

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

7^e Législature

PREMIERE SESSION ORDINAIRE DE 1984-1985

(67^e SEANCE)

COMPTE RENDU INTEGRAL

2^e Séance du Mardi 13 Novembre 1984.

SOMMAIRE

PRÉSIDENCE DE M. JEAN NATIEZ

1. — **Loi de finances pour 1985 (deuxième partie).** — Suite de la discussion d'un projet de loi (p. 5939).

Affaires sociales et solidarité nationale (suite).

M. le président,

M^{me} Fraysse-Cazalis,

MM. Rossnot,

Couqueberg,

Gissinger, Mme Soum, rapporteur spécial de la commission des finances, pour la santé ;

MM. Hage,

Gérard Coliomb,

Royer,

M^{mes} Lecuir,

Eliane Provost,

Gaspard,

MM. Alain Bocquet,

Pinard,

Le Toll,

M^{me} Frachon,

MM. Perrut,

Alain Richard,

Derosier,

Balmigère,

Chanfrault.

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

2. — **Représentation de l'Assemblée nationale au sein d'un organisme extraparlémenaire** (p. 5957).

3. — **Ordre du jour** (p. 5957).

PRÉSIDENCE DE M. JEAN NATIEZ,

vice-président.

La séance est ouverte à seize heures.

M. le président. La séance est ouverte.

— 1 —

LOI DE FINANCES POUR 1985 (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 1985 (n^{os} 2347, 2365).

AFFAIRES SOCIALES ET SOLIDARITE NATIONALE

(suite).

M. le président. Nous poursuivons l'examen des crédits du ministère des affaires sociales et de la solidarité nationale, du secrétariat d'Etat chargé des retraités et des personnes âgées, du secrétariat d'Etat chargé de la santé, et du secrétariat d'Etat chargé des rapatriés.

De nombreux orateurs sont inscrits ; notre charge de travail est importante et, sans une stricte discipline, nous risquons de déborder fort tard dans la nuit.

J'invite donc tous les orateurs à respecter scrupuleusement le temps de parole qui leur a été imparti. Je les y inciterai en les prévenant une minute avant la fin de ce temps.

La parole est à Mme Fraysse-Cazalis.

M^{me} Jacqueline Fraysse-Cazalis. Monsieur le président, madame le ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale, messieurs les secrétaires d'Etat, mes chers collègues, je vous dis d'emblée que le budget de la santé préoccupe au plus haut point le groupe communiste.

Je suis d'abord étonnée par le chiffre de 5 p. 100 d'augmentation qu'annonce le Gouvernement. En effet, la somme des crédits affectés à la santé et à la solidarité nationale progresse seulement de 1,7 p. 100.

L'examen attentif du « bleu », ainsi que du rapport de la commission des finances, montre que les crédits affectés à la santé proprement dite augmentent de 3,7 p. 100, ce qui, pour une inflation prévisible de 5,2 p. 100, constitue, en fait, une perte de 1,5 p. 100. Etant donné l'absence de précision concernant les clés de répartition des crédits transférés aux collectivités locales, l'ambiguïté est totale.

Quoi qu'il en soit, la lecture de ce projet de budget pour 1985 montre que pratiquement tous les postes budgétaires sont en baisse et que, dans le meilleur des cas, ils sont reconduits, à l'exception des crédits d'hygiène mentale qui croissent sensiblement. Mais cela correspond seulement au rattrapage d'une enveloppe très insuffisante en 1984.

Trois points nous préoccupent particulièrement : les crédits hospitaliers, la formation des personnels, les mesures de prévention.

En ce qui concerne l'hôpital, tous les crédits d'investissement sont en baisse dans des proportions considérables. A nos interrogations, vous avez répondu, monsieur le secrétaire d'Etat chargé de la santé, que les derniers grands programmes d'équipement hospitalier s'achevaient, que le nombre de lits de court séjour diminuait selon les orientations du 9^e Plan et que les crédits d'équipement seront désormais affectés pour l'essentiel à la modernisation.

A ce propos, je tiens à m'associer à l'hommage qu'a rendu M. Hervé au personnel de la C.G.R. ainsi qu'aux personnels hospitaliers pour leur coopération constructive qui a montré combien elle pouvait être fructueuse. Je salue également la communication de Mme Dufoix concernant les équipements en scanners et en appareils de résonance magnétique nucléaire qu'elle nous a annoncés.

Cependant, ces éléments très positifs ne suffisent pas à apaiser l'essentiel de nos inquiétudes, car si nous nous félicitons de l'achèvement de certains grands équipements hospitaliers, il reste que des différences très importantes existent dans ce pays d'un hôpital à l'autre. L'un des rapporteurs a d'ailleurs souligné en commission que certains hôpitaux n'ont fait l'objet d'aucuns travaux depuis quarante ans !

De même, dans le domaine de la modernisation, vous savez bien que d'importants retards sont à rattraper dans certaines régions. Comment le faire avec de tels crédits, d'autant que les responsables hospitaliers font observer que l'interdiction de procéder à des autofinancements vient encore aggraver les conséquences de la diminution des crédits d'investissement ?

Quant à la suppression des lits, quelle conséquence négative aura-t-elle sur la qualité des soins si elle ne s'accompagne pas — avant la suppression — de la mise en place des autres structures d'accueil ?

Vous nous annoncez, monsieur le secrétaire d'Etat, un texte sur l'alternative à l'hospitalisation et vous envisagez son examen par l'Assemblée à la session de printemps de 1985. Nous nous en réjouissons. Mais, en attendant l'application de ce texte, qui ne pourra être voté avant mai ou juin prochains, que proposez-vous face à la suppression des lits qui, elle, est largement engagée ?

Vous m'accorderez qu'il y a tout de même quelques sujets d'inquiétude.

A l'occasion de ce débat, j'aborderai également les problèmes de fonctionnement hospitalier et, plus particulièrement, celui du budget global, car nombreux sont les professionnels qui me sollicitent à ce sujet.

Il me semble en effet préoccupant que les budgets pour 1985 soient calculés à partir de ceux de 1984, qui se sont révélés insuffisants puisqu'il a fallu décider d'une augmentation en cours d'exercice. Cette situation, ajoutée à la circulaire qui prévoit une augmentation maximale de 5 p. 100 par rapport à 1984, crée une vive émotion tout à fait compréhensible dans les milieux hospitaliers.

Dans le secteur psychiatrique, par exemple, cette situation est contradictoire avec les propos que vous avez tenus le 17 octobre dernier, sur la psychiatrie ouverte. Ces propos étaient bien sûr très intéressants, mais ils risquent de rester vains parce que les moyens mis en œuvre pour la psychiatrie ouverte ne permettront pas de les concrétiser dans les faits.

Si je partage le souci d'une excellente gestion, à l'hôpital comme ailleurs, pour réduire les dépenses inutiles, je ne saurais trop insister sur la nécessité d'une élaboration collective et démocratique des budgets car c'est le seul moyen d'évaluer les besoins réels, spécifiques à chaque établissement, ainsi que vous l'avez d'ailleurs souligné.

De ce point de vue, il y a urgence à publier les décrets d'application de la départementalisation. De même, il faut rapidement augmenter la représentativité des personnels hospitaliers dans les conseils d'administration.

A propos des personnels, comment ne pas rappeler que la qualité des soins est aussi liée au fait qu'ils soient en nombre suffisant ? Comment ne pas appeler l'attention sur la nécessité de maintenir le pouvoir d'achat des salaires, et cela d'autant plus que beaucoup de rémunérations sont particulièrement basses ?

Comme vous le savez, le groupe communiste s'est toujours opposé au forfait hospitalier qui constitue un recul dans la protection de la santé et pénalise particulièrement les familles les plus pauvres. Aujourd'hui, à ces raisons de fond, l'expérience ajoute des arguments techniques. En effet, le bénéfice financier attendu est très minoré par les frais de recouvrement. Je me permets donc d'insister à nouveau pour que le Gouvernement revienne sur cette mesure.

Tels sont, monsieur le ministre, les points que je voulais aborder concernant l'hôpital.

Je conclurai ce chapitre en rappelant notre volonté de moderniser pour mettre au service de tous les techniques les plus avancées. Cependant cette modernisation indispensable ne doit pas conduire à diminuer le rôle social de l'hôpital, dont la vocation est de rester un lieu humain où chaque malade doit pouvoir être entouré et aidé, face aux diverses difficultés qu'il rencontre.

Le deuxième point qui nous préoccupe est celui de la formation, dont les crédits baissent nettement.

Vous nous dites que cette situation est due à la diminution des effectifs en formation. Soit, mais c'est bien cela qui nous inquiète. En effet le nombre d'élèves infirmiers et infirmières a tellement baissé cette année dans les écoles que si cette situation se poursuivait, les chiffres démontrent que l'on ne tarderait pas à manquer de personnel infirmier pour faire fonctionner les hôpitaux. Au chapitre 43-31, les crédits de formation et recyclage diminuent pour les professions tant médicales que paramédicales. Cette réduction est en contradiction avec l'objectif affirmé de modernisation.

C'est au moment où des techniques nouvelles de diagnostic et de traitement entrent à l'hôpital, au moment où les médecins et les personnels doivent se former pour prendre en main tous ces instruments modernes que vous choisissez de diminuer les crédits de formation. Nous ne pouvons pas vous suivre sur cette voie.

Enfin, le troisième point qui nous heurte particulièrement dans ce budget est celui de la prévention.

Réduire de 14,5 p. 100 les crédits de protection et de prévention sanitaire dans une période où le chômage, les difficultés économiques et de tous ordres augmentent la dissémination des grands fléaux sociaux n'est pas acceptable.

Pour la maternité et l'enfance, vous diminuez les crédits ; pour la lutte contre l'alcoolisme, le tabagisme et les toxicomanies, vous diminuez les crédits. Là encore, il y a contradiction entre les déclarations affirmées et les faits. La volonté déclarée du Gouvernement de lutter contre la drogue, les points positifs qui ont été marqués dans ce domaine ces dernières années, tout risque d'être remis en cause, faute de moyens.

Vous le savez, la prévention est un domaine essentiel en matière de santé. Tous les professionnels vous le confirmeront. D'abord, parce que empêcher la maladie est le premier objectif qu'elle se fixe. Ensuite, parce qu'en cas d'affection un diagnostic précoce augmente les chances de guérison. Enfin, parce que la prévention s'applique à tous et offre à chacun un minimum de protection, quelle que soit sa condition sociale. Un effort non négligeable avait été accompli dans ce domaine. Force est de constater que, là aussi, les objectifs positifs sont abandonnés. Partout ailleurs les crédits affectés aux programmes régionaux de prévention diminuent également.

De telles mesures restrictives concernent la population dans sa grande majorité mais ce sont, une fois de plus, les familles les plus démunies qui risquent d'être les plus durement touchées.

Avant de conclure, je voudrais dire quelques mots sur la convention.

Au moment où une nouvelle convention médicale doit être discutée, je souhaiterais appeler votre attention sur les problèmes posés par l'existence du secteur II qui autorise des dépassements d'honoraires à certains médecins conventionnés.

Le rapport de la commission des finances souligne les graves inconvénients de ce système, ce qui confirme les craintes que nous avions exprimées en 1980 lorsque nous nous sommes opposés à cet aspect de la convention.

Je rappelle, enfin, que la nouvelle convention doit être négociée avec tous les syndicats et organisations représentatives. De ce point de vue, il nous semble fâcheux que le Gouvernement ait décidé de modifier la codification des actes sans attendre l'aboutissement des négociations engagées.

Un mot encore, vous me le pardonnerez, concernant la trop célèbre maison de Nanterre.

Le Gouvernement va-t-il tenir ses engagements sur la transformation juridique de cet établissement et l'allègement des effectifs, conditions indispensables à un accueil décent des personnes qui y vivent et y travaillent ? Nanterre, ville de près de 100 000 habitants, aura-t-elle enfin un hôpital digne de ce nom et indépendant de la préfecture de police de Paris ? Je demande au Gouvernement de peser de tout son poids pour nous aider à régler enfin ce problème qui se pose depuis trop longtemps.

En conclusion, vous le voyez, mesdames, messieurs, le budget qui nous est présenté ne nous donne pas satisfaction, et ce sur des aspects fondamentaux. Croyez que ce n'est pas de gaieté de cœur que je me vois obligée de tenir ce langage. Autant mon expérience professionnelle que l'exercice de mon mandat me conduisent, en effet, à un sens aigu des responsabilités.

Vous dites que la crise économique et l'austérité commandent que l'on réduise les dépenses de santé. Je vous répons que les richesses des plus riches augmentent, tout le monde en parle. Je vous répons que si l'on s'attachait résolument à empêcher les immenses gâchis de la spéculation en France et à l'étranger, de la fuite des capitaux de ce pays, il y aurait largement les moyens d'une santé de qualité pour tous.

Examiner démocratiquement les dépenses et tout faire pour limiter les inadaptations, voire les excès, nous sommes d'accord. Mais restreindre d'autorité et dans de telles proportions des crédits de santé et de prévention est à la fois une erreur économique et un danger.

Vous serez sans doute d'accord pour affirmer avec moi que la santé n'est pas un luxe, mais un droit. J'ajoute que la satisfaction de ce droit fait partie de la liberté de chacun et constitue l'un des moyens d'une nouvelle croissance économique. Il s'agit, dans le respect du pluralisme de la pratique médicale, de promouvoir un service public de santé, moderne et efficace, de même qu'une sécurité sociale assurant l'égalité d'accès à une protection et des soins meilleurs compte tenu de l'avancée des connaissances.

Contrairement à ce que certains s'acharnent à expliquer, les possibilités d'aujourd'hui ne sont pas inférieures à celles d'hier ; elles sont décuplées. Nous ne partageons pas l'idée selon laquelle les formidables avancées de la science et des techniques conduiraient inéluctablement à plus de chômage, plus de misère, plus d'injustice, et, donc, à moins de santé. Nous agissons au contraire pour que ces grandes conquêtes soient soustraites aux intérêts égoïstes de la rentabilité financière la plus étroite, pour être réellement mises au service de l'homme au sens le plus large du terme.

Il s'agit là d'une question de fond qui nous conduit à refuser ce budget annonceur de reculs pour la santé. (Applaudissements sur les bancs des communistes.)

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

M. André Rossinot. Madame le ministre, il doit être dur d'entendre ce que vous venez d'entendre !

Il est clair que le budget des affaires sociales et de la solidarité nationale n'a pas été choisi cette année pour être prioritaire.

Globalement, il augmentera en francs constants d'un peu plus de 1 p. 100, ce qui, dans le contexte d'une inflation annuelle, dans le meilleur des cas de 5,2 p. 100, correspond à une diminution préoccupante et fait douter de la possibilité de votre ministère de maintenir ses engagements passés. D'ailleurs, vous avez

vous-même annoncé, devant la commission des affaires sociales de cette assemblée, que votre projet de budget n'échappait pas à la rigueur en déclarant, toutefois, qu'il permettait une affirmation claire des priorités. Nous sommes en droit, madame le ministre, de nous interroger sur cette affirmation alors que nous assistons à une régression de la politique sociale de ce gouvernement.

Le désengagement de l'Etat, au profit, j'allais dire au détriment, des collectivités locales dont les ressources ne permettent pas de prendre le relais, la suppression des moyens d'intervention tant en personnel qu'en subventions d'équipement ou en crédits d'action sociale, notamment dans le domaine de la prévention, sont désormais l'apanage d'un gouvernement socialiste qui a distribué, dans l'euphorie et l'irresponsabilité.

Vous vous félicitez, madame le ministre, de l'excédent enregistré par la sécurité sociale en 1983 et 1984. Certes, l'équilibre de la sécurité sociale a pu être atteint en 1983 et pourrait l'être en 1984. Mais le caractère exceptionnel de son financement démontre, s'il en était besoin, la fragilité du répit obtenu. Si l'on se fonde sur l'aggravation des déficits publics, prévisibles au-delà de l'année 1985, cet excédent n'abolant se transformera, s'il n'y a pas de nouvelle réduction des prestations sociales, en un déficit qui dépassera largement ceux des années 1981 et 1982. Vous n'ignorez pas, madame le ministre, la possibilité de ce dérapage. Vous comprendrez, dans ce cas, notre scepticisme face à vos déclarations d'intention.

Enfin, dans le domaine de la famille, vous semblez soucieuse de réaliser les avancées sociales nécessaires. Mais ce gouvernement, madame le ministre, n'a pas de politique familiale et vous ne pouvez que difficilement le nier.

La majoration des allocations familiales opérée en 1981 n'a été qu'un feu de paille. En effet leur sous-revalorisation actuelle l'a anéantie. Le Gouvernement, en abandonnant un rythme d'évolution sélective des prestations, qui avantagéait les familles nombreuses, ne leur assure plus aucune priorité. En l'état actuel de nos informations, le projet de réforme des allocations familiales déboucherait en fait, pour quatre familles sur cinq, sur une stagnation, voire sur une réduction des aides accordées. Les socialistes, dans ce domaine aussi, auront contribué à une diminution sans précédent du pouvoir d'achat des prestations familiales.

J'aborderai maintenant un thème qui passionne l'U.D.F. et qui interpelle l'ensemble de nos concitoyens : les situations d'urgence sociale.

« Il s'agit d'abord de traiter effectivement ces situations d'urgence sociale », avez-vous déclaré, madame le ministre, nous renvoyant, bien entendu, au programme de lutte contre la pauvreté arrêté lors du conseil des ministres du 17 octobre. Nous sommes un peu attristés que le Gouvernement ait dû attendre que les formations politiques de l'opposition décèlent ces difficultés, et qu'il ait attendu le mois d'octobre pour prendre quelques mesures spectaculaires. (Protestations sur les bancs des socialistes.)

M. Pierre Jago. A. Qu'avez-vous fait, vous ?

M. Guy Chanfrault. Un peu de pudeur !

M. Francis Geng. Ça vous gêne !

M. André Rossinot. Entre-temps, 700 000 personnes sont progressivement arrivées en fin de droits, constituant une nouvelle classe sociologique qui glisse insensiblement vers la nouvelle grande pauvreté. Oui, madame le ministre, il s'agit bien là des scories du socialisme (Exclamations sur les bancs des socialistes), conséquence à la fois de l'allongement de la durée du chômage et de la limitation des durées d'indemnisation imposée par le décret de novembre 1982.

Mme Paulette Nevoux. Etre excessif ne fait pas avancer les choses !

M. André Rossinot. Nous avons choisi un autre système en 1976. Mais je ne vous jette pas la pierre. C'est M. Bérégovoy qui s'est lancé dans la voie du désengagement momentané pour une politique de l'indice et pour une politique des statistiques du chômage.

Voilà maintenant le résultat durable et grave !

Il faut mobiliser nos concitoyens. Pourquoi ne pas autoriser un dégrèvement fiscal pour celles et ceux qui, spontanément, faisant leur devoir de citoyen, interviendraient dans ce grand débat national ?

Monsieur le secrétaire d'Etat — j'allais dire « monsieur le maire de Rennes » — sachez que nous sommes confrontés, dans les grandes villes, à de très graves difficultés. En effet vous avez bloqué les tarifs des prestations fournies par les collectivités locales, nous obligeant à vivre sur un système de prélèvements et d'aides qui empêche le redéploiement de nos activités sociales, car, pour maintenir certaines prestations, nous devons réclamer au contribuable ce que vous interdisez de demander à l'usager.

Prenons un exemple : alors que pour les femmes isolées et pour les couples disposant de deux salaires le prix de la crèche se pose en termes très différents, vous nous interdisez l'évolution des coûts des prestations. En revanche, si nous voulons créer de nouvelles prestations sociales, nous sommes obligés d'intervenir par le biais de l'impôt. Mais vous avez fait mieux cet été ! Vous avez tout de même osé, vous Gouvernement, augmenter les taxes et les appels indirects aux contribuables, au nom d'une politique politicienne de fausse diminution de la fiscalité en 1985 !

Nous sommes engagés dans un grave conflit entre les collectivités locales et ceux qui nous gouvernent. Mais un jour, 30 000 élus locaux ceints de leur écharpe viendront place Beauvau. Voilà la conséquence politique de votre stratégie fiscale à l'égard des collectivités locales.

Quant à votre projet à propos de l'immigration, s'il est désormais admis qu'une partie importante de la population étrangère a vocation à s'assimiler à la population française, il est donc impératif de gérer cette situation en prenant certaines mesures.

Parmi celles que vous avez déjà prises, plusieurs sont bonnes. Mais il est indispensable que le contrôle aux frontières prenne une dimension européenne si vous voulez qu'il soit effectif.

Des mesures concrètes qui ne relèvent ni du laxisme ni du racisme peuvent être envisagées. Elles portent sur une surveillance plus stricte et effective des frontières, sur la formation des fonctionnaires pour un contrôle plus précis des conditions dans lesquelles s'opèrent les regroupements familiaux, sur la modification de la législation relative à l'attribution automatique des prestations sociales. La cohabitation multiraciale n'est pas un fait nouveau ; la France a su prendre en compte, au cours de son histoire, des composantes raciales parfaitement hétérogènes. Nous admettons toutes les formules qui, équitablement, permettront aux femmes et aux hommes, qui respectent nos exigences nationales, de s'intégrer à notre communauté.

J'en viens maintenant au budget de la santé. Il progresse de 5 p. 100 par rapport à 1984. Il est clair que, si un effort notable a été prévu dans le domaine psychiatrique afin de combler les erreurs de 1984, de nombreux postes de dépenses stagnent ou régressent. Tel est notamment le cas des subventions des équipements sanitaires pour lesquelles les dépenses demeurent inférieures aux prévisions du Plan.

S'agissant de la situation des établissements hospitaliers, vous ne parlez, monsieur le secrétaire d'Etat chargé de la santé, que de rationalisation des dépenses hospitalières, de généralisation du budget global et de rationalisation des équipements. Dois-je vous rappeler que les hôpitaux entrent dans une crise financière grave ? Certains termineront 1984 avec un budget en déficit, d'autres ne paient que très irrégulièrement les cotisations sociales, les taxes sur les salaires dont ils sont redevables, allongent les délais de paiement de leurs fournisseurs, retardent le versement des cotisations à la caisse de retraite des agents des collectivités locales. Tout cela représente un report de dettes qui nécessitera en 1985 et en 1986 des moyens financiers supplémentaires.

On assiste actuellement à un arrêt presque complet des investissements. Les structures médicales, en particulier dans les hôpitaux généraux, sont loin d'être satisfaites. Or aucun poste ne sera créé au budget pour 1985. La réforme de l'internat a été trop rapide et les conséquences financières ne sont pas encore connues. Est-il vrai, monsieur le secrétaire d'Etat, que des services hospitaliers qui seraient équipés ne peuvent ouvrir faute de personnel ?

M. le président. Veuillez conclure, monsieur Rossinot.

M. André Rossinot. Tant dans le domaine du fonctionnement que dans celui de l'investissement, ce gouvernement prend de lourdes responsabilités qui hypothéqueront l'avenir. Nous sommes au cœur du débat. La restriction d'aujourd'hui continuera, à l'avenir, un handicap durable pour les équipes.

Je pense, madame le ministre, messieurs les secrétaires d'Etat, mesdames, messieurs, avoir démontré, au nom du groupe Union pour la démocratie française, qu'il n'est pas possible de voter ce projet de budget. Les socialistes ont appauvri la France. En outre, ils ne la préparent pas à affronter les problèmes auxquels elle sera confrontée dans un avenir à court et à moyen terme. Ce qui nous est proposé ne permet ni la modernité ni le rassemblement. (Applaudissements sur les bancs de l'union pour la démocratie française et du rassemblement pour la République.)

M. le président. Je signale à tous les orateurs qu'une réglette lumineuse placée sur le pupitre leur permet de mesurer les cinq dernières minutes. (Sourires.)

La parole est à M. Couqueberg.

M. Lucien Couqueberg. Un parlementaire socialiste prenant connaissance de votre projet de budget, madame le ministre, ne peut éprouver que des sentiments mitigés.

La rigueur marque effectivement le projet de loi de finances, et les affaires sociales n'y échappent pas : les crédits de la santé pour 1985 correspondent à une augmentation de 4,88 p. 100 par rapport à 1984 ; ceux de la solidarité nationale proprement dits sont en diminution de 2 p. 100. Encore faut-il que cette rigueur n'empêche pas le développement des actions engagées ni des programmes essentiels !

Comment ne pas se souvenir de ce que protection sociale signifie pour un homme de gauche : « Au niveau des individus, elle vise à une plus grande autonomie, à une meilleure insertion dans les différents systèmes de proposition, de décision, d'information. Elle implique la redistribution du revenu national à travers l'évolution différenciée des prestations sociales, la création et le développement de services sociaux nouveaux. Elle implique la redistribution du pouvoir dans la cité et dans les institutions à travers l'établissement de procédures nouvelles de participation aux décisions, la redéfinition des rôles sociaux, la revalorisation de certaines activités. Elle tend à corriger les inégalités sociales devant la maladie et la mort. »

Comment ne serions-nous pas attachés au maintien de l'expansion sociale que nous avons souhaitée depuis toujours et qui s'est mise en route comme nous l'espérons en mai 1981 ? C'est à partir des progrès qui ont été réalisés dès ce moment que nous devons juger ce budget. J'en rappellerai quelques-uns : la revalorisation du minimum vieillesse ; le rattrapage des allocations familiales ; la majoration — 65 p. 100 — des pensions de vieillesse ; la généralisation du tiers payant pharmaceutique ; la retraite à soixante ans ; la revalorisation du S.M.I.C., en augmentation de 60 p. 100 depuis juin 1981 ; l'augmentation de 30 p. 100 des pensions de réversion des veuves et veufs ; l'allocation spécifique allouée aux parents isolés ; l'allocation aux adultes handicapés, qui a augmenté de 65 p. 100 en trois ans ; enfin, les professions non salariées ont vu leurs prestations sociales accrues : ouverture aux droits du congé de maternité pour les agricultrices, création du statut de collaborateur pour les artisans et les commerçants, etc.

La réaction primaire et épidermique de déception se doit de céder à cette question : les objectifs de développement du secteur social et sanitaire sont-ils menacés ou au contraire conservés globalement malgré la conjoncture économique et le nécessaire équilibre des comptes ?

Que les critiques s'exercent, oui, mais compte tenu des avancées significatives réalisées au cours des trois premières années du septennat, ce que nos adversaires oublient de faire. Il n'est pas équitable de procéder autrement. C'est cette réflexion qui a été retenue par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales qui souhaite, dans une de ses recommandations, le maintien de la protection sanitaire et de la solidarité dans les priorités du Gouvernement.

J'interviendrai sur quelques secteurs importants qui posent problème dans le budget de la solidarité.

Rappelons que ce budget est fortement marqué par la décentralisation, ce qui rend aléatoire toute comparaison globale avec les années précédentes. En ce qui concerne les programmes d'intervention sociale en faveur des handicapés, après avoir rappelé la majoration substantielle en trois ans de l'allocation aux adultes handicapés, il faut souligner, comme le feront d'autres intervenants, les difficultés et les retards de traitement des dossiers par les Cotorep — vous en avez parlé ce matin, madame le ministre — et ce malgré la mise en place d'une mission chargée de proposer une réforme de ces commissions pour en améliorer le fonctionnement. Pouvez-vous nous dire où en sont les travaux de cette commission ?

Les établissements d'accueil pour personnes handicapées sont encore, malgré les efforts accomplis, en nombre insuffisant, surtout dans le secteur public. Il serait intéressant de connaître le rapport public-privé en ce domaine, y compris en ce qui concerne les subventions. A l'inverse, il faut insister sur l'intégration et le maintien des handicapés en milieu ordinaire de vie, entre autres en milieu scolaire, en collaboration avec le ministère de l'éducation nationale, car cette intégration se heurte à de nombreuses difficultés sur le terrain, faute de moyens, de réflexion et aussi quelquefois de bonne volonté. L'égalité devant l'éducation et le savoir pour les jeunes handicapés mérite les efforts de tous les intervenants.

L'action sociale en faveur des personnes âgées a suscité deux recommandations de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, notamment pour l'harmonisation nécessaire des modes d'intervention des différents régimes. Il existe des disparités régionales et départementales dans le développement des services de soins à domicile, dans le financement des services d'aide ménagère.

La politique suivie, les programmes d'intervention prévus par le Gouvernement procèdent d'une bonne intention, mais, il faut le reconnaître, la politique impulsée, voulue par le Gouvernement n'est pas toujours appliquée. Il existe des différences fondamentales entre ce qui est prévu et ce qui est fait sur le terrain. Je connais des commissions régionales des institutions sanitaires et sociales qui refusent tout avis favorable à l'installation de service de soins à domicile, contrairement aux recommandations des circulaires ministérielles et au détriment des intérêts des assurés sociaux, mais aussi des finances de la sécurité sociale. Je connais des caisses régionales d'assurance maladie qui refusent tout financement — et ce dès avant 1981 — pour les services d'aide ménagère projetés par les collectivités locales de gauche, essentiellement.

Un des relais principaux de l'action sociale sur le terrain, ce sont les bureaux d'aide sociale, ou centres communaux d'action sociale. Ces outils de travail indispensables sont pourtant quelque peu négligés. Les bureaux d'aide sociale n'ont presque plus de moyens financiers propres depuis 1980, date de la suppression d'attribution d'une partie de la taxe sur les spectacles, leurs crédits dépendant presque uniquement de la subvention municipale. Le rôle des bureaux d'aide sociale s'est encore amenuisé depuis la décentralisation du fait de la prééminence départementale et du transfert de la quasi-totalité de l'aide sociale vers les collectivités départementales. Il ne reste plus aux bureaux d'aide sociale que l'aide facultative, donc leurs moyens propres! Une bonne occasion de tester leur efficacité serait de mettre à leur disposition une partie des crédits destinés à la lutte entreprise récemment contre la détresse sociale : tout au moins les crédits départementalisés.

A ce sujet, signalons l'inscription au chapitre 47-21 — mais à quel article, madame le ministre? — au titre des crédits de la solidarité nationale, de 500 millions de francs : 200 millions de francs en 1984 et 300 millions de francs en 1985. Le Gouvernement n'a donc pas à avoir de complexes aussi bien pour le passé que pour la période actuelle : la liste des actions conduites en ce sens depuis 1981 pour lutter contre la précarité est impressionnante. Il n'y a pas de « nouveaux » pauvres ; il y en a toujours eu, même en période de croissance, voir le quart monde. Il y a cependant de nouvelles formes de pauvreté qui sont bien sûr la conséquence du chômage et n'ont rien à voir, quant à leur importance, avec celles constatées chez Mme Thatcher et chez M. Reagan.

A propos des personnes âgées, il faut souligner l'importance sociale, démographique, culturelle de ce groupe d'âge dans la France d'aujourd'hui et surtout de demain.

Pour l'hébergement en établissement sociaux ou socio-sanitaires, on constate aussi des disparités régionales : insuffisance de lits en cure médicale, en services de long séjour ; un gros effort d'équipement est encore nécessaire. En effet, les besoins vont croître, notamment jusqu'à la fin du siècle, malgré le développement des services de maintien à domicile et d'alternatives à l'hospitalisation. A ce sujet, le projet de loi souvent annoncé est attendu avec impatience car une cohérence des modes d'action en matière de soutien à domicile est plus que nécessaire pour des raisons aussi bien sociales qu'économiques.

On ne doit pas oublier que les plus de soixante ans, voire de cinquante-cinq ans, dits « inactifs » parce qu'à la retraite, sans former un groupe « de pression », seront en tout cas de plus en plus nombreux, à la fois de plus en plus jeunes et de plus en plus âgés, de plus en plus actifs — pour les plus jeunes retraités qui viennent d'achever leur vie de travail — et de

plus en plus dépendants du fait de l'allongement de la vie. Etre centenaire sera bientôt banal! D'où les problèmes posés et qui devront être résolus : quelle place dans la société pour les plus actifs des retraités?

Il serait impardonnable de ne pas tenir le plus grand compte du potentiel d'expérience, de dynamisme, d'idées qu'ils représentent pour la nation, comme il serait peu raisonnable, à l'inverse, de ne pas envisager des formules d'adaptation pour nos structures et pour nos organismes de soutien et d'hébergement, qui vont subir des épreuves de plus en plus rudes à cause du nombre de plus en plus grand de Français très âgés.

Ce groupe d'âge, comme dans toute les autres démocraties du même type d'ailleurs, devient de plus en plus hétérogène. Il s'étendra, à la fois, vers le haut et vers le bas et posera un défi incontestable aux responsables politiques de cette fin de siècle.

Au sujet de la politique familiale, dont nous pourrions reparler à l'occasion d'un prochain projet de loi, je pense que les objectifs prévus par le P. P. E. n° 8 du 9^e Plan ne seront pas remis en cause par le budget de 1985. La politique des contrats-famille, mise au point en 1982, se poursuit. Les dispositifs d'accueil de la petite enfance ont été améliorés et la réforme des textes régissant l'accueil de l'enfant est à l'étude pour permettre la simplification et l'harmonisation des exigences requises des différents secteurs.

Dans le domaine de l'aide sociale à l'enfance, transférée au département, nous verrons en 1985 les premiers résultats heureux de la loi votée à l'unanimité par le Parlement le 6 juin 1984 relative aux droits des familles et de l'enfant dans leurs rapports avec les services de l'A. S. E.

Je terminerai par quelques réflexions sur le budget de la santé objectivement rapporté par mes collègues René Soum et Louis Lareng. Ce budget est, bien sûr, caractérisé par l'effort de rigueur économique. Les crédits budgétaires, en matière de santé proprement dite, représentent moins de 2 p. 100 de la dépense nationale de santé.

Dans le domaine sanitaire comme dans le secteur social, des avancées considérables ont été réalisées, qui ont modifié et vont modifier, mais non transformer, le système sanitaire français. La réforme hospitalière et celle des études médicales vont dans ce sens : l'introduction du troisième cycle sera favorable à la promotion de la médecine générale. Les difficultés d'application actuelles sont inhérentes à toute période de transition. Par contre, les décrets d'application de la départementalisation se font attendre alors que la loi a été publiée en janvier 1984. Les conséquences sont entre autres la non-application des lois Auroux dans les hôpitaux et l'impossibilité de mettre en place les nouveaux statuts des médecins hospitaliers.

M. le président. Veuillez conclure, monsieur Couqueberg.

M. Lucien Couqueberg. Je termine, monsieur le président.

En 1985 aura également lieu la négociation de la nouvelle convention entre les caisses de sécurité sociale et les syndicats représentatifs médicaux. A ce propos, protestons une fois de plus et énergiquement contre l'éviction de l'U. S. M., l'union syndicale des médecins. Nous sommes partisans bien sûr, d'une convention équitable pour tous, pour les assurés, pour les médecins et, en particulier, pour les généralistes dont la situation se dégrade par rapport à celle de la plupart des spécialistes. Une revalorisation du « C » me paraît nécessaire.

Essayons une fois de plus de rendre claire notre position par rapport au secteur libéral. Par tradition, la population française est attachée au maintien d'un secteur libéral. Nous aussi, et nous entendons bien qu'il reste prédominant dans notre pays puisqu'il semble bien que c'est le vœu majoritaire. Libéral parce qu'il sous-entend liberté de choix et de prescription. Quant au système de rémunération, il est affaire de contrat entre les différents partenaires concernés.

L'originalité du système français, c'est qu'une grande partie des soins, des actes professionnels sont assurés par un secteur dit libéral à l'intérieur d'un secteur très socialisé, régi par la sécurité sociale. La contradiction, on l'a vu, n'est peut-être pas aussi évidente qu'il n'y paraît. En tout cas, pour que s'épanouissent librement les multiples actions de protection sociale et sanitaire, il faut une sécurité sociale puissante et un Etat qui fixe les règles du jeu.

La protection sociale et sanitaire ne se divise pas : autant elle s'enrichit du dynamisme de la mutualité, autant elle s'appauvrirait et risquerait de disparaître s'il s'agissait d'une protection minimale assortie de compléments coûteux fournis par le biais

du secteur marchand des primes d'assurances. Ainsi serait consacré le principe d'une société duale, d'une protection sociale à deux étages qui serait bien vite complétée — cela va sans dire dans cette perspective — par un système de soins à deux secteurs : un bon secteur pour les privilégiés, une protection sanitaire minimale pour les autres, les assistés. C'est le contraire de la notion de solidarité qui est à la base de notre action, et nous ne pouvons l'accepter.

C'est pourquoi il nous faut défendre la cohésion des institutions sociales actuelles, les améliorer quand cela est possible pour triompher des effets de la crise, sans abandonner la marche vers l'égalité qui est notre raison d'agir. (Applaudissements sur les bancs des socialistes.)

M. le président. Après trois orateurs, nous avons déjà pris dix minutes de retard. Je vous invite, mes chers collègues, à faire preuve de discipline pour respecter les temps impartis.

La parole est à M. Gissingier.

M. Antoine Gissingier. Monsieur le président, madame le ministre, messieurs les secrétaires d'Etat, mes chers collègues, le budget de la santé et de la solidarité nationale ne retrace que très imparfaitement l'ensemble de l'effort social de la nation puisque n'y figurent pas l'essentiel des masses financières drainées par les régimes de sécurité sociale ainsi qu'un certain nombre d'interventions dispersées dans d'autres fascicules budgétaires.

Même si, j'en conviens, je ne suis ni le premier ni sans doute le dernier à déplorer cet état de fait, permettez-moi de regretter que le débat auquel nous nous livrons aujourd'hui n'ait pas gagné en clarté à cet égard. La confusion est désormais aggravée par l'intervention, chaque année, d'arrêtés d'annulation de crédits qui vident, par la suite, d'une grande partie de leur portée les décisions que l'on a demandé au Parlement de prendre au cours de la discussion budgétaire. Selon le rapporteur, M. Legrand sur 1,55 milliards de francs d'autorisations de programme du budget de 1984, 375 millions ont été annulés, soit un taux d'annulation de 24,1 p. 100.

Quoi qu'il en soit, le projet de budget pour 1985 en matière de santé et de solidarité est déjà, tel quel, particulièrement inquiétant. Alors que la crise économique bat son plein et rend d'autant plus nécessaire l'effort de solidarité, que constatons-nous ?

Les dépenses d'intervention sociale, c'est-à-dire à l'exclusion des dépenses de fonctionnement et des subventions d'équilibre à divers régimes de protection sociale, devraient, en 1985, être globalement en baisse de 4,6 p. 100, en francs courants, par rapport à celles qui avaient été votées pour 1984.

Cette contraction des crédits ne peut être exclusivement imputée à la décentralisation. Elle affecte la quasi-totalité des chapitres budgétaires. Y échappent surtout ceux qui correspondent à des dépenses obligatoires telles que celles d'aide sociale.

Encore cette tendance à la baisse serait-elle plus prononcée si n'était pas prévue pour 1985 la première tranche de remboursement aux départements de la dette contractée par l'Etat au titre de l'aide sociale. A cet égard, je tiens à rappeler que le système choisi et imposé l'an dernier pour effectuer ce remboursement revient à faire supporter auxdits départements un prêt à l'Etat de 9 milliards de francs sur douze ans au taux zéro et avec un différé d'amortissement d'un an. Ne serait-il pas possible de revoir ces conditions véritablement draconiennes et si l'on ne peut réduire le délai de règlement, ne peut-on au moins accorder des intérêts correspondants ? A titre d'exemple, l'Etat doit au Haut-Rhin 63 millions de francs.

De manière générale, je ne conteste pas qu'un effort de rigueur et de sélectivité s'impose dans la conjoncture actuelle. Il est cependant permis de se demander si certains axes de la politique sociale n'auraient pas mérité un plus net soutien. Ainsi, le chapitre 47-21 relatif aux programmes d'action sociale accuse une diminution de 12,7 p. 100 d'une année sur l'autre. N'est-ce pas pourtant sur ce chapitre qu'étaient inscrites pour 1984 les dotations relatives au programme de lutte contre la précarité et la pauvreté au titre de la solidarité nationale ?

Répondant au cri d'alarme lancé par de multiples personnalités, vous avez reconnu, madame le ministre, l'acuité des difficultés rencontrées par un nombre grandissant de familles. Il nous a été récemment annoncé que des crédits seraient dégagés dans le cadre d'un nouveau programme d'urgence de lutte contre la pauvreté. Pour 1985, 300 millions de francs sont prévus. Vous nous avez donné des renseignements complémentaires à ce sujet, mais je considère qu'ils sont insuffisants.

Je me permets d'insister sur la situation des nouveaux pauvres qui appartiennent en grande partie à la catégorie des chômeurs en fin de droits, classés depuis longtemps dans les dossiers « F. D. » des Assedic. L'indemnisation des chômeurs varie de trois à soixante mois, les chômeurs étant classés en trois tranches d'âge. En fin de droits, les chômeurs qui n'ont pu retrouver du travail entrent dans le cycle de la solidarité qui s'applique en vertu de critères différents et peuvent éventuellement toucher les quarante francs, ou plus exactement aujourd'hui 41 francs 50. C'est cette frange-là, celle de gens arrivant en fin de droits, qui se gonfle dangereusement. Dans le Haut-Rhin, ils étaient 2 500 en septembre 1983, 3 191 en septembre 1984, et 4 063 en Alsace en juillet 1984. Combien sont-ils sur le plan national ? L'Unedic, dans un document, avance le nombre de 965 000 chômeurs non indemnisés parmi lesquels 170 000 sont dans une situation particulièrement délicate.

Les communes seules ne peuvent faire face à ces situations catastrophiques. Nombre d'entre elles envisagent actuellement une opération « soupe populaire ». Voyez ce qui se passe sous le régime de gauche !

Dans l'annexe III de la loi de finances pour 1984, le rapporteur socialiste, M. Bêche, se contentait d'écrire : « Le programme de lutte contre la précarité et la pauvreté est consolidé à hauteur de 71,2 millions, somme d'ailleurs également répartie sur divers chapitres. » La pauvreté, à la fin de 1983, était déjà là. De toute manière, il faut faire en sorte que les gens dans le besoin ne se sentent pas humiliés.

S'agissant des crédits de santé, la situation me paraît aussi préoccupante. Les dépenses ordinaires devraient progresser de 7 p. 100 en 1985. Cependant, cette progression, si l'on y regarde de plus près, serait due essentiellement à celle de 11,7 p. 100 des dépenses obligatoires de santé, compte tenu de la nouvelle répartition des compétences entre l'Etat et les collectivités locales, et à la sous-estimation des besoins en 1984 dans le domaine de l'hygiène mentale.

La loi de finances rectificative prévoit d'ailleurs un complément de crédits pour 1984 de 290 millions. Nous attendons toujours six postes pour l'hôpital psychiatrique de Rouffach.

Pour leur part, les programmes de protection et de prévention sanitaire, chapitre 47-13, sont en diminution de 14,6 p. 100 alors même que pour 1984 ils ont déjà été amputés de près de 30 millions de francs au titre de la régulation budgétaire.

Je signale que les crédits consacrés à la lutte contre l'alcoolisme diminuent de 5 millions de francs et ceux concernant la lutte contre la drogue de 11 millions. Je voyais pourtant, madame le ministre, que le développement des actions de prévention faisait partie des priorités retenues pour le 9^e Plan.

Quant aux crédits inscrits au chapitre 43-34, et qui concernent les bourses d'enseignement des professions paramédicales et sociales, ils sont réduits de plus de 10 p. 100. Vous avez évoqué ce point ce matin. Vous nous donnerez peut-être quelques renseignements complémentaires.

Les dépenses en capital en matière de santé sont également en régression : moins 23 p. 100 en autorisations de programme, moins 5,4 p. 100 en crédits de paiement. Il faut pourtant terminer l'humanisation et la modernisation de nos établissements.

Bien sûr, cette évolution s'explique en partie par la fin des grands programmes d'équipement hospitalier et par la volonté de résorption de certaines capacités excédentaires signalées dans le 9^e Plan. Toutefois, il importe que le niveau des crédits permette de mener à bien une orientation prioritaire de ce Plan, s'agissant de la modernisation de l'hôpital et de son recentrage sur sa fonction technique.

Or, à cet égard, de nombreux points d'interrogation subsistent.

En matière hospitalière, on peut, à la lumière de ce budget, se poser certaines questions qui portent notamment sur la cohérence de la politique des personnels.

Des moyens suffisants seront-ils dégagés pour parvenir, de ce point de vue, à un niveau quantitatif et qualitatif équivalent à celui des équipements ?

La très haute technicité des matériels mis en place requiert, pour les servir, un personnel de plus en plus qualifié. Or il semble que les crédits consacrés à la formation des personnels médicaux et paramédicaux hospitaliers soient entrés dans une phase de régression inquiétante.

Il est donc permis de se demander si l'on ne s'achemine pas vers une sous-utilisation de certains équipements lourds, faute de moyens humains suffisants pour en assurer le fonctionnement.

Point n'est besoin de souligner les conséquences fâcheuses qui en résulteraient, tant pour la qualité du service public que pour le confort et la sécurité des malades.

La formation continue des personnels est l'un des axes essentiels d'une bonne politique hospitalière. Elle constitue, en effet, le meilleur gage de qualité des soins dispensés dans les établissements. Comme les budgets hospitaliers sont constitués pour près de 70 p. 100 de dépenses en personnel, il serait nécessaire, lors de la définition du taux directeur annuel, de prendre en compte la juste part permettant à chaque gestionnaire d'hôpital de définir un véritable programme annuel de formation professionnelle continue, en fonction des données techniques de son établissement.

Ce taux est déjà passé de 9 p. 100 en 1983 à 6,6 p. 100 en 1984, auxquels vont s'ajouter, il est vrai, quelques « rallonges », variables selon les établissements, dans la limite globale de 1 p. 100. En 1985, le taux directeur devrait être de 5,1 p. 100.

Même si l'on tient compte du ralentissement de l'inflation, une telle progression permettra-t-elle de dégager dans tous les établissements une marge d'auto-financement suffisante pour financer un programme autonome de formation ?

Je voudrais maintenant souligner les difficultés que va engendrer l'absence, en 1985, de toute création de poste, alors que 4 500 avaient été créés en 1983 et 1 500 en 1984.

Il convient en effet d'être conscient des problèmes très particuliers que pose l'institution de la cinquième semaine de congés payés et des trente-neuf heures hebdomadaires dans le secteur hospitalier, compte tenu des contraintes spécifiques auxquelles ce dernier se trouve assujéti.

Sans remettre en cause le bien-fondé d'une politique sociale en faveur de personnels soumis à de lourdes sujétions, il faut bien souligner qu'une diminution de la durée du travail, sans apport compensatoire intégral en personnel, peut aboutir à une sensible dégradation des conditions de sécurité et de confort des malades, comme des personnels.

Cette situation s'est d'ailleurs révélée au grand jour lorsque certains responsables se sont vus contraints de fermer tout ou partie d'un service durant l'été dernier. C'est arrivé dans beaucoup de nos hôpitaux.

Il est vrai qu'à l'hôpital, comme dans d'autres services publics, le redéploiement des effectifs, qui n'est certes pas chose aisée, apporterait sans doute quelques réponses aux problèmes de cette nature.

La mise en place progressive des départements hospitaliers fournira peut-être l'occasion d'agir en ce sens, dans des limites raisonnables.

Je voudrais maintenant mettre l'accent sur les contradictions qui risquent de s'établir entre les objectifs de la planification sanitaire définie par le 9^e Plan et les compétences transférées par la loi en cette matière aux départements et aux régions.

La maîtrise du volume et de la qualité des équipements est une ambition légitime. Toutefois, les nouvelles méthodes de planification sanitaires actuellement préparées par vos services ne doivent pas aboutir, au nom d'une froide rationalité économique, à un processus de réduction autoritaire des lits qui toucherait les hôpitaux les plus dynamiques, dans les régions ayant le meilleur niveau d'équipement. Faut-il rappeler que le 9^e Plan prévoit la fermeture de 16 000 lits de soins aigus et 12 000 lits inoccupés en psychiatrie ?

L'application aux régions d'un principe égalitaire ne doit pas, en l'espèce, conduire à un nivellement des critères d'appréciation des services rendus à la population. Il me semble donc indispensable de consulter systématiquement les conseils généraux et régionaux concernés sur les chiffres et la répartition exacte des suppressions de lits envisagées en fonction des objectifs du 9^e Plan. La circulaire du ministre est partie au mois de mars, mais elle n'a pas encore été communiquée aux régions et aux départements.

Il serait souhaitable de tenir compte de l'effort réalisé par de nombreux établissements privés, notamment dans les grandes villes universitaires, qui ont su démontrer leur capacité d'adaptation aux techniques de pointe de l'investigation médicale.

Il conviendrait donc que ce secteur ne soit pas défavorisé à l'occasion des attributions d'autorisations d'équipements lourds.

Je souhaite, madame le ministre, mettre également l'accent sur un aspect de votre politique qui semble révéler une contradiction entre la volonté décentralisatrice affirmée par le Gouvernement et la pratique effective.

Les instructions budgétaires pour la programmation des équipements sanitaires en 1985 paraissent en effet marquées d'un esprit de défiance à l'égard des instances régionales puisqu'elles interdisent aux établissements publics régionaux une quelconque intervention financière pour toute opération d'équipement hospitalier qui n'aurait pas préalablement reçu une subvention de l'Etat au moins égale à 40 p. 100. Je vous demande alors comment fonctionneront les unités médicalisées de long séjour pour personnes âgées où devrait être remplacé un tel équipement.

Après une année d'application dans les vingt-neuf centres hospitaliers régionaux, la réforme du financement des hôpitaux doit être étendue au 1^{er} janvier prochain à l'ensemble des établissements publics et privés à but non lucratif participant au service public hospitalier. Près de 1 500 établissements seront donc concernés.

Madame le ministre, j'avais, dès avril dernier, interrogé votre prédécesseur sur la situation financière des hôpitaux. Ce dernier m'avait alors indiqué qu'afin de couper court à toute polémique il avait demandé à l'inspection générale des affaires sociales de dresser un bilan, que les résultats de cette enquête seraient rendus publics et que chacun pourrait juger sur pièces. J'avais parlé à ce moment-là d'un déficit de 1,700 milliard. Aujourd'hui, on cite le chiffre de 5, voire de 6 milliards.

A moins de deux mois de la généralisation du budget global, ne serait-il pas possible de connaître les conclusions de cette étude, et également de faire le point sur l'introduction de la réforme dans les C. H. R. ?

Il semble en effet que quelques problèmes de transition se posent.

Je pense, notamment, aux dispositions de l'article 58 du décret du 11 août 1983 qui aboutissent, compte tenu du mode de passage de l'ancienne à la nouvelle tarification, à faire accorder par les établissements hospitaliers une avance aux organismes de sécurité sociale que certains chiffrent à dix milliards pour les seuls C. H. R. Si le même processus se reproduit pour les hôpitaux généraux, seront-ils en mesure de supporter eux aussi une telle charge ?

Je pense également aux nouveaux circuits des demandes de prise en charge par la sécurité sociale qui sont encore dans une phase de rodage. Que va-t-il se passer lorsque ces procédures concerneront non plus vingt-neuf, mais plus d'un millier d'établissements ? Aura-t-on eu, d'ici à janvier 1985, le temps de régler les difficultés qui, ici ou là, sont apparues ?

Est-il certain, d'autre part, que la globalisation constitue une réponse adaptée aux problèmes de financement de certains établissements de dimension beaucoup plus modeste que les C. H. R. et qui ne comportent parfois que quelques services à vocation générale ? Les situations de trésorerie des établissements de petite et moyenne taille sont très diverses et le schéma général de la dotation globale de financement risque de les enfermer dans un cadre excessivement rigide.

Par ailleurs, cette réforme permettra-t-elle de développer, selon les orientations mêmes du Plan, les nouveaux modes de prévention et de soins à partir de l'hôpital : consultation externe, hospitalisation suivie au domicile du malade, service mobile d'urgence ? Il s'agit là d'un problème de personnel.

De plus, je rappellerai que les nouveaux statuts des praticiens hospitaliers entreront également en vigueur le 1^{er} janvier 1985, en application des décrets de février 1984.

Cette modification profonde des textes aura-t-elle des conséquences sur les modalités de l'exercice médical à l'hôpital ? Cette question mérite d'être posée, compte tenu du caractère d'exemplarité qui s'attache à la qualité des soins dispensés dans le service public hospitalier.

En conclusion, on ne peut qu'être réservé et méfiant face à la politique budgétaire qui nous est proposée. C'est pourquoi le groupe du R. P. R. ne votera pas ce budget.

Trop de questions demeurent encore sans réponse précise, et le champ de certaines orientations devrait être plus soigneusement défini.

J'observai, pour terminer, que la volonté du Gouvernement de recentrer l'hôpital sur ses fonctions techniques implique que l'on donne simultanément à la médecine de cabinet les moyens

de son développement. Or l'abandon de toute politique contractuelle proposant une négociation ouverte au secteur libéral augure mal de l'avenir à cet égard. Une claire répartition des rôles entre le service public et les praticiens libéraux paraît pourtant plus que jamais nécessaire, comme d'ailleurs entre l'hospitalisation publique et l'hospitalisation privée.

Madame le ministre, permettez-moi de vous poser une question concrète très directe : quelle sera votre nouvelle politique d'aides pour maintenir les programmes sanitaires et sociaux destinés aux personnes âgées toujours plus nombreuses ?

J'ai ici le programme de notre département que nous avons établi pour la durée du Plan. Son coût s'élève à 85 millions de francs. Les crédits délégués durant les dernières années se sont élevés à 2,8 millions de francs en 1980, 1,4 million en 1981, 9,7 millions en 1982, l'année de grâce, mais on tombe à 986 000 francs en 1983 et, pour 1984, c'est le point d'interrogation. Je serais heureux de savoir dans quelle mesure l'Etat veut participer. (Applaudissements sur les bancs du rassemblement pour la République et de l'union pour la démocratie française.)

Mme Renée Soum, rapporteur spécial de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan, pour la santé. Je demande la parole.

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

Mme Renée Soum, rapporteur spécial. Je souhaite répondre à M. Rossinot et à M. Gissingier qui considèrent que les investissements hospitaliers sont insuffisants. C'est inexact.

En effet, les moyens affectés en 1965 aux subventions destinées à l'acquisition de matériel biomédical lourd, d'un montant de 180 millions de francs, dépassent l'objectif affiché dans le 9^e Plan.

M. Emmanuel Hamel. C'est qu'il était faible !

Mme Renée Soum, rapporteur spécial. Ce qui effectivement diminue, ce sont les subventions aux investissements de capacités. Or celles-ci sont globalement excédentaires, tout le monde s'accorde à le reconnaître, pour partie en raison de la politique d'équipement désordonnée et inutilement coûteuse menée avant 1981.

M. Antoine Gissingier. Laissez-moi rire !

Mme Renée Soum, rapporteur spécial. Il est également faux d'affirmer que de nouveaux services ne pourront pas être ouverts faute de personnels.

D'abord, parce que des redéploiements sont possibles dans de nombreux hôpitaux où de très mauvaises habitudes avaient été prises : double emploi, matériel mal réparti, personnels affectés à des tâches ne relevant pas de leurs spécificités directes.

Ensuite parce que l'amélioration de la qualité des soins ne se mesure plus en termes d'accroissement du nombre des services, mais doit être obtenue par une meilleure organisation de ceux-ci et une plus grande coordination entre eux. C'est notamment l'objet de la départementalisation, réforme que notre assemblée a approuvée et qui doit entrer en application en 1985.

M. Antoine Gissingier. C'est du bla-bla-bla ! Venez dans les conseils d'administration des hôpitaux !

M. Emmanuel Hamel. Oui, car vous n'avez pas dû visiter beaucoup d'hôpitaux, et vous verrez ce que vous verrez !

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

M. Georges Hage. Madame le ministre, dans votre intervention, vous avez tenu à souligner l'effort consenti en faveur des personnes atteintes d'un handicap, dans un contexte budgétaire frappé du sceau d'une extrême rigueur. Vous avez notamment parlé de l'allocation pour les adultes handicapés qui progressera de 11,2 p. 100 l'an prochain, ce qui se traduira par une amélioration certaine du pouvoir d'achat hors inflation, même s'il faut noter que cette augmentation fait suite à une très faible majoration de 1,8 p. 100 décidée le 1^{er} janvier 1984, qui ne compensait pas la hausse du coût de la vie jusqu'au 1^{er} juillet 1984.

Pour autant, l'appréciation positive que nous portons sur cette mesure de justice et de solidarité à l'égard des handicapés ne peut reléguer au deuxième plan les difficultés bien trop nombreuses qu'ils continuent de rencontrer pour leur insertion dans la vie sociale et dans le monde du travail, selon leurs aptitudes et leurs aspirations.

Cet aspect de leur vie semble, à nous, communistes, d'autant plus important que nous ne saurions accepter leur marginalisation, voire leur cantonnement dans une situation d'assistés. Or, au stade de développement qui est celui de notre société, la participation sociale ne prend pleinement son sens qu'au travers d'une activité professionnelle.

Au regard de cette exigence, le manque de moyens humains et techniques demeure criant et la volonté politique ne semble pas être à la hauteur de la tâche à accomplir.

Le rapport Lasry-Gagneux sur le bilan de la politique en faveur des personnes handicapées donne des chiffres édifiants à cet égard. Parlant de la rééducation professionnelle et de la formation, pièces maîtresses de la politique d'insertion professionnelle des personnes handicapées, il estime que la capacité globale des établissements spécialisés est sans rapport avec l'ampleur des besoins. Une centaine de ces établissements offrent un peu plus de 12 000 places, pour des formations d'une durée généralement comprise entre une et deux années, alors que les Cotorep, sur les quelque 80 000 dissidels qu'elles examinent annuellement, prononcent près de 13 000 décisions d'orientation en formation professionnelle.

Cette inadéquation entre l'offre et la demande aboutit à des délais d'attente allant parfois jusqu'à sept ans. Si l'on ajoute à cela l'inégale répartition des centres de formation, l'extrême faiblesse des initiatives publiques et l'application non systématique de la prise en charge des frais de rééducation professionnelle, on peut légitimement parler de l'absence d'une politique cohérente dans ce domaine.

Ce même rapport termine le chapitre sur l'insertion en milieu ordinaire de travail, par le constat que l'obligation d'emploi des personnes handicapées imposée par diverses dispositions légales n'est respectée ni par les entreprises privées ni par la fonction publique.

L'ancien secrétaire d'Etat à la fonction publique, Anicet Le Pors, déclarait lui-même que la part des personnes handicapées recrutées dans la fonction publique s'élevait à 0,6 p. 100 du total des recrutements réalisés entre 1977 et 1980, soit 983 personnes, chiffre qui est loin des 3 p. 100 fixés par la loi.

En dépit de diverses circulaires visant à améliorer les conditions de recrutement des handicapés qu'il a signées, Anicet Le Pors regrettait que la fonction publique soit loin de constituer la grande référence sociale qu'il souhaitait faire d'elle dans ce domaine.

On me signale des progrès significatifs dans les P.T.T., par exemple. Qu'en est-il, madame le ministre, de l'application de ces circulaires dans la fonction publique en général ?

Enfin, nous constatons les mêmes carences en ce qui concerne le travail en milieu protégé. Faute de place dans les centres d'aide par le travail — je suis d'ailleurs intervenu récemment à ce sujet —, les ateliers protégés et les maisons d'accueil spécialisées, de très nombreux jeunes handicapés sont contraints soit de rester en institut médico-professionnel, dont ils sont exclus à leur majorité, soit de retourner dans leur famille, perdant ainsi le bénéfice matériel et psychologique de leurs années formatives. A moins qu'ils ne retrouvent finalement le chemin abhorré des hôpitaux psychiatriques.

J'évoque pour mémoire, car mon ami Jourdan vous posera une question à ce sujet, le problème des postes d'auxiliaires de vie auprès des personnes handicapées.

Mais l'exposé même de cette réalité douloureuse souligne l'écart entre les besoins existants et les faiblesses des moyens mis au service d'une politique en faveur des personnes handicapées, que le Gouvernement considère pourtant comme étant un des axes de son action dans le domaine social.

Il nous paraît inadmissible que cette politique subisse de plein fouet les incidences de la priorité aujourd'hui accordée par le Gouvernement aux préoccupations économiques et financières.

Avant de terminer, j'évoquerai très rapidement deux problèmes souvent soulevés dans les lettres que je reçois en ma qualité de président du groupe d'études sur les personnes handicapées.

Le premier a trait à la lenteur du fonctionnement des Cotorep, qui provoque des retards inadmissibles dans le règlement des dossiers. Une réforme démocratique de cette organisation est donc urgente.

Par ailleurs, beaucoup de mes interlocuteurs soulignent les difficultés accrues qu'ils rencontrent pour faire renouveler par les Cotorep leur carte d'invalidité au taux de 80 p. 100.

S'agit-il, madame le ministre, d'une politique délibérée résultant des contraintes imposées par une enveloppe budgétaire très restreinte et dont a parlé longuement mon amie Fraysse-Cazalis ?

Le deuxième problème concerne le forfait hospitalier appliqué aux handicapés adultes bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés lors de leur séjour hospitalier. A l'inverse de ce qui se passe pour les pensionnés d'invalidité de la sécurité sociale, les bénéficiaires de l'A.A.H. supportent une réduction de leur allocation pouvant atteindre trois cinquièmes de son montant, en même temps qu'ils doivent payer le forfait hospitalier. Les vingt et un francs par jour sont insupportables car l'immense majorité de ces handicapés n'adhère pas à une mutuelle. Au demeurant les mutuelles ne remboursent pas toutes ce forfait. Cette situation profondément injuste doit être corrigée, dans la logique des précédentes décisions gouvernementales exonérant de ce forfait certaines catégories de personnes handicapées.

Je voudrais, pour terminer, insister sur l'impérieuse nécessité de renforcer l'effort de solidarité nationale à l'égard des handicapés, plus vulnérables, donc victimes plus que les autres de la crise socio-économique qui frappe notre pays. (Applaudissements sur les bancs des communistes.)

M. le président. La parole est à M. Gérard Collomb.

M. Gérard Collomb. Madame le ministre, messieurs les secrétaires d'Etat, mes chers collègues, j'évoquerai l'action menée par le secrétariat d'Etat aux rapatriés depuis trois ans.

Je soulignerai d'abord l'ampleur de ce qui a déjà été accompli : levée des forclusions en matière d'indemnisation pour tous les rapatriés, souvent modestes, qui avaient laissé passer les délais pour déposer leur dossier ; transformation de l'instance arbitrale, afin de mieux faire face au problème posé par les rapatriés, agriculteurs et commerçants notamment, qui ne pouvaient plus faire face aux dettes contractées lors de leur installation en France ; loi d'indemnisation des meubles meublants qui a permis, comme le faisait remarquer mon collègue Gérard Bapt ce matin, de prendre en considération plus de 100 000 personnes qui avaient échappé jusqu'alors à toute indemnisation ; loi du 3 décembre 1982 qui, outre ses simplifications financières, témoignait de la volonté du Gouvernement d'effacer toutes les séquelles du drame algérien ; négociations avec les pays étrangers — Tunisie, Algérie, Maroc — qui ont permis ou sont en train de permettre à beaucoup de nos concitoyens de recouvrer leurs droits.

Bilan impressionnant donc pour ce qui concerne l'action accomplie.

Restent les problèmes toujours posés.

Pour ce qui est de la politique mise en place en faveur des Français musulmans, je veux témoigner de ce que, même si les problèmes sont difficiles, même si leur règlement demande du temps et des efforts renouvelés, nous sommes sur la bonne voie. La transformation de l'association pour l'administration d'œuvres sociales d'outre-mer en établissement public, conformément au vœu que j'avais exprimé dans le rapport présenté l'an dernier au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, témoigne d'une volonté de continuité de l'action, en même temps que du souci de la plus grande transparence.

Les priorités choisies en ce domaine nous semblent également bonnes, qu'il s'agisse du logement, où il importe surtout de procéder à la résorption ou à la réhabilitation des vieilles cités de transit, ou de la formation des jeunes en faveur de laquelle vous consentez un effort très important.

Refusant les facilités qui consistaient à maintenir ces jeunes dans l'assistance, comme on l'a trop souvent fait dans le passé pour leurs parents, vous avez entrepris de tout faire pour leur permettre de mener une scolarité normale ou de bénéficier d'une formation professionnelle réelle, afin de les amener au même niveau que l'ensemble des jeunes Français. Même si ces efforts demandent, comme je l'ai dit, du temps et si, ici ou là, se manifeste quelque impatience, nous sommes persuadés que le travail accompli portera ses fruits et que la politique conduite en faveur des Français musulmans rapatriés, dont mon collègue M. Bapt soulignait à quel point elle a bénéficié de crédits en augmentation — 280 p. 100 de croissance cumulée depuis 1981 — est une bonne politique.

C'est dire, monsieur le secrétaire d'Etat chargé des rapatriés, que sur la route qui mène au bout de la mission que vous vous étiez fixée, c'est-à-dire effacer totalement les situations d'injustice qui pouvaient subsister du drame du rapatriement, vous avez

déjà accompli un long chemin. Pour l'achever, il vous reste à remplir deux des engagements du Président de la République : d'une part, essayer de pallier les carences des lois d'indemnisation passées, mais ce n'est sans doute pas là le plus urgent ; d'autre part, et surtout, régler dans les prochains mois le problème des retraites. Dans ce domaine aussi, vous aviez déjà progressé, et toute une série d'améliorations proposées par la commission nationale de concertation ont pu être apportées au cours des deux dernières années. C'est le cas pour ce qui concerne l'application sans restriction de la loi du 26 novembre 1964 permettant la validation gratuite des années d'activité salariée en Algérie pour les Français musulmans rapatriés ; la suppression définitive de la forclusion régulièrement opposée par les gouvernements antérieurs aux validations gratuites pour les personnes ayant exercé une activité salariée en Algérie ; la levée de la forclusion opposée au rachat des cotisations au titre de la loi du 10 juillet 1965 ; la non-augmentation du taux de rachat au titre de la loi du 22 décembre 1961, qui bénéficie essentiellement aux rapatriés salariés âgés du secteur agricole et non agricole.

Pourtant, toute une série d'autres points restent à régler. D'abord, pour les personnes ayant travaillé dans les entreprises familiales. Ensuite, pour les rapatriés des pays autres que l'Algérie où la sécurité sociale n'existait pas. Enfin, pour les agents des anciennes sociétés concessionnaires de service public.

Vous nous avez annoncé, monsieur le secrétaire d'Etat, qu'un projet de loi serait bientôt présenté qui permettrait de résoudre tous ces problèmes. C'était l'information que les associations de rapatriés attendaient de cette discussion budgétaire. Elle montre que, loin d'être ralentie, l'action du secrétariat d'Etat aux rapatriés se poursuivra jusqu'à ce que l'ensemble des problèmes en suspens aient pu être réglés.

Certains se contentent de discours faciles devant les rapatriés. Vous traduisez, monsieur le secrétaire d'Etat, votre fidélité à leur égard dans des actes. Soyez persuadé qu'ils sauront faire la différence. (Applaudissements sur les bancs des socialistes.)

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

M. Jean Royer. Madame le ministre, monsieur le secrétaire d'Etat chargé de la santé, l'examen de votre budget me permet d'évoquer la politique du Gouvernement sous deux aspects : celui du budget globalisé et celui des personnels.

D'abord, la technique du budget globalisé. Comme président du conseil d'administration d'un C.H.U. de 4 000 lits, qui emploie 6 000 personnes et dont le budget annuel est de 1,1 milliard, je puis vous dire que je suis entièrement partisan de cette globalisation du budget qui permet de concilier une certaine rigueur en matière de dépenses de santé publique et la qualité du service des établissements hospitaliers. Mais je critique le fait que cette globalisation n'ait pas tenu compte des dépenses réelles des hôpitaux. Cette année, à Tours, nous aurons un déficit cumulé des années 1983-1984 de 49 millions, soit 4,5 p. 100 d'un budget annuel. Cela entraîne des difficultés de trésorerie qui nous conduisent à retarder beaucoup trop le paiement des fournisseurs, le règlement des impôts d'Etat et aussi des cotisations de retraite. Voilà un exemple caractéristique de ce qui se passe sur le terrain.

Pour la nation tout entière, je me suis renseigné auprès de la fédération hospitalière de France. Après avoir effectué sérieusement mon travail de contrôle, j'ai appris que, pour l'ensemble des hôpitaux publics, on prévoyait 1 200 millions de déficit à la fin de 1984, soit 1 p. 100 des dépenses globales des hôpitaux concernés.

Madame le ministre, monsieur le secrétaire d'Etat, ce déficit est trop lourd. Il faut y mettre un terme. Comment l'Etat va-t-il permettre, notamment aux C. H. U. de le résorber d'une manière claire et définitive ?

J'en viens aux problèmes de personnels. Je ne suis pas à la tête d'un hôpital qui a pratiqué le laxisme. Nous avons commencé la départementalisation, notamment des services de cardiologie, plus tôt que la loi ne l'avait prévu. Nous avons essayé de réduire la durée de séjour des malades d'un jour sur sept, ce qui est extrêmement important. Enfin et surtout, nous avons tenté d'intéresser les praticiens au financement de leur service, car on ne fera rien de nouveau si les praticiens ne se sentent pas concernés par le contrôle de l'évolution de leurs dépenses chaque année.

Dans ces conditions, il n'est pas tolérable, monsieur le secrétaire d'Etat, que l'Etat refuse de débloquer quelques postes pour le scanner « corps entier » que nous avons fait installer au centre hospitalier universitaire. Cet appareil, nous l'avons quand même fait fonctionner. Nous aimons nos hôpitaux, nous les

soutenons et nous sommes constructifs. Nous avons créé six postes, mais l'Etat a refusé d'en créer trois autres, si bien qu'au lieu d'utiliser le scanner dix heures par jour, nous ne l'employons que huit heures. C'est un détail. J'ai voulu le fournir à l'Assemblée car il est caractéristique.

M. Antoine Gissingier. Très bien !

M. Jean Royer. Par ailleurs, il faut des infirmières pour assurer la surveillance des services de nuit, par exemple en cardiologie. Il n'est pas permis de mesurer la sécurité des services de soins intensifs d'une façon aussi rigoureuse que nous le faisons. C'est pourquoi nous demandons la création de quarante postes, dont dix pour la maternité qui s'est ouverte voilà deux ans. Or nous ne les obtenons pas.

La rigueur comme les risques doivent être partagés entre les conseils d'administration et l'Etat, au service des malades. Il faudrait donc instaurer une nouvelle politique que, en quelques minutes, je vais essayer de vous proposer.

Pourquoi, comme je l'avais demandé lors de la discussion de la loi hospitalière, ne pas globaliser les budgets selon une politique contractuelle, c'est-à-dire après une négociation établie par établissement avec l'Etat par l'intermédiaire des directeurs de l'action sanitaire et sociale et des préfets, puisque les pouvoirs sont déconcentrés, voire décentralisés, et ce, en accord avec la commission des finances de chacun des établissements concernés ? La situation de chaque établissement est, en effet, bien spécifique et il est donc très artificiel d'établir une règle de conduite générale.

Pour mettre en œuvre cette politique, je propose deux moyens pratiques.

Premièrement, pourquoi n'inviteriez-vous pas au ministère de la santé les vingt-neuf présidents de C. H. U. pour avoir avec eux une explication directe et franche ? Une telle politique contractuelle n'irait pas à l'encontre de la loi. Et je réintroduis, en quelque sorte aujourd'hui, par le biais de ma proposition, l'amendement que j'avais déposé à l'époque et qui avait été refusé.

Deuxièmement, vous pourriez publier l'année prochaine, par exemple, un livre blanc sur le résultat des nouvelles pratiques financières dans les hôpitaux. M. Bérégovoy en avait présenté un à l'Assemblée il y a un an et demi, à partir duquel s'est ouvert un intéressant débat parlementaire.

En agissant comme je le propose, vous rendriez aux conseils d'administration une notion de leurs pouvoirs financiers à la hauteur de la décision politique. C'est un premier avantage. Vous permettriez ensuite — c'est un deuxième avantage — qu'il y ait une totale sécurité dans tous les services, dans l'intérêt des malades. Enfin, vous pourriez continuer à alimenter la recherche à laquelle, d'après l'ordonnance de 1958, les C. H. U., servaient d'ailleurs par un corps remarquable de praticiens et un personnel dévoué, sont appelés à participer.

Voilà, madame le ministre, monsieur le secrétaire d'Etat, quelques notations esquissées rapidement, mais avec suffisamment de vigueur pour dire que, concrètement, une politique nettement améliorée, au-dessus de toute division partisane, pourrait servir la santé française. (Applaudissements sur les bancs de l'union pour la démocratie française et du rassemblement pour la République.)

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

Mme Marie-France Lecuir. Il y a quelques mois, madame le ministre, quand vous nous avez présenté votre projet de loi sur les droits des familles, vous nous avez montré que ce texte n'apporterait rien de nouveau dans certaines directions départementales de l'action sanitaire et sociale, alors que d'autres devraient secouer leur poussière, rouvrir régulièrement les dossiers des enfants qui leur sont confiés, leur donner la parole ainsi qu'aux familles, tenir compte de leurs avis dans la décision.

La loi est venue, sur ce point, entériner des pratiques que des travailleurs sociaux avaient inventées et vécues pour mieux répondre aux besoins. Elle s'est imposée à tous à partir de l'expérience de quelques-uns.

Dans un autre domaine, l'apport des connaissances venues de la psychanalyse est aujourd'hui un élément constitutif de la formation de tous les travailleurs sociaux, après avoir été d'abord considéré avec méfiance ou dérision.

Le travail social est, par définition, amené à prendre en compte l'évolution de la société et à modifier en conséquence ses objectifs, ses méthodes, ses publics. Du besoin repéré à la réponse donnée, on passe plus ou moins vite à un autre métier, à une autre fonction.

Ces évolutions se sont souvent faites avec des groupes de personnes différents dans la période où les financements étaient faciles : on ouvrait une institution, on inventait une spécialité, on créait des postes, on construisait des locaux, on y mettait des patients, des pensionnaires, des marginaux ou des handicapés selon le cas. Le personnel ainsi engagé pour répondre à un nouveau besoin obtenait un nouveau statut particulier qui venait s'ajouter aux autres.

Quand le nombre des pensionnaires, quels qu'ils soient, diminuait, le problème était trop souvent seulement de sauvegarder l'emploi du personnel, et l'on était tenté de maintenir artificiellement des institutions à moitié vides ou qui ne répondaient plus aux besoins du public, mais à ceux des professionnels eux-mêmes.

La multiplicité des statuts particuliers — il y a, paraît-il, vingt-trois conventions collectives différentes — n'incite pas aux remises en cause des fonctions ou des établissements, ne facilite guère les passerelles. Les résistances à l'innovation ne sont donc pas toutes d'ordre financier. Je pense, par exemple, aux horaires.

En période de croissance économique, peut-être pouvait-on se permettre d'ouvrir un nouvel établissement à objectif différent, à côté d'un autre qui continuait d'exister sans fonctionner à plein. Aujourd'hui c'est devenu impossible, mais ne cherche-t-on pas, dans certains cas, à masquer sous le prétexte de la rigueur budgétaire l'absence de recherche de solutions adaptées aux besoins du moment ?

Une association de parents d'enfants inadaptés a créé il y a une quinzaine d'années dans la vallée de Montmorency un institut médico-éducatif, puis un centre d'aide par le travail, puis un foyer d'hébergement. Parents et professionnels ont donc su innover et créer de nouvelles structures.

Aujourd'hui, leur projet est de répondre à une demande de plus récemment ressentie, celle de prendre en charge des enfants grabataires. Réponse : il n'y a plus de postes. L'association est trop petite pour répartir autrement son personnel et pratiquer un redéploiement interne, et son souci ne peut plus être pris en charge par la collectivité.

Je profite, madame le ministre, de cette tribune pour vous soumettre le dossier du « Colombier » à Soisy-sous-Montmorency, mais je suis bien sûr que vous connaissez des dizaines d'autres exemples.

Vous avez, certes, donné aux préfets une marge de jeu de plus ou moins 1 p. 100 dans la préparation des budgets pour 1985 des institutions prises en charge par l'Etat. Mais ont-ils pour consigne de privilégier l'innovation ? Ont-ils les moyens d'analyser la qualité du service rendu ou du projet nouveau ? Peuvent-ils refuser la reconstruction de l'I.M.E. délabré d'une association pour ouvrir le centre d'hébergement pour adolescents en fugue d'une autre ? La rigueur budgétaire ne s'exerce-t-elle pas aux dépens des petites structures et des structures innovantes ?

Toujours dans le Val-d'Oise, une association dynamique et inventive, au personnel qualifié et expérimenté, créée il y a seulement quatre ans et qui a su répondre aux besoins des jeunes en matière de formation, d'hébergement d'urgence, de recherche d'emploi, « La montagne vivra », ne pourra pas garder son personnel et créer avec lui les nouveaux services prévus, parce que la seule reconduction des salaires selon la convention collective entraînerait une augmentation de son budget de 9 p. 100. Une association moins scrupuleuse sur la qualification de son personnel, ou plus ancienne, ou n'ayant pas déjà amélioré ses prestations l'an dernier s'en sortirait mieux. Quel paradoxe !

Avec peu ou pas de personnel nouveau, des gestionnaires de logements de jeunes travailleurs ont su organiser des stages de formation professionnelle. Des éducateurs d'équipes de prévention montent des ateliers et des entreprises. Mais la même rigueur, appliquée de la même manière partout, frappe d'abord et plus fort ceux qui ont amélioré le service rendu ces dernières années. Ils l'ont fait souvent — pas exclusivement, j'en conviens volontiers — sous l'impulsion de la majorité issue de 1981. Ils comprennent mal d'en être aujourd'hui les victimes après avoir été les instruments de sa politique.

La question des objectifs et du statut des travailleurs sociaux, ouverte par Mme Questiaux en 1982, ne semble guère avoir avancé. Certes, il y avait plus urgent. Mais n'y a-t-il pas aussi des gisements d'économies à réaliser dans la diffusion de nouvelles finalités au travail social, dans la formation à d'autres pratiques ? L'assistance ne coûte-t-elle pas plus cher que l'apprentissage de l'autonomie ? La prise en charge globale des problèmes des publics en détresse n'économise-t-elle pas les secours divers et répétés ?

Les solutions aux situations de précarité ne sont pas seulement dans l'assistance et le travail social. C'est un principe que le Gouvernement applique dans diverses actions qu'il a montées — les commissions pour le développement des quartiers, pour la prévention de la délinquance, pour l'insertion des jeunes en difficulté, les zones d'éducation prioritaire — et c'est aussi le principe qui a guidé les mesures prises tout récemment pour lutter contre la détresse sociale. Vous les avez présentées ce matin, madame le ministre. J'ai tout particulièrement apprécié qu'elles soient financées par une augmentation de l'impôt sur les grandes fortunes.

Faire plus et autrement avec les mêmes moyens, les travailleurs sociaux le peuvent. Ils l'ont montré, par exemple, en occupant 100 000 jeunes pendant les étés 1983 et 1984. Ils l'ont montré en étant plus efficaces dans la prévention de la toxicomanie à Paris et dans les Yvelines avec des équipes légères d'information et d'accueil, qu'en Seine-Saint-Denis avec de lourdes équipes très médicalisées. Le Val-d'Oise se met enfin, lui aussi, à cette prévention de la toxicomanie sur des modèles très souples, mais il ne s'y est engagé qu'à la veille de s'en désengager grâce au transfert à l'Etat de cette compétence. Aussi peut-on s'interroger sur la capacité de prise en compte des nouveaux besoins sociaux dans le cadre de la décentralisation.

La formation des travailleurs sociaux reste de la responsabilité de l'Etat, quel que soit le niveau d'exercice de la profession, communal, départemental ou national. C'est donc à vous, madame le ministre, qu'appartient la charge difficile de former les travailleurs sociaux capables de repérer les nouveaux besoins, d'inventer de nouvelles formes de réponse, de savoir travailler sur des objectifs globaux et non par assistance individuelle, capables de transformer la pratique et de changer de métier au cours de leur carrière.

La rigueur dans la gestion des formations peut amener à des regroupements salutaires, et pas seulement économiques, sans nuire à la qualité des formations, bien au contraire, puisque de plus en plus, les travailleurs sociaux devront passer d'une fonction à l'autre.

Nous souhaiterions savoir où en est la création du conseil national du travail social. Son pluralisme, son ouverture aux élus et aux partenaires sociaux peuvent en faire un instrument novateur et dynamique. (*Applaudissements sur les bancs des socialistes.*)

M. le président. La parole est à Mme Eliane Provost.

Mme Eliane Provost. Mesdames, messieurs, la loi d'orientation du 30 juin 1975 a dégagé en faveur des personnes handicapées un ensemble de grandes orientations et les moyens nécessaires à leur application progressive. Leur but était de permettre à chaque handicapé, au travers de son intégration sociale, d'accéder à son autonomie et d'atteindre son épanouissement.

Cette loi a créé trois nouvelles instances : les Cotorep, commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel, les centres de préorientation, les équipes de préparation et de suite du reclassement professionnel. Elle redéfinissait, par ailleurs, les modalités de fonctionnement et les objectifs de structures déjà existantes : les ateliers protégés et les centres d'aide par le travail.

Définir les finalités et assurer l'indépendance technique de l'ensemble de ces organismes représentait une avancée considérable vers la solution des problèmes des handicapés, en permettant un bilan global et une recherche en direction de propositions adaptées.

Le fonctionnement des Cotorep appelle cependant des critiques nombreuses et justifiées qui ont motivé mes interventions de novembre 1982 et novembre 1983 à cette tribune. Je rappelle cette simple constatation qu'entre le dépôt de la demande et la solution, quand elle existe, le délai de cheminement d'un dossier est de deux à trois ans, ce qui est inacceptable.

La circulaire du 25 mai 1984, qui précise les modalités d'organisation du travail des Cotorep et qui allège les procédures de traitement des dossiers, était une nécessité et une urgence. Elle devrait répondre au souci exposé par mes collègues MM. Couqueberg et Hage.

Cette circulaire demande impérativement que soient réalisées l'unicité du secrétariat, la création d'un fichier unique et l'extension à tous les départements du formulaire unique de demande : autant de simplifications administratives qui sont un gage d'efficacité et de gain de temps.

Elle crée, au sein de l'équipe technique, un noyau de base comprenant le médecin de main-d'œuvre, un médecin-conseil de la sécurité sociale ou un médecin-contrôleur de l'aide sociale, une assistante sociale, un représentant du service public de l'emploi, psychologue de l'A.F.P.A. ou prospecteur-placier de l'A.N.P.E.

Madame le ministre, le texte mérite d'être modifié. Le médecin de la mutualité sociale agricole, qui doit parfois être présent, n'est pas nommé et, sur le dernier point, mon expérience pratique m'a montré que sur la présence simultanée du psychologue et du prospecteur-placier, du fait de leurs compétences respectives, était indispensable.

La circulaire prévoit que les dossiers seront soumis à l'examen du médecin responsable de cette équipe. Il apparaît important de préciser dans le texte que ce médecin doit être en règle générale le médecin de la main-d'œuvre, qui est le seul, d'une part, à connaître tous les dossiers et, d'autre part, du fait de sa compétence de médecin du travail, à apprécier de façon convenable les suites des décisions prises.

C'est à cet effet que je souhaitais que soient nommés médecins de la main-d'œuvre des médecins ayant une expérience concrète et suffisante en médecine du travail.

Le texte, enfin, précise que si les éléments du dossier sont suffisants, il communique son avis à la section concernée de la Cotorep, en vue de la décision. Il sollicite, en revanche, les techniciens du noyau de base lorsque d'autres investigations d'ordre social, médical ou professionnel lui apparaissent nécessaires. L'avis du noyau de base est alors communiqué à la section concernée de la Cotorep en vue de la décision. De même est prévue la possibilité d'appel à des spécialistes extérieurs.

Le médecin responsable se voit donc conférer des responsabilités importantes qui doivent permettre d'assurer une action rapide et la meilleure qualité possible des éléments de décision.

Il apparaît, ici encore, qu'il importe que soient rapidement définis le statut, les fonctions et les conditions d'exercice du médecin de la main-d'œuvre. Etre actuellement médecin de la main-d'œuvre, vacataire, secrétaire, standardiste, aide-soignante, aux conditions que vous connaissez, peut, sans doute, susciter quelques louables vocations, mais ne permettra pas à votre circulaire de prendre effet si cette situation n'est pas modifiée.

J'ai rempli ces fonctions pendant vingt ans et j'ai rencontré les médecins de la main-d'œuvre de la région parisienne qui m'ont fait part de leur point de vue sur les conditions de leur exercice. J'avais déjà transmis ces observations à M. Ralitte.

Madame le ministre, vous avez justement prévu la présence d'une assistante sociale au sein du noyau de base, ce qui existait déjà dans la loi de 1975, mais n'était pas réalisé. Ainsi, les enquêtes sociales n'étaient pas faites, ou avec beaucoup de retard, car ni les caisses de sécurité sociale, ni les D.A.S.S., ni les assistantes sociales des équipes de préparation et de suite n'avaient reçu mandat de les réaliser.

Cet ensemble d'améliorations des conditions de fonctionnement techniques et administratives ne fait que rencontrer mon adhésion, aux réserves près que j'ai formulées.

Mais il importait aussi de prévoir que ces démarches cessent d'être un labyrinthe pour celui qui est amené à faire appel aux Cotorep.

C'est pourquoi — et je vous en félicite — vous avez tenu à préciser l'importance que vous attachez aux conditions d'accueil de ces personnes, victimes une fois dans leur physique et qui, à aucun prix, ne doivent l'être une deuxième fois sur le plan social.

Il me reste bien entendu une inquiétude : avez-vous les moyens de cette politique ?

De vous à moi, madame le ministre, votre circulaire est d'ores et déjà vouée à l'inefficacité si le médecin, qui est le pivot du noyau de base de l'équipe technique et de la Cotorep, reste sans moyens techniques et sans définition de son rôle. J'ajoute que, compte tenu du salaire horaire que je percevais en juin 1981, je n'ai jamais, dans l'exercice de ce métier passionnant, rencontré de concurrence. (*Sourires. — Applaudissements sur les bancs des socialistes et des communistes.*)

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

Mme Françoise Gaspard. Madame le ministre, messieurs les secrétaires d'Etat, ce débat sur le budget de la solidarité se déroule dans un contexte marqué par des faits tragiques, révé-

lateurs de la montée de la haine et de l'intolérance, un climat et un contexte contraires à la solidarité pour laquelle vous travaillez.

La période présente est marquée par l'irresponsabilité de dirigeants politiques de droite qui, refusant d'entendre l'appel du Premier ministre au rassemblement de la nation, tentent de détourner à des fins électoralistes l'émotion et l'indignation face à de telles tragédies. Je fais bien sûr allusion aux crimes récents, dont, comme lors de l'affaire du Paris-Vintimille, l'année dernière, on ne peut nier le mobile raciste.

La population française est le résultat d'une histoire faite de migrations internes et de migrations internationales. Des immigrés d'aujourd'hui seront des Français demain. Des Français d'aujourd'hui étaient hier des immigrés. Des Français d'aujourd'hui sont des femmes, des hommes des enfants qui, par le résultat de l'histoire — et d'une histoire souvent tragique — ont dû quitter le pays où ils sont nés. Lorsque l'on parle d'eux, lorsque l'on se souvient de l'histoire — et l'on est contraint de le faire — de la décolonisation, on parle de Français, mais on ajoute « rapatriés ».

Ce sont ces Français dont je voudrais parler, en particulier ceux d'origine maghrébine.

Je me réjouis, monsieur Courrière, que, malgré la rigueur financière, les crédits consacrés à cette communauté soient en forte augmentation.

Je ferai, à cet égard, quatre remarques.

Première remarque : l'augmentation de ces crédits, qui est inscrit dans la ligne des efforts que vous avez faits depuis 1981, était nécessaire en raison de l'état d'abandon dans lequel on a laissé cette communauté pendant près de vingt ans, ce qui avait créé des îlots de misère et des ghettos de désespoir. Il faut le dire : de 1962 à 1981, les Français d'origine maghrébine ont davantage été considérés comme un enjeu électoral que comme des Français à part entière. Si l'insertion des enfants de ces rapatriés pose aujourd'hui problème, c'est parce qu'on a laissé leurs parents à l'écart de la communauté nationale. Ainsi les contrats d'action sociale, éducative et culturelle que vous proposez aux collectivités locales constituent-ils une réponse concertée et globale d'insertion de ces Français.

Ma deuxième remarque concerne précisément ces contrats. Il m'apparaît souhaitable, monsieur le secrétaire d'Etat, que, pour qu'ils aient pleine efficacité, vous rappeliez inlassablement aux représentants de l'Etat dans les régions et les départements la nécessité de veiller à ce qu'il s'agisse de véritables contrats, d'une véritable politique contractuelle. Cette politique restera sans effet et ne sera pas dynamique si les rapatriés ne sont pas, à travers leurs associations, consultés et associés à la définition de ces actions. A cet égard, je constate dans ma ville un risque de dévoiement de la politique contractuelle de l'Etat, dans la mesure où aux efforts de l'Etat ne répond pas sur le terrain une véritable concertation avec les intéressés.

Ma troisième remarque n'a pas de relation directe avec les chiffres de votre budget. Elle est davantage d'ordre psychologique. Nos efforts, vos efforts tendent à insérer pleinement les rapatriés d'origine maghrébine dans la communauté nationale. Je suis personnellement choquée que, dans des documents de l'Etat ou du Parlement, on continue de parler de « Français musulmans ». Nous sommes dans un Etat laïque. Que la communauté dont il s'agit soit en grande partie de confession musulmane, c'est vrai. Que cette communauté ait droit au respect de sa religion, c'est normal. Mais, ici, l'Eglise et l'Etat sont séparés. Par respect à l'égard de ces Français et afin de montrer que nous les considérons comme des Français à part entière, je souhaite que vous abandonniez, que nous abandonnions cette terminologie, qui risque, dans ce contexte de montée des intolérances, de les désigner, encore une fois, comme une population à mettre en marge, une population différente.

Enfin — quatrième remarque — permettez-moi de souligner que ce budget témoigne de l'œuvre du Gouvernement dans le sens de la solidarité, de la réparation des drames de l'histoire, que certains tentent de réveiller et de dénaturer.

Je n'entendais pas évoquer ici les bruits et les fureurs qui ont entouré l'affaire du 1^{er} novembre, mais je le ferai car le rapporteur a évoqué cette question.

Je suis élue d'une ville où repose la famille d'Orléans, notamment le duc d'Aumale, qui a enlevé en 1843 la malade d'Abd el-Kader. Cela nous rappelle, messieurs de l'opposition, que l'Algérie a été conquise par la violence et par la rapine, pour tenter, en 1830, d'arranger les affaires du duc de Polignac.

M. Emmanuel Hamel. C'étaient les affaires de la France, madame !

Mme Françoise Gaspard. Cela n'a pas empêché que, quelques jours plus tard, il se fasse renverser par la révolution à Paris et dans le reste de la France. Mais l'Algérie, entre-temps, était devenue française.

Je suis élue d'une ville dont le maire, pendant un demi-siècle, a été Maurice Viollette. Le nom de celui-ci reste attaché à l'histoire de l'Algérie, une histoire qui aurait pu être différente si le projet Blum-Viollette avait été voté. On se souvient dans quelles conditions, avec quelle haine la droite de l'époque a repoussé le projet Blum-Viollette, tout simplement parce qu'il tendait à donner un peu de dignité à quelques notables algériens, à quelques notables maghrébins — quelle horreur !

Je suis élue d'une ville qui a accueilli en 1983 plusieurs centaines de Français, de ceux qu'on appelait les harkis, des Arabes et des Kabyles, qui vivent désormais dans notre région. Comment n'aurais-je pas été indignée de voir que ceux qui protestaient à l'occasion du 1^{er} novembre sont aussi ceux, ou les héritiers de ceux qui ont rejeté les projets Blum-Viollette, de ceux aussi — et je passe sur d'autres étapes de l'histoire — que l'on a retrouvés dans les rangs de l'O. A. S.

Par respect pour ces Français rapatriés, qu'ils soient d'origine française ou maghrébine, la France se devait d'être à Alger le 1^{er} novembre, puisque l'Algérie, pour la première fois, célébrait, ce jour, sa fête nationale.

M. Emmanuel Hamel. Vous savez ce qui s'est passé le 1^{er} novembre 1954, madame ! Ne l'oubliez tout de même pas !

Mme Françoise Gaspard. Que cette date soit douloureuse pour de nombreux Français, j'en conviens. Mais comment ne pas se souvenir que les événements qui sont survenus à cette date ont été provoqués précisément par ceux qui refusaient leur dignité aux Algériens, par ceux qui ont combattu les Français et les Maghrébins qui, dès les années trente, dès 1945 — souvenez-vous du 8 mai 1945 à Sétif — militaient pour une évolution libérale de l'Algérie dans le respect des communautés.

M. Emmanuel Hamel. Relisez les déclarations de François Mitterrand en novembre 1954 !

Mme Françoise Gaspard. Malgré vos interruptions et pour ne pas empiéter davantage sur le temps de parole des autres orateurs, je conclurai en disant que le combat du Gouvernement est cohérent. Il travaille à insérer ces communautés dans notre société. Et si cette insertion est nécessaire aujourd'hui, c'est parce qu'elle n'a pas été faite hier. Le Gouvernement amnistie les généraux factieux. Il est présent le 1^{er} novembre à Alger. Et je souhaite que demain les rapatriés et leurs enfants aident la France et l'Algérie à établir le pont qu'exige le respect de la dignité de nos deux communautés et qui est inscrit dans notre destin et dans l'histoire. (Applaudissements sur les bancs des socialistes.)

M. le président. La parole est à M. Alain Bocquet.

M. Alain Bocquet. Monsieur le président, madame le ministre, messieurs les secrétaires d'Etat, mesdames, messieurs, les interventions publiques en faveur de la santé et de la protection sociale ne sauraient être examinées strictement dans leur cadre budgétaire, au demeurant fort modeste et en diminution. En effet, l'ensemble des sommes consacrées par la nation à ces deux tâches essentielles pour le présent et l'avenir du pays, représente plus de 1 000 milliards de francs, soit plus que le budget de l'Etat. C'est dire le décalage énorme qui existe entre les interventions propres de l'Etat et son pouvoir en matière d'orientation et de politique globale.

Toutefois, je dois noter le rôle important donné aux collectivités locales à travers la décentralisation — j'aurai l'occasion d'y revenir — et je regrette que l'éparpillement des actions sociales sur plusieurs ministères, notamment celui du travail et de l'emploi, rende encore plus malaisée l'appréciation exacte des crédits au sens strict.

Je tiens également à rendre hommage aux personnels dépendant de vos services ou des organismes de sécurité sociale, qui font beaucoup au service de la population. Je dois déplorer cependant certaines suppressions de postes. Enfin, je souhaite que les négociations salariales que vous mènerez, ou sur lesquelles vous pourrez influencer, se traduisent par des avancées pour l'ensemble de ces personnels.

Ces crédits sont donc caractérisés par une stagnation, voire une réduction. Cette situation risque de porter sérieusement atteinte au niveau général de protection sociale, d'autant que la crise, qui frappe douloureusement des dizaines de milliers de familles, s'étend. Les contraintes de rigueur imposées aux budgets sociaux, conjuguées à l'accroissement du chômage — plus 16 p. 100 au cours de cette dernière année — et aux difficultés économiques vont porter de mauvais coups au financement de la sécurité sociale, en particulier par le manque à gagner en matière de cotisations. Un surcroît de 100 000 chômeurs représentent, en effet, un manque à gagner de 8,5 milliards de francs pour la protection sociale dans son ensemble. Or ce sont 2,5 millions de personnes qui sont aujourd'hui privés de leur droit au travail.

Paradoxalement, l'année 1983 a dégagé un excédent de 13 milliards de francs pour les régimes de sécurité sociale et l'année 1984 laisse entrevoir un excédent identique. Certes, ces « bons résultats », ce retour à l'équilibre des comptes sociaux souhaité par votre prédécesseur, M. Bérégovoy, intervient après des années de déficit, à tel point que la sécurité sociale était devenue célèbre pour être un « trou », un « gouffre ». Il est vrai que ce déficit servait de justificatif aux gouvernements de droite successifs pour restreindre toujours plus la protection sociale et porter de mauvais coups à la santé.

Pour la droite reaganienne, pour le grand patronat, la protection sociale est toujours un luxe, incompatible avec la notion de profit capitaliste.

En 1981 et en 1982, l'application de mesures importantes en matière de revalorisation de certaines prestations — familiales ou de retraite, par exemple — a fait avancer l'idée que la protection sociale était une bonne chose, une chance pour l'économie et pour la croissance.

Néanmoins, le retour à l'équilibre s'est fait non seulement à partir de l'interruption de cette politique, mais aussi à partir de l'augmentation des contributions demandées aux salariés et de la limitation de la couverture sociale, comme le montre fort justement le rapporteur Joseph Legrand. C'est ainsi qu'un prélèvement de 1 p. 100 sur les revenus des salariés a été opéré que le forfait hospitalier a été instauré, que les cotisations vieillesse ont été augmentées d'un point, que les préretraités doivent s'acquitter de 5,5 p. 100, que les cotisations aux Assedic ont été augmentées d'un demi point et que furent instaurées les taxes sur les boissons alcoolisées et sur les labacs.

Ces mesures, relativement diverses, montrent cependant que le Gouvernement a lancé des ballons d'essai dans trois directions : la fiscalisation de la protection sociale, le relèvement du taux des contributions pour tous les salariés actifs, chômeurs ou retraités, et, enfin, le recours à la fiscalité indirecte à la T.V.A.

Madame le ministre, ce sont autant de voies sans issue.

En effet, le système français de protection sociale est original, car il se fonde sur le lieu même de création des richesses du pays, c'est-à-dire les entreprises, au niveau des relations capital-travail. La santé et la protection sociale sont intimement liées aux mécanismes de l'exploitation capitaliste.

J'en prendrai deux exemples.

Quand le patronat licencie massivement, il faut le mettre plus à contribution pour financer le budget de l'Unedic et indemniser les chômeurs. Ce n'est pas, comme malheureusement y conduit l'accord inique imposé par le C.N.P.F., à l'Etat de « payer la casse », même si, naturellement, il doit y contribuer. Ce n'est pas non plus aux salariés de cotiser plus, pour être encore plus nombreux à être licenciés et moins protégés.

Mon second exemple concerne les accidents du travail et les maladies professionnelles. C'est bien la responsabilité directe du patronat dans ce désastre qui justifie sa mise à contribution.

Dans tous les cas, vous le voyez bien, le financement des régimes sociaux doit être assuré par des contributions, et c'est la responsabilité du Gouvernement de faire en sorte qu'elles pèsent plus pour les casseurs industriels et ceux qui licencient que pour les salariés qui sont victimes des agissements patronaux.

Cette réforme, conjuguée à une véritable politique de l'emploi et de croissance, permettrait de maintenir et d'améliorer le niveau général de protection sociale, sans recourir à la fiscalisation, qui, directe, est une mauvaise chose, car elle atténue la responsabilité du patronat dans les mauvaises conditions de vie et de travail, les atteintes à la santé des gens et les oppressions d'emplois, et qui, indirecte, est évidemment injuste.

Ces mécanismes, cette politique offensive ne sont pas retenus par le Gouvernement. Il y a même le risque de céder aux tenants de la sécurité sociale à deux vitesses, d'une protection sociale à la Reagan.

Les députés communistes le disent clairement : les solutions ne viendront pas des idées avancées par la droite et certains autres, comme la privatisation. Les Français ont trop souffert, la protection sociale a trop régressé avec la droite au pouvoir. C'est dire que nous ne saurions accepter la mutualisation de certains petits risques maladie. Les mutuelles doivent avoir l'exclusivité de la couverture complémentaire, uniquement cela. De même, nous ne saurions accepter la remise en cause de l'assurance vieillesse, au profit d'un système d'assurance auprès de grandes compagnies, fondé sur la capitalisation individuelle.

Pour cela, les députés communistes proposent depuis plusieurs années de mettre en œuvre une réforme en profondeur du financement des régimes sociaux, seule apte à assurer durablement l'équilibre et à améliorer la justice et la protection sociale.

A cette fin, nous avons fait plusieurs propositions que je rappellerai très brièvement.

Nous préconisons une cotisation en deux parties, avec un taux fixe, nettement inférieur à celui d'aujourd'hui, et un taux variable, tenant compte du rapport entre la masse salariale et la valeur ajoutée.

Un tel dispositif permettrait de soulager les entreprises de main-d'œuvre et d'accroître la contribution des industries et services à forte valeur ajoutée.

Par ailleurs, c'est l'ensemble des revenus du capital qu'il faut mettre à contribution, car ils ne font aujourd'hui l'objet d'aucun prélèvement social équivalent à ceux qui frappent les revenus des salariés.

Le déplafonnement des cotisations que nous proposons a été mis en œuvre, mais la réduction du taux qui l'a accompagné a privé cette mesure d'effet.

C'est toute la différence que certains voudraient établir entre assurance et assistance : la première dépendant des possibilités financières de chacun ; la seconde incombant aux collectivités nationales ou locales qui, en aucun cas, n'auront les moyens de faire face.

Nous pouvons déjà constater une tendance à l'assistance, à la charge de l'Etat, en faveur de certains demandeurs d'emploi et en ce qui concerne les mesures annoncées pour les familles en difficulté. Il en va de même pour les collectivités locales. Ces dernières, auxquelles on a octroyé des compétences en matière d'aide et d'action sociales, voient d'ailleurs leurs bureaux d'aide sociale submergés par les demandes des plus démunis alors qu'elles n'ont pas les moyens de faire face à la recrudescence des situations dramatiques engendrées par la crise.

Le retour aux grands équilibres s'est donc fait à coups de ponctions sur le revenu des salariés et sur les prestations. Il faut radicalement inverser cette tendance. Les milliards disponibles permettent d'améliorer la protection. La sécurité sociale ne saurait être un organisme financier chargé de faire des bénéfices. Il faut réinvestir dans la prévention, dans la santé, dans la solidarité. Le forfait hospitalier, mesure injuste, doit être abrogé au plus tôt car il coûte plus cher à la sécurité sociale qu'il ne rapporte. Il ne faut en aucun cas céder à la droite qui exerce des pressions formidables pour faire accepter l'idée de la fatalité de la crise et la nécessité de réduire les protections sociales.

A cet égard, je voudrais rapidement m'arrêter sur le remboursement de l'I.V.G. que M. Chirac rêve de supprimer, ainsi que l'I.V.G. elle-même d'ailleurs. Or il n'existe aucun rapport entre la dernière loi sur l'I.V.G. et la courbe démographique, liée, elle, aux difficultés socio-économiques actuelles ainsi qu'à l'évolution des mentalités.

Cette loi, faut-il le rappeler, répondait à une situation préoccupante où des centaines de femmes recouraient dans des conditions très précaires, au risque de leur santé, à l'I.V.G. Dans la mesure où elle apporte des garanties médicales et constitue une mesure de justice sociale, elle doit être sauvegardée, sinon améliorée.

Un rapport du planning familial montre que beaucoup reste à faire en matière d'information et de contraception pour venir en aide aux femmes, notamment dans les milieux les plus déshérités, afin qu'elles puissent accéder à la pleine maîtrise de leur corps et avoir des enfants quand elles le désirent.

Madame le ministre, avant de conclure, je voudrais regretter que le « Grenelle social » annoncé par le Gouvernement et réclamé par les partenaires sociaux soit tombé, semblerait-il, dans les oubliettes. Un grand débat doit être ouvert dans le pays sur ces questions de santé et de protection sociale. La démocratisation de la gestion des caisses, les élections du 19 octobre 1983 constituent des avancées qu'il faut poursuivre en donnant de nouveaux pouvoirs aux administrateurs élus, pour gérer la sécurité sociale au service du progrès et de la justice, donc au service des travailleurs.

Il me reste à regretter que le Parlement n'ait eu à discuter qu'une seule fois, à la session de printemps, contrairement aux promesses du Gouvernement, de l'ensemble de ces questions qui engagent profondément l'avenir du pays.

Pour toutes les raisons que j'ai exposées dans cette intervention et compte tenu des orientations prises dans les domaines de la santé et de la protection sociale, le groupe communiste votera contre les crédits de votre ministère. (Applaudissements sur les bancs des communistes.)

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

M. Joseph Pinard. Madame le ministre, messieurs les secrétaires d'Etat, mes chers collègues, mon intervention portera essentiellement sur le problème des centres d'aide par le travail. J'aborderai ensuite très brièvement la question de l'obligation alimentaire.

Je présenterai d'abord cinq remarques concernant l'emploi.

Tout ce qui touche aux handicapés intéresse un grand nombre de ministères. Ainsi, par exemple, celui des P.T.T. a consenti pour l'emploi un effort que d'autres pourraient imiter. Ne croyez-vous pas qu'il serait utile de mettre en place un coordonnateur interministériel, disposant de correspondants régionaux et départementaux, qui superviserait les problèmes, suivrait l'application des politiques définies en concertation avec les représentants des personnes concernées ?

Sans avoir recours à un gadget du type « Monsieur handicapés », il serait bon qu'on sache, à tous les échelons, qui est en charge de l'ensemble, car il existe bien un ensemble. Les responsabilités, à cet égard, apparaissent, vues de la base, bien diluées.

Deuxième remarque, un effort certain a été fait en ce qui concerne les créations de places en C.A.T., passées de 42 079 au 31 décembre 1980 à 50 502 au 31 décembre 1983. Or 5 000 jeunes adultes attendent, chaque année, un emploi protégé, et 60 p. 100 ne le trouvent pas, d'où des problèmes humains et le risque de ce qu'il faudrait malheureusement appeler une régression.

Avant comme après la décentralisation, la création de structures de travail protégé demeure à l'initiative d'associations, rarement de collectivités locales. Chacun, aujourd'hui, a tendance à se replier sur son « bloc de compétences », et les financements deviennent plus difficiles. Certaines collectivités locales sont même réticentes à donner de simples garanties d'emprunt.

Troisième remarque : les crédits pour l'insertion en milieu ordinaire sont-ils tous consommés ? En ce qui concerne les C.A.T. là où l'on a, non sans mal, trouvé du travail pour les handicapés, il n'est pas concevable que l'ouverture ou l'extension ne puisse se faire, faute d'obtenir les postes d'encadrement nécessaires. Le bénéfice des efforts considérables accomplis par le Gouvernement n'apparaîtra pas aux yeux des intéressés et de l'opinion si les associations gestionnaires sont obligées d'avoir recours à des souscriptions publiques afin de financer les postes d'encadrement prévus par les textes officiels.

Quatrième remarque : j'ai déploré qu'un de nos collègues de l'opposition ait protesté parce que le Gouvernement faisait mieux appliquer les textes en vigueur sur les quotas d'emplois réservés aux handicapés. Je me demande s'il n'y a pas parfois une incompréhension regrettable entre les services ministériels et les associations gestionnaires, l'A. D. A. P. E. I. par exemple. Il faut comprendre la réaction des parents qui ont pris des responsabilités lourdes pour créer et gérer des C.A.T. et qui se demandent avec inquiétude si ces mêmes C.A.T. ne répondront pas négativement lorsque leurs propres enfants chercheront à y entrer, à la suite d'une orientation décidée par la Cotorep, et cela parce que toutes les places sont occupées et qu'il existe une longue liste d'attente.

Que l'administration veille à ce que ne soient pas maintenues en C.A.T. des personnes qui pourraient progressivement passer de l'atelier protégé à une réinsertion en milieu ordinaire, c'est sa mission. Il ne s'agit pas de d'une affaire de gros sous.

Il s'agit du suivi de cas individuels. Je me demande parfois s'il n'y a pas, dans les services, une sorte de volontarisme austéritant les possibilités de réinsertion, presque une méfiance à l'égard des associations gestionnaires soupçonnées de nourrir une préférence abusive à l'égard de la formule des C.A.T. parce qu'elles bénéficient de prix de journée. Il faut un dialogue franc sur ce sujet et il faut être clair : si, faute de place en C.A.T., des handicapés se trouvent progressivement marginalisés, avec comme débouché, si l'on ose dire, une structure hospitalière, c'est d'abord un drame au plan humain. C'est aussi une erreur et un gaspillage de la solidarité. Ne perdons pas sur les deux tableaux ! Des études de rationalisation des choix budgétaires ont été faites dans le passé ; elles mériteraient d'être actualisées.

Cinquième remarque : on entend dire parfois que les C.A.T. accueilleraient des personnes ayant une capacité de travail trop faible. Or les C.A.T. agissent au vu des orientations en Cotorep. Il faut parler franchement : il est des choses qui ne se comptabilisent pas, comme le fait de se trouver dans un milieu de travail où il y a des hauts et des bas parfois, mais aussi une ambiance qui soutient la personne. Et même si l'on négligeait cet aspect humain fondamental, est-on sûr que d'autres structures d'accueil coûteraient moins cher ?

En quelques mots, j'aborderai maintenant un problème qui mériterait un débat de fond. Certaines prestations échappent à l'obligation alimentaire, quelle que soit la situation de fortune. C'est le cas de l'aide ménagère. Dans d'autres domaines, la législation n'a pas varié. Il en découle des disparités choquantes. Cela fait des décennies que les congrès des bureaux d'aide sociale ont pris position.

Voici un extrait d'un rapport de 1969 : « Deux couples de personnes âgées ayant sensiblement le même âge et les mêmes ressources ont demandé le bénéfice de l'aide médicale à domicile. L'un d'eux, qui n'avait pas d'enfants, a obtenu satisfaction ; l'autre, qui a plusieurs enfants, mais vit seul, s'est vu opposer un refus, les enfants étant présumés pouvoir apporter une aide suffisante. Dans l'exemple précité, le couple qui n'a pas eu d'enfants, a toujours eu, cela va de soi, une existence plus large et ne rencontre maintenant aucune difficulté pour obtenir satisfaction d'un besoin, au demeurant légitime. Par contre, le couple qui a eu plusieurs enfants a mené certainement une existence beaucoup plus difficile étant donné ses charges et la collectivité, en récompense, lui refuse le même avantage qu'elle consent sans difficultés aux autres. Ainsi l'obligation alimentaire représente une sorte de morale « à rebours ». Elle pénalise les parents qui ont élevé des enfants de leur mieux. »

M. Emmanuel Hamel. Très bien !

M. Joseph Pinard. Nous n'avons pas avancé depuis 1969 !

Dans ce pays, on peut s'assurer contre les risques les plus variés, y compris ceux concernant le temps des vacances.

Il est un risque sacré, celui qui concerne le sort des ascendants. On peut avoir la chance et la joie de garder longtemps ses parents jusqu'à un âge fort avancé, puis avoir la peine de les perdre brutalement. On peut avoir la même chance, suivie d'une longue période grabataire précédant le décès. Ne serait-il pas possible de trouver un consensus dans notre société, dans notre assemblée, au moment où les structures familiales éclatent, pour mettre un terme, sans introduire plus de bureaucratie, aux injustices engendrées par l'obligation alimentaire ?

Des propositions de loi très élaborées ont été déposées — j'ai là une lettre de M. Bouloche, par exemple — et des travaux de commission ont déblayé le terrain. Je suis persuadé, madame le ministre, qu'on peut régler ce problème très grave mais mal connu sans demander plus au budget de la nation.

Je sais combien vos tâches sont lourdes. Je serais cependant heureux que vous acceptiez d'ouvrir à nouveau le dossier d'un problème que trop de gens ne découvrent que lorsqu'ils s'y trouvent confrontés, c'est-à-dire lorsqu'ils deviennent payeurs, avec les conséquences que cela entraîne, notamment pour les petits-enfants, vis-à-vis d'aïeuls, parfois délaissés hélas ! dès qu'arrivent les imprimés relatifs à l'obligation alimentaire.

Voilà un champ d'intervention qui pourrait relever du beau nom de solidarité, pour le bien de tant de personnes qui souffrent de situations souvent tristes. On a souvent parlé de mutualisation des risques. Il y aurait une œuvre de progrès à entreprendre dans ce domaine. (Applaudissements sur les bancs des socialistes.)

M. le président. La parole est à M. Le Foll.

M. Robert Le Foll. Madame le ministre, messieurs les secrétaires d'Etat, mes chers collègues, la politique de la famille menée depuis trois ans comporte de multiples aspects positifs, ne serait-ce que l'évolution du pouvoir d'achat des prestations familiales.

Aussi mon propos n'aura-t-il pas pour effet de répertorier les acquis connus, mais d'évoquer ce qui me paraît devoir conditionner l'avenir des familles : le logement, les équipements d'accueil et la politique de prévention.

Depuis des années, les élus socialistes se battent dans leurs communes pour améliorer le logement, le cadre de vie et atténuer les misères. Certains de ceux qui se font aujourd'hui les ardents défenseurs « des nouveaux pauvres » devraient se montrer plus modestes au vu des résultats de la politique du logement qu'ils ont menée : diminution du nombre des logements sociaux, « zoning » et organisation de ghettos, absence d'équipements collectifs, insuffisance des places en centres d'hébergement.

Nous récoltons les fruits de cette politique à courte vue. Face à ces problèmes, conscient que le logement constitue un élément prioritaire de l'équilibre familial, le Gouvernement a pris des mesures d'aide aux familles qui rencontrent des difficultés à acquitter leur loyer.

La création de commissions de dettes de loyers a permis à de nombreuses familles d'échapper à l'angoisse de l'expulsion et d'assumer leurs difficultés passagères dues au chômage ou à la maladie. Mais quand les dettes de loyers atteignent des proportions importantes, il faut trouver des moyens adaptés. Un dispositif simple et rapide à mettre en œuvre donnerait aux offices les moyens de percevoir l'allocation logement, ce qui éviterait l'atourdissement de la dette, puis l'expulsion.

Ce travail de prévention des dettes de loyers est mené à bien grâce aux assistantes sociales, aux travailleurs sociaux et à la D. A. S. S. auxquels je veux rendre hommage pour leur efficacité.

La qualité du logement constitue également une condition essentielle de la vie du groupe familial. Se loger, c'est bénéficier d'un local, mais aussi des équipements collectifs, dans un environnement favorable. La réhabilitation des immeubles constitue un premier pas, mais l'Etat et les collectivités locales ne peuvent tout.

Pourquoi ne pas encourager la création d'associations d'immeubles ou de quartiers qui travailleraient à la personnalisation de leurs habitations et les aménageraient pour que se développent la solidarité, la vie collective et la responsabilité ? Ce serait un moyen d'intégrer dans le groupe les différences et de réduire les tensions. Les places en centres d'hébergement manquant, ce serait aussi une solution pour résoudre les cas difficiles.

Améliorer ce qui existe et en tirer les leçons pour ne pas renouveler les erreurs des années soixante-dix, dans une première étape ; entamer une réflexion sur des modèles d'habitat où les communautés urbaines trouveraient leur place en associant tous les partenaires, élus, professionnels, administration, associations familiales et de locataires : ce sont les clés d'une organisation plus harmonieuse de la société de demain.

Après le logement, priorité des priorités pour les familles, les équipements d'accueil pour l'enfance se révèlent indispensables. Malgré les grands efforts consentis par votre ministère, des problèmes subsistent : les crèches traditionnelles coûtent cher, les collectivités locales hésitent à s'engager. Nous devons réfléchir à des formules moins onéreuses, envisager le développement des crèches familiales et imaginer de faire appel à la solidarité inter-génération pour aider les jeunes parents et rompre l'isolement des personnes âgées.

L'organisation de la restauration à domicile, la construction de haltes-garderies, la création de terrains de jeux, la recherche de solutions originales nécessitent l'assouplissement des règles administratives et l'effort de tous les partenaires.

Il est cependant indéniable que les problèmes de la famille ne trouveront leur solution que si ces mesures s'accompagnent d'une responsabilisation des individus. C'est le rôle de la politique de prévention à laquelle participent déjà activement les associations familiales, la D. A. S. S., les mutuelles, les organismes sociaux.

Il me paraît toutefois souhaitable de promouvoir des actions nationales qui s'appuieraient sur des structures locales actives regroupant tous les partenaires. Voilà deux ans, nous proposons la création d'un conseil national de la prévention, relayé aux niveaux régional, départemental et local. La structure communale devrait s'articuler autour des éléments les plus dynamiques :

élus, mutuelles, D. D. A. S. S., associations, afin de conserver une grande souplesse. La systématisation de quelques actions renforcerait le travail sur le terrain et aiderait tous les acteurs à conjuguer leurs efforts.

Logement, équipement, prévention, autant d'éléments fondamentaux d'une politique familiale globale que nous discuterons dans les semaines à venir.

Solidarité entre enfants et actifs, entre actifs et personnes âgées, avez-vous dit, madame le ministre, solidarité nécessaire à la transmission de notre culture, à l'apprentissage de la tolérance, de la responsabilité et de la démocratie : vos propositions sont courageuses et tracent la voie à une société de solidarité et de responsabilité. Le groupe socialiste vous apportera son soutien. (Applaudissements sur les bancs des socialistes.)

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

Mme Martine Frachon. Madame le ministre, messieurs les secrétaires d'Etat, mes chers collègues, cinq minutes d'intervention m'obligent à être stricte dans ma présentation. C'est pourquoi, sachant ce qui a été réalisé depuis 1981, je ne parlerai que des orientations générales qui m'inquiètent et me posent problème. Partant de la situation des personnes âgées, mes conclusions porteront sur la santé et la solidarité en général.

La population française, comme celles des autres pays d'Europe, vieillit. La France compte sept millions de personnes âgées de plus de soixante-cinq ans dont 500 000 de plus de quatre-vingt-cinq ans. D'ici à l'an 2000, 300 000 personnes auront plus de quatre-vingt-cinq ans. Au-delà de quatre-vingts ans, 25 p. 100 de la population âgée rencontrent de graves handicaps. Seuls 25 p. 100 sont parfaitement autonomes.

S'il nous faut trouver des alternatives à l'hospitalisation pour les personnes âgées peu handicapées, les soins à domicile sont une de ces alternatives, mais encore faut-il que les textes sortent — il ne faut cependant pas laisser penser qu'aucune personne âgée ne relèvera de l'hôpital. Les chiffres donnés précédemment le prouvent.

Les diverses déclarations tendant à accréditer l'idée que nombre de personnes âgées occupent de façon abusive des lits d'hôpitaux et contribuent ainsi au déficit de la sécurité sociale, sont totalement déplacées dans la mesure où d'autres lieux d'accueil, médicalisés ou non, sont en nombre tout à fait insuffisant et dans la mesure, également, où le budget consacré aux soins à domicile n'augmente pas en proportion des besoins et, en tout cas, ne répondra jamais aux situations des personnes dépendantes.

D'ailleurs, avec la globalisation du budget des hôpitaux, le prix de journée d'hospitalisation pour une personne âgée doit revenir maintenant à sa valeur réelle.

Mais à travers la situation dépendante des personnes âgées hospitalisées, et l'obligation que nous avons de les accueillir — nous devons considérer, certes, le coût de leur hospitalisation — c'est tout le problème de notre politique de la santé qui est posé.

En effet, la décélération de la consommation médicale amorcée en 1983, et qui se continue en 1984, d'ailleurs essentiellement sur l'hospitalisation, renforcera les inégalités. Le forfait journalier de 21 francs, sur lequel j'appelle l'attention du Gouvernement toutes les fois que je le peux, représente une charge lourde pour les familles populaires. Tous les élus savent que l'aide sociale ne réduit pas ces inégalités puisque dans la grande majorité des cas, cette aide est refusée maintenant par les conseils généraux.

Mais ce forfait journalier, intéressant pour le célibataire salarié dont la charge est largement compensée par la suppression de l'abattement que subissaient ses indemnités journalières, n'a que peu d'effet sur les catégories sociales fortement touchées.

Ne craignez-vous pas, madame le ministre, que les familles populaires aient de moins en moins recours à l'hospitalisation, au risque d'aggraver leur situation médicale déjà précaire et injuste ? C'est une porte ouverte sur le renforcement des inégalités devant les soins !

Avant la loi du 19 janvier 1983, un handicapé adulte hospitalisé et un célibataire se voyaient réduire, l'un, son allocation de handicapé, l'autre, ses indemnités journalières versées par la sécurité sociale.

Depuis la loi de 1983, le salarié célibataire non handicapé paie le forfait de 21 francs par jour d'hospitalisation, mais la réduction des indemnités journalières est supprimée, et c'est bien.

Cependant, pourquoi n'avoir pas fait pareil pour l'adulte handicapé hospitalisé, qui continue à subir un abattement de 50 p. 100 sur son allocation, augmenté 21 francs par jour d'hospitalisation ? Voilà une injustice inexplicable !

Il existe des causes durables à l'augmentation des dépenses. Elles tiennent à la fois à la demande et au système d'offre de soins, que nous voulons pluraliste.

Notre système de santé doit continuer à assurer des soins de masse dans un souci de qualité, comme c'est le cas actuellement, et avec la préoccupation de compenser les inégalités.

Les demandes de soins continueront à s'accroître pour plusieurs raisons : pour ne citer que quelques exemples, le vieillissement, les maladies et les accidents dus aux conditions de vie — tabagisme, alcoolisme, qui frappent deux millions de malades — la médicalisation inévitable de nombreux problèmes sociaux et l'extension de l'assurance maladie avec 29 millions d'assurés en 1955, et 53 millions aujourd'hui.

Les besoins sont là, et il nous faut y répondre. Nous devons assurer un niveau des dépenses correspondant à l'accroissement de la consommation. Mais le système et le niveau des prélèvements actuels ne permettront pas de satisfaire la demande.

En effet, malgré l'équilibre, cette année, des comptes de la sécurité sociale, nous risquons de nouveau le déficit dès l'année prochaine ou, en tout état de cause, en 1986 si nous ne prenons pas les précautions nécessaires. Il s'agira simplement de l'effet de l'accroissement des besoins à cause de la crise économique et de l'abandon du prélèvement de 1 p. 100.

A ce sujet, il est bon de rappeler que la généralisation du système de protection sociale n'a pas eu comme contrepartie la généralisation de la taxation des différentes catégories de revenus. Les revenus non professionnels touchés en 1984 par l'introduction du 1 p. 100 échapperont à la taxation en 1985 puisque le prélèvement social est supprimé. L'enjeu est important. La crédibilité de notre Gouvernement passe par vos réponses. Je tenais, madame le ministre, avant de voter solidairement votre budget, à vous faire connaître mes inquiétudes.

Le rapport de la commission de travail n° 4 du 9^e Plan préconisait un débat annuel, suivi d'un vote du Parlement, sur les politiques de santé et l'ensemble des financements qui doivent leur être consacrés au niveau national, y compris les dépenses d'assurance maladie, ce qui ferait apparaître plus clairement les choix auxquels nous serons inévitablement confrontés.

J'appelle de tous mes vœux un tel débat, compte tenu de l'importance de celui-ci et de l'enjeu social sous-jacent. (Applaudissements sur les bancs des socialistes.)

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

M. Francisque Perrut. Avec cinq minutes de temps de parole, je pourrai tout juste, à condition d'aller très vite, poser trois problèmes, parmi tous ceux, fort nombreux, que soulèvent les crédits de votre ministère. Je les ai choisis en fonction des cas concrets les plus fréquemment exposés dans nos permanences de députés. Mais vous, en connaissez sans doute de semblables, madame le ministre.

D'abord, j'appelle votre attention sur le nombre croissant des personnes « sans droits ». Elles forment une catégorie qui, échappant à l'arsenal des mesures sociales, anciennes ou nouvelles, se trouve complètement démunie et condamnée à vivre de la charité publique. C'est le cas notamment des handicapés — je connais un exemple très précis pour lequel toutes mes interventions sont demeurées inefficaces — dont les fameuses Cotorep ont réduit, après visite médicale, parfois sans visite sérieuse, le taux d'invalidité au-dessous de 80 p. 100 à seule fin de leur supprimer, par mesure d'économie, le droit à l'allocation spéciale des handicapés.

Voilà donc des handicapés qui ne sont pas reconnus assez handicapés pour percevoir l'allocation, mais qui le sont trop cependant pour trouver un emploi. Ils n'ont pas droit à l'indemnité de chômage de l'Assedic. Si, par malheur, ils n'ont pas atteint l'âge de la retraite ou de la préretraite — le handicapé auquel je pense a quarante ans — ils ne peuvent jamais obtenir le moindre droit à bénéficier de la solidarité nationale. Ils en sont réduits à vivre de dons charitables et à solliciter, de temps à autre, les secours des bureaux d'aide sociale.

Si l'on a pu parfois critiquer, avec raison d'ailleurs, l'excès des mesures sociales tendant à transformer les Français en « assistés », il manque encore pourtant, dans certains cas de

détresse sociale reconnus et particuliers, des mesures spécifiques pour assurer aux personnes concernées au moins un minimum vital correct. Elles sont rejetées de service en service, du ministère des affaires sociales à celui du travail, et ainsi de suite. Elles sont condamnées à attendre, je ne sais quoi — le droit au moins de vieillir !

Je traiterai maintenant des restrictions apportées au service des aides ménagères à domicile. La limitation, en raison du manque de crédits, du nombre des heures remboursées par les caisses régionales d'assurance maladie a une double conséquence que vous connaissez bien. D'une part, les personnes âgées ne peuvent évidemment bénéficier des heures de services indispensables au maintien à domicile. Bien des demandes restent insatisfaites. Ainsi se produisent des départs plus nombreux et prématurés de personnes âgées en maison de retraite ou dans les hôpitaux. D'autre part, l'activité des aides ménagères est réduite au temps partiel, quand ce n'est pas pour elles le chômage purement et simplement.

Cette situation, paradoxale, dont je tiens à souligner le caractère grave pour les unes comme pour les autres, est en complète contradiction avec la politique affirmée par le Gouvernement. Sous couvert d'économies dans un secteur, on accroît en fait indirectement la dépense dans le secteur voisin. Un tel transfert de charges ne saurait donc être baptisé du nom d'« économies » !

M. Emmanuel Hamel. Exactement !

M. Francisque Perrut. Enfin, je voudrais tirer la sonnette d'alarme — le mot n'est pas trop fort — au sujet de l'accueil des personnes âgées dépendantes. C'est une difficulté à laquelle nous sommes confrontés presque quotidiennement lorsqu'il s'agit de rechercher, dans une zone géographique qui va en s'élargissant, une place pour telle personne isolée ou pour telle grand-mère qui ne peut demeurer seule et que sa famille est incapable d'héberger au foyer.

Après l'« ère des résidences », qui d'ailleurs n'est pas achevée, après celle du maintien à domicile, dont je viens de signaler les lacunes, nous en sommes à l'ère des maisons de cure médicale ou de long séjour, étape absolument indispensable avant l'hospitalisation définitive lorsque cette dernière se révèle nécessaire.

Une priorité ne doit-elle pas être accordée à l'investissement pour construire des maisons de cure médicale ou de long séjour ? Si les mesures de protection de la santé permettent d'allonger la vie, encore faut-il prévoir les moyens suffisants pour accueillir dans des conditions décentes les personnes dont par chance la vie aura été prolongée.

Vous avez vous-même, madame le ministre, déclaré ce matin qu'il y avait 650 000 personnes âgées de plus de quatre-vingt-cinq ans : ce nombre aura doublé, selon vous, en l'an 2000. N'est-il donc pas grand temps de prendre des mesures pour faire face aux exigences du présent et pour préparer l'avenir ?

J'aurais aimé avoir le temps de parler de la politique d'aide à la famille, particulièrement au moment des naissances, mais je me réserve d'y revenir lors de la discussion du projet de loi qui sera inscrit à l'ordre du jour de nos travaux dans les prochaines semaines.

En conclusion, il est louable, tout le monde le reconnaît, de vouloir limiter les dépenses inconsidérées et de freiner les abus et les gaspillages, dénoncés avec juste raison : encore faut-il s'assurer que les économies réalisées soient réelles et non pas apparentes ! Surtout, on doit veiller à ce qu'elles ne portent pas gravement atteinte à un système de protection sociale construit depuis tant d'années, et dont les bases ont été établies bien avant 1981. (Applaudissements sur les bancs de l'union pour la démocratie française et du rassemblement pour la République.)

M. le président. Monsieur Perrut, je vous remercie d'avoir respecté votre temps de parole.

M. Emmanuel Hamel. En tout domaine, M. Perrut est un exemple ! (Sourires.)

M. le président. La parole est à M. Alain Richard.

M. Alain Richard. Monsieur le président, je vais m'efforcer de suivre l'exemple de M. Perrut.

La discussion d'un budget aussi vaste et aussi multiforme que celui-ci offre à chacun, je pense, quel que soit le champ de sa réflexion, l'occasion d'analyser l'évolution de notre système sanitaire et social ainsi que les premiers effets des grandes réformes entreprises dans les structures ou les méthodes d'action

sociale. Elles suscitent, il est vrai, des réflexions mais aussi des interrogations concernant l'avenir: la décentralisation, la réforme hospitalière, l'effort fait pour maîtriser les dépenses d'intervention et de transfert, notamment, tissent un contexte dans lequel inévitablement les problèmes de la politique sanitaire et sociale se posent dans des conditions nouvelles. J'aborderai trois questions, pour constater le bien-fondé des choix politiques opérés et les résultats positifs enregistrés mais aussi pour appeler l'attention sur quelques difficultés de mise en œuvre auxquelles nous pouvons réfléchir en commun.

Ma première question a trait à la nouvelle répartition des rôles en ce qui concerne la gériatrie: c'est la conséquence des transferts de compétence en matière d'action sociale. Le financement de l'hébergement est maintenant à la charge des départements, alors que le « suivi sanitaire » est clairement financé par l'assurance maladie. Cette « mise à plat » des comptes, en quelque sorte, entraîne une « révélation », au sens propre du terme, des coûts d'hébergement, extrêmement variables d'un hôpital à l'autre — dans bon nombre de cas, ces coûts avaient antérieurement été « rabotés » par la dispersion de certaines charges dans le prix de journée global.

C'est pourquoi, au moment où s'opère une mise à jour, on voit apparaître des coûts d'hébergement supérieurs parfois à 300 francs par jour. Leur montant est mis à la charge des familles des personnes âgées hébergées. Or il arrive que le seul recours soit l'aide sociale. De plus, les familles doivent parfois supporter des rappels portant sur plusieurs mois. Le cas s'est produit dans mon département, mais dans bien d'autres on l'observe aussi.

Certes, il ne me paraît pas discutable de tirer les conséquences de la nouvelle répartition des charges. Néanmoins, les différences très marquées entre les prix d'hébergement appellent la réflexion et exigent un effort de maîtrise des dépenses de la part des centres hospitaliers et des hôpitaux généraux concernés. Il ne s'agit pas de revenir, bien entendu, à une remise en tutelle généralisée.

En revanche, il y aurait peut-être lieu de s'interroger sur l'opportunité de prendre des mesures temporaires pour favoriser l'amortissement des surcoûts afin d'éviter des tensions insupportables pour les budgets familiaux, qui ne sont pas extensibles indéfiniment. Sans interventions extérieures, de telles tensions risquent de déboucher sur des sorties d'hébergement, c'est-à-dire sur une réduction incontestable de la protection accordée aux personnes âgées, qui seraient alors obligées de quitter l'hôpital — dans la quasi-totalité des cas, il s'agit de personnes très âgées et très dépendantes.

Ensuite, je demande au Gouvernement de dresser un premier bilan des effets du budget global, dont, bien entendu, le premier résultat est une maîtrise manifeste des charges d'hospitalisation.

Mais on ne peut pas considérer seulement un résultat isolé et théorique. Il faut le combiner avec divers indicateurs objectifs pour apprécier s'il y a maintien ou progression de la qualité des soins. Le travail méthodologique entrepris par le ministère de la santé pour définir et « populariser » ces indicateurs a avancé. Il nous serait très précieux de recevoir des précisions objectives sur le niveau moyen des soins pendant la période d'application du budget global.

A ce propos, j'observe que le budget global a été appliqué dans un esprit de souplesse, quitte à opérer des ajustements financiers suivant la situation des hôpitaux. Je crois savoir madame le ministre, que votre intention n'est pas de répartir les compléments financiers susceptibles d'être alloués aux budgets globaux des établissements de façon forfaitaire et uniforme: vous tiendrez compte, semble-t-il, de l'ensemble des gestions, des acquis disons des marges de manœuvre des établissements. Il s'agit là certainement d'un choix judicieux.

Enfin, je voudrais vous interroger, madame le ministre, sur le développement possible des actions en milieu ouvert à l'égard des différentes catégories de personnes en difficulté. Jusqu'à présent, et abusivement, je le crois, on a eu recours à l'hébergement. Or dans cette période de difficultés d'adaptation sociale et de montée de diverses exclusions, l'hébergement pose des problèmes, qu'il s'agisse du financement, des structures matérielles ou, plus encore, de la qualité du suivi social.

Bref, l'hébergement n'est pas la panacée. Il n'est pas non plus nécessairement la voie, surtout s'il se prolonge, de l'« autonomisation » et de la capacité de réinsertion des personnes concernées. D'autres solutions sont possibles. D'ailleurs les alternatives se développent. Mais elles exigent une profonde réforme des méthodes de travail des travailleurs sociaux ou des éduca-

teurs ou moniteurs. Bien des gens sont tout prêts à explorer les nouvelles pistes et à éviter les hébergements abusifs et tutélaires: encore faut-il que les mécanismes de financement suivent! Les établissements qui étaient parvenus à un équilibre par la méthode classique de l'hébergement ne doivent pas perdre avec le passage à de nouvelles méthodes de suivi des personnes en difficulté.

Une telle orientation suppose bien évidemment des rapports contractuels avec les départements qui devront en ce domaine faire preuve d'esprit d'initiative et de compréhension à l'égard des nouvelles méthodes, positives pour tout le monde, y compris pour les finances départementales! Mais l'Etat doit jouer son rôle et aider à l'expérimentation. Je souhaiterais que le point soit fait à ce sujet. Ce sont surtout les petits établissements et les établissements de création récente, il faut le noter, qui prennent des initiatives et accomplissent en tâtonnant un travail de recherche sur les nouvelles méthodes de suivi des problèmes sociaux. Or ces établissements ne disposant que d'une marge de manœuvre réduite ont des problèmes quand il y a, par exemple, une légère disparité entre l'évolution des coûts de personnel consentis dans les prix de journée — pour les budgets donnant lieu à prix de journée — et celle des obligations liées aux conventions collectives.

Bien entendu, je ne pense pas qu'on puisse résoudre le problème par une simple appréciation administrative. Néanmoins, dans les établissements dont je parle la prise en compte du déficit est toujours de règle. Or elle permet, un peu comme dans le cas des ajustements de l'hospitalisation, une certaine souplesse de gestion. Il me paraît donc souhaitable que, dans le même esprit, les compléments financiers accordés dans le cadre de la reprise du déficit antérieur serve à encourager les établissements qui ont le moins de marge de manœuvre et qui pourtant consentent le plus grand effort d'innovation.

Je suggère donc l'élaboration d'une véritable nouvelle charte en liaison avec les professions sociales. Cela devrait devenir un axe majeur pour la réflexion des prochaines années. Le Parlement aura d'ailleurs son rôle à y jouer. En attendant, l'application d'une politique de rigueur aux domaines de la solidarité et de la protection sociale n'a pas empêché la protection sociale de se maintenir à un niveau satisfaisant en définitive, nous devons le constater. Elle n'a pas empêché la poursuite d'une expérimentation susceptible d'apporter des progrès face à toutes les difficultés suscitées par la crise économique. (Applaudissements sur les bancs des socialistes.)

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

M. Bernard Derosier. Madame le ministre, messieurs les secrétaires d'Etat, mes chers collègues, après une année 1983 particulièrement agitée, le calme, tant attendu par la population française, est revenu dans le monde médical.

Certains avaient voulu faire de la santé de nos concitoyens un enjeu politique et avaient accusé le Gouvernement de porter atteinte aux libertés, en particulier aux libertés médicales, alors que son objectif et celui de sa majorité n'étaient que de conforter le droit à la santé pour tous. Les Français et les Français ont pu juger sur pièces: l'œuvre entreprise par la gauche depuis juin 1981 en ce domaine tend uniquement à moderniser l'appareil de santé et permettre l'application de nouvelles technologies.

Se préoccupant essentiellement du malade, le Gouvernement a su porter un regard lucide sur le monde de la santé et poser les vraies questions. Ainsi, le contrat de concertation que vous avez élaboré, monsieur le secrétaire d'Etat chargé de la santé, portant sur des thèmes, des textes et sur une chronologie, a permis de nouer un dialogue fructueux avec les partenaires responsables et de supprimer les tensions et les inquiétudes qui apparaissent toujours en période de changement important.

La santé est constamment à l'ordre du jour parce qu'il est difficile de concilier l'évolution des coûts et celle des moyens et parce qu'il est de notre devoir de donner aux patients un niveau toujours plus élevé de soins qui bénéficient des progrès prodigieux de la technologie.

A n'en pas douter, l'action du Gouvernement répond à ces exigences, et ce dernier a su dégager des priorités afin que soit amélioré notre système de soins.

Mais cette action positive ne doit pas cacher les problèmes qui subsistent.

Le premier concerne la mise en œuvre d'une politique cohérente d'équipement. J'ai noté avec satisfaction votre volonté de rationaliser les dépenses hospitalières, qui s'élèvent à 150 mil-

llards de francs et représentent la moitié des charges de l'assurance maladie. La généralisation du budget global en 1985 devrait conforter les résultats obtenus. En effet, il n'était plus possible de laisser les dépenses s'accroître de cinq, de six et même de huit points comme en 1982, c'est-à-dire plus vite que la richesse nationale. Les besoins de la santé, le progrès médical peuvent justifier une croissance relativement rapide, mais pas suivant une telle courbe. Ainsi la dotation globale apporte-t-elle un outil qu'il convient d'utiliser dans cette perspective. Remplaçant le système du prix de journée, dont les effets pervers sont bien connus, le nouveau système permet l'établissement d'un vrai budget. Chaque partenaire peut maintenant connaître précisément, au début de chaque année, ses recettes et ses dépenses. Mais il faut prendre en compte, en appliquant la réforme, les disparités entre les établissements.

La gestion rigoureuse des dépenses de santé est maintenue avec discernement, avez-vous déclaré ce matin, monsieur le secrétaire d'Etat. Que discernement soit synonyme d'efficacité, et je m'en réjouirai !

De plus, cette rationalisation ne doit pas empêcher le développement adéquat des technologies médicales. Il s'agit de trouver un équilibre entre l'équipement hautement technique des centres hospitaliers régionaux, qui seront amenés à être « l'avant-garde » et la « vitrine » de notre système de santé, et les établissements actuellement sous-équipés de certaines régions.

A ce propos, je note avec beaucoup de satisfaction votre volonté de poursuivre dans le domaine des équipements lourds une politique audacieuse, assortie d'une rationalisation intelligente des équipements remplacés. C'est à ce prix que les centres hospitaliers régionaux ou les centres hospitaliers universitaires, comme celui de Lille, pourront continuer à représenter très honorablement la France dans les colloques organisés avec l'étranger.

Le deuxième point concerne la mise en œuvre de la départementalisation dans les hôpitaux publics.

Le désir d'améliorer la coordination des activités médicales au sein de l'hôpital n'est pas nouveau. De nombreuses expériences et tentatives se sont déroulées à ce propos ces dernières années. Approuvée par le Parlement, la départementalisation n'a pas pour objet de faire éclater les structures hospitalières, mais au contraire de coordonner l'organisation médicale tout en réaffirmant l'autorité des médecins, du directeur, du conseil d'administration et le rôle des instances consultatives. Le malade étant le premier bénéficiaire d'un ensemble de mesures qui le prennent plus en considération, respectent mieux sa personnalité et lui délivrent davantage d'informations ; il convient d'appliquer rapidement cette réforme, notamment dans les C.H.R.

Je le reconnais bien volontiers, une importante concertation est nécessaire. Mais atteindre cet objectif, réclamé par une large majorité de nos concitoyens, est primordial pour l'amélioration de notre système de santé.

Telles sont les principales préoccupations que je voulais aborder au cours de ce débat. Bien que quelques problèmes subsistent, nous venons de le voir, ce projet de budget est adapté aux aspirations de la population.

L'œuvre réformatrice du Gouvernement est en cours. Déjà, d'importantes mesures ont été prises. Il convient de ne pas relâcher notre effort. En tout état de cause, les Françaises et les Français nous en seront reconnaissants. *(Applaudissements sur les bancs des socialistes.)*

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

M. Paul Balmigère. Après les efforts consentis en 1981 et 1982 — mais les retards accumulés étaient si grands ! — les revalorisations successives des allocations familiales et des pensions de retraites et de préretraites connaissent un sérieux tassement préjudiciable à la nécessaire relance économique du pays et qui rend plus précaires les conditions d'existence des intéressés, confrontés à des hausses de tarifs et à des prélèvements supplémentaires de toute nature.

Avec le développement du chômage, des dizaines de milliers de familles sont confrontées aux pires difficultés de vie et de logement et, bien souvent, les allocations familiales constituent leurs seules ressources. Madame le ministre, le Gouvernement a annoncé des mesures en leur faveur, mais qui va les

financer ? Le régime solidarité de l'assurance chômage, les crédits relevant de votre ministère ou, en dernier ressort, les bureaux d'aide sociale, qui font déjà le maximum ?

Au bout du compte, sous couvert de simplification, les ressources de certaines familles ne vont-elles pas diminuer ?

Le maintien d'une mesure injuste, le forfait hospitalier, frappe les familles, particulièrement les retraités, en dépit des exonérations qui leur ont été consenties. Voilà un bel exemple de mesure bureaucratique qui coûte plus cher qu'elle ne rapporte. Ce sont ceux qui peuvent contribuer le plus qui doivent le faire : il faut frapper notamment les revenus du capital.

Pour les préretraités, le prélèvement de cotisation de 5,5 p. 100 va entraîner une diminution du pouvoir d'achat. L'U.N.A.F. réclame pour les familles un important rattrapage au 1^{er} janvier. Qu'en sera-t-il ?

Depuis 1983, le Gouvernement a voulu rétablir l'équilibre des comptes sociaux. Il y est arrivé, mais au prix d'un tassement des avancées sociales et du pouvoir d'achat des prestations. La contribution des salariés actifs ou retraités a augmenté, alors que leur protection a diminué de façon plus ou moins visible : modification des dates d'ouverture des droits aux allocations familiales, délais de carence les plus divers, réduction de la protection de certains chômeurs.

Paradoxalement, il y a eu 13 milliards de francs d'excédent en 1983 et, pour le moins, autant sont prévus en 1984. Cet argent doit être mis immédiatement au service de ceux qui en ont le plus besoin. En particulier, ne pourrait-on faire des avances de fonds aux familles les plus démunies, frappées par le chômage ou en proie à des difficultés de logement, ainsi qu'aux bénéficiaires de certaines prestations versées avec beaucoup de retard, comme l'allocation aux adultes handicapés ou le premier versement de retraite, par exemple ?

C'est ce type de mesures que le Gouvernement doit prendre, mais aussi bien d'autres, par exemple la suppression de la franchise de 80 francs pour la vingt-sixième maladie, promise régulièrement depuis trois ans.

Pour les retraites, des avancées ont été réalisées. L'abaissement de l'âge de la retraite à soixante ans correspondait à une aspiration ancienne et légitime des travailleurs. Mais le subordonner à une double condition d'âge et de minimum d'annuités exclut ceux qui ont commencé à travailler très tôt et qui devraient pouvoir prendre leur retraite une fois atteintes les trente-sept annuités et demie, d'autant que les cotisations qu'on leur impose au-delà n'influent presque pas sur le calcul du montant à verser. De même, on devrait ouvrir le droit à la retraite à cinquante-cinq ans pour les femmes, qui ont le plus souvent des carrières incomplètes, et pour les travailleurs soumis à des travaux pénibles ou dangereux.

Je tiens à rappeler, madame le ministre, mais cela concerne également votre collègue de l'agriculture — que les agriculteurs ne bénéficient toujours pas de la retraite à soixante ans et que demeurent nombre de difficultés pour les salariés agricoles.

Certes, d'autres mesures ont été prises, comme l'instauration d'un minimum de pension contributive, la revalorisation du minimum vieillesse, le maintien à domicile des personnes âgées et l'aide ménagère. Même sur ces points, des efforts supplémentaires doivent être consentis.

Mais les questions de la retraite font naître bien des inquiétudes, avec les menaces de confier au secteur privé et aux assurances le versement d'une rente proportionnelle à ce que les salariés auront pu verser.

Nous avons aussi des inquiétudes pour les régimes particuliers de retraite. Comment accepter les retards injustifiables sur le régime général, comme le taux de réversion à 50 p. 100 ? Les ressortissants des régimes des mines et des mines de fer lancent un véritable cri d'alarme.

Enfin, je ne saurais conclure sans vous faire part des difficultés grandissantes que rencontrent des milliers de femmes seules, veuves ou divorcées, notamment celles qui ont entre cinquante et cinquante-cinq ans et qui, bien souvent, se trouvent sans aucune ressource, sans espoir de travail et avec peu d'annuités. Là encore des mesures sont à prendre d'urgence. *(Applaudissements sur les bancs des communistes et sur quelques bancs des socialistes.)*

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

M. Guy Chanfreault. Madame le ministre, messieurs les secrétaires d'Etat, mes chers collègues, je tiens, pour ce qui me concerne, à évoquer ici la question des structures de base de notre système de santé sous le double aspect de leur efficacité et de leur coût.

Il n'échappe à l'attention d'aucun d'entre nous que l'exercice libéral de la médecine praticienne se fait sous une double contrainte. Contrainte des financements publics, d'abord, par le biais de conventions s'imposant à des partenaires dont les exigences sont souvent contradictoires. Contrainte éthique, ensuite, liée à une demande individualisée de soins dont les fondements relèvent de la conscience de chacun, donc d'une forme morale d'inspiration culturelle.

La solution de cette équation, au moment même où s'accroissent conjointement le nombre de praticiens généralistes ou spécialistes et la technicité de leur art, c'est la quadrature du cercle!

Il serait réaliste de limiter le nombre de ceux qui accèdent à la profession. Cela se fait, mais au prix d'une sélection mal perçue pour qui se préoccupe de l'égalité des chances au regard des vocations de carrière.

Il serait tout aussi réaliste de planifier l'expansion technologique de telle sorte que chacun maîtrise ce qui a vocation d'être d'une utilité sociale et individuelle. Or cela n'existe qu'à l'état d'ébauche.

Enfin, il serait tout aussi nécessaire de rendre les professionnels plus responsables, de les rendre capables d'apprécier le coût économique de leurs prescriptions, toutes choses qui font l'objet d'un enseignement marginal.

Le système conventionnel a comme fonction d'établir, sur une base de compromis, l'équilibre souhaitable entre toutes ces contraintes. On peut redouter cependant que, tôt ou tard, cet équilibre ne puisse être préservé.

Qu'on le veuille ou non, l'exercice de la médecine se socialise. Viennent donc à l'esprit les questions centrales : laisserons-nous se développer une sorte de loi de sélection naturelle qui condamne nombre de praticiens au sous-emploi? N'est-il pas urgent d'engager la réflexion sur de nouveaux modes de pratique et de rémunération?

N'est-il pas tout aussi nécessaire de donner en faveur de ceux et celles qui, fatalement, ne relèveront pas des alternatives à l'hospitalisation, moyens et compétences aux hôpitaux locaux et ruraux? L'exécution du 9^e Plan laisse planer la menace d'une suppression de nombreux lits. Or il y aura toujours des cas pathologiques que les praticiens de terrain auront avantage à traiter avec le secours de technologies élémentaires dans les hôpitaux, où l'on pourrait avantageusement développer la pratique des secours d'urgence, de l'obstétrique, de la prévention.

Il est question de proposer par voie législative les nouvelles dispositions de ce qu'il est convenu d'appeler la carte sanitaire. Je vous invite, monsieur le secrétaire d'Etat, à entendre la voix de la raison et à mettre en œuvre un cadre administratif, des compétences et des moyens qui permettent d'« être soigné et protégé au pays ».

Enfin, il faut songer à occuper rationnellement non seulement les métropoles hospitalières mais encore les structures des villes moyennes et des zones rurales. Qu'il me soit permis d'évoquer ici, non pour les condamner, les initiatives privées qui se multiplient dans les domaines des investissements, de la gestion, de la mise en œuvre des technologies les plus évoluées : scanner, R. M. N., angiographies numérisées. Parallèlement, on ne peut que déplorer le sous-équipement de nombre de centres hospitaliers publics, souvent situés dans la même ville. Ne serait-il donc pas de bon aloi de prévoir, là aussi, une politique conventionnelle d'investissement et d'utilisation de ces matériels et, mieux encore, d'associer les gestionnaires et thérapeutes aux tâches de formation?

Ce serait, à mon sens, préserver l'hospitalisation publique d'un dépeuplement inéluctable en dehors des grands centres. Conformément aux aspirations antiségrégatives des socialistes, on conserverait au secteur public sa vocation à assurer un des droits les plus fondamentaux : le droit à la santé.

Enfin, madame le ministre, messieurs les secrétaires d'Etat, à la suite du dépôt du rapport de la commission nationale d'éthique, la réflexion sur les incidences des nouvelles techniques artificielles de conception serait assez avancée pour que, en collaboration avec M. le garde des sceaux, vous jetiez les fondements d'un texte évitant toute perversion. (*Applaudissements sur les bancs des socialistes.*)

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

— 2 —

REPRESENTATION DE L'ASSEMBLEE NATIONALE AU SEIN D'UN ORGANISME EXTRAPARLEMENTAIRE

M. le président. J'ai reçu de M. le ministre délégué auprès du Premier ministre, chargé des relations avec le Parlement, une demande de désignation d'un membre chargé de représenter l'Assemblée nationale à la commission de surveillance et de contrôle des publications destinées à l'enfance et à l'adolescence, en remplacement de Mme Gisèle Halimi, dont le mandat de député a pris fin en raison de la prolongation au-delà de six mois de la mission temporaire qui lui avait été conférée par le Gouvernement.

Conformément à la décision prise précédemment, l'Assemblée voudra sans doute confier à la commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République le soin de présenter un candidat.

Les candidatures devront être remises à la présidence, au plus tard, le jeudi 22 novembre 1984, à dix-huit heures.

— 3 —

ORDRE DU JOUR

M. le président. Ce soir, à vingt et une heures trente, troisième séance publique :

Fixation de l'ordre du jour ;

Suite de la discussion de la deuxième partie du projet de loi de finances pour 1985, n° 2347 (rapport n° 2365 de M. Christian Piarret, rapporteur général, au nom de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan).

Affaires sociales et solidarité nationale, retraités et personnes âgées, santé, rapatriés, articles 79 et 80 (suite) :

Commission des finances, de l'économie générale et du Plan :

Annexe n° 2. — Section commune : M. Jean-Paul de Rocca Serra, rapporteur spécial ;

Annexe n° 3. — Santé : Mme Renée Soum, rapporteur spécial ;

Annexe n° 4. — Solidarité nationale : M. Guy Béche, rapporteur spécial ;

Annexe n° 5. — Rapatriés : M. Gérard Bapt, rapporteur spécial ;

Commission des affaires culturelles, familiales et sociales :

Avis n° 3266 : santé. — Tome I : M. Louis Lareng ; solidarité nationale. — Tome II : M. Joseph Legrand ;

Commission des affaires étrangères :

Avis n° 2367. — Population immigrée. — Tome VI : M. Louis Odru.

La séance est levée.

(*La séance est levée à dix-neuf heures.*)

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

LOUIS JEAN.

(Le compte rendu intégral de la 3^e séance de ce jour sera distribué ultérieurement.)

