisation et d'adaptation des plateaux techniques qui restent à accomplir. C'est dire que vous laissez aux régions et aux collectivités locales le soin de relayer davantage l'effort que, malgré vos discours, vous ne voulez plus consentir, c'est dire que vous laissez le secteur hospitalier à but lucratif prendre le relais de l'hospitalisation publique que vous étouffez.

Mais vous ne vous arrêtez pas aux restrictions de crédits. Pour faire bonne mesure, vous supprimez directement des lits d'hôpitaux publics, entre 7 000 et 10 000 en 1980 déjà, et beaucoup plus encore en 1981.

Les socialistes se sont farouchement opposés à l'adoption d'un texte qui accroît la centralisation, l'autoritarisme et la bureaucratization de décisions dont les conseils d'administration et les élus locaux qui les président sont déchargés, mais dont ils supportent néanmoins largement la responsabilité politique. C'est commode !

Nous n'avons pas contesté la nécessité, ici ou là, de supprimer — faute de pouvoir les transformer — des lits inutilisés, manifestement sous-employés ou trop mal accompagnés. Nous affirmons, en revanche, que l'application rigide par l'échelon central de normes qu'il fixe lui-même, ne saurait prendre en compte les besoins créés par des variations saisonnières, les urgences ou l'entretien qui sont le lot quotidien des établissements et qu'un taux moyen annuel d'occupation ne traduit pas. Nous avons affirmé que l'adaptation de l'équipement hospitalier devait suivre la mise à jour et le complément attendu, en moyen et long séjour, de la carte sanitaire.

Nous avons affirmé qu'il fallait prendre en compte les pratiques « d'écrémage » et les transferts de l'hôpital vers les cliniques avant de décider que l'hôpital, en tout ou partie, était inutile. Nous avons affirmé qu'il fallait traiter comme un ensemble le service public hospitalier et les cliniques privées à but lucratif, sauf à vouloir favoriser les secondes, notamment parce qu'à court terme ce ne sont ni l'Etat ni la sécurité sociale qui paient.

Vous organisez le démantèlement du service public hospitalier.

M. Charles Fèvre. La question ! Vous ne disposez que de deux minutes.

M. Pierre Jagoret. J'y viens.

M. Christian Nucci. Laissez M. le président présider !

M. Pierre Jagoret. Monsieur le ministre, dans le canton d'Elbeuf, la fusion entre les établissements d'Elbeuf et de Caudebec doit intervenir. Elle demande une signature de votre part, à quoi rien ne s'oppose. Pouvez-vous prendre d'urgence les dispositions nécessaires ?

Accepterez-vous enfin d'appliquer la loi portant réforme hospitalière, qui réserve au service public la priorité de développement ?

Accessoirement, maintenez-vous votre affirmation du 19 décembre dernier : « Loin de moi l'idée de ne pas tenir compte, en quelque sorte, des pouvoirs légitimes et légaux des conseils d'administration ? »

J'attends votre réponse.

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

M. le ministre de la santé et de la sécurité sociale. Monsieur Jagoret, c'est une chance pour moi que d'être entouré d'experts en matière de gestion et de comptabilité, car ces questions ont été beaucoup trop longtemps ignorées. Profondément attaché au secteur public pour avoir été moi-même administrateur d'hôpital, je suis convaincu que, pour que l'hôpital public reste ce qu'il est, il faut le bien gérer.

A ce propos, je voudrais dire ici toute l'estime que je porte au corps des directeurs qui, malgré les difficultés — et nous savons bien que nous leur en créons en leur demandant cet effort de gestion — ont fait face et qui tentent, dans toute la mesure de leurs moyens, de faire progressivement entrer l'hôpital de 1980 dans les voies d'une gestion efficace. Ce faisant, nous prenons date pour l'avenir car, je le répète, c'est le seul moyen de sauvegarder le secteur hospitalier public.

Instruit par l'expérience italienne, je suis persuadé que si, dans ce domaine, devait régner l'irresponsabilité générale, si les personnels administratifs et médicaux devaient refuser le nécessaire effort d'organisation, l'hôpital public serait en danger.

Lorsque je prends un engagement, je m'efforce de le tenir. La procédure que la loi a fixée pour l'adaptation des capacités hospitalières est respectée. Je tiens le plus grand compte des avis des commissions régionales et de la commission nationale d'équipement sanitaire. D'ailleurs, dans de nombreux cas, après un dialogue avec les responsables du conseil d'administration, le président et le directeur, l'adaptation du potentiel hospitalier s'est faite d'un commun accord. Autrement dit, les médecins et le directeur ont consenti à certaines fermetures de lits parce qu'ils les jugeaient tout à fait acceptables. En contrepartie, nous avons fréquemment reconnu qu'il fallait activer la modernisation du plateau technique.

Lors de mes nombreuses visites en province, j'ai souvent affaire à un corps médical et hospitalier qui accepte des fermetures de lits mais se montre exigeant sur l'équipement du plateau technique. Cela signifie qu'une conception moderne de l'hôpital s'impose peu à peu dans les esprits, et je m'en réjouis car, en définitive, c'est l'adaptation de l'hôpital public qui déterminera son avenir.

Vous m'avez posé un problème précis — M. Fabius me l'avait annoncé : celui de la fusion des établissements d'Elbeuf et de Caudebec. Le premier est un centre hospitalier ; le second un hospice.

Il nous faut, avant toute décision, trancher la question du sort de l'hospice. A cette fin, nous avons entrepris une étude sur la situation de ses pensionnaires. Il conviendrait, à mon sens, de le transformer en maison de retraite médicalisée. Vous pouvez ainsi constater, et je le souligne à l'attention de l'Assemblée, que j'accomplis un effort quotidien pour déterminer dans chaque cas, exactement, ce qu'il convient de faire. En effet, j'en suis convaincu, si, pendant quelques années, nous nous astreignons à adapter les capacités aux besoins, nous parviendrons à maîtriser les dépenses de l'assurance maladie et l'hôpital public pourra poursuivre sa mission.

Un examen attentif montre que deux solutions sont possibles. Si, comme j'en suis partisan, l'hospice de Caudebec doit devenir un établissement de type sanitaire, nous entreprendrons immédiatement la fusion. En revanche, si nous décidons d'en faire un établissement à caractère social, celle-ci n'aura pas lieu, mais nous établirons une convention de gestion entre les deux établissements. En tout état de cause, je prends l'engagement d'aider à la réalisation d'une gestion commune ou d'une gestion par convention, qui permette à ces deux établissements de fonctionner en harmonie l'un avec l'autre.

M. le président. Nous en revenons aux questions du groupe du rassemblement pour la République.

La parole est à M. Pringalle.

M. Claude Pringalle. Monsieur le ministre, ma question porte sur un problème qui intéresse la vie quotidienne de tous les Français, à savoir la sécurité sociale et, en particulier, la branche assurance maladie.

Le 25 juillet 1979, le conseil des ministres avait été conduit à agir pour maîtriser la croissance des charges sociales de la nation et parvenir à un rééquilibrage de l'assurance maladie.

Je ne m'attarderai pas sur les mesures qui ont été alors prises, mais les Français en ont retenu que, en dehors de la contribution exceptionnelle apportée par l'Etat au régime général et de celle que vous avez exigée des professions de santé, vous leur avez demandé à tous une cotisation supplémentaire de 1 p. 100. Cette cotisation, perçue en même temps que les cotisations normales et assise sur la totalité des rémunérations, était temporaire, puisque son application devait s'étendre sur la période allant du 1^{er} août 1979 au 31 janvier 1981.

Mais l'ensemble des assurés s'interroge aujourd'hui sur l'évolution de l'assurance maladie et se demande si l'engagement pris sera respecté.

Certes, on a pu lire récemment qu'il en serait ainsi. Cependant, des exemples récents nous ont montré qu'en la matière les prévisions étaient parfois bien éloignées de la réalité.

Ainsi, en 1977, vous attendiez un déficit de 12 milliards de francs, lequel s'est transformé en excédent de 5 milliards de francs. Pourtant, un an plus tard, vous preniez des mesures désagréables, telles que le déflatement de quatre points de cotisation maladie au 1^{er} janvier 1979, avant d'en arriver, sous la pression des circonstances, aux mesures du 25 juillet.

Monsieur le ministre, les Français peuvent-ils cette fois accorder une plus grande confiance à vos prévisions et être certains que, dans un an, ils n'auront pas à subir une nouvelle majoration de leur cotisation ?

Par ailleurs, j'aimerais que vous précisiez vos intentions en ce qui concerne la loi sur les équipements hospitaliers et la

carte sanitaire, dont l'application semble poser des problèmes en matière de psychiatrie. Certaines craintes se sont fait jour à ce propos, en particulier dans le Nord.

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

M. le ministre de la santé et de la sécurité sociale. Monsieur Pringalle, le décret que nous avons pris n'institue la cotisation exceptionnelle que pour une durée de dix-huit mois.

Tout l'effort que M. Farge et moi-même avons conduit tend précisément à ce qu'il soit possible de se passer de ce point de cotisation supplémentaire. Ainsi que M. Farge l'a démontré, nous ne nous sommes pas bornés à utiliser ce supplément de ressources; nous nous sommes efforcés — et ceci est nouveau — de freiner l'augmentation de la dépense et nous avons obtenu des résultats très significatifs puisque celle-ci a progressé de cinq points de moins cette année qu'en 1979. Ainsi, tout a été mis en œuvre pour qu'il soit possible de rendre aux salariés français ce point de pouvoir d'achat.

Il faut évidemment poursuivre l'effort engagé. La gestion quotidienne doit être marquée par le sens des responsabilités si l'on ne veut pas, selon la formule de M. Barbier, être obligé soit de recourir sans cesse à des prélèvements supplémentaires, soit de nationaliser et, par conséquent, de verser dans une médecine médiocre.

La seconde question que vous m'avez posée concerne les lits de psychiatrie. Là aussi, nous appliquerons la loi dans son esprit, c'est-à-dire après mûre concertation. Je m'attache à étudier les possibilités de la sectorisation et de toutes les structures de soins autres qu'hospitalières avant de décider des fermetures de lits. Il s'agit d'un ensemble et nous ne pouvons raisonner de manière technocratique. Nous devons savoir comment, dans un secteur donné, faire suivre certains malades soit par le secteur, soit par certains équipements intermédiaires.

C'est dans le même esprit que nous poursuivrons notre action.

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

M. René Pailler. Monsieur le ministre, monsieur Jean Farge, lors d'un entretien que vous avez eu le 27 juillet dernier avec une délégation de l'union hospitalière privée sur le problème de la maîtrise des coûts hospitaliers, vous avez affirmé votre volonté de développer la complémentarité entre les secteurs public et privé de l'hospitalisation. Vous avez conclu qu'il fallait penser en termes qualitatifs et non quantitatifs et que, dans cette perspective, la contribution du secteur privé était appréciable.

Ma première question portera sur les difficultés que connaît l'hospitalisation privée.

En matière de gestion, les prix de journée ne correspondant pas à l'évolution des charges et leurs variations se répercutant avec trop de retard, l'équilibre financier est souvent périlleux pour certains établissements qui ne peuvent ni perfectionner leurs plateaux techniques ni se doter du personnel qualifié nécessaire.

Le classement établi en 1979 risque d'entraîner la disparition de petites cliniques qui ne peuvent se moderniser. Au mieux, il creusera un fossé entre les diverses catégories d'établissements.

De plus, la remise en ordre des tarifs d'hospitalisation — prix de journée et frais annexes — ayant été opérée en fonction de ce classement, il s'ensuit une très grande disparité régionale. Par exemple, les frais de salle d'opération, qui sont calculés en fonction de la valeur du K opératoire, varient de 4,49 à 9,12 francs, ce qui est vraiment anormal, car ils sont identiques dans toutes les régions et pour tous les établissements.

Le secteur privé connaît aussi des difficultés de développement.

En effet toute demande de regroupement, de modification, d'extension, de création ou d'acquisition d'équipements lourds est systématiquement refusée par le pouvoir de tutelle, soit en raison de la carte sanitaire, soit sous le prétexte d'un faible coefficient d'occupation des lits dans le secteur public. Les établissements d'hospitalisation privés sont donc condamnés à fonctionner tels qu'ils sont, sans possibilité d'améliorer leurs conditions d'exploitation, et donc la qualité des soins aux malades.

Cette situation est d'autant plus grave que les indices des besoins en lits sont régulièrement révisés en baisse.

Le dernier arrêté ministériel, celui du 28 mai 1980, pris dans le cadre d'une révision de la carte sanitaire des diverses régions de France, ne tient absolument pas compte des besoins de la population.

Faut-il voir dans cette attitude une volonté de réduire à tout prix les effectifs, ou s'agirait-il de supprimer les besoins en supprimant les moyens ?

Cette situation est d'autant plus regrettable qu'il est prouvé que les soins dispensés dans les établissements privés coûtent moins cher, à qualité égale, que ceux qui le sont dans les hôpitaux publics. Il a été établi récemment que cette comparaison

valait non seulement lorsque l'étude était limitée aux frais de séjour du malade, mais aussi lorsqu'on y ajoutait les notes d'honoraires médicaux.

Monsieur le ministre, pour développer la complémentarité entre le secteur public et le secteur privé, il faut au moins donner à ce dernier les moyens de survivre et surtout, il convient de ne pas les opposer, car tous deux sont également indispensables.

Je considère cependant que les implantations d'équipements d'hospitalisation publique devraient être plus judicieusement choisies.

J'en viens ainsi à ma deuxième question qui est plus ponctuelle puisqu'elle concerne la ville du Mans, où un hôpital du type Fontenoy est en cours d'aménagement. Cette nouvelle unité ne comporte pas de service de neurochirurgie et toutes les demandes de création ont été systématiquement refusées depuis de nombreuses années malgré l'ampleur des besoins.

En effet, étant situé à un carrefour autoroutier, le centre hospitalier du Mans draine une population importante venant de plusieurs départements. La demande de soins en neurochirurgie est de plus en plus forte et il est absolument anormal qu'on ne puisse y faire face sur le plan local, ce qui, dans certains cas, a des conséquences catastrophiques.

Pourriez-vous, monsieur le ministre, envisager la création d'un service de neurochirurgie au Mans ? Je formule cette demande non en tant que parlementaire, mais en tant que médecin qui, ce week-end encore, a dû faire transférer un malade au centre hospitalier de Tours.

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

M. Jean Farge, secrétaire d'Etat. Monsieur le député, vous avez posé deux questions, l'une d'ordre général relative au traitement financier réservé aux cliniques privées; l'autre plus particulière, mais dont je comprends l'importance, sur la création éventuelle d'un service de neurochirurgie au Mans, ville qui vous est chère.

S'agissant d'abord des cliniques privées, je confirme en tout point, puisque vous m'y invitez, les propos que j'ai tenus à plusieurs reprises — et non pas seulement au mois de juillet dernier — lorsque j'ai eu le plaisir de recevoir les organisations représentatives des cliniques privées, propos qui sont d'ailleurs en harmonie avec ceux que je tiens aux représentants attirés des hôpitaux publics.

M. Barrot et moi-même sommes tout à fait conscients du rôle joué par l'hospitalisation privée et nous nous employons à organiser cette complémentarité, dont vous avez souligné la nécessité, entre secteur public et secteur privé. Malheureusement, j'ai observé que cette complémentarité, dans les formes où elle se pratiquait, prenait trop souvent le tour d'une guerre de religion. Or tel n'est pas, bien entendu, notre état d'esprit.

Pour ce qui concerne l'hospitalisation privée, nous avons pris en 1980 des mesures de revalorisation de ses tarifs comme nous l'avions fait pour les hôpitaux publics. Je ne vous détaillerai pas les hausses, car ce serait fastidieux; mais je puis vous dire que le même souci de tenir compte des réalités et de la gestion, par conséquent d'une certaine modération de la progression des tarifs, nous a animés tant pour l'hospitalisation publique que pour l'hospitalisation privée.

Cela dit, je vous donne acte très volontiers d'un état de fait que j'ai moi-même observé et que je m'efforce de faire cesser: les délais beaucoup trop longs qui séparent le moment où le ministre de la santé décide une revalorisation des tarifs et celui où cette revalorisation est effectivement appliquée.

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

M. Jean Farge, secrétaire d'Etat. Ces délais, qui relèvent de procédures dont je qualifierai le raffinement de « chinois » — sans vouloir provoquer d'incident diplomatique (*Sourires.*) — doivent être absolument raccourcis. Nous allons nous y attacher.

Je vous donne également bien volontiers acte qu'au point de vue des dépenses de la sécurité sociale, l'hospitalisation privée nous apporte certaines satisfactions, car son rythme de progression est tout à fait compatible avec des normes d'équilibre raisonnables de la sécurité sociale.

Enfin, le classement des cliniques pose un problème délicat. Ce n'est pas nous qui avons inventé les critères et les procédures de ce classement mais j'imagine que s'il a été établi, c'est pour tenir compte des différences entre les prestations que peuvent offrir les diverses catégories de cliniques, car il est normal qu'à des prestations différenciées correspondent des tarifs différenciés.

Je tiens à confirmer — car je suppose que vous le savez — que, dans les mesures de revalorisation tarifaire qui ont été prises en 1980 et, bien entendu, dans celles qui le seront en 1981,

certaines tendent à effacer, dans toute la mesure souhaitable et en respectant les catégories, les disparités existant de région à région entre les catégories, ou au sein d'une même catégorie. Il est bien évident que les difficultés financières que connaît actuellement la sécurité sociale ne permettent pas de procéder aux rajustements en un tournemain ; mais nous continuerons à mener cette politique d'effacement de disparités injustifiées.

Avec la création d'un service de neurochirurgie à l'hôpital Fontenoy de la ville du Mans, vous avez abordé une question amplement traitée par M. Jacques Barrot au cours de son intervention générale, celle du degré de spécialisation souhaitable des différentes catégories d'hôpitaux publics : C. H. U., centres hospitaliers généraux, hôpitaux ruraux. Nous ne pouvons pas — cela n'est d'ailleurs pas souhaitable du point de vue de l'exercice médical ou chirurgical, ainsi que l'a démontré cet après-midi M. Jacques Barrot — installer des services très spécialisés dans toutes les catégories d'hôpitaux.

Pour ce qui est de la neurochirurgie, je vous signale que tous les C. H. U. ne possèdent pas de services de neurochirurgie et qu'à ma connaissance deux centres hospitaliers généraux seulement disposent actuellement en France de tels services. Par ailleurs la ville du Mans — que je respecte en Tourangeau que je suis — est située à proximité d'Angers et de ma bonne ville de Tours où existent des services de neurochirurgie.

Il convient de toujours prendre en considération la distribution géographique des services afin de réaliser un équilibre convenable de la répartition territoriale des différentes spécialités médicales et chirurgicales.

M. le président. Nous en revenons aux questions du groupe socialiste.

La parole est à M. Pénicauf.

M. Jean-Pierre Pénicauf. Monsieur le ministre, ma question concerne les travailleuses familiales. Ce problème a déjà été évoqué mais je crois bon d'y revenir.

Nul ne conteste le rôle joué par les travailleuses familiales, par exemple auprès des mères qui, pour des raisons médicales, ne sont plus en mesure d'assurer, pendant une période limitée, la charge que représente dans leur foyer un ou plusieurs enfants. Vous venez d'indiquer quel intérêt vous portez à ce problème ; mais, ce faisant, vous ne m'avez pas fourni tous les apaisements que j'aurais souhaités.

M. Christian Nucci. Très bien !

M. Jean-Pierre Pénicauf. En effet, les nombreuses associations qui assurent ce service d'aide familiale n'arrivent plus à faire face à la demande, et je ne pense pas que l'augmentation de crédits que vous prévoyez suffise à améliorer une situation qui présente, à tous égards, de graves inconvénients pour la santé et l'équilibre des familles.

C'est pourquoi je vous demande s'il ne serait pas préférable de rendre légale, cette prestation. Une telle solution aurait l'avantage de ne pas subordonner l'octroi des aides familiales aux disponibilités du fonds d'action sociale des caisses, dont on sait qu'il ne suffit déjà pas à satisfaire les besoins des familles dans des conditions normales.

Par ailleurs, cette mesure aurait l'intérêt de faire bénéficier les travailleuses familiales d'un statut avec tous les avantages qui en résulteraient. Une telle disposition ne manquerait pas d'avoir les plus heureuses conséquences sur la situation des familles dont il se vérifierait cette fois qu'elles sont effectivement l'objet de vos plus pressantes attentions. *(Applaudissements sur les bancs des socialistes.)*

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

M. le ministre de la santé et de la sécurité sociale. Monsieur le député, je rappelle une nouvelle fois l'effort qui a été accompli et qui continue de l'être dans ce domaine.

La caisse d'allocations familiales y a affecté 377 millions de francs en 1980 et elle y affectera 425 millions en 1981. La mutualité agricole y a affecté 36 millions de francs en 1980 et elle y affectera 40 millions en 1981. L'aide sociale à l'enfance y a affecté 111 millions de francs en 1980 et elle y affectera 120 millions en 1981.

Vous vous demandez si l'on ne doit pas instituer une prestation légale. Personnellement, en matière d'action sociale, j'ai quelques raisons de penser qu'il est très difficile d'établir des règles, et d'abord parce qu'on n'est pas sûr de pouvoir en trouver qui s'adaptent à toutes les situations, à tous les cas de figure.

L'action sociale exige une certaine souplesse. C'est ce que les organismes de sécurité sociale ont toujours souhaité et, si le fonds d'action sanitaire et sociale de la caisse nationale d'allocations familiales dépasse plusieurs milliards de francs, c'est précisément parce que les gens qui gèrent nos caisses de sécurité sociale et qui représentent les familles et les partenaires sociaux, peuvent orienter cette politique avec une certaine souplesse.

Je vous rejoins dans la volonté de promouvoir aides familiales et travailleuses familiales ; mais je ne suis pas sûr que l'institution d'une prestation légale, avec toutes les définitions juridiques qu'elle entraînerait, ne viendrait pas compliquer notre action sociale et, d'une certaine manière, enlever aux administrateurs des caisses d'allocations familiales la responsabilité qui est nécessaire pour que l'on ait un service adapté aux besoins, et ce, dans le ressort de chaque caisse d'allocations familiales.

M. le président. Nous en revenons aux questions du groupe du rassemblement pour la République.

La parole est à M. Taugourdeau.

M. Martial Taugourdeau. Monsieur le ministre, les caisses primaires de sécurité sociale pratiquent des examens de santé prescrits par la loi, tous les cinq ans théoriquement, à chaque assuré social.

Trente centres pratiquent ces examens suivant un schéma national aussi bien dans la nature de l'examen que dans le recrutement des sujets à examiner, et ce depuis quelques années seulement. Dix autres centres suivent leurs propres directives et leurs résultats ne sont pas utilisables sur le plan national. Les sujets à examiner sont choisis par tranche d'âge mais cette règle n'est pas toujours respectée et on prend qui se présente. En fait, il ne s'agit souvent que d'un petit *check-up* gratuit. On trouve occasionnellement quelques anomalies mineures et cela induit de nouveaux examens chez les médecins de ville qui, en général, prescrivent des examens identiques pour vérification, d'où des dépenses souvent inutiles induites de nouvelles dépenses également inutiles.

Le fonctionnement de chacun de ces quarante centres coûte de 3 à 10 millions de francs prélevés sur le compte « risque ». Le centre de mon département pratique 5 000 examens par an dont le coût dépasse 500 francs l'unité. La direction régionale estime trop élevé le prix de l'examen ; pour l'abaisser, elle conseille d'en faire 10 000. Je ne pense pas que ce soit la bonne solution : étant donné l'inutilité des 5 000 déjà pratiqués, il serait difficile de prouver l'utilité de 10 000.

Ces examens pratiqués depuis vingt ans sont du domaine de la recherche, mais aucune conclusion n'en a été tirée jusqu'à ce jour. J'y insiste, le seul intérêt est la recherche, la détermination des sujets à risques.

Laissons donc fonctionner les centres qui font convenablement cette recherche et fermons les autres ou remplaçons-les par des centres de prévention immédiate et active qui pourraient se préoccuper de diététique, de lutte contre l'alcoolisme, d'hygiène bucco-dentaire, de vaccination, d'éducation sanitaire.

Ces actions dans la législation actuelle, ne peuvent être financées que sur le chapitre « action sanitaire ».

Je pose donc une première question : les caisses pourraient-elles financer des actions de prévention sur le compte « risque » ? Ainsi pourraient se transformer certains centres d'examen de santé.

Ma deuxième question concerne le long séjour.

Conformément à la loi du 29 mars 1978, la sécurité sociale prend en charge une partie des frais de long séjour après accord entre le médecin conseil de la sécurité sociale, les médecins de l'établissement et les services de la direction de l'action sanitaire et sociale.

Cet accord est souvent difficile à obtenir, les critères d'acceptation en long séjour étant très sévères et souvent variables.

Ainsi c'est l'individu qui est classé « long séjour » et non le lit. Pour chaque admission il faudra donc un examen conjoint par les différents médecins et cet examen sera renouvelé à un rythme indéterminé, car maintenant on parle de « long séjour transitoire ».

Il me paraît plus simple que, pour chaque établissement accueillant des longs séjours transitoires ou définitifs et des hébergements sociaux renforcés, la caisse prenne en charge globalement les frais médicaux, infirmiers et pharmaceutiques.

La répartition entre les différentes caisses se ferait à un rythme régulier, trimestriel ou semestriel suivant le nombre de leurs ressortissants.

Est-il possible de simplifier la gestion de ces établissements pour personnes âgées en adoptant cette globalisation ?

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

M. le ministre de la santé et de la sécurité sociale. Monsieur Taugourdeau, vous avez sûrement raison. Les bilans de santé systématiques, les *check-up*, tels qu'ils sont pratiqués dans certains centres spécialisés publics ou privés, se révèlent de plus en plus comme une fausse bonne idée. Faute d'une coordination suffisante, ils n'ont pas apporté les renseignements épidémiologiques espérés — j'ai demandé à M. Cabanel de se pencher sur ce problème. D'autre part, le bénéfice tiré par les patients, le rapport coût-efficacité n'a pas été suffisamment évalué, mais il ne paraît pas important dans la forme actuelle des bilans pratiqués. Il nous faut donc nous tourner vers une prévention de

type sélectif; des actions sur les milieux, sur les comportements collectifs et des actions spécifiques sur les groupes à risques, ce qui amène une meilleure efficacité. Les caisses de sécurité sociale ont pris conscience de la nécessité d'une prévention sélective. Mais nous sommes contre un accroissement des bilans de santé systématiques, tous azimuts. En revanche, dans le cadre du fonds de prévention caisses d'assurance maladie-mutualité, nous allons engager des actions sélectives. D'autre part, la nouvelle convention, dans ses articles 39 et 40, prévoit d'associer les médecins libéraux à des actions de prévention, mais sur des groupes à risques, dans le cadre de la surveillance de certaines populations qui ont été dépistées comme comportant des risques, les buveurs excessifs par exemple. Il faudra simplement s'assurer que l'ensemble des caisses s'orientent bien dans cette nouvelle direction.

Deuxièmement, la tarification globale du long séjour pose un problème très difficile.

D'abord, nous pensons à un budget global qui séparerait le versement des forfaits aux établissements et le contrôle médical des admissions. Cela existe pour les sections de cure médicale des maisons de retraite et nous l'avons expérimenté dans certains établissements hospitaliers.

Dans le cadre de la discussion du projet de loi sur les responsabilités des collectivités locales, nous remettrons les choses au point en prenant en charge au titre de l'assurance maladie les frais de maternage. Nous pourrions alors mieux répartir les deux parties de ce budget : la partie soins entendue au sens large avec le maternage et la partie hébergement entendue au sens strict.

Le groupe de travail que j'ai chargé d'étudier tous ces problèmes va m'apporter des conclusions pratiques. Je serais heureux de vous en parler, monsieur Taugourdeau, car je sais que vous avez une expérience personnelle dans ce domaine.

M. Martial Taugourdeau. Je vous remercie, monsieur le ministre.

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

M. Louis Donnadieu. Monsieur le ministre, la santé est le souci numéro un de l'homme, et c'est naturel car c'est le premier moyen de progrès. Si les dépenses de santé ont augmenté plus que le produit intérieur, c'est parce que notre médecine est plus sophistiquée et certainement meilleure, parce qu'elle est prodiguée par un nombre toujours croissant de professionnels et aussi parce que nos concitoyens profitent de plus en plus des soins offerts.

Malgré cela, monsieur le ministre, ne pourriez-vous faire un effort supplémentaire pour la prévention ? Ce serait moralement bénéfique et financièrement très utile. La prévention est une heureuse orientation de votre politique; certains d'entre nous la demandaient depuis votre arrivée à ce ministère. Les mesures que vous avez prises sont positives et j'y souscris, mais elles ne paraissent encore trop modestes. Un effort plus grand permettrait un progrès rapide de la lutte contre la maladie. C'est techniquement réalisable. Nous avons la possibilité d'informer et d'éduquer le public; un bond immense devrait être accompli au point de vue épidémiologique grâce à l'informatique.

Vous pourriez, comme vous l'avez annoncé, y associer les médecins libéraux. Ils s'y préparent avec les professions paramédicales. Plus nombreux, ils sont plus disponibles. Conscients d'être des ordonnateurs de dépenses, ils joueront un rôle irremplaçable dans la prévention, comme ils le font dans les soins.

Cet effort doit être associé à celui que font la médecine du travail, la prévention maternelle et infantile, l'hygiène scolaire, sans oublier les aides familiales dont on a beaucoup parlé ce soir. Toutes ces organisations se heurtent souvent à des difficultés d'effectifs ou de financement. Il ne faut pas les oublier !

Monsieur le ministre, on vous saura gré de combattre le gaspillage, car c'est primordial. Vous vous êtes déjà engagé dans cette voie, et nous vous approuvons. Vous devriez être satisfait de l'importance de votre budget car, bien orienté, il sera la meilleure source de progrès et de bien-être pour notre pays.

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

M. le ministre de la santé et de la sécurité sociale. Je vous remercie, monsieur Donnadieu, de revenir à ce qui me paraît être la grande priorité des dix années à venir.

Je vous rappelle les instruments nouveaux que je me suis donnés pour l'extension des actions de prévention en France. Leur énumération vaudra mieux que de longs développements : les crédits affectés à la protection et à la prévention sanitaires seront accrus de plus de 23 p. 100 en 1981; le fonds national de prévention, financé et géré conjointement par la mutualité et la C.N.A.M., nous apportera 85 millions de francs en 1981, il sera non seulement un organisme de financement mais aussi un lieu de réflexion et d'innovation en matière de prévention; les articles 39 et 40 de la convention permettront aux

caisses d'assurance maladie de financer des actions de prévention et d'éducation sanitaire réalisées par les médecins libéraux — cela est aussi une innovation très importante.

Nous avons eu le souci de favoriser la « responsabilisation » de toute la population. Ce souci a présidé au choix du thème général « soignez votre santé » pour la campagne d'éducation sanitaire en cours actuellement et qui est très suivie. Pour la première fois, elle a associé, encore timidement, les professions paramédicales. Elle se poursuivra l'année prochaine avec des crédits qui seront presque doublés. Vous avez cent fois raison : il faut associer toutes les professions médicales et paramédicales à la prévention.

Enfin, — et ceci est le point le plus important à mon sens — le programme d'action prioritaire n° 7 relatif à la protection sociale accorde une large place à la prévention de la maladie et prévoit un ensemble d'actions correspondant aux axes retenus : épidémiologie, prévention primaire, actions locales de prévention et d'éducation sanitaire. Ce programme d'action prioritaire, dont l'Assemblée aura à connaître avec le VIII^e Plan, comporte aussi la mise en œuvre d'un plan de lutte contre l'alcoolisme. Ce dernier thème a été retenu par le Président de la République pour les actions que nous devons mener à terme dans de brefs délais.

Une nouvelle étape importante est ainsi franchie dans le cadre d'une grande politique de prévention que vous souhaitez à juste titre. Je vous remercie d'y avoir fait référence avec autant d'insistance.

M. le président. J'appelle les crédits inscrits à la ligne « Travail et santé. — I. — Section commune ».

ETAT B

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

« Titre III : 21 150 261 francs. »

ETAT C

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

TITRE V. — INVESTISSEMENTS EXÉCUTÉS PAR L'ETAT

« Autorisations de programme : 41 497 000 francs ;
« Crédits de paiement : 26 667 000 francs. »

Personne ne demande la parole ?..

Je mets aux voix le titre III.

(Le titre III est adopté.)

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

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

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

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

M. le président. J'appelle maintenant les crédits inscrits à la ligne « Travail et santé. — III. — Santé et sécurité sociale ».

ETAT B

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

« Titre III : 229 870 564 francs ;

« Titre IV : 715 590 016 francs. »

ETAT C

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

TITRE V. — INVESTISSEMENTS EXÉCUTÉS PAR L'ETAT

« Autorisations de programme : 39 300 000 francs ;

« Crédits de paiement : 33 500 000 francs. »

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

« Autorisations de programme : 1 540 800 000 francs ;

« Crédits de paiement : 484 205 000 francs. »

Personne ne demande la parole ?..

Je mets aux voix le titre III.

(Le titre III est adopté.)

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

(Le titre IV est adopté.)

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

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

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

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

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

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

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

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

Après l'article 46.

M. le président. En accord avec la commission des finances, je vais maintenant appeler successivement les amendements n^{os} 220 à 224 qui tendent à introduire des articles additionnels après l'article 46.

M. Gérard Bapt et les membres du groupe socialiste et apparentés ont présenté un amendement n^o 220 ainsi rédigé :

« Après l'article 46, insérer le nouvel article suivant :

« Le Gouvernement présentera en annexe au projet de loi de finances pour 1982 un rapport sur les économies que permettrait de réaliser dans les hôpitaux publics la suppression des consultations et lits privés. »

La parole est à M. Laborde.

M. Jean Laborde. Monsieur le ministre, il n'est pas de pires discriminations que celles qui portent sur la santé de nos concitoyens. Les inégalités de traitement deviennent particulièrement inacceptables quand elles se rencontrent dans des établissements publics qui, par nature, devraient être égaux. Elles s'observent pourtant régulièrement dans les hôpitaux dotés de secteurs privés qui permettent, en fait, la pratique d'une médecine de classe.

Je n'énumérerai pas les abus dont la presse se fait périodiquement l'écho et contre lesquels vous ont plusieurs fois mis en garde les rapports de l'inspection générale des affaires sociales aussi bien que ceux de la Cour des comptes. Le meilleur moyen d'éviter à quelques praticiens peu scrupuleux de se trouver traduits devant les tribunaux et de nuire à l'image d'une profession qui ne comporte pas plus de tricheurs qu'une autre, est certainement de ne pas leur en fournir l'occasion.

Le secteur privé a été créé pour inciter des médecins, chirurgiens et spécialistes, à accepter le plein temps hospitalier lorsque celui-ci a été institué. Il semblait ne devoir être qu'une étape transitoire facilitant la mise en œuvre de ce nouveau système. Voilà qu'on explique aujourd'hui son maintien par le niveau de rémunération insuffisant des médecins salariés et par l'intérêt qu'ils ont à cotiser à la caisse autonome de retraite des médecins français pour bénéficier d'une retraite plus substantielle. N'y aurait-il pas des moyens plus directs et plus rationnels de résoudre ce problème ?

Le secteur privé est choquant dans son principe, il aboutit à la discrimination de catégories sociales de malades, à des disparités fondées sur la fortune, à des privilèges plus inadmissibles encore dans le domaine de la santé.

On a beaucoup parlé de médecine des riches et de médecine des pauvres, on en rencontre là un exemple significatif. Une humanisation satisfaisante de tous les services devrait procurer à chacun un confort et une qualité de soins qui ne justifieraient plus un régime de faveur. Le secteur privé est à l'origine de complications administratives pour les établissements et une charge pour la sécurité sociale qui pourrait trouver là une source d'économie. Il peut devenir parfois une occasion d'abus pour les praticiens tentés de profiter des facilités lucratives que leur offre leur profession. Son maintien ne peut plus raisonnablement s'expliquer que par les carences du service public, sinon comment justifier son choix par des malades qui ne devraient plus avoir à le préférer à ce dernier ?

De plus en plus de jeunes médecins qui trouvent la carrière hospitalière assez motivante en contestent l'intérêt. La plupart des directeurs d'hôpitaux souhaitent le voir disparaître. Nous pensons quant à nous qu'il est temps de le supprimer.

Si ce n'est pas votre opinion, monsieur le ministre, acceptez au moins, dans votre souci de modération des dépenses de santé, que l'on puisse en évaluer les conséquences financières. *(Applaudissements sur les bancs des socialistes.)*

M. le président. Quel est l'avis de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan ?

M. Gilbert Gantier. M. Pons, retenu dans sa circonscription, m'a demandé de le suppléer au nom de la commission des finances.

La commission n'a pas examiné cet amendement, déposé ce matin seulement. Je ne puis donc exprimer son avis.

Toutefois, j'indique que la commission des finances est en général défavorable à la multiplication des rapports. Elle estime, en effet, que le Parlement ploie déjà sous le poids d'un trop grand nombre de rapports que ses membres n'ont pas toujours le temps de lire. Les commissions et leurs rapporteurs ont la possibilité de demander un rapport sur les économies à réaliser. Il serait certainement superflu d'en présenter un de plus.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé et de la sécurité sociale. Le Gouvernement est hostile sur le fond et sur la forme.

Sur le fond, monsieur Laborde, nous allons au-devant de vos préoccupations par l'élaboration d'un décret qui instituera des règles beaucoup plus strictes pour le secteur privé dans le cadre de l'hôpital public. J'entends bien que ces règles soient appliquées, si nous nous dotons de règles du jeu, c'est pour les appliquer avec rigueur. Par conséquent, l'Assemblée nationale comprendra, à la veille de la parution d'un décret important, l'inutilité de rédiger un rapport ; il est préférable d'agir.

Sur la forme, je crains l'inflation des demandes de publication de rapports. Autant M. Farge et moi-même avons essayé de faire progresser dans la connaissance dans le domaine complexe et important de la sécurité sociale par la publication de rapports, notamment celui de la commission des comptes de la sécurité sociale qui a été remis dans les délais voulus, autant il est véritablement impossible pour l'administration de répondre à toutes les demandes. Je tiendrai d'ailleurs le même raisonnement tout à l'heure.

Cette année, plus de 600 questionnaires sur le budget ont été adressés à mon ministère. Cet ensemble de documents représente une telle masse que leur exploitation devient de plus en plus difficile.

Je demande à l'Assemblée de comprendre que, pour ne pas sombrer dans la bureaucratie, il faut éviter de surcharger l'administration d'un travail qui ne clarifiera pas les débats. En revanche, M. Farge, M. Montagne et moi-même serons toujours disponibles pour venir devant votre assemblée nous expliquer et dialoguer. J'en donne une nouvelle fois l'assurance formelle.

Au nom de mon administration, je vous demande de ne pas alourdir sa tâche par la rédaction de rapports ou de questionnaires qui ne contribueraient pas à aider le Parlement.

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

M. Jean Delaneau. Ce n'est pas la rédaction d'un rapport supplémentaire qui permettra d'avancer dans la recherche d'une solution aux difficultés que pose l'utilisation des lits privés dont disposent des praticiens dans les établissements hospitaliers publics.

Comme vient de le dire M. le ministre, il faut combattre les abus là où ils sont commis. Ceux que la Cour des comptes a dénoncés comme ceux qui sont connus dans les établissements hospitaliers doivent faire l'objet d'une très grande rigueur de la part des directeurs d'établissement. Si leur autorité ne suffit pas, l'autorité de tutelle doit mettre fin aux situations exceptionnelles abusives.

M. Laborde a posé le problème de fond quant à la présence de lits privés au sein d'établissements publics. J'ai été chef de service dans un hôpital public. Cet état de choses n'est pas conforme à la vocation d'un hôpital public.

Une telle situation date de la réforme hospitalière inspirée par Robert Debré. Elle aurait dû constituer une mesure transitoire réservée aux chefs de service de l'époque qui choisissaient le temps plein, et non pas se pérenniser. Par exemple, il est absurde que les consultations privées aient lieu dans des locaux différents de ceux qui sont normalement destinés aux consultations, ce qui est contraire à une utilisation rationnelle des locaux.

Certes, il est toujours extrêmement difficile de revenir sur un avantage acquis. En revanche, je suis persuadé que, moyennant un aménagement des émoluments des praticiens hospitaliers publics et une révision de leur système de couverture sociale — en particulier de leur régime de retraite, puisqu'ils dépendent de l'I. R. C. A. N. T. E. C. qui ne leur impose pas de cotiser sur la totalité de leur salaire — si l'on plaçait les praticiens hospitaliers à temps plein devant le choix de continuer à utiliser les lits privés ou de bénéficier d'une amélioration de leur rémunération et de leur protection sociale, 70 ou 80 p. 100 d'entre eux choisiraient d'emblée la deuxième solution.

Je m'oppose donc à cet amendement pour les mêmes raisons que vous, monsieur le ministre, à savoir éviter de surcharger l'administration par la rédaction de rapports. Mais, sur le fond, je considère qu'il y a une réflexion à engager ; je tenais à vous en faire part.

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

M. Jean Laborde. Monsieur le ministre, il est évident que l'objet de l'amendement était non pas de susciter un rapport supplémentaire mais de soulever le problème de fond. Celui-ci n'avait pas été évoqué jusqu'à présent ; il était bon qu'il le soit.

J'ai été heureux de constater que notre collègue M. Delaneau partageait à peu près notre point de vue. Il se pose, en effet, deux questions.

D'abord, une question de principe : il est inadmissible qu'il y ait aujourd'hui, dans un hôpital public que l'on veut humaniser et doter d'un confort et de conditions d'exercice de la médecine convenables, deux secteurs qui établissent une distinction entre deux classes de malades.

Ensuite, la question de la rémunération des médecins, chirurgiens et spécialistes, et de leur retraite qui est constamment soulevée et qui devrait être réglée. Il est regrettable qu'elle le soit par le biais d'un système que beaucoup, sinon l'unanimité, condamnent.

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

M. Joseph Comiti. Puisque le fond du problème est évoqué, je reconnais avec M. Delaneau que si l'on donnait aux praticiens la possibilité d'avoir une retraite, 80 p. 100, si ce n'est 90 p. 100 d'entre eux abandonneraient vraisemblablement le secteur privé. Mon expérience me le montre à l'évidence.

Mais le secteur privé est un facteur attractif complémentaire pour l'hôpital, à condition qu'on n'y constate pas des abus qui doivent être — j'en donne acte à M. Laborde — durement sanctionnés.

Pour ce qui me concerne, je ne fais aucune différence entre les consultations privées et les consultations publiques qui ont lieu dans les mêmes locaux. La consultation me sert à amener à l'hôpital des malades atteints de petites affections. Une personne qui souffre d'une hernie vient plus facilement à la consultation privée, on l'opère ensuite à l'hôpital, ce qui permet aux internes d'assister à des interventions qu'ils ne verraient pas autrement.

Monsieur Millet, vous souriez. Pourtant, en cinq ans, j'ai eu trois malades dans le secteur public, trois mutualistes. Une des mutuelles ne m'a pas payé, c'était la mutuelle de la C.G.T. ; le bénéfice de l'opération est passé dans la caisse du parti communiste ! (*Exclamations sur les bancs des communistes.*)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 220. (*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. M. Malvy et les membres du groupe socialiste ont présenté un amendement n° 221 ainsi rédigé :

« Après l'article 46, insérer le nouvel article suivant :

« Le Gouvernement présentera, en annexe de la plus prochaine loi de finances, un rapport sur les économies réalisées par les caisses d'assurance maladie et par l'Etat à la suite de la mise en application des articles 22.1 et 41.2 de la loi n° 70-1318 portant réforme hospitalière, tels qu'ils résultent de la rédaction de la loi n° 79-1140 du 29 décembre 1979. »

La parole est à M. Malvy.

M. Martin Malvy. Monsieur le ministre, en application de la loi du 29 décembre 1979, entre 7 000 et 10 000 lits, selon la Fédération hospitalière de France, sont menacés de suppression. Ces chiffres qui n'ont pas été contestés, ne concerneraient que les dossiers ouverts à ce jour.

Les élus sont donc nombreux — parlementaires, maires — à être confrontés à des projets de suppression de lits, voire de services entiers, dans les hôpitaux de leur département ou dans ceux dont ils président les conseils d'administration.

Nous savons ce que signifie de telles mesures lorsqu'elles sont contestées par les responsables locaux et arrêtées à Paris. Nous connaissons leurs conséquences sur l'avenir des établissements hospitaliers, à plus forte raison lorsque des services entiers sont susceptibles de disparaître.

Dans certains cas, le service de santé se trouverait détérioré si vous donniez suite aux propositions formulées au vu de simples statistiques.

Globalement, vous êtes convaincus de réaliser ainsi des économies. L'objet de cet amendement n'est évidemment pas de rouvrir le débat. Il a comme perspective d'éclairer le Parlement sur le montant des économies vraiment réalisables par les caisses d'assurance maladie et l'Etat en application de la loi de décembre 1979, à laquelle les élus socialistes, je le rappelle, se sont opposés.

Il convient, en effet, de comparer le montant global de ces économies aux difficultés qu'elles provoqueraient et aux risques de détérioration du service de santé et d'atteinte au principe du libre choix qui en résulteraient si vous ne teniez pas compte des arguments développés, notamment par les conseils d'administration et les commissions régionales, qui sont évidemment les instances les mieux informées des situations locales.

Je citerai un exemple frappant : celui de l'éventuelle suppression de la maternité de l'hôpital public de la ville de Figeac, dont je suis maire, et qui est la deuxième ville du département du Lot par sa population. L'hôpital compte douze lits de maternité, la clinique quatorze. On avance comme argument que les quatorze lits de la maternité de la clinique privée sont suffisants. Or, que disent les statistiques ? Selon celles que l'on retient, l'activité de la maternité de l'hôpital se traduit par un taux d'occupation de 35 p. 100 ou de 53 p. 100. Mais le personnel en place permet de remplir cette activité. Les parlementaires qui président les conseils d'administration savent parfaitement que le personnel hospitalier est souvent en nombre insuffisant. Quand, certains jours, un service est sous-occupé, la direction de l'hôpital en profite pour renforcer un service débordé.

M. le ministre de la santé et de la sécurité sociale. Si c'était vrai, monsieur Malvy !

M. Martin Malvy. Mais c'est vrai, monsieur le ministre !

Quant au personnel en fonction à la maternité de la clinique, dont le taux d'activité n'est pas supérieur — je n'ai pas à démontrer ici qu'il a été calculé en fonction de son occupation actuelle et qu'il n'est pas davantage pléthorique — quelle serait l'économie, monsieur le ministre, si vous donniez suite ? La clinique devrait renforcer son personnel, donc recruter, alors que l'hôpital serait inéluctablement conduit à réduire ses effectifs.

Que représenterait cette économie, comparée aux conséquences de la décision que vous auriez prise ? Il en résulterait, et j'y insiste, la suppression du libre choix ; celle, aussi, des services annexes de la maternité de l'hôpital quant à l'information des futures mères de famille, une atteinte au service public et au personnel hospitalier — cela va de soi — mais aussi une entrave à l'application de la loi et une détérioration des garanties de sécurité qui sont dues aux femmes de cette ville et des quelque quatre-vingts communes rurales voisines.

M. Christian Nucci. Très bien !

M. Martin Malvy. Le personnel médical de la clinique, c'est son droit, est hostile à la pratique des interruptions volontaires de grossesse. Le service gynécologie-obstétrique et ses antennes relevant alors de ce seul établissement, il y a fort à penser que la loi ne serait jamais appliquée dans cette ville.

La clinique ne dispose pas de service de réanimation. Dans des cas difficiles, il faudrait prévoir d'envoyer les parturientes dans une autre ville, à condition d'en avoir le temps. En cas d'accident, que fera-t-on ?

Qui devrait-on refuser le jour où il n'y aurait que quatorze lits de maternité pour vingt-cinq candidates ? Cette situation s'est encore produite récemment, les deux maternités étant occupées à 100 p. 100. On ne peut évidemment se contenter de raisonner en moyenne annuelle.

Ainsi, monsieur le ministre, on ne comprendrait pas dans un pareil cas et pour faire une économie dérisoire que les statistiques l'emportent sur le raisonnement et dictent dans leur sécheresse la politique de la santé, au risque de mettre à mal certains des grands principes que vous affirmez défendre par ailleurs.

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

M. Martin Malvy. J'en ai terminé, monsieur le président.

M. le président. Je m'en réjouis.

M. Martin Malvy. Il faut donc espérer que dans un cas comme celui-ci — que je souhaite extrême — et pour lequel un dossier est pendant devant la commission nationale, vous maintiendrez l'existence du service public hospitalier. Il ne s'agit que d'un exemple. Au demeurant, et vous y avez fait allusion tout à l'heure, le conseil d'administration et la direction sont ouverts à toute discussion et à toute concertation. Mais sur le plan national, quelles économies, pour combien de lits et dans quelles conditions ?

L'information doit être donnée au Parlement. De cette nécessité résulte notre proposition de faire figurer dans la prochaine loi de finances un rapport sur les économies qui auront été réalisées tant par les caisses d'assurance maladie que par l'Etat.

Ce rapport pourrait être, monsieur le ministre, à usage interne. Il aurait l'avantage de permettre à l'Assemblée de comparer l'intérêt d'une mesure que nous contestons aux difficultés qu'elle aura engendrées et de constater si les économies obtenues ne l'ont pas été parfois et dans une certaine mesure par le sacrifice de l'hospitalisation publique. (*Applaudissements sur les bancs des socialistes.*)

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Gilbert Gantier. La commission des finances n'a pas examiné cet amendement, déposé aujourd'hui même.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé et de la sécurité sociale. Monsieur le président, le Gouvernement est hostile à cet amendement. En effet, monsieur Malvy, la loi a prévu un certain nombre de garanties, et notamment une procédure tendant à rendre impossible la suppression de lits, qui, au regard de la carte sanitaire, ne seraient pas en excédent. Telle est la première des conditions. La loi prévoit également une consultation de la commission régionale, puis nationale d'équipement sanitaire ainsi qu'un délai de réflexion après la notification par le ministre de l'intention de supprimer éventuellement des lits.

Cette procédure, longue, est même quelque peu complexe. Nous devons donc la respecter scrupuleusement, monsieur Malvy, et j'y veille.

Par conséquent, la loi est appliquée dans son esprit et dans sa lettre. C'est la meilleure assurance que je puisse vous donner. La rédaction d'un rapport n'y changera sans doute pas grand-chose.

En revanche, lorsque la situation sera plus claire — les commissions régionales et les commissions départementales auront statué — je serai à la disposition du Parlement pour l'informer. Si un problème ponctuel, semblable à celui de Figeac, se présente, nous pourrions l'examiner.

Je ne suis fermé à aucun dialogue, mais je ne puis m'engager à présenter des rapports qui ne changeront rien au problème de fond. Ils ne feraient qu'alourdir le travail d'une administration qui doit concentrer tous ses efforts pour mener son action selon des choix judicieux.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 221. (L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. M. Nucci et les membres du groupe socialiste ont présenté un amendement n° 222 ainsi rédigé :

« Après l'article 46, insérer le nouvel article suivant :

« Le Gouvernement présentera en annexe au plus prochain projet de loi de finances un rapport sur l'intervention financière de l'Etat pour humaniser les maisons de retraite. »

La parole est à M. Nucci.

M. Christian Nucci. Cet amendement a pour objet de demander un nouveau rapport.

M. Antoine Gissingier. Encore !

M. Christian Nucci. Dans les cinq minutes qui me sont imparties pour le défendre, je voudrais appeler l'attention de notre assemblée et du ministre de la santé et de la sécurité sociale sur la transformation des hospices en établissements sociaux et sur les aménagements prévus par la circulaire du 16 juin 1980.

Qui contesterait la nécessité de transformer les hospices, même s'ils ne sont plus toujours tels que Simone de Beauvoir les décrivait dans son essai sur la vieillesse ?

Mais il ne suffit pas de vouloir la transformation pour qu'elle se concrétise. Le discours ou la circulaire ne créent pas toujours la réalité. Du reste, veut-on vraiment transformer les hospices, c'est-à-dire changer, pour les améliorer, les conditions de vie de ceux qui y résident, voire même de ceux qui y travaillent pour le bien de ces derniers comme pour celui des premiers ? Ce serait vous faire un procès d'intention que de répondre par la négative. Mais ce serait aussi faire preuve d'un optimisme sans fondement que de l'affirmer.

En toute objectivité, il est seulement permis d'affirmer qu'en conférant le statut de maison de retraite aux hospices, le cas échéant avec la mise en place d'une section de cure médicale, le régime des établissements et celui des pensionnaires seront modifiés. L'objectif visé est celui de la diminution de la dépense de la sécurité sociale et, à cette fin, il sera procédé à plusieurs transferts de charges :

Transfert vers la personne âgée à laquelle il incombe de pourvoir à son hébergement et à sa nourriture, quitte à l'y aider un peu plus grâce au versement de l'allocation de logement qui peut parfois être servie dans les maisons de retraite. Mais il en résulte alors un transfert de la caisse d'assurance maladie vers la caisse d'allocations familiales.

Transfert vers l'aide sociale qui est à la charge des conseils généraux. La caisse d'assurance maladie gardera le remboursement d'actes ou la prise en charge du forfait de soins, au reste insuffisant, pour couvrir les dépenses supportées à ce titre par les établissements. Ainsi, vous faites, de surcroît, financer de dépenses de soins sur les prix de journée qui sont à la charge des personnes hébergées.

Ici comme ailleurs le but n'est pas de peser sur le montant de la dépense mais seulement sur celui de la dépense prise en charge. A ce sujet, il faut noter la faiblesse de la prise en charge du forfait de soins courants en maison de retraite déraisonnablement bas. N'est-ce pas une politique de l'apparence, sans rapport avec la réalité que celle de vos transformations ? Elle semble ignorer en effet l'âge moyen des pensionnaires des hospices et son élévation constante avec ce qu'elle implique de perte d'autonomie, de handicaps physiques et psychiques.

Dans ces conditions, ce sont les sections de cure médicale qui accueilleront, largement, les personnes de l'hospice et il vous faudra en premier lieu relever le plafond de la capacité des établissements pour qu'ils respectent les normes.

On constatera alors bien vite qu'en fait rien n'aura changé à la situation actuelle ou que, dans les faits, on aura transformé les hospices en établissements d'hébergement en faisant dans une mesure non négligeable l'économie des prises en charge de soins.

Une autre illustration de vos procédés technocratiques employés sans tenir compte des besoins est constituée par la situation des invalides de moins de soixante ans. Ceux qui sont aujourd'hui hébergés en hospice auront la chance de pouvoir y demeurer. A l'avenir, il n'y aura plus de nouvelle admission. Mais où seront-ils hébergés ?

Au-delà du refus de principe, la circulaire est muette car aucune solution n'est proposée. Vous laissez aux responsables locaux des établissements, aux élus locaux, en un mot à la base le soin de faire face aux besoins qui semblent être ignorés.

Pour conclure et afin de ne pas trop abuser de votre temps, j'évoquerai un autre point de la circulaire du mois de juin. Il concerne la transformation d'un nombre de lits de médecine en lits de moyen séjour, notamment dans les hôpitaux ruraux.

Je ne reviendrai pas sur la façon dont il a été procédé pour la consultation. En effet, nous sommes en droit de formuler toute réserve quant à la manière dont l'information préalable des conseils d'administration a été faite.

La décision prise semble ignorer tous les problèmes des établissements hospitaliers, petits et moyens, pour les catégories de moyen et long séjour. Aucun ratio réglementaire n'a été encore établi pour déterminer l'indice lit-population. Dans ces conditions il est permis de considérer que les mesures sont purement arbitraires. Aussi, monsieur le ministre, comprendrez-vous l'émotion et le souci des responsables des hôpitaux ruraux et des élus locaux. Tel est par exemple le cas de ceux de certaines communes du département de l'Isère.

Mais, à travers les nombreux cas particuliers qui pourraient être évoqués, c'est toute la philosophie de la circulaire qui est à reconsidérer. En diminuant le nombre de lits de médecine dans cette catégorie d'établissements hospitaliers, ne craignez-vous pas que l'on ne porte atteinte à la qualité du service médical rendu et que, par conséquent, on aille vers une plus grande concentration des services médicaux et vers la négation de l'hospitalisation en milieu rural ?

Nous croyons que l'hôpital doit plus que jamais faire partie d'une politique d'aménagement rural. Il doit être l'outil d'une politique d'humanisation. C'est pour cette raison que nous souhaiterions que, pour la prochaine session budgétaire, soit déposé un rapport traitant de ce problème et des conséquences de la fermeture d'un certain nombre de services et de la transformation de certains établissements. (Applaudissements sur les bancs des socialistes.)

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Gilbert Gantier. La commission des finances n'a pas examiné cet amendement, déposé aujourd'hui même.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé et de la sécurité sociale. Monsieur le député, ou vous n'avez pas bien compris, ou vous ne voulez pas comprendre. Aussi vais-je essayer de m'expliquer le plus brièvement possible.

Certes, je partage votre attachement aux hôpitaux ruraux ; encore faut-il qu'il s'agisse de véritables hôpitaux où l'on soigne réellement et où se pratique une médecine active. Or ce n'est pas en laissant des personnes âgées dans des lits d'hôpital que l'on confortera les établissements ruraux.

Il existe dans la petite ville où je réside un hôpital rural. Je peux vous assurer que les médecins se préoccupent d'utiliser des lits pour dispenser des soins et pour pratiquer une médecine active, sans se contenter de garder les personnes âgées. Au demeurant, il serait choquant de les laisser dans ces hôpitaux ruraux, alors même qu'elles sont prises en charge à 100 p. 100.

Ne nécessitant pas de soins actifs, leur place pourrait être réservée à de vrais malades.

Monsieur Nucci, vous paraissez ignorer complètement que la caisse d'assurance maladie prête son concours pour les maisons de retraite médicalisées, alors qu'elle n'intervenait pas dans les hospices. Il s'agit donc bien d'un phénomène nouveau et positif.

Je reconnais qu'on peut estimer que le forfait de soins, légèrement inférieur à cinquante francs en 1980 — il augmentera en 1981 — pourrait être porté à une somme encore plus élevée. Il est cependant incontestable qu'un progrès a été accompli par le passage de l'hospice actuel au régime de la maison de retraite médicalisée.

C'est dire, monsieur Nucci, qu'avant de formuler des critiques, parfois excessives, il est nécessaire de procéder à un examen approfondi des réalités.

Enfin, monsieur le député, je suis intimement convaincu que ce n'est pas rendre un grand service aux personnes âgées que de vouloir « supermédicaliser » les maisons de retraite. Les établissements du type V120, qui ont parfois été conçus comme la réplique de petits hôpitaux, ne correspondent pas nécessairement à leurs besoins.

Il est vrai qu'elles demandent un certain maternage et une vie sociale, et la caisse d'assurance maladie devra s'engager plus avant dans cette voie, dans la mesure de ses moyens. Mais, sous prétexte qu'elles sont un peu dépendantes d'autrui, il n'est pas nécessaire de les placer dans des conditions plus proches de la vie hospitalière que de la vie normale.

Sachez, monsieur Nucci, que cette politique a une signification. Depuis six mois, je réunis sur ce thème une commission composée de personnalités venues de tous les horizons, politiques, confessionnels et philosophiques. Je puis vous affirmer d'ores et déjà qu'une large convergence se dessine sur le rapport que je présenterai à l'opinion publique et éventuellement au Parlement, s'il le souhaite. Aussi, le rapport que vous demandez sera contenu dans mes propositions à venir.

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

M. Christian Nucci. Monsieur le ministre, je n'ai absolument pas dit qu'il fallait suréquiper les hôpitaux ruraux. J'ai seulement précisé que la circulaire qui prévoit la suppression d'un certain nombre de lits de médecine active dans les hôpitaux ruraux ne nous semble pas traduire une bonne mesure.

En effet, la volonté de faire réellement de la médecine active suppose l'existence d'un potentiel de lits suffisant. Au contraire, leur suppression entraînera la disparition de toute intervention médicale et par voie de conséquence de toute médecine active dans les hôpitaux ruraux. Les problèmes ne manqueront pas alors de se poser.

Par ailleurs, monsieur le ministre, vous venez d'affirmer que vous avez l'intention de présenter — je reprends vos propres termes — à l'opinion publique et éventuellement au Parlement, un rapport sur ces problèmes. Permettez-moi de vous dire que nous aurions été heureux que le Parlement soit associé en tout état de cause — et pas seulement « éventuellement » — au travail législatif. Il serait bon que le rapport auquel vous avez fait allusion lui soit soumis. Nous ne serions pas contraints de déposer des amendements pour obtenir certaines informations.

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 Nucci, je ne peux pas tous les matins, chaque fois que je prends une initiative, vous informer ! Depuis six mois, nous travaillons à la mise au point d'un rapport dont je suis prêt à donner communication au Parlement, dès lors qu'elle sera terminée. A chacun son travail : le Parlement contrôle l'action du Gouvernement, lequel s'efforce de préparer les dossiers. Nous pourrions aussi commencer à préparer dès demain matin le projet de budget pour 1982 ! Pourquoi pas ? Serait-ce raisonnable ?

Comme je l'ai exposé dans mon discours cet après-midi, il est exact que nous sommes sur le point de dégager des conclusions intéressantes. Dans ces conditions, monsieur le président, je demande à l'Assemblée de repousser l'amendement de M. Nucci.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 222. (L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. M. Daniel Benoist et les membres du groupe socialiste ont présenté un amendement n° 223 ainsi rédigé :

« Après l'article 46, insérer le nouvel article suivant :
« Le Gouvernement présentera, en annexe au plus prochain projet de loi de finances, un rapport sur les économies et l'amélioration de la qualité du service public hospitalier qui résulteraient de la transformation du plus grand nombre de postes de médecins à temps partiel dans les hôpitaux en emplois de médecins à temps plein. »

La parole est à M. Jagoret.

M. Pierre Jagoret. Cet amendement tend à ce que le Gouvernement présente un rapport — encore un — sur les économies et sur l'amélioration de la qualité du service public hospitalier.

De nombreux rapports, dont tout récemment le rapport de la Cour des comptes à M. le Président de la République, ont fait état de la faible assiduité d'un nombre non négligeable de médecins à temps partiel dans les services au fonctionnement desquels ils participent ou qu'ils dirigent. De même ont-ils dénoncé la pratique dite de l'écrémage que le temps partiel facilite, du fait de la nécessité d'exercer une activité extérieure.

Chacun connaît les mécanismes qui rendent possible cet état de choses. Les contraintes de l'exercice médical s'accroissent mal de la rigidité des horaires que l'administration hospitalière, de surcroît, répugne à contrôler. Tout le monde en est conscient. Ceci est largement utilisé par certains confrères — c'est notre collègue, le docteur Daniel Benoist, que je cite — qui exercent dans un établissement privé pour lequel ils dégagent, ce faisant, plus de temps, matière à actes. Ces mêmes médecins à temps partiel, ou d'autres, procèdent à un tri dans leur clientèle et maintiennent à l'hôpital public ce qu'on appelle couramment les mauvais cas, adressant à la clinique dans laquelle ils exercent ceux qui sont « rentables » ou peuvent l'être.

La conséquence d'une telle situation, souvent « peu compatible avec l'intérêt du service public », selon les propres termes de l'inspection générale des affaires sociales, est que l'hôpital public verse des rémunérations indues, pratique d'autant plus choquante que les autres fonctionnaires sont soumis à la règle du service fait dans ses deux acceptions, quantitative et désormais qualitative. C'est aussi pour l'hôpital traitant les cas les plus graves un alourdissement financier des conditions de son intervention.

Il apparaît alors indispensable de connaître l'incidence financière qu'aurait un recours beaucoup plus large, dans tous les cas où il serait possible, au service des praticiens à temps plein. C'est l'objet de l'amendement qu'il vous est demandé d'adopter.

J'ajoute en incidente, monsieur le ministre, que le Gouvernement serait bien inspiré, sans attendre même de mettre à l'étude ce rapport, compte tenu de ce que vous avez déclaré il y a quelques instants, de déterminer les conditions dans lesquelles les praticiens qui exercent à temps partiel dans les hôpitaux publics pourront consacrer la partie non hospitalière de leur activité à d'autres établissements de soins.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Gilbert Gantier. La commission n'a pas examiné cet amendement, déposé ce matin même.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé et de la sécurité sociale. Deux remarques, monsieur Jagoret.

Effectivement, le statut du travail à temps partiel exige que le directeur de l'établissement vérifie qu'il y a service fait. Pour éviter les abus, il doit tenir la main, si je puis dire, au respect des règles. Dans ce domaine, je rejoins votre préoccupation. Au demeurant, je ne crois pas qu'il faille condamner le principe du temps partiel, ou des attachés des hôpitaux. Là est vraiment le lien entre la médecine et l'hôpital. Le jour où nous n'aurons plus de praticiens exerçant à la fois à la ville et à l'hôpital, il y aura un manque pour l'ouverture de cet hôpital vers l'extérieur.

Si je rejoins votre préoccupation, je précise qu'un effort quotidien est exigé de la part des directeurs d'établissement : si un médecin à temps partiel ne vient pas effectuer le service auquel il est astreint, c'est au directeur qu'il appartient de sanctionner.

Nous sommes en train de reconsidérer tout cela, dans le cadre d'une politique de rigueur conforme aux exigences du service public. Cela dit, ayant fait droit à vos remarques, je m'oppose au dépôt du rapport demandé, que d'ailleurs je ne pourrais pas élaborer car il s'agit d'un travail qui revient à chaque directeur d'hôpital. Mais nous le leur rappellerons.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 223. (L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. MM. Gaillard, Huguet et les membres du groupe socialiste ont présenté un amendement n° 224 ainsi rédigé :

« Après l'article 46, insérer le nouvel article suivant :
« Le Gouvernement présentera, en annexe à la plus prochaine loi de finances un rapport faisant apparaître l'intérêt financier pour les caisses d'assurance maladie du maintien des abattements tarifaires opérés sur la valeur des actes et que supportent les centres de santé, de soins et les dispensaires, ainsi que l'économie réalisée par elles résultant d'une gestion des dossiers d'assurés par institutions susvisées et des dépenses supportées par les collectivités locales et mutuelles pour combler les difficultés financières consécutives à ces économies de la sécurité sociale. »

La parole est à M. Huguet.

M. Roland Huguet. Monsieur le ministre, les centres de santé, de soins et les dispensaires sont confrontés, depuis quelques années, à des difficultés croissantes pour équilibrer leurs recettes et leurs dépenses. Ils appuient leurs protestations sur la pratique des abattements tarifaires qui leur sont imposés, ainsi que

sur l'insuffisance des remises de gestion consenties par les caisses d'assurance maladie, sans parler d'autres contraintes auxquelles ils sont soumis.

Le but visé nous semble clair : c'est l'étouffement de cette forme d'exercice des soins. Vous avez donné des gages aux médecins libéraux qu'inquiète la progression démographique de leur catégorie professionnelle ainsi que les conséquences sur leurs revenus de la mise en œuvre, par la nouvelle convention minoritaire, des principes de l'enveloppe globale à laquelle vous avez attaché votre nom.

L'interdiction de créer de tels centres, prévue par l'article 18 de l'ancienne convention, ne vous suffisait plus désormais. Pour tenter de faire adopter et de faire appliquer la nouvelle convention, il fallait, je l'ai dit, donner des gages et étouffer les dispensaires ainsi que les centres de soins et de santé municipaux et mutualistes. Vous avez donc aggravé les difficultés que le décret de 1969 fait peser sur eux en vous en prenant, dans la région marseillaise par exemple, aux assurés sociaux qui fréquentent ces centres : vous leur avez refusé les prises en charge par la sécurité sociale. En outre, l'occasion vous a été ainsi donnée de faire payer à la mutualité le recul qu'elle vous a imposé sur le ticket modérateur.

Mais une telle attitude, crispée sur une forme unique et exclusive d'exercice de la médecine, ne parvient plus à convaincre ceux-là mêmes qu'elle cherchait à amadouer. Ainsi, le syndicat national des médecins de groupe et — mais c'est moins étonnant ! — l'union confédérale des médecins salariés, viennent, dans un communiqué, de « réaffirmer leur attachement au pluralisme des différentes formes d'exercice ». Ils « assurent de leur soutien les praticiens des centres de santé qui se voient privés arbitrairement de leurs possibilités d'exercice ».

Les arguments invoqués par les centres de santé et les dispensaires à l'appui de leur revendication de suppression des discriminations dont ils sont victimes sont convaincants.

Ils mettent l'accent — ce point concerne l'amélioration du contrôle parlementaire sur les finances publiques — sur les transferts de charges opérés de la sécurité sociale vers d'autres collectivités publiques et les mutuelles, appelées à prendre en charge les déficits que vous leur imposez.

Il importe de connaître l'ampleur de tels transferts et, corrélativement, les économies ainsi réalisées par l'assurance maladie. Les élus locaux et nationaux que nous sommes ne peuvent que vouloir améliorer leurs connaissances dans ce domaine. C'est à quoi tend l'amendement que nous demandons à l'Assemblée d'adopter.

De surcroît, nous, socialistes, voulons utiliser la sensibilisation qui naîtra de ce rapport pour apporter de l'eau au moulin de l'abrogation des dispositions discriminatoires dont dispensaires et centres de santé sont les victimes.

L'objet de notre amendement est d'améliorer notre connaissance de certains éléments : c'est le préalable à une évolution législative et réglementaire qui pourrait se révéler utile. Le Gouvernement et l'Assemblée ont tout à gagner à la clarté.

C'est pourquoi nous demandons au premier de ne pas s'y opposer et à la seconde de l'adopter.

Mais je crains, monsieur le ministre, l'effet d'entraînement. C'est la cinquième demande de ce genre que nous vous présentons et vous avez vous-même déjà obtenu satisfaction à 80 p. 100 : vous avez fait écarter les quatre premières demandes. Alors je vous rappelle que l'article 2 de la loi de finances pour 1980 dispose : « Dans le cadre des dispositions constitutionnelles organiques et législatives en vigueur, le Parlement se prononce sur l'évolution des recettes et des dépenses constituant l'effort social de la nation pour l'année en cours. »

Il en est qui redoutaient que cet article, voté à l'initiative des deux groupes de la majorité, ne reste un vœu pieux. J'attends de votre réponse qu'il n'en soit pas ainsi ! (Applaudissements sur les bancs des socialistes.)

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Gilbert Gantier. Comme les quatre amendements précédents, celui-ci, déposé ce jour même, n'a pas été examiné par la commission des finances.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé et de la sécurité sociale. Monsieur Huguet, je me garderai bien d'allonger ce débat. Ce matin...

M. Emmanuel Hamel. Hier matin !

M. le ministre de la santé et de la sécurité sociale. Hier matin, en effet, j'ai déjà fait l'objet d'une critique à laquelle j'ai répondu, en interrompant M. Autain avec son autorisation au sujet des problèmes de Marseille. Tout à l'heure, j'ai répondu à M. Hermier en toute bonne foi.

Je n'admets pas, monsieur Huguet, de n'être pas considéré comme un homme de bonne foi ! Dès lors, je n'ai plus rien à ajouter ! (Applaudissements sur les bancs du rassemblement pour la République et de l'union pour la démocratie française.)

M. Antoine Gissinger. Très bien !

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

M. François Autain. Monsieur le ministre, je regrette que vous refusiez de répondre aux questions que nous vous posons.

Du silence que vous nous opposez, j'infère, en particulier, que vous refusez de rapporter les mesures frappant les centres de soins : abattement sur les tarifs qu'ils pratiquent et tiers payant. Vous vous acharnez particulièrement sur les centres gérés par la mutualité. Votre absence de réponse n'est pas propre à lever les doutes que j'ai exprimés. Je ne pense pas, en effet, que vous ayez fourni des éléments de nature à les dissiper.

J'ai parlé hier matin, de règlement de comptes, mais sans faire allusion à votre personne : je pensais à la sécurité sociale. A plusieurs reprises, d'ailleurs, vous m'avez appris, par vos déclarations, qu'entre la sécurité sociale et vos services, il n'y avait pratiquement rien de commun. En tout cas, ce que j'ai dit hier matin, ne concernait pas le ministre, mais la sécurité sociale. Je n'ai quand même pas obtenu de réponse.

A la question sur le ticket modérateur d'ordre public, vous n'avez pas non plus répondu, monsieur le ministre. Vous refusez d'abroger la disposition incriminée.

M. Jean Delaneau. Cela ne concerne pas l'amendement, monsieur le président !

M. François Autain. Vous n'avez pas renoncé à appliquer le ticket modérateur, monsieur le ministre.

De plus, vous acceptez, avec la mise en œuvre de la nouvelle convention... (Protestations sur les bancs du rassemblement pour la République et de l'union pour la démocratie française.)

M. Antoine Gissinger. Oh, en voilà assez !

M. le président. Monsieur Autain, il ne s'agit plus de l'amendement !

M. François Autain. Je n'ai guère pris la parole aujourd'hui. Je n'ai interrompu personne et j'ai au contraire autorisé le ministre à m'interrompre. Alors, laissez-moi parler quelques minutes, monsieur le président.

M. Antoine Gissinger. Toujours les mêmes !

M. le président. Revenez à l'amendement !

M. François Autain. Je tiens à indiquer pour quelles raisons nous ne voterons pas le projet de budget. (Rires sur les bancs du rassemblement pour la République et de l'union pour la démocratie française.)

M. Francisque Perrut. Mais il ne va plus y avoir de vote !

M. François Autain. Très brièvement, la mise en œuvre de la nouvelle convention, contrairement à ce qui a été dit, met une part bien plus lourde du coût des soins à la charge des assurés. De plus, les catégories sociales les plus défavorisées sont particulièrement visées par cette politique qui porte atteinte aux droits sociaux des chômeurs et des malades chroniques dont l'état exige des soins. (Protestations sur les bancs du rassemblement pour la République et de l'union pour la démocratie française.)

Vous restez étrangement silencieux, monsieur le ministre, et monsieur le secrétaire d'Etat chargé de la sécurité sociale, sur les moyens à mettre en œuvre pour combler le déficit prévisible en 1981 et pour équilibrer les comptes de la sécurité sociale au-delà.

Enfin, vous n'avez pas voulu nous indiquer le nombre des hôpitaux qui avaient fait l'objet d'une dérogation pour leur budget en 1980. Sans doute est-ce pour ne pas avoir à reconnaître que vos mesures d'indexation...

M. le président. Monsieur Autain, c'est une explication de vote alors que le vote est déjà acquis !

M. François Autain. Monsieur le ministre, le budget que vous nous avez présenté poursuit une politique de régression sociale. C'est pourquoi le groupe socialiste ne votera pas.

M. le président. Le vote est déjà intervenu monsieur Autain ! La parole est à M. le ministre.

M. le ministre de la santé et de la sécurité sociale. J'ai déjà répondu à M. Hermier sur les centres de Marseille, je le répète. Je rappelle que la caisse primaire d'assurance maladie de Marseille a pris des décisions dont, j'ai précisé le contexte. J'ai déclaré que si les centres en question déposaient une demande d'agrément, celle-ci serait étudiée avec beaucoup de soin. J'ai donc répondu. Et je n'accepte pas que M. Huguet ce soir, ignorant tout ce que j'ai pu dire auparavant, reprenne l'idée que le ministre de la santé « règle des comptes ». La même expression a été utilisée, avec le même entêtement.

Je constate que les horaires sont très souples, mais, monsieur le président, je pourrai me répéter ici jusqu'au petit matin, parce que je n'ai pas peur de ce que je dis et de ce que je fais !

Pour ce qui est des centres de soins, ...

M. Antoine Gissinger. Très bien !

M. le ministre de la santé et de la sécurité sociale. ... je vais répondre à M. Gissinger, qui m'a interrogé à ce sujet, pour lui confirmer que je ne perds pas de vue le problème.

Monsieur Gissinger, les abattements ont été réduits d'un tiers : un arrêté les a ramenés d'une fourchette de 10 p. 100 à 30 p. 100 à une fourchette de 7 p. 100 à 20 p. 100. Dans leur très grande majorité, ces dispensaires bénéficient du taux minimum d'abattement de 7 p. 100. A mon avis, certains centres ont un rôle très social à jouer auprès de populations de condition modeste. Je me préoccupe d'ailleurs de la situation particulière de certains centres, quitte à être plus rigoureux sur la gestion de quelques autres.

Je suis heureux de vous adresser cette réponse, monsieur Gissinger, afin que l'Assemblée nationale tout entière en profite. Il ne vaut vraiment pas la peine que je passe toute une journée à répondre aux questions qui me sont posées pour finir aux petites heures de la nuit par m'entendre accuser de je ne sais quoi, alors que je croyais avoir démontré combien j'étais homme de bonne foi. (Applaudissements sur les bancs de l'union pour la démocratie française et du rassemblement pour la République.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 224.

(L'amendement n'est pas adopté.)

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

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

— 2 —

ORDRE DU JOUR

M. le président. Aujourd'hui, à neuf heures trente, première 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).

Universités :

Annexe n° 47. — M. Claude Coulais, rapporteur spécial ; avis n° 1977, tome XXII, de M. Louis Mexandeu, au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales.

Articles non rattachés : articles 31, 32, 33, 35 et 38 à 43 ;
Articles de récapitulation : articles 12, 13, 14, 17, 18 et 19 ;
Eventuellement, seconde délibération ;
Explications de vote et vote sur l'ensemble du projet de loi de finances pour 1981.

A seize heures, deuxième séance publique :

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

A vingt et une heures trente, troisième séance publique :

Fixation de l'ordre du jour ;

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

La séance est levée.

(La séance est levée le mardi 18 novembre 1980, à une heure trente-cinq.)

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

Ce numéro comporte le compte rendu intégral
des trois séances du lundi 17 novembre 1980.

1^{re} séance : page 4013 ; 2^e séance : page 4035 ; 3^e séance : page 4061.

ABONNEMENTS

ÉDITIONS		FRANCE et Outre-mer.	ÉTRANGER	DIRECTION, RÉDACTION ET ADMINISTRATION 26, rue Desaix, 75732 Paris CEDEX 15.	
Codes.	Titres.	Francs.	Francs.	Téléphone	Renseignements : 575-62-31 Administration : 578-61-39
Assemblée nationale :					
03	Débats	72	202	TELEX	2D1176 F DIRJO - PARIS
07	Documents	260	558		
Sénat :					
05	Débats	56	162		
09	Documents	260	540		
N'effectuer aucun règlement avant d'avoir reçu une facture. — En cas de changement d'adresse, joindre une bande d'envoi à votre demande.					
Pour expédition par voie aérienne, outre-mer et à l'étranger, paiement d'un supplément modulé selon la zone de destination.					

Prix du numéro : 1 F (Fascicule de un ou plusieurs cahiers pour chaque journée de débats ; celle-ci pouvant comporter une ou plusieurs séances.)