

JOURNAL OFFICIEL

DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

DÉBATS PARLEMENTAIRES

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

10^e Législature

PREMIÈRE SESSION ORDINAIRE DE 1993-1994

(45^e SÉANCE)

COMPTE RENDU INTÉGRAL

2^e séance du vendredi 29 octobre 1993



SOMMAIRE

PRÉSIDENCE DE M. PHILIPPE SÉGUIN

1. **Loi de finances pour 1994 (deuxième partie).** – Suite de la discussion d'un projet de loi (p. 5147).

AFFAIRES SOCIALES, SANTÉ ET VILLE

Affaires sociales et santé (suite)

Mme Simone Veil, ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville.

M. Philippe Douste-Blazy, ministre délégué à la santé.

Réponses de Mme le ministre d'Etat et de M. le ministre aux **questions** de : MM. Alain Madalle, Jean-Luc Prél, Jean-Gilles Berthommier, François Rochebloine, Georges Hage, Paul Mercieca, Mme Muguette Jacquaint, MM. Laurent Cathala, Claude Bartolone, Alain Roder, Thierry Lézaro, Bernard Accoyer, André Durr, Paul Cholier, Mme Bernadette Isaac-Sibille, MM. Julien Dray, Claude Pringalle, Jean de Lipkowski, Ernest Chénier, Jean-Jacques Delvaux.

M. le président.

Suspension et reprise de la séance (p. 5171)

Réponses (suite) de Mme le ministre d'Etat et de M. le ministre aux **questions** de : MM. Gérard Jeffray, Jean-

Luc Prél, Serge Roques, Jean-François Chossy, Jean de Lipkowski, Jean-Jacques Delvaux, Jean-Yves Chamard, Mme Colette Codaccioni, MM. Jean-Louis Bernard, Gérard Grignon, Daniel Mandon, Ernest Chénier, Bernard Serrou, Georges Mothron, Henry Jean-Baptiste, Pierre Cardo.

Les crédits inscrits à la ligne « Affaires sociales et santé » seront mis aux voix à la suite de l'examen des crédits de la ville.

Après l'article 52 (p. 5183)

Amendement n° 68 de M. Zeller : MM. Adrien Zeller, rapporteur spécial de la commission des finances, pour les affaires sociales ; Mme le ministre d'Etat. – Retrait.

Mme le ministre d'Etat.

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

2. **Dépôt d'un projet de loi adopté par le Sénat** (p. 5184).

3. **Ordre du jour** (p. 5184).

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENCE DE M. PHILIPPE SÉGUIN

La séance est ouverte à quinze heures.

M. le président. La séance est ouverte.

1

LOI DE FINANCES POUR 1994 (DEUXIÈME 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 1994 (n° 536, 580).

AFFAIRES SOCIALES, SANTÉ ET VILLE

Affaires sociales et santé (suite)

M. le président. Nous poursuivons l'examen des crédits du ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville, concernant les affaires sociales et la santé.

La parole est à Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville.

Mme Simone Veil, ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville. Monsieur le président, mesdames, messieurs les rapporteurs, mesdames, messieurs les députés, le projet du budget du ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville qui vous est soumis est profondément différent de ceux qui avaient été présentés les années précédentes.

Cette évolution, que j'ai souhaitée, n'est pas destinée à tromper l'Assemblée sur la réalité de ce budget, mais, au contraire, à le rendre plus transparent. Je sais aussi, et je vous prie de m'en excuser, qu'elle rendra sans doute délicates les comparaisons avec le budget de 1993. Elle permet cependant d'offrir, pour la première fois depuis de nombreuses années, une image complète du département ministériel dont le Premier ministre m'a confié la charge avec M. Douste-Blazy, ministre délégué à la santé.

Madame Jacquaint, la nouvelle présentation du budget n'a pas pour but de tromper l'Assemblée, mais au contraire de rendre la lecture du projet plus facilement appréciable et transparente. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour la démocratie française et du Centre et du groupe du Rassemblement pour la République.*)

Ce projet de budget est nouveau à de multiples égards.

Il est nouveau, tout d'abord, puisqu'il rassemble dans un même document tous les crédits budgétaires mis à la disposition du ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville pour fonctionner. Ainsi, le budget des services communs affaires sociales et travail qui regroupait

les crédits des services centraux est supprimé et les moyens en sont répartis entre les deux départements ministériels, à l'exception notable de l'inspection générale des affaires sociales et des conseillers sociaux à l'étranger qui restent communs aux deux ministères.

Il est nouveau aussi parce qu'il prend en compte la nouvelle répartition des compétences ministérielles en créant, pour la première fois, une section autonome ville aux côtés de la section affaires sociales et santé. Cette section budgétaire consacrée à la politique de la ville ne regroupe que les crédits spécifiques de la politique de la ville, c'est-à-dire ceux qui sont gérés directement par la délégation interministérielle à la ville, soit 850 millions de francs environ. Mais il permet, pour la première fois, de présenter devant le Parlement les moyens budgétaires consacrés à cette grande priorité du Gouvernement.

Le projet du budget pour 1994 est nouveau, enfin, en ce qu'une nouvelle présentation des crédits, notamment dans le domaine de la santé, permet de mieux apprécier les priorités du ministère. Tel est notamment le cas en matière de lutte contre le sida dont les crédits sont désormais clairement identifiés dans un chapitre budgétaire nouveau, ou pour les actions de veille sanitaire, également regroupées sur un nouveau chapitre.

C'est ainsi qu'apparaît aujourd'hui clairement l'effort consenti par l'Etat pour la lutte contre le sida dont les crédits progressent de plus de 25 p. 100. Cela nous permettra d'accroître les dispositifs d'accueil et de prise en charge extra-hospitalière des malades et d'intensifier la prévention. Je souhaite, à cet égard, que les actions de prévention que mènent les pouvoirs publics et l'Agence française de lutte contre le sida soient orientées prioritairement vers les publics les plus exposés à l'épidémie, notamment les jeunes. De même, il est indispensable que, dès 1994, les structures d'accueil et d'aide à la vie quotidienne soient renforcées afin de faire face à l'évolution du nombre des malades.

Enfin, les actions de prévention en direction des toxicomanes verront leurs moyens doubler pour que tout soit fait afin de prévenir l'extension de l'épidémie. Le nombre de places de traitement par méthadone est ainsi doublé. M. Bartolone déplorait que nous en fassions peu : nous faisons pourtant beaucoup plus que par le passé. Un programme d'échange de seringues et des actions de prévention plus ciblées sont également prévus.

Ce projet de budget, vous le savez bien, ne saurait à lui seul résumer l'intégralité des actions du ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville. Aux 58 milliards de francs inscrits dans ce projet, s'ajoutent, bien entendu, les 1 800 milliards de francs de la protection sociale qui constituent l'essentiel du financement de notre politique sanitaire et sociale. Les évolutions, en ce domaine, sont lourdes et nos marges de manœuvre étroites, comme l'a souligné avec force M. Adrien Zeller.

Depuis six mois, et en plein accord avec le Premier ministre, j'ai pris les mesures indispensables pour réduire le rythme de croissance des dépenses et restaurer les conditions d'un équilibre financier à moyen terme. Ces réformes, la création du fonds de solidarité vieillesse et l'effort financier exceptionnel consenti par l'Etat pour

prendre en charge le passif du régime général de sécurité sociale ont un coût budgétaire. Mais elles étaient, vous le savez bien, nécessaires et urgentes, sous peine de voir notre système de protection sociale, auquel les Français sont profondément attachés, remis en cause par les déficits cumulés de l'assurance vieillesse et de l'assurance maladie.

Evokant la différence en masse qui existe entre les budgets de mon département ministériel et les dépenses consacrées par les caisses d'assurance sociale aux différentes protections maladie, vieillesse ou famille, je tiens à dire que je comprends parfaitement la frustration exprimée par la plupart d'entre vous.

D'une certaine façon, j'éprouve le même sentiment que vous puisque cette masse considérable échappe très largement au ministère de la santé, s'agissant même de certaines grandes orientations. J'essaierai à l'avenir de faire en sorte que le Parlement soit, autant que possible, saisi de ces problèmes et puisse en discuter. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour la démocratie française et du Centre et du groupe du Rassemblement pour la République.*) Il en aura d'ailleurs l'occasion dès le printemps prochain lorsque le Gouvernement présentera - j'y reviendrai - un projet de loi sur la protection sociale.

Le projet de budget est en forte croissance : 7 milliards de plus qu'en 1993, soit près de 13 p. 100 de progression. Cette évolution est positive en ce qu'elle marque la volonté du Gouvernement de se donner les moyens budgétaires de sa politique sanitaire et sociale. Elle a, bien sûr, son revers puisqu'elle traduit - beaucoup d'entre vous l'ont souligné - la dégradation de la situation économique et sociale avec l'aggravation de l'exclusion sociale et urbaine qui nous conduit à prévoir une progression très rapide des crédits consacrés au revenu minimum d'insertion.

Permettez-moi de vous faire part, en quelques mots, des grandes priorités que je me suis fixées et dont ce projet de budget constitue la traduction. M. Douste-Blazy développera les grandes orientations que je ne ferai qu'évoquer dans le domaine sanitaire.

Outre les actions très immédiates qu'il convient de mener dans le domaine de la santé pour lutter contre les épidémies, accroître la sécurité et la veille sanitaire, améliorer et adapter notre système de soins, ma première priorité dans le domaine social est la lutte pour l'insertion sociale. La montée du chômage, l'aggravation des processus de marginalisation et d'exclusion sociale rendent plus nécessaire que jamais que tous les moyens soient mobilisés pour prévenir, prendre en charge et combattre l'exclusion. Notre action en ce domaine doit être volontariste et les moyens à notre disposition sont diversifiés.

Les crédits affectés au revenu minimum d'insertion dépasseront ainsi de près de 3 milliards ceux qui avaient été votés en loi de finances initiale pour 1993. Dans les programmes d'action sociale de l'Etat, l'accent sera remis sur l'aide aux jeunes et l'insertion économique dont certains ont particulièrement souligné l'importance. Les dispositifs d'accompagnement seront également renforcés. Les moyens affectés à la mise en œuvre du RMI ont été accrus, et continueront de l'être, tant à la délégation interministérielle au RMI que dans les directions départementales des affaires sanitaires et sociales.

Le RMI, il faut le rappeler sans cesse, n'est pas seulement une allocation, c'est également un processus d'insertion ou de réinsertion dont le succès dépend très directement de la mobilisation de toutes les énergies.

Soulignons à cet égard que, même en cette période difficile pour l'emploi, des départements ont particulièrement bien réussi dans cette tâche.

M. Claude Girard, rapporteur spécial de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan. Tout à fait !

Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville. Je tiens à rendre hommage à ceux qui s'en préoccupent.

M. Jean-Yves Chamard. Très bien !

Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville. Je sais le rôle que jouent les départements auxquels la loi impose de consacrer l'équivalent de 20 p. 100 des dépenses d'allocations à des actions d'insertion. Je sais aussi que nombre de départements vont désormais au-delà. Ils permettent ainsi à des RMIstes, souvent désespérés, de trouver, en attendant un meilleur emploi, de petits boulots - pardonnez-moi l'expression. Grâce à ceux-ci, ils conservent une activité et un peu d'espoir.

Les structures d'hébergement doivent être maintenues et développées. L'Etat, comme l'a récemment indiqué M. le Premier ministre devant l'association des présidents de conseils généraux, prendra toutes ses responsabilités en matière de centres d'hébergement et de réadaptation sociale. Je connais parfaitement l'inquiétude des associations et de nombreux parlementaires sur la situation financière des CHRS. Monsieur Girard, vous avez souligné à nouveau les difficultés de ces CHRS. Je souhaite rappeler, notamment à M. Bartolone, que la situation actuelle résulte très directement du montant des crédits votés par la précédente législature pour le budget de 1993. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour la démocratie française et du Centre et du groupe du Rassemblement pour la République.*)

Plus encore - ou plutôt pire encore ! - le gouvernement socialiste avait accepté une revalorisation de la situation des personnels, avec effet rétroactif, sans jamais prévoir les moyens pour les financer.

M. Jean-Yves Chamard. Eh oui !

M. Jean-Luc Prél. Il était irresponsable !

Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville. Il est un peu facile aujourd'hui de nous reprocher des difficultés résultant très directement de décisions hâtives et irraisonnées du précédent gouvernement. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour la démocratie française et du Centre et du groupe du Rassemblement pour la République.*)

J'ai pris, la semaine dernière, la décision de redéployer 26 millions de francs pour faire face aux difficultés les plus graves que connaissent certains centres. Cette décision montre bien notre détermination à régler les problèmes de ces CHRS, sachant qu'ils sont utiles aux populations les plus défavorisées.

Par ailleurs, j'ai demandé, en accord avec le ministre du budget, qu'une mission d'audit conjointe de l'inspection générale des finances et de l'inspection générale des affaires sociales examine la situation financière de ces structures dont, comme vous-mêmes, je reconnais le rôle essentiel en matière d'hébergement et de réinsertion. Les conclusions de cette mission se seront remises dans les prochains jours, et si, comme tout le laisse penser, des moyens complémentaires sont nécessaires pour terminer l'année 1993, ils seront prévus dans la loi de finances rectificative de fin d'année.

La politique d'intégration des immigrés résidant légalement en France demeure, quant à elle, au cœur des préoccupations du Gouvernement.

La réforme du code de la nationalité avait pour but principal d'inscrire l'acquisition de la nationalité dans un processus d'intégration : une action dynamique d'information et d'incitation concrétisera cette volonté.

Toute action sociale en faveur des immigrés sera recentrée autour de ce même objectif d'intégration à la société, aux valeurs et à la culture de notre pays, des étrangers qui s'y établissent légalement.

Outre les actions traditionnelles destinées à garantir aux étrangers l'exercice de leurs droits d'accès au logement, à l'éducation, à la formation et à l'emploi, j'ai décidé de donner une priorité à l'action en faveur des familles et de femmes, notamment par une attention particulière portée à leur accueil lorsqu'elles arrivent en France pour rejoindre leur famille.

M. Eric Raoult. Très bien !

Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville. La stabilité des structures familiales et la reconnaissance aux femmes immigrées des mêmes droits et de la même protection que les autres femmes dans notre société me paraissent, en effet, essentielles à la nécessité de l'intégration.

M. Eric Raoult. Très bien !

Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville. Les crédits dont disposera la direction de la population et des migrations seront déployés en fonction de ces objectifs.

Vous avez rappelé, monsieur Girard, les critiques formulées par la Cour des comptes sur la gestion du fonds d'action sociale ! Soyez assuré que j'en ai déjà tiré les conséquences en demandant que les actions du FAS soient réorientées en tenant compte des priorités de notre département ministériel. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour la démocratie française et du Centre et du groupe du Rassemblement pour la République.*)

La seconde priorité que je me suis fixée pour 1994 est de poursuivre et d'intensifier nos actions en faveur des handicapés.

Depuis la loi d'orientation de 1975, la situation des handicapés s'est beaucoup améliorée et notre pays dispose, en ce domaine, d'une avance considérable. C'est la raison pour laquelle, contrairement à certaines suggestions, nous n'avons pas l'intention de remettre en chantier cette loi dont les associations que j'ai rencontrées - et je crois depuis six mois les avoir toutes rencontrées, qu'elles soient représentatives de handicapés mentaux ou de handicapés moteurs - disent combien elle est adaptée et dont elles souhaitent simplement renforcer l'efficacité.

Il convient donc aujourd'hui de prolonger et de renforcer cet effort. Les outils à notre disposition sont nombreux et seront améliorés : centres d'aide par le travail - je souligne que ce projet de budget permet la création de 2 000 places supplémentaires -, allocation aux adultes handicapés pour laquelle les crédits augmenteront de 1,3 milliard de francs ; consolidation, par le projet de loi sur la santé publique et la protection sociale, de l'allocation forfaitaire pour l'autonomie allouée aux handicapés afin de leur permettre de faire face aux dépenses qu'implique le choix de vivre dans un logement indépendant. En cela aussi, nous répondons aux demandes des familles.

La politique en faveur des handicapés demeure, pour le Gouvernement, une priorité absolue. Le devoir de solidarité à leur égard et à l'égard de leurs familles s'impose à tous. Je connais d'ailleurs l'attachement de votre assemblée, qu'elle a encore manifesté ce matin à la poursuite de cet effort.

Cela ne doit pas nous empêcher néanmoins de veiller, comme la Cour des comptes nous y a invités dans un rapport récent, à ce que les dispositifs mis en œuvre à leur intention soient adaptés à l'évolution des besoins pour que les sommes très importantes que la collectivité nationale leur consacre soient bien employées. Tel est l'objet de l'article 52 du projet de loi de finances, qui modifie, à la marge, les conditions d'attribution de l'allocation.

J'ai bien noté, monsieur Langenieux-Villard, vos interrogations sur cet article qui sera discuté le 17 novembre prochain. Il est tout aussi important de veiller à ce que les mécanismes d'attribution de l'allocation aux adultes handicapés ne freinent pas la reprise d'une activité professionnelle. J'ai décidé d'améliorer considérablement le fonctionnement des COTOREP.

M. Bernard Accoyer. Très bien !

Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville. Le rapport de M. Carcenac permettra de prendre les mesures qui s'imposent. Nous avons, un temps, pensé que nous pourrions attendre la mise en œuvre de la loi sur la dépendance, dont nous espérons l'adoption au printemps prochain, mais je fais étudier la possibilité d'apporter dès que possible les modifications nécessaires - je pense notamment à la publication des décrets attendus.

M. Jean-Yves Chamard. Très bien !

Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville. Dans une société gravement atteinte par le chômage, où le lien social tend à se dissoudre, la famille constitue un point de repère majeur pour la collectivité nationale. Il est le lien premier quand l'enfant paraît ; il demeure tout au long de la vie ce vers quoi tendent tous nos concitoyens.

Vous avez, madame Codaccioni, exprimé vos inquiétudes sur l'évolution de la situation démographique. Elle me préoccupe aussi beaucoup.

L'Etat se doit d'accompagner et de faciliter le renforcement de la famille, l'accueil de l'enfant, l'exercice des responsabilités de l'homme et de la femme dans leur rôle de parents. Les prestations familiales sont déjà très développées en France - et c'est l'honneur de notre pays -, mais elles sont trop complexes encore et ne répondent pas toujours parfaitement aux besoins nouveaux. Des mesures en faveur des familles sont en préparation, qui feront l'objet d'un projet de loi cadre sur la famille. Il est encore trop tôt pour préciser le contenu de ce projet de loi cadre, qui fait l'objet de discussions approfondies entre les différents ministères intéressés. Le rapport confié à Mme Codaccioni permettra d'éclairer utilement la réflexion du Gouvernement ; je tiens tout de suite à la remercier de cette contribution importante à nos propres réflexions. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour la démocratie française et du Centre et du groupe du Rassemblement pour la République.*)

J'attache la plus grande importance au rôle des femmes dans la vie professionnelle et sociale. La société française s'est profondément transformée au cours des vingt dernières années, mais le statut de la femme doit encore être affirmé et consolidé pour assurer une véritable égalité dans tous les domaines, notamment dans la vie professionnelle.

Les crédits demandés pour le service des droits des femmes pour 1994 - 86 millions de francs - permettront de poursuivre nos actions de soutien aux grandes associa-

tions nationales, et, en liaison avec le ministère du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, de mettre en œuvre des actions pilotes et innovantes de formation.

Je sais, madame Codaccioni toute l'importance que vous accordez à ces actions de formation, notamment quand elles s'adressent à des femmes qui désirent, après avoir élevé leurs enfants, reprendre une activité professionnelle.

Tout aussi prioritaires sont, à mes yeux, les actions de solidarité que nous menons en faveur des personnes âgées.

Le Gouvernement a été amené à prendre, en matière d'assurance vieillesse, des mesures pour assurer l'équilibre à long terme des régimes de pensions. Il fallait d'urgence éviter que la dérive incontrôlée des dépenses n'entraîne la faillite complète de notre système de protection sociale en faveur des personnes âgées. Nos concitoyens ont compris l'importance des mesures prises par le Gouvernement au cours des derniers mois, qu'il s'agisse de la création du fonds de solidarité vieillesse qui permettra de mieux répartir les charges entre l'Etat, les salariés et les entreprises, ou de l'allongement progressif de la durée de cotisations et de la période de référence pour le calcul de la pension de retraite.

Je tiens d'ailleurs à redire ici que les droits acquis de ceux qui ont déjà pris leur retraite ne sont absolument pas touchés par cette réforme.

L'effort de solidarité que nous devons accomplir en faveur des personnes âgées trouve sa traduction dans le projet du budget du ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville. Ainsi, la contribution que l'Etat apportera à la caisse nationale de la sécurité sociale dans les mines s'accroîtra de 312 millions de francs en 1994, malgré le maintien, en 1994, du taux de 38 p. 100 de surcompensation fixé en 1993.

De même, le programme d'humanisation des hospices dont vous avez, monsieur Zeller, rappelé l'importance pourra se poursuivre ; j'en prends l'engagement. Il bénéficiera, en 1994, de 485 millions de francs en autorisations de programme qui, elles, ne seront pas supprimées comme ce fut le cas dans le passé ! *(Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour la démocratie française et du Centre et du groupe du Rassemblement pour la République.)*

Notre objectif est d'achever en trois ans la transformation des hospices afin que les personnes âgées disposent de structures d'hébergement renouvelées et modernes. L'humanisation des hospices, qui bénéficie de financements conjoints de l'Etat et des collectivités locales, fera l'objet d'engagements contractuels dans le cadre des contrats de plan Etat-régions. M. le Premier ministre a souhaité que ce programme soit inscrit dans le noyau dur des mandats de négociation adressés aux préfets de région.

Enfin, le ministère des affaires sociales prépare, en liaison avec d'autres départements ministériels, un projet de loi sur la dépendance. Ses objectifs sont ambitieux puisqu'il vise à faire face au vieillissement de la population la plus âgée en mettant en œuvre des dispositifs de prise en charge diversifiés et adaptés aux besoins des personnes âgées dépendantes. Les grandes orientations de ce projet de loi sont en cours d'élaboration, en concertation avec tous les départements ministériels, mais ne sont pas suffisamment avancés pour que je puisse vous en parler aujourd'hui. Dès que nous aurons progressé dans cette réflexion, je serai à la disposition de la commission des

affaires sociales pour lui présenter les grandes lignes de ce texte. Je souhaite que ce projet soit prêt d'ici à la fin de l'année.

M. le ministre délégué à la santé vous présentera les priorités du ministère dans le domaine sanitaire, comme je vous l'ai dit. Mais je souhaite, pour ma part, insister sur la situation difficile des régimes d'assurance maladie et sur les perspectives nouvelles ouvertes par les négociations entre les caisses d'assurance maladie et les médecins.

Le plan d'économie présenté par le Gouvernement au mois de juin dernier reposait sur la participation de tous - je dis bien de tous - à la maîtrise des dépenses : les assurés sociaux, à hauteur de 10,8 milliards de francs, les médecins de ville, pour un montant équivalent, et les hôpitaux, qui devront réduire le rythme de croissance de leurs dépenses pour économiser plus de 3 milliards de francs. On sait que des mesures rigoureuses ont déjà été prises et que la pesanteur que représente le coût des emplois dans les hôpitaux rend beaucoup plus difficile une accélération de la maîtrise des dépenses.

Je sais combien la tâche sera difficile pour mener à bien la restructuration hospitalière. Il faudra expliquer, convaincre et mettre en œuvre. Les regroupements, la recherche des complémentarités, la fermeture de lits et de certaines unités sont indispensables pour des raisons de sécurité sanitaire, comme l'a montré récemment le rapport du professeur Streg sur les urgences.

Cette restructuration est aussi un moyen de maîtriser les dépenses en fermant des lits sous-utilisés ou en les transformant en lits de long et moyen séjour, dont il existe encore de grands besoins. Soyez assurés de ma détermination et de celle du ministre délégué à la santé pour conduire ce mouvement dès 1994, dans la plus grande concertation avec tous les élus concernés.

Les premières mesures d'économie à la charge des assurés sociaux ont été mises en place rapidement, notamment avec la réduction de cinq points du taux de remboursement des prestations. Je suis bien consciente de l'effort ainsi demandé au consommateur.

En ce qui concerne la médecine ambulatoire, il convenait d'attendre la conclusion des discussions conventionnelles entre les syndicats de médecins et les caisses d'assurance maladie. Celles-ci se sont achevées avant l'expiration du délai fixé par le Gouvernement, et une nouvelle convention a été signée en fin de semaine dernière entre deux organisations syndicales de médecins et deux caisses d'assurance maladie. Cet accord vient d'être transmis aux pouvoirs publics pour agrément. Le Gouvernement fera prochainement connaître sa décision.

Je l'ai déjà dit à plusieurs reprises, cette convention médicale va dans la bonne direction et je m'en félicite. Pour la première fois, les organisations représentatives de médecins acceptent que soit établi un lien entre la réduction du rythme de croissance de leurs prescriptions et la revalorisation des honoraires. Plusieurs pays s'étaient déjà engagés dans cette voie. La France les y rejoint. C'était, à mon sens, une condition indispensable au succès de notre politique de maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Les dernières prévisions de la commission des comptes de la sécurité sociale, dont le déficit est supérieur à 20 milliards de francs à la fin de l'année pour la branche maladie, comme l'a souligné M. Zeller, montrent, s'il en était encore besoin, combien l'enjeu est important.

Il convient néanmoins de préciser certains aspects de cette convention, notamment en ce qui concerne les références médicales opposables. Elles ne doivent pas, à mes yeux, être seulement un instrument de maîtrise des

dépenses, mais également constituer un outil de promotion de la santé publique. Nous y travaillons actuellement.

Il sera par ailleurs nécessaire de veiller attentivement à ce que les objectifs affichés de ralentissement de la croissance des dépenses de prescription soient effectivement atteints, car c'est la condition *sine qua non* du succès du plan d'économie présenté en juillet dernier, et qui repose sur un équilibre des efforts demandés aux uns et aux autres.

M. Adrien Zeller, rapporteur spécial. Très bien !

Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville. Des réformes sont nécessaires dans le domaine de l'assurance maladie, comme vous l'avez souligné, monsieur Zeller. Les références médicales opposables et le dossier médical introduit par la convention médicale constituent à cet égard deux éléments structurants dont je souhaite souligner l'importance.

Je n'évoquerai pas aujourd'hui les crédits de la politique de la ville qui seront examinés la semaine prochaine par votre assemblée. Néanmoins il me paraît nécessaire de rappeler combien la politique de la ville est étroitement liée à la politique sanitaire et sociale que j'entends mener en 1994. Qu'il s'agisse des programmes d'action sociale en faveur des jeunes, de la politique d'insertion des exclus, des dispositifs d'accueil et de prise en charge des toxicomanes, l'action de mon département ministériel s'oriente prioritairement dans les quartiers qui connaissent les plus grandes difficultés. L'adjonction de la politique de la ville aux compétences traditionnelles du ministère des affaires sociales et de la santé permet - c'est un atout pour la politique du ministère - de rechercher toutes les complémentarités et les synergies nécessaires.

La mise en œuvre de ces priorités, que je viens d'évoquer devant vous, reposera sur les services du ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville, tant en administration centrale que dans les services déconcentrés. Ils devront, tout à la fois, imaginer, concevoir, négocier avec les partenaires locaux et associatifs, et - je le souligne - évaluer les actions mises en place.

L'administration sanitaire et sociale est pauvre - vous le savez bien - et je suis souvent saisie du contraste croissant entre l'ampleur de ses responsabilités et la faiblesse de ses moyens.

M. Jean-Yves Chamard. Absolument !

Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville. Mme Bachelot, M. Zeller, M. Chamard, M. Mattei l'ont souligné ; je les en remercie, car je l'ai moi-même souvent dit dans le passé.

Le projet du budget du ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville constitue à cet égard une première étape vers un renouveau de l'administration sanitaire et sociale puisque nous avons porté un coup d'arrêt à la réduction constante, depuis dix ans, des moyens qui lui sont consacrés. Aucune suppression d'emplois ne sera opérée sur les services déconcentrés, très peu en administration centrale et seulement sur les emplois qui n'étaient pas utilisables.

De même, la simplification de la structure gouvernementale a permis de rationaliser l'emploi des moyens de fonctionnement de l'administration.

Il conviendra de poursuivre cet effort de modernisation et de renforcement de l'administration du ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville. Cet effort est nécessaire, car les mesures qui ont été prises ces dernières années ont fait éclater ce ministère en des quantités de

structures qui n'ont plus l'efficacité nécessaire et qui rendent très difficile la coordination souhaitable pour être efficace.

Deux groupes de travail ont été mis en place récemment, l'un pour évaluer l'expérience lancée, il y a plus de deux ans, de création de direction régionale et inter-départementale de la santé et de la solidarité - les DRISS - , l'autre pour examiner les mesures de déconcentration et de simplification administrative et de clarification des compétences des différentes directions du ministère. Je disposerai des conclusions et des propositions de ces groupes de travail à la fin de cette année afin que, dès 1994, je puisse engager des actions de modernisation et de renforcement de l'administration sanitaire et sociale qui s'imposeront.

Mais, et vous le savez bien, l'enthousiasme et le dynamisme d'une administration ne se mesurent pas uniquement à l'aune de ses moyens budgétaires. J'ai retrouvé, en avril dernier, une administration profondément désorientée sur l'avenir de ses missions, sur le rôle que l'Etat doit encore assurer dans le domaine social, sur sa capacité et sa légitimité à intervenir encore aux côtés des collectivités locales et des associations. Depuis six mois, je me suis efforcée, lors de chacun de mes déplacements en province, de rencontrer les services, d'expliquer, de convaincre, de redonner confiance en l'avenir. Je crois qu'il y a bien longtemps que les personnels n'avaient pas eu autant de contact avec leur ministre. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour la démocratie française et du Centre et du groupe du Rassemblement pour la République.*)

Je crois que ce message commence à être entendu et que les administrations sanitaires et sociales - auxquelles je tiens à rendre hommage, car elles font, dans ces temps difficiles de crise, un travail remarquable qui n'est pas toujours reconnu - se mobilisent à nouveau autour des grands objectifs que nous nous sommes fixés. Cela était particulièrement nécessaire à l'heure où les difficultés économiques et sociales que traverse notre pays appellent de la part de mon département ministériel des actions nouvelles et déterminées, qui sont souvent bien difficiles à mener dans un contexte où les moyens leur sont comptés.

Monsieur le président, mesdames, messieurs les députés, le projet de budget du ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville qui vous est soumis pour 1994 réaffirme nettement, et je m'en félicite, la place et la responsabilité de l'Etat dans l'action sanitaire et sociale. Il nous donne les moyens de mener une politique ambitieuse dans un contexte économique et budgétaire dont vous connaissez parfaitement les contraintes, que nous ne saurions nier. Nous devons au contraire en tenir compte pour avoir de véritables priorités.

Je suis convaincue que les politiques que nous pourrions mettre en œuvre contribueront à renforcer la cohésion sociale dont notre pays a tant besoin. Je compte sur vous pour m'y aider. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour la démocratie française et du Centre et du groupe du Rassemblement pour la République.*)

M. le président. La parole est à M. le ministre délégué à la santé.

M. Philippe Douste-Blazy, ministre délégué à la santé. Monsieur le président, mesdames, messieurs les députés, les crédits du ministère de la santé vous sont présentés aujourd'hui en forte augmentation malgré un contexte budgétaire extrêmement tendu. Cette progression est la

traduction concrète de la priorité que le Gouvernement accorde à la santé publique. Et elle est, à elle seule, plus éloquent que tous les discours.

M. François Rochebloine. Très bien !

M. Laurent Cathala. Et la maîtrise des dépenses de santé ?

M. le ministre délégué à la santé. Les crédits prévus en 1994 pour le ministère de la santé s'élèvent à 2,738 milliards de francs...

M. Laurent Cathala. En l'absence de maîtrise, on diminue les crédits !

M. le ministre délégué à la santé. ... soit une augmentation de près de 7 p. 100 par rapport aux crédits votés en loi de finances initiale pour 1993.

Pourquoi ? Parce que l'urgence est là : qu'il s'agisse de l'accès aux soins, de la qualité de la médecine, du progrès technique, de la situation des professions de santé, de l'inquiétude face aux nouvelles maladies - au premier rang desquelles le sida - les Français attendent du Gouvernement une attitude volontariste et déterminée.

M. Laurent Cathala. La maîtrise !

M. le ministre délégué à la santé. C'est dire que les responsabilités qui incombent aux pouvoirs publics sont immenses et s'accroissent chaque jour. Naguère, la santé était avant tout l'affaire des médecins et des malades, l'Etat se bornant à fixer les règles générales d'organisation et de financement. Mais des événements récents et dramatiques sont venus nous rappeler la responsabilité éminente de la puissance publique. C'est à elle qu'il incombe, dans le respect des compétences des personnels médicaux, de rendre notre système de soins plus efficace, mieux adapté aux besoins, plus sûr.

Le projet de budget qui vous est soumis, mesdames, messieurs les députés, traduit la volonté du Gouvernement de se donner les moyens d'une véritable politique de santé publique, si nécessaire aujourd'hui.

Bien sûr, et Jean-François Mattei l'a rappelé avec force, les quelque 2,5 milliards de francs inscrits sur le budget du ministère ne représentent qu'une faible part de l'ensemble des sommes que la collectivité nationale consacre à la santé. Je m'associe au souhait que vient d'exprimer Mme le ministre d'Etat d'instituer un débat parlementaire sur ce sujet.

M. Patrick Ollier. Très bien !

M. le ministre délégué à la santé. C'est, en effet, la particularité de notre système de protection sociale que de confier aux partenaires sociaux une responsabilité importante dans la gestion de la santé. Mais l'Etat a un rôle essentiel et spécifique qui ne peut pas, et ne doit pas, être abdiqué, celui de veiller à la cohérence d'ensemble de la politique de santé publique, en donnant des impulsions fondamentales et en exerçant pleinement sa fonction d'arbitrage dans l'intérêt général. L'Etat doit, notamment, faire en sorte que la maîtrise des dépenses de santé et les mécanismes de prise en charge des soins soient compatibles avec les impératifs de santé publique.

Il dispose, à cette fin, de multiples outils. Je pense en particulier au pouvoir d'agrément de la convention médicale ou à la définition et à la mise en place de références médicales et du dossier médical que les organisations syndicales de médecins et les caisses d'assurance maladie ont décidé de créer. Soyez assurés que le ministère de la santé jouera pleinement son rôle en la matière, car il s'agit là d'un outil indispensable et à la maîtrise des dépenses - monsieur Cathala - et à la promotion de la santé

publique. J'ajouterai même que tant les références médicales que le dossier médical sont les outils d'une réforme en profondeur, structurelle, de notre système de soins, réforme qu'appelaient ce matin de leurs vœux M. Mattei et M. Zeller.

Mesdames, messieurs les députés, un budget, quel que soit son volume, n'est rien si les crédits disponibles sont dispersés, si les priorités ne sont pas clairement affichées.

C'est pourquoi l'action que je compte mener en 1994 s'orientera autour de cinq axes essentiels : intensifier les actions de prévention et de prise en charge du sida, développer sans relâche la lutte contre la toxicomanie, renforcer les outils de veille et de sécurité sanitaire, mettre en œuvre une véritable politique de restructuration hospitalière et, enfin, améliorer l'accès aux soins des plus démunis.

La lutte contre le sida est une priorité absolue. Vous savez, en effet, mesdames, messieurs les députés, que la France est le pays d'Europe le plus touché par l'épidémie de sida : plus de 100 000 personnes séropositives, plus de 23 000 cas cumulés de sida déclaré. Ne nous voilons pas la face, c'est une véritable situation d'urgence sanitaire, qui nous impose de frapper fort et vite. Chaque bataille perdue est une chance de moins de gagner la guerre contre l'épidémie.

Et pour frapper fort et vite, pour que le Gouvernement puisse assumer pleinement ses responsabilités, il faut des moyens. Ces moyens, mesdames, messieurs les députés, nous les avons aujourd'hui. Nous mettons en place une stratégie forte, tous azimuts contre le sida. Les crédits budgétaires consacrés au sida progresseront en 1994 de 26 p. 100 et atteindront 267 millions de francs. Je remercie MM. Mattei, Bardet, Bartolone, Foucher et Rodet qui ont bien voulu souligner cet effort.

Notre stratégie passe d'abord, et avant tout, par la prévention. Pourquoi ? Parce que - il faut le dire et le redire sans cesse - tant que nous ne disposerons pas de thérapeutique efficace, le seul vaccin, c'est la prévention.

Et la prévention comprend deux axes : des campagnes générales d'information bien sûr, et croyez bien que je ne négligerai rien en ce domaine, mais aussi des actions de prévention sur le terrain, auprès des publics les plus exposés. Je pense en particulier aux jeunes, en direction desquels un effort tout particulier devra être fait.

M. Foucher et M. Bartolone m'ont posé la question des moyens accordés à Sida info-services. Je souhaite les rassurer. La subvention qui était prévue en 1993 pour cette association est versée, et le budget de cet organisme passera de 18,6 millions de francs à 19,5 millions de francs en 1994.

Qui dit prévention dit aussi dépistage. Nous devons, dans la confiance et la concertation, encourager de toutes les manières possibles le dépistage volontaire du sida. Ici encore, les crédits budgétaires, déjà notablement renforcés lors du collectif de printemps, seront portés à 18 millions de francs en 1994. Nous pourrions ainsi ouvrir de nouveaux centres de dépistage anonyme et gratuit.

Enfin, nous devons améliorer la prise en charge de ceux qui sont malades. Je pense en particulier à la prise en charge extra-hospitalière.

Il est de notre responsabilité d'humaniser dans toute la mesure du possible les conditions de vie de ceux qui souffrent. C'est pourquoi le budget de 1994 permettra d'accroître de plus de 80 p. 100 les dispositifs d'aide à la vie quotidienne, de développer les capacités d'hébergement et les appartements thérapeutiques.

Permettez-moi d'ajouter que ces crédits viennent en plus de ceux que consacrent les hôpitaux aux soins des malades atteints du sida, c'est à dire plus de 4 milliards de francs.

Je crois, au total, que le budget que je vous présente marque une inflexion importante dans la lutte contre le sida : nous avons eu trop de paroles mais pas assez d'actes et de moyens. Ce n'est plus le cas aujourd'hui.

La deuxième priorité de mon ministère, c'est la lutte contre la toxicomanie. Notre pays compte près de 150 000 toxicomanes, qui sont aussi l'une des populations les plus exposées aux risques de contamination par le virus du sida.

Il y a deux mois, le Premier ministre a fait de la lutte contre la toxicomanie une priorité gouvernementale. Nous avons dégagé des moyens importants. Ici encore, un tournant a été pris. Ce n'est, bien sûr, que la première bataille. Bien d'autres devront être menées. Nous aurons besoin de toutes les bonnes volontés. Et je salue l'action courageuse des membres de la représentation nationale qui, sur le terrain, mènent la lutte contre ce fléau.

Car c'est à un redoutable défi que nous sommes tous confrontés – Gouvernement, parlementaires, élus locaux, médecins, associations. Tous ensemble, nous devons redoubler d'efforts.

Le Gouvernement a, pour sa part, pris ses responsabilités et s'est fixé un programme ambitieux : doublement des places de post-cure sur trois ans, ouverture de près de mille places de méthadone, augmentation des moyens consacrés aux injonctions thérapeutiques, actions de prévention à l'école, programme d'échange de seringues, journée nationale d'information.

Bien sûr, beaucoup reste à faire. Mais permettez-moi de rappeler que lorsque nous sommes arrivés avenue de Ségur, il n'y avait guère plus de cinquante places de méthadone disponibles dans ce pays !

M. Patrick Ollier. Eh oui !

M. le ministre délégué à la santé. Voilà, me semble-t-il, une priorité qui ne reste pas au niveau des paroles, mais se traduit en actes.

Le projet de budget pour 1994 nous donne les moyens de nos ambitions. Les crédits consacrés à la lutte contre la toxicomanie s'élèveront, en effet, à 721 millions de francs en 1994 et ils connaîtront une forte progression jusqu'en 1996. Au total, ce sont ainsi plus de 400 millions de francs supplémentaires qui seront dégagés dans les prochaines années, conformément au plan gouvernemental de lutte contre la toxicomanie. Et je remercie M. Rodet d'avoir remarqué l'effort accompli par ce budget dans ce secteur.

Mais ce n'est pas tout. Nous devons prendre route la mesure de ce fléau et mener une action aussi diversifiée que possible.

Je vous l'ai dit, cette bataille exige la mobilisation de toutes les énergies. La Délégation générale de lutte contre la toxicomanie devra, notamment, jouer pleinement son rôle de coordination interministérielle, d'animation et d'innovation. Les hôpitaux devront accroître leurs efforts pour accueillir plus largement les toxicomanes qui souhaitent suivre une cure de désintoxication. Enfin, les associations spécialisées, qui sont le relais indispensable de l'action des pouvoirs publics, seront largement associées à cet effort.

Mais une véritable politique de santé publique ne consiste pas uniquement dans la lutte contre les grands fléaux. L'un des changements les plus marquants des dix dernières années est sans doute l'attention nouvelle portée

aux exigences de veille et de sécurité sanitaires. Le drame du sang contaminé a été, à cet égard, le révélateur des carences de notre système de santé.

Surveiller l'apparition des nouvelles maladies, organiser le plus tôt possible les dispositifs de prévention et de prise en charge, veiller à la sécurité de nos dispositifs sanitaires, telles sont les missions prioritaires que doit aujourd'hui se fixer l'Etat.

C'est dans cet esprit que nous entendons, Mme Veil et moi-même, réformer l'Agence française du médicament, dans le sens d'un renforcement de la responsabilité de la puissance publique, comme a bien voulu le souligner Mme Bachelot.

De même, le réseau national de santé publique, qui a montré au cours des dernières semaines sa remarquable efficacité dans la détection de l'épidémie de listériose, verra ses moyens budgétaires renforcés. Votre rapporteur nous a encouragé dans cette voie. Je souhaite que la plus grande coordination s'établisse entre les différentes structures chargées de la veille sanitaire et de l'épidémiologie : le réseau national, bien sûr, mais également les observatoires régionaux de santé et les médecins inspecteurs des DRASS et des DDASS dont il est souhaitable que le nombre s'accroisse sensiblement dans les prochaines années.

M. Foucher et M. Bartolone notamment m'ont interrogé sur les crédits de la lutte contre l'alcoolisme, qui fait partie, dans mon esprit d'une politique de santé publique, et je suis entièrement d'accord avec M. Jean-François Mattei sur ce point. Ces crédits bénéficient aux centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie qui forment la pièce essentielle du dispositif de prise en charge des malades alcooliques. Actuellement, les financements prévus pour le dispositif sont de 144 millions de francs en 1994 contre 141 millions de francs en 1993, soit une augmentation de 1,83 p. 100.

Enfin, il n'y a pas de politique de santé publique sans évaluation, et Jean-Pierre Foucher a bien fait de le rappeler. Toutes nos actions de prévention seront évaluées, je peux vous en donner la certitude. A cet égard, je voudrais préciser à l'attention de M. Rodet que le budget de l'INSERM, en 1994, progressera globalement de 3,09 p. 100 et donc, que la très faible baisse de notre subvention n'affectera pas ses moyens.

Parallèlement, nous devons, en 1994, travailler à mieux adapter le système hospitalier aux besoins de la population, et ce dans un contexte budgétaire très tendu.

Mme Veil vous a rappelé les grands principes qui fondent notre politique hospitalière.

L'évolution des technologies médicales, le souci d'offrir des réponses adaptées aux besoins des populations, la nécessité d'assurer pleinement la sécurité sanitaire au sein de l'hôpital, enfin, les contraintes qui pèsent sur les finances sociales sont autant de facteurs qui rendent nécessaire et urgente une politique globale de restructuration.

La loi hospitalière de 1991 en offre le cadre juridique.

Les schémas régionaux d'organisation sanitaire en cours d'élaboration dans les directions régionales nous indiqueront l'état des lieux et les priorités d'organisation de l'offre des soins hospitaliers dans chaque région.

Le ministre d'Etat et moi-même prendrons, sur la base de ces schémas, les décisions qui s'imposeront pour assurer les regroupements et les complémentarités nécessaires entre les structures existantes. Cette politique ne pourra produire ses pleins effets qu'à moyen terme, j'en suis

conscient. Elle n'en doit pas moins être engagée dès maintenant. C'est la mission à laquelle le ministre d'Etat et moi-même sommes résolus.

Enfin, j'entends renforcer de manière significative l'accès des plus démunis au système de soins. Jean-Pierre Foucher a prononcé à cet égard des paroles très fortes, et je fais mienne sa volonté d'un renforcement des solidarités contre l'exclusion. Nous savons en effet que la lutte contre l'exclusion se joue aussi et peut être avant tout, sur le terrain sanitaire.

La marginalisation de couches importantes de population rend plus nécessaire que jamais une action volontariste qui doit offrir à tous les moyens de bénéficier de soins de qualité et prendre le relais des dispositifs d'aide sociale, d'aide médicale, d'aide au logement. Là encore, l'action de notre ministère devra, en un véritable partenariat, s'appuyer sur celle des collectivités locales, des hôpitaux, des milieux associatifs et des médecins de ville.

Pour ne prendre qu'un seul exemple, la lutte contre la tuberculose, hélas en pleine recrudescence dans les milieux les plus défavorisés, doit mobiliser les efforts de tous. Nous ne pouvons pas accepter le retour dans nos cités d'un mal du XIX^e siècle !

Nous devons faire preuve d'imagination et faciliter l'accueil des plus démunis dans les hôpitaux, en les aidant à s'orienter dans les dispositifs sanitaires, à faire valoir leur droit à l'aide médicale, à l'assurance maladie.

De même, il importe d'en finir avec la coupure encore trop forte entre l'hôpital et la médecine ambulatoire. Je souhaite, en ce domaine, favoriser la création de réseaux ville-hôpital qui assurent la continuité des soins et de la prise en charge. Soyez assurés que je veillerai à ce que les idées nouvelles ne soient pas rejetées par principe et que, au contraire, les expériences, les actions pilotes soient encouragées.

Mesdames, messieurs les députés, je voudrais, en terminant, remercier les rapporteurs de leur excellent travail. Je remercie aussi M. Bardet et M. Foucher qui, au nom de leurs groupes, ont bien voulu nous apporter leur soutien.

Le projet de budget qui vous est présenté est ambitieux, parce que les crédits augmentent beaucoup, mais aussi parce que, loin de disperser et d'éparpiller les moyens nouveaux qui nous sont accordés, il en organise au contraire la concentration autour de quelques axes prioritaires.

Ce n'est en effet que par un effort accru de volontarisme et de lisibilité qu'une véritable politique de santé publique pourra voir le jour dans notre pays. C'est la tâche que le ministre d'Etat et moi-même sommes résolus à mener à bien. *(Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour la démocratie française et du Centre et du groupe du Rassemblement pour la République.)*

M. le président. Nous en arrivons aux questions.

Nous commençons par les questions du groupe République et Liberté.

La parole est à M. Alain Madalle, pour une première question.

M. Alain Madalle. Cette question, qui ne sera pas tellement d'ordre budgétaire, concerne la reconnaissance des dix millions de retraités et préretraités qui constituent en France une frange essentielle de la population.

Il n'est pas question de les opposer aux salariés, mais de faire en sorte qu'ils continuent à être pleinement intégrés à notre société et puissent ainsi participer, par le biais de leurs associations représentatives, au processus de réflexion sur l'avenir du système de retraite en particulier,

et de notre société en général. Je pense qu'ils ont un rôle actif à jouer dans les instances où s'élabore, se décide, se gère et se contrôle le système de retraite.

Certes, ils sont représentés aussi bien dans les comités départementaux qu'au comité national des retraités et personnes âgées, mais ces comités n'ont qu'un rôle consultatif.

Ils sont également représentés au sein des conseils d'administration des caisses de sécurité sociale du régime général, mais seulement avec voix délibérative dans les CRAM, les caisses régionales d'assurance maladie, et à la CNAV, la caisse nationale d'assurance vieillesse. A la CNAV, sur vingt-cinq membres que comprend le conseil d'administration, seuls siègent deux représentants de retraités, et ils sont désignés par les autres membres du conseil d'administration.

De même, au Conseil économique et social, en dépit de la refonte de 1984, la représentation des retraités est assurée par des personnalités qui ne sont pas nécessairement issues d'organismes où se traitent ces problèmes.

M. le président. Pouvez-vous poser votre question, monsieur Madalle ? Il vous reste vingt secondes.

M. Alain Madalle. J'y arrive, monsieur le président. Je serai plus rapide pour la prochaine !

M. le président. Monsieur Madalle, on ne forfaitise pas ? *(Sourires.)*

M. Alain Madalle. Madame le ministre d'Etat, comptez-vous prendre des mesures pour que les associations de retraités puissent être représentées dans les organismes où se préparent, se gèrent et se contrôlent les décisions concernant les systèmes de retraite ?

M. le président. La parole est à Mme le ministre d'Etat.

Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville. Monsieur le député, vous avez vous-même indiqué que les retraités étaient déjà représentés au comité national des retraités et des personnes âgées, lieu de dialogue, d'information et de réflexion. Ils y participent à l'élaboration et à l'application de toutes les décisions les concernant.

Ce comité, saisi de l'ensemble des questions qui ont une conséquence pour les personnes âgées, est présidé par le ministre des affaires sociales. Il comprend des parlementaires, des représentants des départements et des communes, des magistrats et, surtout les représentants de seize associations et organisations de retraités, qui regroupent au total 3,5 millions d'adhérents. Au niveau départemental, des comités jouent auprès du préfet un rôle équivalent à celui que joue le comité national aux côtés du ministre.

Il existe donc des structures pour entendre les retraités, dont je reçois d'ailleurs les représentants des associations le plus fréquemment possible. Naturellement, quand nous aurons avancé davantage dans l'élaboration du texte sur la dépendance, ils seront les premiers entendus. J'ai déjà eu l'occasion de recueillir leurs observations, leurs réflexions et leurs suggestions.

Si l'on devait admettre dans les différents organismes de sécurité sociale, tels qu'ils sont organisés aujourd'hui, c'est-à-dire paritairement, toutes les catégories concernées, l'on arriverait à une très grande complexité. Ce ne serait pas le moyen le plus efficace pour permettre aux intéressés d'être entendus, et aux organismes de fonctionner d'ailleurs.

Il est donc préférable de préserver la situation actuelle, en sachant simplement que nous devons encore développer le plus possible la concertation directe avec

eux. Je crois qu'il est bon qu'ils aient accès directement au bureau du ministre, à ceux de ses services et même à l'administration et que j'essaie d'avoir une très grande concertation et même bien davantage avec eux. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour la démocratie française et du Centre et du groupe du Rassemblement pour la République.*)

M. le président. La parole est à M. Alain Madalle, pour une seconde question.

M. Alain Madalle. Ma seconde question porte sur les centres d'hébergement et de réadaptation sociale qui ont un volume d'activité impressionnant : 10 millions de journées-membres par an. Dans le contexte actuel de crise, ils représentent l'un des piliers de l'action sociale auprès des populations les plus démunies.

À la lecture du projet de budget, on peut se demander s'il faut limiter leur action, voire les réduire, ou au contraire les aider à poursuivre. À mon sens, la réponse est évidente : il faut les aider à poursuivre.

Or, après les déficiences et les carences des budgets précédents, dont vous n'êtes d'ailleurs pas responsable, madame le ministre, les crédits pour 1994 apparaissent encore en légère baisse. Compte tenu des retards accumulés, comment les CHRS, qui sont de la compétence de l'Etat depuis 1986, pourront-ils avoir les moyens de remplir correctement leur mission, qui est presque une mission de service public ?

M. le président. La parole est à Mme le ministre d'Etat.

Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville. Monsieur le député, je crois avoir répondu pour partie déjà à votre question mais je tiens à insister parce que je le sais cette préoccupation légitime anime un grand nombre d'entre vous.

J'ai dit moi-même combien nous étions attachés au maintien et même au développement des CHRS, surtout avec les perspectives sociales actuelles. Ils ont un rôle indispensable. Vous considérez même que l'on peut parler de service public : c'est ce que je pense aussi. Nous ne pourrions pas les remplacer. Nous souhaitons donc non seulement les maintenir mais les renforcer.

Malheureusement, nous avons trouvé une situation très dégradée dans la mesure où nos prédécesseurs avaient, de façon très inconséquente et imprudente, pris des mesures rétroactives sans prévoir les inscriptions budgétaires nécessaires.

Dès notre arrivée, nous nous en sommes préoccupés. Nous avons notamment demandé une mission d'audit conjointe de l'inspection générale et de l'inspection des affaires sociales pour savoir comment boucler l'année 1993, car nous manquons d'argent pour ce financement. Nous suivrons les conclusions de cet audit et nous prendrons éventuellement des mesures dans le collectif. J'ai déjà affecté récemment aux CHRS 26 millions de francs supplémentaires sinon certains d'entre eux auraient dû fermer ou en tout cas supprimer des emplois.

Pour l'année 1994, la diminution des crédits dans le projet de loi de finances résulte de la généralisation d'une mesure déjà mise en place dans certains CHRS et qui fonctionne de façon satisfaisante, à avoir la participation des personnes accueillies aux frais de leur hébergement quand elles en ont la possibilité. Une telle responsabilisation est importante en une époque où l'on doit se fixer des priorités et réserver les crédits aux plus démunis, qui ne peuvent pas payer. Cela me paraît normal quand c'est possible.

J'insiste sur le fait que la participation est évidemment liée à la situation financière des personnes, avec un seuil journalier minimal qui pourrait être de 1 p. 100 du RMI mensuel, ce qui tout de même peu de chose, et un seuil maximal égal à 30 p. 100 des ressources.

Cette mesure nouvelle procure une économie évaluée à 70 millions de francs. Ainsi les ressources dont disposeront de fait les CHRS progresseront de 40 millions de francs en 1994. Nous verrons, dès que nous aurons les résultats de l'enquête demandée, s'il y a lieu de prendre encore d'autres mesures pour 1994.

Je tiens en tout cas à vous assurer, monsieur le député, que nous sommes extrêmement attentifs à ce problème évoqué par un grand nombre d'entre vous ce matin et qui fait d'ailleurs l'objet de plusieurs questions. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour la démocratie française et du Centre et du groupe du Rassemblement pour la République.*)

M. le président. Nous passons au groupe de l'Union pour la démocratie française et du Centre.

La parole est à M. Jean-Luc Prél.

M. Jean-Luc Prél. Madame le ministre d'Etat, lorsque vous avez pris vos fonctions, la situation des comptes sociaux était catastrophique. Vous avez pris des mesures courageuses, et je vous en félicite. Vous souhaitez, pour ne pas oublier le malade, une maîtrise médicalisée des dépenses.

Les dépenses de santé sont d'environ 610 milliards et les hôpitaux « pèsent » pour environ 48 p. 100 dans cette somme. Il est donc logique qu'ils vous préoccupent et que vous souhaitiez optimiser leurs dépenses, mais il faut se souvenir que les dépenses de personnels, plutôt sous-payés et non pléthoriques, interviennent pour 70 p. 100.

Depuis la mise en place du budget global, un grand nombre d'hôpitaux souffrent, surtout les meilleurs. Ce budget, ne prenant pas en compte l'activité, agit comme un nœud coulant et les étrangle. Or doivent être maintenus des critères de qualité des soins et de sécurité des malades.

Le taux directeur que vous avez fixé pour 1994 est particulièrement bas, volontariste, certes, mais sans doute irréaliste. Il est insupportable pour les hôpitaux dont l'activité augmente. De plus, il ne permet pas l'application des engagements pris par le gouvernement précédent vis-à-vis du personnel.

Je me permets donc de vous poser de rapides questions sur le budget hospitalier. Prendrez-vous en compte l'activité réelle des hôpitaux ? Donneriez-vous aux hôpitaux les moyens d'appliquer les mesures gouvernementales concernant le personnel ? Vous avez engagé dans deux régions une expérimentation de budget par pathologies. Envisagez-vous, à titre expérimental, dans quelques hôpitaux, un budget par objectifs négociés, actualisable en fonction de l'activité. Enfin, ne pourriez-vous pas, à titre expérimental dans une région, envisager une réelle responsabilisation des conseils d'administration, responsabilisation juridique et financière ?

Je vous remercie, madame le ministre d'Etat, de votre écoute et, par avance, de vos réponses. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour la démocratie française et du Centre.*)

M. le président. La parole est à Mme le ministre d'Etat.

Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville. Monsieur le député, la question que vous posez, extrêmement importante, nous préoccupe

depuis six mois. Nous n'avons pas attendu l'approche du budget pour nous pencher sur ces comptes et sur les différentes méthodes pour parvenir à une meilleure maîtrise des dépenses hospitalières. Vous avez souligné qu'elles représentaient 48 p. 100 des dépenses de santé et que la marge de manœuvre était extrêmement courte puisque ce sont pour 70 p. 100 et parfois plus des dépenses de personnels.

Nous nous rendons donc très bien compte des difficultés. C'est la raison pour laquelle des solutions sont recherchées pour mieux adapter les ressources budgétaires à l'activité des établissements hospitaliers, comme vous-même semblez le préconiser. Nous avons engagé une expérience dans la région Midi-Pyrénées, dont nous attendons des indications importantes.

La situation actuelle résulte de la pérennisation du budget global : on est parti d'une situation donnée, puis on a augmenté chaque année en pourcentage sans se préoccuper de l'activité, qui est évidemment quelque chose d'essentiel. Une telle méthode, certains l'ont souligné ce matin, n'encourage pas l'hôpital à être plus efficace et ne favorise pas les plus dynamiques. Au contraire, elle incite parfois à renvoyer des malades sur d'autres établissements pour ne pas dépasser la masse globale. Il faut donc remédier à cette situation.

Le taux directeur pour 1994 a été fixé à 3,35 p. 100. Il prend en compte l'intégralité des mesures salariales liées à l'application du protocole relatif à la fonction publique hospitalière avec une enveloppe spécifique de 1,07 p. 100. Nous avons calculé quelles en étaient les conséquences. Il intègre par ailleurs l'ensemble des mesures salariales générales arrêtées pour 1994, auxquelles s'ajoute l'effet report des mesures salariales prises en 1993.

C'est au niveau de la décomposition du taux, entre le taux de reconduction moyen et les marges de manœuvre départementales et régionales, que se situe l'effort demandé aux établissements pour tenir compte de l'évolution différente de leurs missions et du niveau d'activité. Donc, sans même attendre les résultats de l'étude menée dans la région Midi-Pyrénées, nous pouvons déjà procéder à certaines adaptations au niveau régional.

Enfin, la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière a introduit un élément de prospective et d'évaluation, le rapport d'orientation budgétaire, qui traduit annuellement et budgétairement le plan d'établissement arrêté pour cinq ans et qui permet de développer un dialogue avec les autorités de tutelle sur les objectifs de l'établissement et sur les moyens nécessaires pour les réaliser.

Nous pensons donc qu'avec ces différents instruments, nous pourrions tenir le taux directeur de 3,35 p. 100. Vous dites que ce n'est pas réaliste ? Mais c'est indispensable ! Nous savons bien que c'est difficile, que cela demandera à chacun une grande responsabilité dans l'exercice de ses fonctions : en fait, il s'agit de rendre l'outil hospitalier, patrimoine de la collectivité nationale, le plus performant possible.

En ce qui concerne la responsabilisation des conseils d'administration, il est très difficile de répondre à votre souci avec le système actuel. En effet, les représentants au conseil d'administration ne sont pas, le plus souvent, ceux qui ont la responsabilité financière. Je comprends très bien que cela vous préoccupe. Il y a sans doute une réflexion à engager sur le sujet mais, comme la loi hospitalière vient d'être changée, il est difficile de remettre tout en chantier. Il n'est pas exclu toutefois que, dans le cadre du projet de loi que nous préparons pour le printemps sur la protection sociale, nous réfléchissions à ces pro-

blèmes. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour la démocratie française et du Centre et du groupe du Rassemblement pour la République.*)

M. le président. La parole est à M. Jean-Gilles Berthommier.

M. Jean-Gilles Berthommier. La France compte 11,5 millions de personnes de plus de soixante ans et 1,5 million de nos compatriotes de plus de soixante-cinq ans vivent dans une situation de dépendance. Dès aujourd'hui, cela pose un véritable défi économique et social à notre pays.

Il existe des rapports exhaustifs en la matière. Je pense à ceux du commissariat général du Plan en 1990 et à la mission parlementaire en 1992. Ils ont montré l'ampleur du problème. L'Inserm de son côté, dans une approche épidémiologique des besoins en services pour les personnes âgées dépendantes, a classifié les types de dépendance en fonction de l'ampleur du handicap.

Nous avons donc les éléments de base pour nous prononcer sur ce problème qui s'aggrave avec le temps puisque, d'ici à dix ans, le nombre des personnes de plus de quatre-vingt-cinq ans va doubler.

Le traitement de la dépendance a bien évidemment un coût, que l'on chiffre aux alentours de 38 milliards, dont il faudrait défalquer les 18 milliards qui y sont d'ores et déjà consacrés actuellement.

Madame le ministre d'Etat, je sais l'importance que vous accordez à ce problème. Bien que votre réflexion ne soit pas encore arrêtée, je souhaite vous poser deux questions sur les orientations générales. Pensez-vous assimiler la dépendance à un risque social au même titre que la maladie, la vieillesse, la maternité ou les accidents du travail ? Sachant l'état de nos comptes sociaux, quelles pistes de financement envisagez-vous ?

M. le président. La parole est à Mme le ministre d'Etat.

Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville. Monsieur le député, je vous remercie d'avoir rappelé ces chiffres. Ne nous laissons pas entraîner pour autant dans un pessimisme excessif !

Les rapports récemment déposés montrent que l'allongement de l'espérance de vie n'a pas allongé la période pendant laquelle les gens sont dépendants. En fait, c'est la période pendant laquelle la santé est bonne qui s'est allongée. Chacun ne peut que s'en réjouir.

Cette évolution a une incidence positive sur les dépenses sociales, dont la progression sera moins rapide que si la période de lourd handicap s'était accrue.

Des pistes très différentes s'offrent à nous en ce qui concerne la dépendance. En effet, l'Assemblée nationale a beaucoup travaillé – et l'on a évoqué différents rapports, notamment le rapport Boulard. Le Sénat s'est, lui aussi, penché sur le problème. Je rappellerai également le rapport Schoplin.

Les études réalisées portent tantôt sur le « risque social », tantôt sur les mesures d'aide sociale – avec des dispositions visant à éviter que les conseils généraux, qui en sont naturellement les gestionnaires n'en supportent la charge.

Cela étant, on peut sans doute aller plus loin dans la voie d'un redéploiement et comptabiliser certains crédits dans les dépenses de dépendance.

Il est actuellement difficile de se prononcer sur la notion de risque social, ainsi que sur les modes de financement. Selon la définition retenue pour ce risque « dépendance », le nombre des personnes susceptibles d'en

bénéficier et le montant des prestations qui leur seraient versées est susceptible de fortes variations. Cela sera fonction des possibilités de financement, de l'état général de la sécurité sociale et des choix que nous ferons. Mais dès que nous serons un peu plus avancés - et ce sera, je l'espère, très bientôt -, je me tiendrai, comme je l'ai déjà dit, à la disposition de l'Assemblée pour lui apporter toutes les précisions qu'elle souhaitera. *(Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour la démocratie française et du Centre et du groupe du Rassemblement pour la République.)*

M. le président. La parole est à M. François Rochebloine.

M. François Rochebloine. Madame le ministre d'Etat, j'appelle votre attention sur la situation des veuves, notamment sur les difficultés qu'elles rencontrent dans les années qui suivent le décès de leur conjoint.

L'institution de l'assurance veuvage en 1980 répondait à cet objectif.

Cependant, les conditions d'attribution de cette allocation ont limité le nombre de ses bénéficiaires, de sorte que les ressources collectées à cette fin sont largement supérieures aux dépenses. En 1992, moins de 15 000 veuves en ont bénéficié alors que près de 270 000 avaient moins de cinquante-cinq ans et 1 940 millions de francs ont été collectés au titre de l'assurance veuvage alors que 438 millions seulement ont été redistribués.

En 1987, la durée d'attribution de l'allocation a été portée à cinq ans lorsque le décès survient après le cinquantième anniversaire du survivant.

Il nous faut aller plus loin, sans attendre l'achèvement de la réforme d'ensemble des régimes de retraite que vous avez engagée.

Est-il dans vos intentions de débloquer au profit des veuves les fonds de l'assurance veuvage, ces fonds qui sont les leurs ? Et si oui, selon quelles modalités ?

Par ailleurs - et ce sera le second volet de ma question - les veuves ont droit, lorsqu'elles atteignent cinquante-cinq ans, à une pension de réversion. Ce droit est, lui aussi, subordonné à des conditions de ressources et n'assure que 52 p. 100 des droits acquis par l'assuré. Avez-vous l'intention de porter ce taux à 60 p. 100 ? Ne pourrions-nous y parvenir en deux étapes ?

En tout état de cause, une pension de réversion, dont le montant moyen est d'environ 1 600 francs par mois, ne permet pas de vivre convenablement. Certes, les veuves peuvent percevoir l'allocation supplémentaire du fonds national de solidarité, mais il leur faut attendre soixante-cinq ans. Comment, dans ces conditions, peuvent-elles vivre décemment entre cinquante-cinq et soixante-cinq ans ?

On ne peut laisser dans une telle situation de pauvreté des femmes qui ont consacré leur vie à leur famille.

Entendez-vous ramener à cinquante-cinq ans pour les veuves l'âge d'accès au FNS ? Je n'ignore pas les difficultés financières de nos régimes de protection sociale, mais je tiens à souligner que ces demandes n'ont rien à voir avec une quelconque revendication catégorielle, qu'elles sont fondées sur la simple équité et qu'elles tendent à assurer aux intéressées la plus élémentaire dignité.

Les 13 et 14 novembre prochains vous participerez, à Saint-Etienne, au congrès national des veuves. Nous aimerions que, à cette occasion, vous leur apportiez des réponses positives. D'avance, je vous remercie. *(Applau-*

dissements sur les bancs du groupe de l'Union pour la démocratie française et du Centre et du groupe du Rassemblement pour la République.)

M. le président. La parole est à Mme le ministre d'Etat.

Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville. Monsieur le député, je vous remercie de la possibilité que vous m'offrez de m'exprimer sur ce sujet avant même que ne se tienne le congrès national des veuves.

Leur situation a toujours fait l'objet d'une attention particulière de ma part, car cette catégorie de population est souvent en grande difficulté. En effet, une femme qui, ayant renoncé à avoir une activité professionnelle pour se consacrer à l'éducation de ses enfants, se retrouve seule, est pratiquement dans l'impossibilité de trouver un quelconque emploi et est très vite marginalisée par rapport à la société.

Depuis plusieurs mois déjà, nous étudions la possibilité de prendre en compte leurs revendications, non pas lors de la refonte complète des textes qui doit intervenir en matière de prestations vieillesse, mais dans le projet de loi sur la famille, où il paraît naturel que le problème soit traité.

Certes, le fonds d'allocation veuvage qui a été constitué forme un tout avec l'ensemble de la sécurité sociale, mais nous songeons tout de même à augmenter les sommes allouées.

L'affaire est complexe car les montants accordés varient selon que le veuvage remonte à un an, deux ans ou trois ans. Il faut donc revoir la situation dans son ensemble.

Et surtout, nous étudions la possibilité de porter de 52 p. 100 à 60 p. 100 la pension de réversion. Je m'en suis entretenue récemment avec le président de la caisse nationale d'assurance vieillesse. Quitte à procéder à cette augmentation en plusieurs étapes, comme vous le suggérez, il serait bon, me semble-t-il, de le prévoir dans le texte sur la famille, si ce dernier nous en offre la possibilité financière - ce que je souhaite profondément. *(Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour la démocratie française et du Centre et du groupe du Rassemblement pour la République.)*

M. le président. Nous passons aux questions du groupe communiste.

La parole est à M. Georges Hage.

M. Georges Hage. Monsieur le président, madame le ministre d'Etat, monsieur le ministre délégué, mes chers collègues, en vingt ans, la toxicomanie n'a cessé de progresser.

Le rapporteur parle de 150 000 héroïnomanes. Des observateurs sérieux chiffrent à 200 000 ou 300 000 le nombre de toxicomanes dépendants.

Dès lors, qui ne se sentirait concerné ? Personne n'est à l'abri de ce fléau, qui déshumanise. Cependant, le libéralisme autorise-t-il trafiquants et financiers à accumuler les milliards du narcotrafic ?

De nombreuses voix s'élèvent pour réclamer les moyens propres à informer, prévenir, soigner.

La décision prise par M. Balladur dès son arrivée à Matignon d'amputer de 32 millions de francs le budget de la délégation générale à la lutte contre la toxicomanie, avait soulevé une émotion certaine et suscité une série d'actions chez ceux qui livrent au quotidien le combat difficile de l'accueil, de l'écoute, de l'aide et des soins à

ceux que nous considérons avant tout comme des malades et qui sont sans doute des victimes, à leur manière, de l'ordre social.

Le Gouvernement a dû faire marche arrière en présentant ces temps derniers les mesures d'un plan sanitaire qu'il entend mettre en œuvre dans les années à venir.

Ce plan prétend s'attaquer efficacement à cette sorte de malédiction des temps nouveaux.

Mais notre pays ne dispose aujourd'hui que de 600 lits de cure et de postcure en centres spécialisés, alors que les demandes de soins sont dix fois plus élevées. Un pays comme l'Italie en compte entre 9 000 et 10 000.

Le plan gouvernemental promet le doublement des lits, mais en trois ans. Il faudra attendre 1995 pour disposer de 1 400 lits. Pour autant, la France n'en demeurera pas moins l'un des pays les plus mal lotis d'Europe.

M. le président. Monsieur Hage, posez votre question !

M. Georges Hage. L'augmentation des subventions aux centres de soins est si limitée que les risques sont grands de les voir contraints à réduire leurs effectifs.

En juin dernier, les intervenants ont lancé un véritable cri d'alarme. Des rectifications budgétaires ont amputé les crédits de la prévention de la toxicomanie en février et mai 1993. Quelle légèreté, quelle inconscience partagée par deux gouvernements successifs !

M. le président. Monsieur Hage, je sais que le problème est très important, mais je vous en prie : posez votre question !

M. Georges Hage. Nous sommes fondés, madame le ministre, à vous demander de préciser les mesures qui authentifieront les déclarations gouvernementales et plus encore la transparence absolue sur l'affectation des crédits votés.

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

M. le ministre délégué à la santé. Monsieur le député, notre pays est effectivement très en retard dans la lutte contre la toxicomanie.

Ma réflexion se situera à quatre niveaux.

Premièrement, les centres d'accueil d'urgence. Lorsqu'un toxicomane décide brutalement, à trois heures du matin, de ne plus se droguer, que faut-il faire ? Il n'existe qu'un seul centre d'accueil d'urgence : le centre Charonne, à Paris. Cela ne suffit pas. Aussi allons-nous créer dix centres, à Paris mais aussi dans les grandes villes de France.

Deuxièmement, il faut créer, dans chaque hôpital universitaire ou hôpital général des villes de plus de 35 000 habitants, trois à cinq lits spécifiques pour la désintoxication.

Troisièmement - et c'est la grande question -, que fait-on une fois le drogué désintoxiqué ? C'est le problème de la postcure. Deux chiffres suffisent à résumer la situation : d'un côté, 150 000 toxicomanes, consommateurs de drogues dures, essentiellement des héroïnomanes ; de l'autre, 610 lits de postcure. On ne peut actuellement faire face à la demande. Quand un ancien toxicomane sollicite une place de postcure, il s'entend répondre : « Dans sept mois et demi ! » C'est pour lui 10 000, 20 000 occasions de retomber dans la drogue ! Aussi allons-nous doubler le nombre de lits de postcure au cours des deux prochaines années.

Quatrièmement, le problème de la toxicomanie se pose en termes différents depuis l'apparition du sida. Une politique ambitieuse s'impose si l'on veut réduire le risque d'épidémie. Il faut multiplier les programmes d'échanges

de seringues. Ces programmes seront, cette année, au nombre de quarante, contre six jusqu'à maintenant. A cela s'ajouteront des possibilités de traitement par substitution de méthadone. Nous disposons de cinquante-deux places en avril 1993, ainsi que vient de le dire Mme le ministre d'Etat. Nous en aurons 269 à la fin de cette année et 1 000 en 1994. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour la démocratie française et du Centre et du groupe du Rassemblement pour la République.*)

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

M. Paul Mercieca. Madame le ministre d'Etat, avec l'augmentation de la contribution sociale généralisée, les hausses de tarifs, le blocage des allocations familiales, des allocations chômage et des aides au logement, la hausse du forfait hospitalier et la réduction du remboursement des médicaments, la ponction sur le pouvoir d'achat des familles se sera élevée à plus de 100 milliards de francs entre mai 1993 et décembre 1994.

La prime de rentrée scolaire de 1 500 francs a représenté une bouffée d'oxygène pour nombre de familles, qui, malgré tout, n'ont pas pu faire face à l'ensemble des frais de la rentrée.

Depuis de nombreuses années, nous réclamons, avec les associations familiales, l'attribution d'un treizième mois d'allocations familiales au moment de la rentrée scolaire. Nous ne pouvons que nous féliciter que les familles aient été entendues.

Ma question concerne les critères d'attribution de cette allocation.

De nombreuses familles en ont été exclues car ne bénéficiant pas d'une autre allocation. Quelles dispositions comptez-vous prendre pour que chaque famille puisse percevoir cette prime de rentrée scolaire ?

Par ailleurs, il serait nécessaire de reconduire cette disposition chaque année, de revaloriser les allocations et de les accorder pour chaque enfant dès le premier. Est-ce votre intention ?

M. le président. La parole est à Mme le ministre d'Etat.

Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville. Monsieur le député, je crois avoir eu l'occasion de m'expliquer sur cette question un mercredi après-midi, mais l'importance du sujet est telle que je suis heureuse de souligner à nouveau l'ampleur de l'effort ainsi consenti en faveur des familles : trois millions de familles et cinq millions et demi d'enfants bénéficieront de l'allocation de rentrée scolaire, dont le montant a été porté de 403 francs à 1 500 francs. Ce n'est pas négligeable.

Cette allocation est effectivement versée sous condition de ressources. Cela ne me paraît pas anormal. Au contraire ! La situation sociale est telle qu'il faut avoir le courage de fixer des priorités.

Il n'est pas possible, ne serait-ce que techniquement, de verser cette allocation aux familles qui ne reçoivent aucune prestation des caisses d'allocations familiales, du fait qu'elles ne sont pas répertoriées. C'est une raison pratique très importante : s'il fallait essayer de répertorier toutes les familles, les coûts de gestion deviendraient considérables, supérieurs même au montant total de la prestation versée cette année.

Au demeurant, pratiquement toutes les familles modestes en bénéficient ; elle est versée aux ménages qui ont au moins deux enfants et qui perçoivent des allocations familiales, et, dès le premier enfant, aux personnes qui perçoivent ou une allocation de logement, ou l'allocation

tion de parent isolé, ou l'allocation d'adulte handicapé ou encore le RMI. La majoration de l'allocation de rentrée scolaire a donc concerné la plupart des familles et en tout cas toutes celles qui sont défavorisées.

Le projet de loi cadre sur la famille sera, je l'espère, soumis à l'Assemblée dès la session de printemps ; nous étudierons alors dans leur ensemble toutes les mesures destinées à améliorer les conditions de vie des familles. Mais, d'ores et déjà, je vous indique que, pour un certain nombre de prestations, et dès lors qu'il s'agit vraiment d'un soutien particulier, nous conserverons le principe du versement sous condition de ressources. C'est là une mesure de justice et d'équité. *(Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour la démocratie française et du Centre et du groupe du Rassemblement pour la République.)*

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

M. Georges Hage. Il y a 14 millions de séropositifs dans le monde et 2,5 millions de cas de sida déclarés ; en France, 150 000 séropositifs et 27 000 cas de sida. Il est bien sûr hors de question d'infliger un test obligatoire en faisant fi du dialogue nécessaire entre médecin et malade. Tout dépistage systématique nous paraît, d'ailleurs, générer l'exclusion et un traitement à deux vitesses de la maladie.

Je vous fais observer qu'il y a, pour le moins, une contradiction entre l'affirmation du développement des structures d'accueil et l'accélération de la mise en œuvre de la réforme hospitalière, qui, notamment, supprime des lits et réduit les moyens des hôpitaux.

Les structures d'accueil extra-hospitalières ne sont efficaces que si le nombre de lits hospitaliers est suffisant dans chaque département. Nous sommes dans un cercle vicieux. L'aide à domicile ne pourra prendre en charge que 400 malades au lieu de 200, ce qui est dérisoire au regard des 27 000 concernés.

Pour ne pas encourir les foudres présidentielles *(Sourires)* je pose ma question : combien de lits et de structures d'accueil permettant la prise en charge des séropositifs et des malades concernés vont être créés ?

J'ajouterai ...

M. le président. Néanmoins ! *(Sourires.)*

M. Georges Hage. ... que les associations de lutte contre le sida mènent dans notre pays une activité remarquable. L'institut Pasteur vient de rendre publique une découverte d'importance universelle. Ne serait-on point prophète en son pays ?

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

M. le ministre délégué à la santé. L'état de fait que vous décrivez, monsieur le député, est effectivement très triste et, avec les chiffres que vous citez, la France est le pays de la Communauté économique européenne le plus touché par ce fléau.

Nous devons donc prendre des dispositions.

L'humanisation de la prise en charge des malades dont vous parlez correspond, dans le budget pour 1994, à 24 millions de francs. Les méthodes thérapeutiques actuelles permettant d'augmenter l'espérance de vie de ces patients, nous voulons éviter qu'ils ne reviennent trop souvent à l'hôpital. C'est la raison pour laquelle le premier objectif de cette humanisation sera l'aide au maintien à domicile de ces malades.

Ainsi, nous doublons le nombre d'heures d'aide ménagère, qui passe de 80 000 à 180 000 heures.

Nous portons également nos efforts sur l'hébergement des malades. Il existait 54 places d'hébergement en appartement thérapeutique. Cent places supplémentaires ont été ouvertes à ce jour et, en 1994, le nombre total sera de 200.

Une troisième mesure concerne le soutien des personnes contaminées. Il n'existait que vingt postes de soutien au sein des trente-huit permanences. Vingt postes supplémentaires ont été mis à disposition.

Par ailleurs, quarante réseaux ville-hôpital sont en activité. Ils permettent de prendre en charge 10 000 parients, soit près de 80 p. 100 des malades. Nous arrivons, je crois, à avoir une vue globale de ces réseaux.

En ce qui concerne le maintien des malades à domicile, l'hébergement des malades et le soutien des personnes contaminées, il reste des efforts à faire. Mais nous avons doublé, voire triplé, les mesures en six mois. *(Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour la démocratie française et du Centre et du groupe du Rassemblement pour la République.)*

M. le président. La parole est à Mme Muguette Jacquaint.

Mme Muguette Jacquaint. Madame le ministre d'Etat, alors que la loi de 1974 affirme le droit à la contraception et son accès pour tous, force est de constater que ce droit est détourné.

En effet, alors que 4 millions de femmes ont recours à la pilule contraceptive, 2 millions d'entre elles en utilisent une non remboursée.

Le stérilet, qui coûte en moyenne 200 francs, est, lui, remboursé sur la base de 67,75 francs.

La diversité des moyens de contraception permettrait aux médecins de répondre au mieux aux besoins des femmes. Malheureusement, le non-remboursement des diaphragmes, des produits spermicides ou des préservatifs renforce les inégalités.

L'action déterminée des femmes voulant choisir le moment de leur maternité a permis à la recherche d'effectuer des avancées décisives dans les domaines de la contraception comme de la santé.

Il serait donc justice que les femmes puissent bénéficier des moyens que nous offrent la recherche et la médecine.

Afin que les médecins puissent prescrire dans les meilleures conditions la pilule convenant à leur patiente, il serait nécessaire que, sur les trente et une pilules existantes, au moins une, dans chaque génération, soit remboursée par l'assurance maladie.

Aucune des pilules de la troisième génération n'est remboursée alors que celles-ci diminuent les risques de cancers ou d'autres maladies et évitent l'association d'un autre médicament.

Des médecins se voient obligés de prescrire à leurs patientes des pilules qui ne sont pas les mieux adaptées à leur état de santé.

Les pouvoirs publics ont un rôle à jouer, en direction des laboratoires pharmaceutiques, sur les prix.

A cet égard, je ne donnerai qu'un exemple, celui des pilules Mercilon et Varnoline.

M. le président. Pourriez-vous conclure, madame Jacquaint ?

Mme Muguette Jacquaint. Le sujet est intéressant, monsieur le président...

M. le président. En effet ! *(Sourires.)* D'ailleurs, toutes les questions posées sont intéressantes !

Mme Muguette Jacquaint. L'exemple que je veux citer est éclairant.

Ces pilules sont vendues respectivement 33,60 francs et 30 francs dans les centres de planification familiale, mais 139,60 francs et 134,45 francs dans les pharmacies...

M. le président. Bon...

Mme Muguette Jacquaint. Nous devons jouer notre rôle vis-à-vis des laboratoires pharmaceutiques!

Ma question sera simple...

M. le président. Bien...

Mme Muguette Jacquaint. Madame le ministre d'Etat, entendez-vous tout faire pour que les pilules de la troisième génération puissent être remboursées comme tous les autres moyens contraceptifs?

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

M. le ministre délégué à la santé. Madame le député, d'abord, entendons-nous sur les termes « pilules de troisième génération » : il s'agit de pilules contenant moins de 40 microgrammes d'ethynil œstradiol.

Mme Muguette Jacquaint. « Faiblement dosées! »

M. le ministre délégué à la santé. En effet!

L'autorisation de mise sur le marché, l'AMM, est acceptée et la commission de la transparence a émis un avis favorable au remboursement. Le problème, c'est que le comité économique a proposé un prix qui a été refusé par le fabricant.

Dans la mesure où l'on veut mettre au remboursement ces pilules de la troisième génération, on doit se demander quels sont leurs avantages par rapport aux autres.

Vous avez dit qu'elles diminuaient les risques de cancer. Ce n'est malheureusement pas encore tout à fait prouvé. Si c'était le cas, on le saurait et non seulement ces pilules seraient remboursées, mais elles seraient prescrites à titre de prévention.

Les experts sont aujourd'hui en train de faire des études épidémiologiques pour répondre à la question.

Je récapitule : l'AMM est donnée, le comité économique a fixé un prix que le fabricant n'a pas accepté. J'espère que, dans les semaines qui viennent, un accord interviendra.

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

La parole est à M. Laurent Cathala.

M. Laurent Cathala. Madame le ministre d'Etat, pour la première fois, la branche famille est déficitaire. Jusqu'à présent, elle a été excédentaire. On peut penser que, en 1994 tout au moins, il n'y aura pas d'excédent et qu'il y aura peut-être un déficit.

C'est le moment qu'a choisi le Gouvernement pour réformer le financement de cette branche par l'allègement des charges sociales pour les entreprises, notamment pour les plus bas salaires, et la budgétisation d'une partie des cotisations sociales.

Ces mesures ont pour conséquence de tirer les rémunérations vers le bas - mais ce n'est pas l'objet de notre discussion - et, surtout, elles marquent une rupture avec la logique qui prévalait antérieurement pour ce qui concerne le financement de la politique familiale.

À juste titre, les associations familiales et la caisse nationale d'allocations familiales s'interrogent. Elles sont inquiètes.

L'Etat compensera-t-il, et jusqu'à quel point, les pertes de cotisations qui ont été budgétisées? Que deviendront les budgets d'action sociale des caisses, qui permettent notamment de promouvoir la politique de la petite

enfance et de venir en aide aux familles en difficulté, alors même que la revalorisation des aides au logement et des allocations familiales n'est pas intervenue, contrairement à l'habitude, au 1^{er} juillet?

Madame le ministre d'Etat, quelles garanties pouvez-vous donner aux associations familiales sur la compensation? Si une telle compensation intervient, concernera-t-elle l'ensemble du déficit ou simplement la perte que représenteront les cotisations budgétisées?

Par ailleurs, quelles garanties pouvez-vous apporter en faveur de la progression des budgets d'action sociale?

Enfin, cette politique de modifications des ressources de la branche famille ne pose-t-elle pas le problème de la gestion paritaire des caisses?

M. le président. La parole est à Mme le ministre d'Etat.

Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville. Monsieur le député, je tiens à vous rassurer.

J'ai déjà eu l'occasion de m'exprimer dans cette enceinte et de m'entretenir avec tous les représentants des mouvements familiaux qui, depuis longtemps, s'inquiètent d'une éventuelle budgétisation des allocations familiales. En fait, c'est une vieille histoire!

Une telle mesure a été très souvent préconisée. Elle a même, me semble-t-il, été étudiée par des gouvernements précédents.

M. Adrien Zeller, rapporteur spécial de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan. Même de gauche!

Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville. Elle nous permettra de nous rapprocher des autres pays européens et d'obtenir un financement de la sécurité sociale plus équilibré.

Actuellement, les difficultés de la branche famille sont dues à la situation économique générale. D'ailleurs, quelles que soient les branches, les rentrées de cotisations se font mal et la masse des salaires est de surcroît moins importante.

L'Etat s'est engagé à prendre intégralement à son compte le paiement des cotisations sociales dont les entreprises ont été déchargées.

Quant à la gestion, il n'y aura aucun changement : elle restera paritaire.

Le Parlement devrait se réjouir de cette budgétisation, qui lui donnera l'occasion de s'exprimer sur les allocations familiales, ce qui n'était pas le cas jusqu'à présent. *(Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour la démocratie française et du Centre et du groupe du Rassemblement pour la République.)*

M. le président. La parole est à M. Claude Bartolone.

M. Claude Bartolone. Madame le ministre d'Etat, les dépenses de santé connaissent une évolution qui reste très préoccupante, leur croissance demeurant excessive bien que l'on commence à enregistrer les effets des mesures prises en 1990 et 1992, à savoir la réforme de la nomenclature et les modifications tarifaires. Il est donc faux, et donc injuste, de soutenir, comme je l'entends, hélas! trop souvent dans cette enceinte, que les précédents gouvernements n'ont rien fait pour maîtriser les dépenses de santé. Je voulais rétablir la vérité.

M. Laurent Cathala. Très bien!

M. Claude Bartolone. Cela dit, je ne pense pas que la dernière mouture de la convention médicale, que vous avez évoquée dans votre intervention générale, soit de nature à apporter des solutions fiables garantissant un haut niveau de protection sociale.

Cet accord, signé entre deux caisses d'assurance maladie et deux syndicats de médecins, est non seulement inéquitable vis-à-vis des assurés sociaux - ces derniers ayant été, dès cet été, ponctionnés de près de 30 milliards de francs au titre de la CSG et de la baisse des remboursements - mais il risque aussi d'être inefficace. En effet, la convention prévoit d'emblée des dépenses - augmentation des honoraires, rémunération du dossier médical -, mais sans contrepartie réelle de la part des médecins, qui n'ont émis qu'une promesse d'économies et font preuve d'une relative indifférence, si je puis dire, à la définition des références médicales, clé de voute du système.

Comment, dans ces conditions, dégager les 10,7 milliards de francs d'économies que vous avez sollicités ? Pouvez-vous nous rassurer sur ce dossier en nous donnant plus de précisions sur la cohérence du plan ?

M. le président. La parole est à Mme le ministre d'Etat.

Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville. Monsieur le député, votre question ne me surprend pas vraiment ! En effet, quand nous réalisons ce que vous auriez souhaité réaliser, vous ne formulez rien d'autre que des critiques, sans doute par frustration ou déception !

M. Paul Chollet. Très juste !

M. Claude Bartolone. C'est un peu excessif !

Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville. Ce doit être la loi de l'alternance ! *(Sourires.)*

M. Claude Bartolone. Ce n'est pas nous qui avons manifesté !

Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville. Nous avons tout de même fait beaucoup d'efforts en faveur de la maîtrise des dépenses de santé. Pourquoi ? Pour sauvegarder le système.

Pour ma part, j'ai parfaitement reconnu chaque fois que j'en ai eu l'occasion, que les mesures qui avaient été prises avaient été efficaces. On a observé, par exemple, une inflexion certaine des dépenses de biologie.

Nous poursuivons notre action, mais eu égard au principe que vous aviez adopté mais que vous n'aviez pu mettre en œuvre : celui des références médicales opposables. Ces références doivent être bien établies et, pour cela, nous avons des instances de concertation, telles que l'ADEME.

Par ailleurs, les médecins eux-mêmes acceptent de participer à cette action puisque deux de leurs syndicats ont signé la convention. Ils sont pleinement conscients de la nécessité de tenir compte des références, ne serait-ce que pour la réévaluation de leurs honoraires, conformément au pacte qui a été passé avec eux.

Vous avez déploré que cela coûtait très cher, dès l'origine.

L'ouverture du dossier médical, dont vous n'avez pas nié qu'il puisse être efficace, est une mesure de santé publique très restructurante, favorisant la coordination des soins et évitant le « nomadisme », source d'examen réitérés. Nous espérons que des économies seront ainsi dégagées.

J'ajoute qu'il n'y aura pas de prestations pour l'ouverture d'un dossier. Simplement, une fois par an, un examen médical sera pratiqué et il donnera lieu à remboursement.

Pour le reste, c'est par la concertation - et vous savez très bien que, s'agissant de l'assurance maladie, il n'y a pas d'autres moyens - que l'on parviendra à une maîtrise des dépenses de médecine ambulatoire. Nous nous efforçons donc d'engager une très large concertation, ce qui n'avait pas pu être fait par mes prédécesseurs. *(Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour la démocratie française et du Centre et du groupe du Rassemblement pour la République.)*

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

M. Alain Rodet. Madame le ministre d'Etat, chaque année en France, l'alcool provoque la mort indirecte de 4 500 personnes et les blessures de 130 000 autres.

Or les moyens alloués à l'étude, aux soins et au traitement de l'alcoolisme sont en diminution puisque l'enveloppe budgétaire de 1994 sera de 164 millions, soit une diminution de 8,5 millions par rapport aux crédits de 1993.

Cela risque de fragiliser des structures qui vivaient déjà chichement et qui, malgré tout, s'étaient révélées efficaces dans leur rôle de prévention, telles que les comités départementaux de l'alcoolisme et les centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie.

Le Gouvernement peut-il nous préciser les mesures qu'il compte prendre pour donner à ces centres non seulement leur pérennité mais aussi leur permettre d'intensifier leurs actions ?

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

M. le ministre délégué à la santé. Monsieur le député, vous avez tout à fait raison de considérer que la lutte contre l'alcoolisme est aujourd'hui aussi importante que celle contre la toxicomanie.

Sachez que nous n'avons pas diminué globalement les crédits et que nous allons même les augmenter en faveur de la prévention.

Nous allons conduire deux types d'actions : les unes concernent les sujets alcoolo-dépendants, les autres la prévention proprement dite.

En février 1993, le groupe TEN a remis au ministre de la santé un rapport sur le dispositif spécialisé de prévention de l'alcoolisme, mettant en valeur le caractère légitime, compétent et efficace du dispositif français. Mais il appelait au renforcement des structures de prévention.

En 1994, le montant des crédits affectés aux structures de prévention de l'alcoolisme n'est que reconduit en francs courants par rapport à la loi de finances pour 1993. Cependant, nous espérons pouvoir proposer une augmentation de ces crédits.

M. le président. La parole est à M. Laurent Cathala.

M. Laurent Cathala. Madame le ministre d'Etat, je vous avais demandé en commission de nous donner quelques indications sur l'évolution de la branche vieillesse, après les dispositions que nous avons été amenés à prendre au mois de juin. Je n'ai pas eu de réponse.

Ma question portera sur la dépendance des personnes âgées.

Vous nous avez annoncé un projet pour cet automne. Dans le meilleur des cas, si le projet de loi est adopté au mois d'avril, l'amélioration du dispositif de la prise en charge des personnes âgées dépendantes ne pourra intervenir avant la fin de l'année 1994.

Un texte a été déposé par René Teulade et moi-même lors de la précédente législature. Il permettrait de faire bénéficier dès aujourd'hui 150 000 personnes âgées dépendantes d'une allocation à laquelle elles ont droit et dont elle ne bénéficient pas uniquement parce que la loi de 1975 sur l'allocation compensatrice est mal appliquée.

Par ailleurs, les collectivités locales, notamment les départements, se plaignent d'une très forte augmentation des dépenses d'aide sociale. Dans le même texte, qui a été adopté au mois de janvier, était prévu un fonds de péréquation destiné à aider les départements à financer une meilleure prise en charge de la dépendance. Un milliard de francs, ce n'était certainement pas suffisant. Mais cela permettrait d'aider les départements qui cumulent deux handicaps : une situation économique dégradée et un nombre important de personnes âgées.

M. le président. Veuillez poser votre question, mon cher collègue !

M. Laurent Cathala. Dans l'attente du projet idéal que vous ne manquerez pas de nous présenter au mois d'avril, ne pourrions-nous pas reprendre au moins ces deux dispositions : ouvrir aux 150 000 personnes qui peuvent y prétendre un droit à l'allocation compensatrice et alléger la charge des départements en pérennisant le fonds de péréquation ?

M. le président. La parole est à Mme le ministre d'Etat.

Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville. Monsieur le député, je connais le texte auquel vous avez fait allusion : il sert de base à notre réflexion. Sa portée nous semble toutefois trop limitée par rapport à l'importance des enjeux. Peut-être sommes-nous trop ambitieux, mais nous espérons aller plus loin, en intégrant l'ensemble des prestations et des dispositifs actuellement mis à la disposition des personnes âgées et en favorisant davantage les prestations en nature qui semblent être aujourd'hui celles dont ces personnes ont le plus besoin.

Telle est la piste que nous suivons, et qui a d'ailleurs été celle qu'a suivie le Sénat, saisi de votre projet.

Si nous devons faire adopter ce texte, qui ne nous paraît pas adapté, je répète, nous aurions ensuite à prendre des décrets, ce qui fait que votre texte et le nôtre se croiseraient.

Vous savez très bien que l'allocation compensatrice, initialement destinée aux handicapés, a été complètement détournée de son objet. Nous n'allons donc pas en étendre l'application !

C'est donc plutôt en revenant à des principes plus précis et en répertoriant les personnes dépendantes, qui doivent être aidées, notamment par le biais de prestations en nature, que nous abordons le problème. *(Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour la démocratie française et du Centre et du groupe du Rassemblement pour la République.)*

M. le président. Nous passons aux questions du groupe du RPR.

La parole est à M. Thierry Lazaro.

M. Thierry Lazaro. Madame le ministre d'Etat, de nombreux cas de maladie de Creutzfeld-Jacob sont survenus en France. Ils semblent être liés aux conditions de collecte de l'Hypophyse humaine. Plusieurs plaintes ont été déposées pour empoisonnement et des enquêtes judiciaires sont en cours.

Le professeur Job, président de France Hypophyse, et le professeur Dray, ex-directeur de recherches au CNRS, ont d'ores et déjà été mis en examen. La procédure judiciaire suit donc son cours normal.

Reste le problème de l'indemnisation des victimes, toujours trop longue à se mettre en place. Il est, pour les familles, une cause supplémentaire de souffrances. Promptement réglé, il serait une aide appréciable pour les victimes de cette maladie.

Madame le ministre d'Etat, vous travaillez à un projet d'indemnisation des familles. Quand sera-t-il achevé et quelles en seront les mesures principales ?

M. le président. La parole est à Mme le ministre d'Etat.

Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville. Monsieur le député, je pensais avoir, cet après-midi, le privilège d'annoncer le dispositif mis en place par le Gouvernement pour répondre à votre question. Or, un journal s'en est déjà fait l'écho ce matin.

Je n'apprendrai donc rien à un certain nombre d'entre vous en précisant que ce dispositif a été adopté, et que des mesures sont d'ores et déjà prises pour que toutes les familles concernées par ce fléau soient indemnisées. Actuellement vingt-cinq ont été répertoriées.

Il s'agit bien d'une véritable catastrophe puisque cette maladie conduit à une mort certaine. L'Etat a donc décidé de faire un geste de solidarité à l'égard des familles et de prendre à sa charge, sur le budget du ministère de la santé, les indemnités qui seront versées, et dont le montant sera fixé contractuellement, au terme d'une discussion menée directement avec les familles et après avis d'un comité d'experts pour apprécier complètement le dommage. Ces mesures vont donc être prises et les crédits seront très rapidement disponibles pour les familles concernées.

M. le président. La parole est à M. Bernard Accoyer.

M. Bernard Accoyer. Madame le ministre d'Etat, monsieur le ministre, l'effort budgétaire important en faveur de la lutte contre le sida avec des crédits atteignant 267 millions de francs – en hausse de 26 p. 100 – est pertinent car le développement de la pandémie le justifie. Cet effort doit être rapproché de l'augmentation des moyens financiers mis en œuvre pour lutter contre la toxicomanie, dont on connaît l'incidence sur cette maladie.

La hausse de 18 p. 100 des crédits destinés à la recherche sur le sida et les 18 millions de francs supplémentaires prévus pour le développement du dépistage s'inscrivent dans une politique d'ensemble et de prévention dont les campagnes d'information sont le fondement. En effet, il est indispensable d'appuyer les efforts de prévention sur le plus grand nombre de nos concitoyens. L'actualité nous le démontre clairement.

Le projet de budget prévoit des crédits pour des actions d'information grand public et en direction des populations dites exposées. C'est évidemment indispensable. Toutefois, je souhaite savoir, monsieur le ministre, si vous envisagez des affectations de crédits pour des actions d'information auprès des relais naturels d'opinion que sont les élus, auprès des relais naturels d'éducation que sont les enseignants, auprès des acteurs sanitaires que sont les professionnels de santé et auprès des personnels des services sociaux.

En engageant ainsi des moyens modestes, vous pourrez prolonger et relayer les actions prévues de très large diffusion dont le message est souvent trop court pour être

accepté par le plus grand nombre. La gravité de la pandémie doit mobiliser tous nos moyens et chacun d'entre nous.

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

M. le ministre délégué à la santé. Monsieur le député, vous posez le problème à mon avis le plus important de la lutte contre le sida et contre la toxicomanie : celui de l'éducation et de la promotion pour la santé.

Je puis d'ores et déjà vous dire que le budget alloué en 1993 à l'Agence française de lutte contre le sida, hors sida info-service qui, en 1994, sera directement financé par l'Etat, était de 134,45 millions de francs. Il passera l'année prochaine à plus de 140 millions de francs, soit une augmentation de 5 p. 100.

Au niveau des collèges et des lycées, il faut mettre en place un plan d'éducation pour la santé. C'est la raison pour laquelle, en accord avec François Bayrou, ministre de l'éducation nationale, nous mettons actuellement au point une cassette vidéo d'une durée de deux heures dont la projection sera obligatoire dans les lycées de France dès la rentrée 1994.

Au niveau des professions de santé - sujet également très important - il faut, par la formation initiale mais aussi par la formation continue, préparer les médecins à parler sans tabous de cette maladie, que ce soit au stade de la prévention ou à celui de l'annonce du résultat du test. Le médecin doit prendre le temps voulu - une heure ou une demi-heure au moins - pour annoncer une séro-négativité ou, *a fortiori*, une séropositivité. En effet, ce n'est pas parce qu'on est séronégatif le lundi qu'on le sera encore le mardi et qu'on est présumé ou immunisé. Pour un malade auquel on annonce sa séropositivité, tout bascule dans sa vie.

Au niveau des élus locaux, enfin, nous proposons aussi une formation. C'est très important car ils doivent être également des promoteurs de la santé publique. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour la démocratie française et du Centre et du groupe du Rassemblement pour la République.*)

M. le président. La parole est à M. Thierry Lazaro.

M. Thierry Lazaro. Ma question porte sur les inégalités de traitement entre les différentes mutuelles étudiantes.

La loi du 23 septembre 1948 relative à la protection sociale des étudiants leur ouvre droit aux prestations de l'assurance maladie et de l'assurance maternité.

Chaque année, lorsqu'un étudiant s'inscrit en faculté ou dans une école, il choisit son centre d'affiliation à la sécurité sociale, soit une mutuelle étudiante régionale comme la SMENO pour l'académie de Lille, soit la MNEF, mutuelle nationale. Ces mutuelles ont strictement la même mission, à savoir assurer les remboursements de frais de santé des étudiants. Pour ce service rendu en lieu et place des caisses primaires, les mutuelles sont indemnisées par le versement de remises de gestion.

Jusqu'en 1985, le montant de ces remises de gestion était égal à 90 p. 100 du montant des cotisations. Chaque société mutualiste percevait alors, par étudiant et par an, une aide identique.

Les nouvelles règles prises à partir de cette date ne permettent plus aujourd'hui une égalité de traitement entre les différentes mutuelles étudiantes. De graves écarts de rémunération sont apparus.

En 1992, la MNEF touchait des services publics 340 francs par étudiants affilié, alors que les mutuelles régionales touchaient en moyenne 235 francs, soit un écart de plus de 100 francs !

Dans la perspective de remédier à cette inégalité, le Sénat a adopté mardi soir, dans le cadre de la discussion sur le projet de loi relatif à la santé publique et à la protection sociale, un article additionnel prévoyant que l'aide des pouvoirs publics sera identique quel que soit l'organisme gestionnaire.

Madame le ministre d'Etat, je souhaiterais connaître votre position sur ce problème.

M. le président. La parole est à Mme le ministre d'Etat.

Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville. Monsieur le député, vous avez entièrement raison. La situation n'est pas admissible. Cette inégalité entre les étudiants selon la mutuelle à laquelle ils sont affiliés n'est pas acceptable.

A notre arrivée, nous avons trouvé une situation peu satisfaisante s'agissant des rémunérations versées aux mutuelles étudiantes pour le service des prestations de sécurité sociale aux étudiants. Si le volume global des remises de gestion apparaît satisfaisant en l'état des informations disponibles, sa répartition entre mutuelles ne repose pas sur des principes transparents et équitables. C'est pourquoi le Gouvernement a engagé une concertation avec la caisse nationale d'assurance maladie et l'ensemble des mutuelles concernées, pour redéfinir les critères de cette répartition et la fixer sur un critère objectif dont vous avez vous-même fait état, à savoir le nombre d'étudiants affiliés à chaque mutuelle.

Un amendement sénatorial vient en effet d'être voté cette semaine, dans le cadre du projet de loi sur la santé publique et la protection sociale, pour donner une base législative à ce principe. Vous aurez à l'examiner prochainement. Le Gouvernement y est naturellement tout à fait favorable et le soutiendra. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour la démocratie française et du Centre et du groupe du Rassemblement pour la République.*)

M. le président. La parole est à M. Bernard Accoyer.

M. Bernard Accoyer. Le projet de budget en faveur des handicapés témoigne de l'effort consenti en direction de Français, et de leurs familles, à qui nous devons une solidarité particulière.

Le but de toute politique en faveur des handicapés est de permettre leur meilleure intégration possible au sein de la collectivité nationale. Or l'intégration des handicapés dans notre société est d'autant mieux réussie qu'elle se fait précocement. C'est pour cela que l'intégration des jeunes handicapés en milieu scolaire est décisive.

Parmi les différentes modalités d'intégration scolaire, l'intégration en milieu scolaire normal de jeunes handicapés pour lesquels les instances décisionnelles ont choisi une telle orientation ouvre les meilleures perspectives et fait aussi apparaître les difficultés spécifiques. C'est pourquoi elle requiert des moyens particuliers : des moyens matériels éducatifs, certes, mais surtout des moyens humains et notamment l'intervention ponctuelle, à temps partiel ou complet, de personnels spécialisés.

Madame le ministre d'Etat, j'aimerais savoir si vous pourriez dégager des moyens budgétaires en faveur des handicapés intégrés en milieu scolaire normal ou si vous considérez que cette charge est de la compétence des régions.

M. le président. La parole est à Mme le ministre d'Etat.

Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville. L'intégration, autant que faire se peut, des jeunes handicapés dans le milieu scolaire nor-

mal est naturellement une priorité. Elle est très importante pour les familles et donne beaucoup plus de chances pour l'avenir à ces jeunes handicapés.

La loi d'orientation en faveur des personnes handicapées de 1975 a affirmé le principe de l'obligation éducative et celui de l'intégration scolaire des handicapés. La loi d'orientation sur l'éducation du 10 juillet 1989 rappelle le rôle de l'institution scolaire. L'objectif poursuivi est de s'adapter à l'évolution de l'enfant en variant le mode d'intervention et de soutien au fur et à mesure que se déroule son propre parcours.

L'intégration peut revêtir plusieurs formes : individuelle ou collective, à temps complet ou partiel. Elle peut être mise en œuvre dans une classe spécialisée ou ordinaire. A cet égard, les textes de 1989 régissant les conditions techniques d'agrément des établissements d'éducation spéciale insistent sur le fait que ces enfants doivent être, autant que possible, intégrés dans un établissement scolaire. Ce principe répond à la demande de la plupart des familles. On s'aperçoit d'ailleurs que le nombre de ces enfants est beaucoup plus important dans le premier degré que dans le second degré.

Dans cette perspective, il était nécessaire de renforcer la forme particulière de soutien à l'intégration scolaire que constituent les services d'éducation spéciale et de soins à domicile qui sont pris en charge par l'assurance maladie. Je tenais à vous le préciser.

L'effort de réajustement financier du dispositif d'éducation spéciale a porté, depuis 1991, de façon prioritaire, non seulement sur les capacités d'accueil en faveur des enfants lourdement handicapés, mais aussi sur le développement de ces services.

Le nombre de places est encore insuffisant, je le sais, mais nous nous attachons à ce que les moyens nécessaires soient dégagés dès 1994 car leur développement constitue l'une des clés de la réussite de la politique d'intégration scolaire à laquelle nous sommes nous-mêmes très attachés. *(Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour la démocratie française et du Centre et du groupe pour le Rassemblement pour la République.)*

M. le président. La parole est à M. André Durr.

M. André Durr. Ma question s'adresse à Mme le ministre d'Etat. Elle est relative au forfait soin en section de cure médicale dans les maisons de retraite pour handicapés mentaux vieillissants.

Depuis plusieurs années déjà, le problème du vieillissement des personnes handicapées mentales est à l'ordre du jour. Il va bien falloir prendre en charge ce phénomène nouveau qui n'est malheureusement pas traité à ce jour et nous serons bien amenés à y répondre par des solutions adaptées.

Pour ce faire, il convient de créer de petites structures attenantes à des foyers existants où les personnels devront pouvoir assurer à la fois les soins de la personne, l'animation de la vie quotidienne et l'accompagnement à la mort.

Les dossiers déposés actuellement font l'objet de rejet par les CROSS, principalement en raison du forfait soin traditionnel qui, je le répète, est totalement inadapté à ce type de structure.

Dans ces conditions, ne vous paraît-il pas urgent, madame le ministre d'Etat, de concevoir un forfait soin spécifique pour ces structures, différent de celui pratiqué à l'heure actuelle en maison de retraite ordinaire, car il s'agit là d'un public spécifique qui pose problème à l'hôpital et en maison de retraite ordinaire. La société a

l'obligation de répondre à un besoin qui va nous dépasser rapidement si nous n'y prenons garde. Je vous remercie de me faire part de votre opinion sur ce sujet.

M. le président. La parole est à Mme le ministre d'Etat.

Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville. Monsieur le député, il est tout à fait exact que les structures et les modes de financement ne répondent pas aux préoccupations que vous venez d'exprimer et qui sont pour nous très grandes parce que les personnes que vous visez sont de plus en plus nombreuses. Il en résulte une interrogation sur la manière de répondre efficacement à leurs besoins, ce qui n'a pas été fait jusqu'à présent. En effet, les établissements destinés aux handicapés adultes ne sont pas conçus pour accueillir des personnes âgées.

Parallèlement, les maisons de retraite avec section de cure médicale ne peuvent pas davantage recevoir des handicapés mentaux vieillissants. Nous avons donc entrepris une réflexion sur la question, afin de définir les aménagements qui doivent être apportés au dispositif existant pour prendre en compte cette situation et surtout pour étudier la possibilité d'un aménagement du forfait soin en section de cure médicale qui intègre les besoins de soins et d'assistance spécifique pour les personnes considérées. Nous sommes en cours d'étude et de réflexion sur les conséquences financières et les adaptations techniques à apporter à ces établissements.

M. le président. Nous revenons aux questions du groupe de l'UDF.

La parole est à M. Paul Chollet.

M. Paul Chollet. Deux sujets de société engagent plus particulièrement notre avenir, on l'a dit ce matin : la démographie et le sida.

Pour relancer la natalité, il faut éviter le trémolo sur la famille avec le relent passéiste qui lui colle à la peau et plutôt saluer les mesures spécifiques proposées : l'aide au troisième enfant, décidée par Mme Barzach, sous votre autorité, monsieur le président, l'aide au premier enfant dont la nécessité se fait jour et, plus tard sans doute, l'aide au deuxième enfant, puisqu'il faudra bien faire le lien entre le premier et le troisième.

Permettez en tout cas au pédiatre chenu que je suis, et qui a erré pendant trente ans dans les escaliers des HLM, de vous dire que tout ça c'est bien, mais qu'il faudrait d'abord aider les couples, encourager les hommes et les femmes de cette génération à vivre ensemble en ce temps où ils ont du mal à s'accepter dans le quotidien et à tenir la distance jusqu'au premier enfant. Faisons-le concrètement par des mesures fiscales - vous connaissez le problème de l'IRPP - par des mesures professionnelles en dépoussiérant la loi Roustau, par des mesures sociales aussi en faisant en sorte que les droits des couples ne soient pas inférieurs à ceux de deux personnes isolées. Et vous verrez que si les couples sont aidés ils finiront par faire des enfants, non pas par inadvertance comme les gens de ma génération, mais dans le cadre d'un véritable projet de vie.

Ma question, madame le ministre d'Etat, est donc la suivante : quelle sera votre politique préfamiliale pour aider les couples à démarrer dans la vie ?

Je profite des quelques secondes qui me restent, monsieur le ministre délégué à la santé, pour vous dire que vous pouvez compter sur nous pour convaincre les sénateurs qu'ils doivent vous faire confiance, ainsi qu'aux corps de santé, pour lutter contre la tuberculose.

S'agissant du sida, je précise que des structures de prévention existent dans nos départements et que nous comprenons sur vous pour les financer.

M. le président. La parole est à Mme le ministre d'Etat.

Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville. Monsieur le député, j'ai été heureuse de vous entendre parler de la politique familiale en ne vous limitant pas aux problèmes de prestations, mais en constatant qu'il s'agit bien de tout un environnement. Mais, compte tenu de votre expérience de pédiatre, il n'y a pas lieu de s'étonner.

Effectivement, nous devons faire preuve d'imagination lors de l'élaboration de la « loi famille » pour essayer de cerner tout ce qui peut améliorer l'environnement des jeunes couples.

Aujourd'hui, les démographes l'ont souligné et Mme Codaccioni l'a repris à son compte ce matin, l'une des raisons de la baisse de la natalité est le fait que les couples se marient trop tard. Ce recul de l'âge de la nuptialité entraîne un report des naissances et, très souvent même, des couples qui voudraient avoir des enfants ne le peuvent plus. C'est donc à cela que nous devons aussi porter notre attention.

Vous nous avez fait certaines suggestions. Les problèmes de logement me paraissent extrêmement importants. Nous avons l'intention de donner une priorité au logement social, même quand il s'agit de jeunes couples qui n'ont pas encore d'enfants pour favoriser le premier enfant.

Naturellement si nous devons prendre des mesures pour le premier enfant, nous ne ferons pas l'impasse sur le second. Mais il est important de considérer l'ensemble de l'existence des jeunes et de leur redonner aussi confiance dans la vie en leur rappelant que les enfants ce n'est pas seulement ce qui prépare notre retraite, mais c'est aussi beaucoup de bonheur pour les parents et ensuite pour les grands-parents. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour la démocratie française et du Centre.*)

M. le président. La parole est à Mme Bernadette Isaac-Sibille.

Mme Bernadette Isaac-Sibille. Madame le ministre d'Etat, le rapport de Mme Codaccioni insiste sur la nécessité de développer tous les modes de garde d'enfants pour permettre aux jeunes parents de concilier vie familiale et vie professionnelle.

Dans chaque comité local d'insertion, nous voyons arriver, de plus en plus nombreux, des dossiers de femmes de plus de quarante-cinq ans et de moins de soixante ans, veuves ou abandonnées par leur mari, qui n'ont aucune ressource pour vivre. Elles n'ont d'autre solution, après avoir souvent élevé plusieurs enfants sans travailler à l'extérieur, que de demander le RMI.

Pourtant, la plupart gardent leurs petits-enfants à long-ueur d'année, pendant que les parents sont au travail. N'est-ce pas un excellent mode de garde ? Malheureusement, la loi du 17 mai 1977 ne permet pas à des enfants de rémunérer leurs parents. Nous arrivons ainsi à l'aberration que, si une grand-mère garde les enfants de sa voisine, elle peut profiter de tous les nouveaux avantages des emplois familiaux, pour elle et pour ses enfants : sécurité sociale, cotisations, déductions, etc., alors que, si elle garde ses petits-enfants, elle entrera dans la catégorie des travailleurs au noir, puisque non déclarée, tout en devant payer sa sécurité sociale. La contradiction est même pire que cela puisqu'elle pourra profiter de ces avantages si ses

propres enfants ont été déchués de leurs droits parentaux et que ses petits-enfants lui ont été confiés par une décision de justice !

Ne pensez-vous pas qu'il serait nécessaire de modifier la loi du 10 juillet 1989 et celle du 17 mai 1977 ?

M. François Rochebloine. Très bien !

M. le président. La parole est à Mme le ministre d'Etat.

Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville. Madame le député, la garde des enfants par les grands-parents n'est qu'un cas d'espèce et il faut aller encore au-delà de votre question. Les problèmes de solidarité familiale se posent en effet de plus en plus et on arrive, comme vous l'avez dit, à certaines aberrations. Il nous faudra les étudier, comme j'en ai pris l'engagement, dans la perspective de la loi-cadre sur la famille.

La difficulté ne vient pas d'une interdiction de rémunérer ; elle tient au fait que les personnes de la famille n'ont pas besoin d'agrément.

Mme Bernadette Isaac-Sibille. Jusqu'au sixième degré !

Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville. Par conséquent, elles ne sont pas agréées et n'ont pas droit à la rémunération d'assistante maternelle.

Je me suis laissé dire que certaines caisses acceptent néanmoins de les affilier. Il faudrait voir dans quelle mesure une personne de la parenté, qui n'en a pas besoin en principe, pourrait se faire délivrer un agrément pour la garde d'un enfant de la famille et si, cet agrément étant donné, les caisses nationales d'allocations familiales acceptent la prise en charge. C'est une question que nous pourrions étudier ensemble avant même que la loi sur la famille ne soit soumise au Parlement.

M. le président. La parole est à M. François Rochebloine.

M. François Rochebloine. Madame le ministre d'Etat, la démence figure parmi les grandes maladies qui dominent notre fin de siècle. Plusieurs dizaines de milliers de familles ont leur vie bouleversée par ce drame.

Si une ébauche de prise en charge existe pour les personnes âgées démentes, rien n'est encore prévu pour les déments de moins de soixante ans. Ce problème est important. Il concerne aussi bien les maladies à évolution démentielle que les démences post-traumatiques, métaboliques, anoxiques ou vasculaires.

Les difficultés s'accumulent pour ces malades et pour leurs familles, qui sont désemparées : prise en charge à domicile insuffisante, fragmentation et faiblesse des aides, charges financières élevées - le coût d'une garde à domicile permanente est de 12 000 à 14 000 francs par mois - mais aussi manque de structures d'accueil spécifiques à des prix de journée abordables. Actuellement, ce sont au minimum 9 000 francs par mois qui restent à la charge des familles.

Il est donc urgent de statuer sur le devenir de ces malades de moins de soixante ans aux revenus modestes. Ne pourrait-on pas envisager une filière de soins privilégiant la vie à domicile le plus longtemps possible, grâce à la création d'une allocation dépendance spécifique destinée à l'adulte dément, tenant compte de ses ressources propres et des avantages sociaux existants ? Une telle allocation permettrait le financement du personnel accompagnant, véritable cerveau suppléant du malade, que l'on pourrait comparer, dans le cadre d'autres maladies, au rein artificiel, à une prothèse articulaire ou à un greffon d'organe.

Ne conviendrait-il pas aussi d'adapter aux malades déments devant être pris en charge dans un établissement, en lui donnant valeur législative, la circulaire n° 86-6 du 14 février 1986 relative à la mise en place d'un programme expérimental pour les adultes gravement handicapés ? Nous éviterions ainsi, dans la plupart des cas, la valse actuelle d'hospitalisations au coût exorbitant, parfois inutiles et nuisibles, en dissonance avec la politique de rationalisation des dépenses de santé, car nous pourrions ouvrir à ces malades les portes d'établissements adaptés à leur état dans des conditions financières convenables pour eux et pour la société.

Les familles de ces malades attendent avec confiance mais impatience votre réponse. Pour elles, je vous en remercie.

M. le président. La parole est à Mme le ministre d'Etat.

Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville. Monsieur le député, les dispositifs sociaux de droit commun concernant les personnes handicapées répondent partiellement aux besoins des adultes atteints de démence. Mais c'est effectivement une charge très lourde pour les familles concernées.

La jurisprudence des juridictions spécialisées a confirmé que ces adultes ont droit à l'allocation aux adultes handicapés ainsi qu'à l'allocation compensatrice, lorsque leur état nécessite une surveillance constante et l'aide d'une tierce personne.

S'agissant des structures d'hébergement social destinées à les recevoir, une réflexion est en cours avec les présidents de conseil général en vue de l'adaptation des foyers de vie à l'évolution des besoins de leurs pensionnaires, afin de prendre en compte la spécificité de l'accueil des adultes atteints de démence. Il n'est pas facile, dans les foyers, de faire cohabiter ces personnes avec les autres pensionnaires. De plus, les structures adaptées coûtent cher et, s'il faut chercher à les développer pour le bien-être des intéressés et celui des autres pensionnaires, il convient de ne pas se faire trop d'illusions sur les économies que peuvent espérer les familles.

M. le président. La parole est à Mme Bernadette Isaac-Sibille.

Mme Bernadette Isaac-Sibille. Madame le ministre d'Etat, la loi sur le RMI de 1988 présentée par le gouvernement de Michel Rocard avait été votée à l'unanimité, tant elle donnait à chacun l'espoir de trouver une solution pour bon nombre d'exclus laissés sur le bord du chemin. Mais hélas ! la nouvelle loi présentée par M. Teulade en 1992 a été une occasion manquée. De plus, elle n'a tenu aucun compte de l'excellent rapport de M. Vanlerenberghe, dont certaines propositions auraient permis de l'améliorer notablement. D'une bonne loi sur l'insertion, on a fait une mauvaise loi sur la grande pauvreté et l'exclusion.

Tous ceux qui participent à des comités locaux d'insertion, travailleurs sociaux ou élus, constatent que le RMI devient parfois ingérable et même qu'il entérine ou accentue des injustices certaines.

Pensez-vous soumettre à l'Assemblée des modifications législatives indispensables ? Ce serait d'autant plus facile que certaines de ces modifications figurent dans ce fameux rapport, rangé trop vite au fond d'un tiroir.

M. le président. La parole est à Mme le ministre d'Etat.

Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville. Madame le député, les observations que nous avons recueillies sur le RMI sont moins

pessimistes que vous ne semblez le dire quant au système lui-même. La réalité, c'est que, en raison des difficultés économiques et sociales, le RMI ne s'adresse plus aux mêmes catégories. L'éventail est beaucoup plus ouvert, si bien que, dans certains cas, il est vrai, le dispositif lui-même n'est plus parfaitement idoine. Mais comment trouver un dispositif adapté pour tous ceux qui sont aujourd'hui concernés, notamment pour les jeunes diplômés à la recherche d'un emploi ? Comment éviter aussi que certaines personnes travaillant dans les conditions que l'on sait n'aillent chercher dans le RMI un complément de revenu ?

Le dispositif, dans la mesure où la loi est respectée, ne semble pas si mal adapté. Pour l'insertion, en particulier, certains conseils généraux obtiennent des résultats satisfaisants.

Nous procédons à une évaluation mais, pour l'instant, nous n'envisageons pas un nouveau texte législatif. Je suis à votre disposition et à la disposition des conseils généraux pour m'entretenir avec eux des problèmes d'insertion, comme je l'ai fait hier encore, et pour réfléchir à d'éventuelles adaptations législatives ou simplement réglementaires.

M. le président. Nous revenons au groupe communiste pour une question de M. Mercieca.

M. Paul Mercieca. Madame le ministre d'Etat, ma question est relative à la pauvreté. La France compte plus de 650 000 personnes bénéficiant du RMI. Deux millions de personnes sont victimes de la pauvreté, 500 000 sont sans domicile fixe, deux millions de logements sont considérés comme insalubres ou précaires. Les souffrances de ces hommes, de ces femmes et de ces jeunes, qui non seulement sont au chômage mais, pour certains, n'ont jamais travaillé, sont insupportables. Cette paupérisation grandissante tire en arrière l'ensemble des catégories sociales et pèse sur la société tout entière.

Pour mettre fin à la pauvreté, qui touche de plus en plus de familles et de personnes isolées, il est urgent de prendre un ensemble de mesures qui pourraient faire l'objet d'une grande loi contre la pauvreté.

Vous avez annoncé un projet de loi sur l'hébergement des personnes sans abri durant l'hiver. Nous ne pouvons que nous féliciter que chacun puisse se protéger des grands froids, mais permettez-moi de vous demander dans quelles conditions ce sera possible. Pourquoi les crédits attribués aux centres d'hébergement sont-ils réduits de 30 millions de francs ? Ne croyez-vous pas que, pour lutter contre la pauvreté, la première mesure d'urgence consisterait à mettre fin aux expulsions, aux saisies et aux coupures d'électricité pour les familles de bonne foi ? Ce sont des pratiques inhumaines d'un autre âge.

M. le président. La parole est à Mme le ministre d'Etat.

Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville. Monsieur le député, la présentation de mon budget a dû vous montrer que nous donnions une priorité aux actions en faveur des plus défavorisés. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle j'ai indiqué à Mme Jacquaint que nous entendions maintenir des plafonds de ressources pour certaines prestations qui leur sont destinées. Tel est bien le sens de notre action sociale.

Les expulsions me préoccupent très vivement, car elles provoquent de véritables drames humains. Puis-je vous rappeler les dispositifs de prévention qui existent actuellement ?

Tout d'abord, mon ministère ainsi que celui du logement sont chargés de l'application de la loi sur le logement des plus démunis. Les fonds départementaux de solidarité logement, financés à parité par l'Etat et les départements, doivent traiter les questions d'impayés de loyer et assurer un accompagnement social lié au logement. La semaine dernière, j'ai rencontré les préfets de la région Ile-de-France et nous avons longuement évoqué toutes les questions concernant l'hébergement des sans-abri et le relogement des personnes expulsées.

De même, le ministère des affaires sociales, avec les associations caritatives, les communes et les centres communautaires d'action sociale, a mis en place un dispositif d'aide aux impayés d'énergie. Ce dernier doit contribuer à prévenir les expulsions dans la mesure où, quelquefois, un trop grand nombre de quittances impayées peuvent en être la cause.

Dans le cadre de la réglementation des aides au logement, des dispositifs permettant d'éviter les contentieux avec les bailleurs ont été également développés. Ils sont basés sur un système de tiers payant. Nous recherchons tous les moyens de développer ces dispositifs, notamment avec l'aide des fonds d'action sanitaire et sociale et des caisses d'allocations familiales. Celles-ci veillent d'autant plus à éviter les expulsions de familles qu'il revient quelquefois beaucoup plus cher de payer la prise en charge dans des établissements de jeunes enfants qui se trouvent à la rue que de régler les impayés de loyer.

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

La parole est à M. Julien Dray.

M. Julien Dray. Madame le ministre d'Etat, votre ministère, qui assure la gestion du service national des objecteurs de conscience, vient d'arrêter le principe d'une participation financière de 15 p. 100 à la charge des organismes et associations qui les accueillent. Cette décision pose évidemment problème.

D'abord, elle a été arrêtée sans information préalable ni consultation des principaux intéressés. Ainsi, un courrier du 6 octobre dernier de la direction de l'action sociale annonce abruptement cette participation financière et l'accompagne même d'une menace de suspension d'habilitation, à défaut de réponse dans les délais prévus. Les associations n'ont même pas le temps d'évaluer les conséquences de ce nouveau régime.

Sur le fond, surtout, cette mesure remet en cause unilatéralement les conventions existant entre l'Etat et les structures d'accueil des objecteurs de conscience. Elle porte atteinte au fondement même du service national, dont seul l'Etat doit assumer la charge, sans participation des fonds associatifs.

Les associations supportent déjà beaucoup de frais, notamment les charges de gestion des postes de service civil. Si on y ajoute les frais afférents aux postes d'objecteurs de conscience, elles ne pourront pas faire face et seules les administrations pourront soutenir cet effort financier supplémentaire.

Le CNAJEP, dont l'ensemble des associations accueillent près de 2 000 objecteurs de conscience sur les 9 000 que compte notre pays, considère que l'effet de cette mesure serait catastrophique si vous ne modifiez pas le plafond prévu. Vu le rôle primordial que jouent les objecteurs de conscience dans toutes ces associations, nous vous demandons d'en reconsidérer le montant.

M. le président. La parole est à Mme le ministre d'Etat.

Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville. Monsieur le député, je suis embarrassée pour vous répondre car je regrette moi-même qu'une concertation n'ait pas eu lieu. A vrai dire, j'ai le sentiment que cette circulaire a été envoyée un peu rapidement et j'estime, car il faut reconnaître ses erreurs, que c'est tout à fait déplorable. Pour remédier à cet envoi précipité, nous avons pris contact spontanément avec les associations pour discuter avec elles des modalités d'application de cette mesure.

Il n'est pas question de revenir sur le principe. Vous-même avez souligné que les objecteurs de conscience apportent une contribution précieuse aux institutions qui les emploient. Il est donc normal qu'elles participent aux frais encourus par le ministère.

Toutefois, comme il y a de très grandes disparités entre les associations qui bénéficient de la mise à disposition de ces jeunes, nous voulons procéder à une harmonisation. Nous sommes également prêts à discuter des modalités d'application, mais, encore une fois, sans revenir sur le principe, que les associations nous ont d'ailleurs dit accepter parfaitement.

M. le président. La parole est à M. Claude Bartolone.

M. Claude Bartolone. Monsieur le ministre, lors du débat du 26 octobre sur le projet de loi relatif à la santé publique et à la protection sociale, les sénateurs ont adopté, contre l'avis du Gouvernement, un amendement rendant obligatoire le dépistage du sida pour les personnes atteintes de tuberculose. C'est la première fois qu'une assemblée parlementaire française adopte une mesure de systématisation du dépistage du sida.

Comme les sénateurs socialistes, nous condamnons fermement cette disposition scandaleuse, qui fait fi des droits de l'homme, des intérêts de la santé publique et qui met en marche le processus d'exclusion. On commence par le dépistage des tuberculeux, on l'étend ensuite à tous les malades et enfin on oblige toute la population à subir le test.

Si le dépistage de l'infection par le VIH est un élément essentiel pour la prévention du sida, cet acte doit être fondé sur les principes du volontariat et de la responsabilité pour soi et pour autrui. Pour qu'il y ait prévention réelle de la maladie, il ne faut pas qu'il y ait obligation, ce qui entraînerait la déresponsabilisation des personnes. Par ailleurs, aucun argument rationnel ne permet d'affirmer que l'instauration d'un dépistage contraignant freinerait l'extension du fléau.

Si je me permets de vous poser cette question malgré la position que vous avez prise à ce sujet, c'est qu'un grand quotidien du soir vient de donner la parole à un certain nombre de sénateurs qui déclarent avoir voulu, en adoptant cet amendement, émettre un « vote signal d'alarme » pour protester – bien qu'ils appartiennent à votre majorité – contre la politique du Gouvernement en ce qui concerne la prévention du sida et la lutte contre la toxicomanie. Cet acte incompréhensible revient à prendre des malades en otage pour faire passer un message politique. Je souhaite donc connaître la position du Gouvernement sur ce sujet.

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

M. le ministre délégué à la santé. Monsieur le député, je répéterai ce que j'ai dit il y a quarante-huit heures au Sénat : je considère, en ma qualité de médecin mais aussi de citoyen, que cet amendement n'a pas d'utilité. Quel est en effet le médecin qui ne prescrit pas déjà le dépistage du virus du sida à un tuberculeux ? Ne pas le faire serait une faute professionnelle.

En outre, le sida étant une maladie qui se caractérise par une diminution des défenses immunitaires, toutes les bactéries, tous les virus, les mycoplasmes et les agents infectieux sont prêts à attaquer l'individu qui en souffre. Si l'on rend obligatoire le test de dépistage pour les personnes atteintes de la tuberculose, pourquoi ne pas en faire autant avec celles qui ont une grippe ? Il n'est pas bon, selon moi, de prévoir dans la loi l'obligation de faire procéder au dépistage du virus du sida en cas de tuberculose ou de grippe.

Plus généralement, un tel débat présente deux dangers : faire naître une très grande peur collective à propos du sida, avec les risques que nous avons connus il y a plusieurs années de voir réapparaître les tentations d'isolement des malades, ce qui est très grave ; ou, au contraire ne pas oser parler du sida comme d'une maladie grave précisément parce qu'il s'agit du sida. Il ne faut tomber sur aucun de ces écueils. N'oublions pas que responsabilité individuelle et liberté individuelle sont deux principes auxquels nous tenons par-dessus tout.

Enfin, le rapport de confiance entre le malade et le médecin est essentiel : ne tombons pas dans des mesures sécuritaires.

M. Claude Bartolone. Très bien !

M. le président. La parole est à M. Julien Dray.

M. Julien Dray. Madame le ministre d'Etat, aux termes de l'engagement pris par le Président de la République le plan relatif à l'humanisation des hospices devait s'achever en 1995. Ferez-vous en sorte que l'engagement puisse être tenu ?

S'agissant des CHRS, nul n'ignore que ces centres, au nombre de 700 et qui offrent 35 000 places, sont devenus les points de regroupement de tous ceux qui se trouvent en situation difficile dans le pays. Leur fonction est multiple : réadaptation, hébergement, mais aussi accueil de tous ceux qui souffrent. Pourtant les crédits vont manquer et ces centres, qui jouent un rôle essentiel, surtout en hiver, vont se trouver pénaliser. Ne serait-il pas possible de prévoir une rallonge, sur la réserve parlementaire, par exemple ?

M. le président. La parole est à Mme le ministre d'Etat.

Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville. Monsieur le député, comme je l'ai indiqué en présentant ce budget, nous poursuivons le programme d'humanisation des hospices avec ténacité. Nous sommes déterminés à l'achever dans les trois ans qui viennent : 35 p. 100 en 1994, 35 p. 100 en 1995 et 30 p. 100 en 1996.

Il y aura donc un an de retard par rapport à l'engagement pris par le Président de la République, mais nous-mêmes avons trouvé à notre arrivée un retard que nous ne pouvions pas rattraper.

M. Laurent Cathala. Non !

Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville. Le coût des lits ayant été sous-estimé, monsieur Cathala, les crédits prévus n'étaient pas suffisants...

M. Laurent Cathala. Ah, c'est différent !

Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville. ... et n'ont été utilisés qu'à 88 ou 90 p. 100. En tout état de cause, nous entendons bien réaliser ce programme dans les trois ans qui viennent.

S'agissant des CHRS, je crois avoir décrit la situation actuelle et, surtout, bien souligné notre détermination à permettre à ces centres de jouer le rôle extrêmement important qui est le leur en matière d'hébergement et de réadaptation sociale des personnes les plus défavorisées ou qui traversent une période difficile de leur vie. Il faut absolument que ces centres puissent répondre à leur vocation. Il n'est pas question de laisser les CHRS sans les ressources nécessaires.

Nous leur avons déjà accordé 25 millions de francs supplémentaires pour finir l'année 1993 et une mission d'audit a été confiée conjointement à l'inspection générale des finances et à l'inspection générale des affaires sociales. Si à l'issue de l'examen, un financement supplémentaire se révèle nécessaire, nous inscrirons des crédits dans un collectif budgétaire.

Enfin, si les crédits paraissent en diminution en 1994, c'est qu'il est prévu, comme on a déjà commencé à le faire dans un certain nombre de CHRS, de demander aux personnes hébergées qui en auront la possibilité une participation financière. Une telle responsabilisation me paraît tout à fait normale en ces temps où nous sommes obligés de définir des priorités. Il faut d'abord aider les plus défavorisés. Naturellement, cette contribution reste d'un montant limité et concerne uniquement ceux qui en ont la capacité financière.

En tout cas, en 1994, les CHRS seront tout à fait en mesure d'assumer leurs charges et de remplir leur mission à laquelle nous sommes très attachés. Ils pourront ainsi consacrer toutes leurs capacités de réadaptation à ceux qui en ont le plus besoin.

M. le président. Nous revenons aux questions du groupe du RPR.

La parole est à M. Claude Pringalle.

M. Claude Pringalle. Nous sommes tout à fait conscients des difficultés de l'assurance-maladie et de la nécessité de maîtriser les dépenses de santé. C'est vrai, celles-ci augmentent chaque année de façon trop importante par rapport au produit intérieur brut et j'approuve tout à fait la politique de restructuration que le Gouvernement a décidé d'entreprendre.

Mais cette politique nécessaire doit tenir compte de certains critères et répondre entre autres à la question essentielle qui est de savoir s'il y a égalité d'accès à des soins de qualité selon l'établissement dans lequel on se trouve ou selon la région dans laquelle on habite. Or toutes les études qui ont été faites à ce jour démontrent qu'il existe des inégalités entre les régions mais également entre les établissements au sein d'une même région.

Je ne m'étendrai pas sur la situation de la région Nord-Pas-de-Calais dont tout le monde sait que les moyens de fonctionnement sont loin d'être ceux d'autres régions eu égard au nombre d'habitants. En fait, la question que je pose concerne plus spécialement l'établissement public de santé de Cambrai, chef-lieu d'un arrondissement important au sud du département du Nord. En effet, il connaît de très grosses difficultés et n'est malheureusement pas aussi favorisé que ses voisins.

Cet hôpital, dont les dépenses de personnel médical et non médical par lit occupé sont loin d'atteindre les niveaux des autres établissements de même type dans notre région, s'est doté d'un plateau technique moderne comportant un service de réanimation polyvalente et son laboratoire, un bloc opératoire et des locaux de stérilisation centrale, ainsi qu'une imagerie médicale avec un scannographe qui doit être mis en service en janvier prochain. Malheureusement, ce plateau technique d'un éta-

blissement public de santé de 445 lits ne pourra fonctionner que très partiellement compte tenu des moyens tout à fait insuffisants annoncés par l'organisme de tutelle pour 1994.

M. le président. Il faudrait poser votre question, monsieur Pringalle.

M. Claude Pringalle. Une création minimum de quinze postes est absolument nécessaire pour permettre à cet établissement de fonctionner correctement et d'assurer une meilleure sécurité des malades. Dès lors que les services de tutelle ont autorisé – parce qu'elle était justifiée – la mise en place de ces équipements, il est difficile de ne pas considérer comme un gaspillage...

M. le président. Monsieur Pringalle...

M. Claude Pringalle. Je viens à la question, monsieur le président...

M. le président. Non, monsieur Pringalle, je suis désolé, mais vous avez dépassé votre temps de parole.

Tout le monde a compris que vous souhaitiez parler de votre centre hospitalier et chacun sait où il se trouve.

Posez votre question à M. le ministre, sinon je vais être obligé de vous couper la parole.

M. Claude Pringalle. Je serais reconnaissant à M. le ministre délégué de me faire savoir si une solution satisfaisante pourra être trouvée afin de permettre à la population du Cambrésis de bénéficier pleinement de soins médicaux de qualité.

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

M. le ministre délégué à la santé. Monsieur le député, le centre hospitalier de Cambrai vient de procéder à la reconstruction de son plateau technique, et le financement de cette opération était en effet inscrit dans le contrat de plan État-région.

L'établissement a demandé un surcroît de crédits, 9,3 millions de francs au titre de 1993 et 14,7 millions de francs au titre de 1994, qui correspondent à la création de trente-deux emplois et au surcoût de fonctionnement induit par la reconstruction ainsi que par l'installation de quatre lits supplémentaires dans le service de réanimation.

Il a été décidé d'augmenter le budget de l'établissement de 8,2 millions de francs en 1993 et de 8,8 millions de francs en 1994 sur les marges hospitalières, départementales et régionales.

Monsieur le député, les moyens alloués en 1994 permettent de créer douze postes de personnel et un poste de praticien hospitalier pour le service de réanimation, mais également de prendre en compte les autres charges induites par cette opération. Bien que les demandes du centre hospitalier ne soient pas satisfaites dans leur totalité, il a été fait une appréciation correcte des besoins de l'établissement dans un contexte où, vous en conviendrez, les efforts doivent être partagés.

M. le président. La parole est à M. André Durr.

M. André Durr. Ma question, qui s'adresse à Mme le ministre d'Etat, est relative à la prise en charge médicale dans des structures sociales financées par les conseils généraux.

Le transfert des compétences, lors de la loi de décentralisation, a complètement occulté la prise en charge des soins pour les personnes handicapées mentales adultes hébergées dans des foyers de vie dits « occupationnels ». En effet, la plupart des personnes accueillies dans ces structures ont généralement un lourd passé psychiatrique et nécessitent des soins.

Cette population, très hétérogène, avec handicaps associés, et qui bénéficiait jusqu'à présent d'une prise en charge médicale totale dans les hôpitaux psychiatriques, ne peut dans le cadre actuel et pour de nombreuses années, voire le restant de ses jours, bénéficier d'une prise en charge médicale spécifique hormis celle de tout assuré social.

Pour les gestionnaires de ces structures, il se pose un véritable problème de responsabilité médicale à assumer au quotidien.

Face à cette situation, il me semble que le forfait soins devient une nécessité dans les structures à financement départemental : cette nécessité, nul d'entre nous ne l'ignore plus, et elle se fera de plus en plus pressante au fur et à mesure de l'avance en âge des personnes handicapées.

Madame le ministre d'Etat, quelle est votre opinion à ce sujet ?

M. le président. La parole est à Mme le ministre d'Etat.

Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville. Monsieur le député, je partage tout à fait votre préoccupation et je vous remercie de poser cette question.

Actuellement, les personnes hébergées dans des établissements relevant de la loi sociale ont accès, dans les conditions de droit commun, aux prestations en nature de l'assurance maladie. C'est le cas des personnes âgées hébergées en maison de retraite ou des personnes handicapées qui séjournent dans les foyers d'hébergement.

Compte tenu de la nature des populations hébergées dans les établissements concernés, ces structures bénéficient de forfaits soins destinés à répondre à des besoins spécifiques qui s'expriment, le plus souvent, par la nécessité d'avoir recours à des tierces personnes.

La médicalisation des structures sociales pose portant trois questions. La première porte sur le contenu des forfaits afin de délimiter la charge qui doit être supportée par chaque financeur. C'est là, je crois, votre préoccupation principale, monsieur le député. La deuxième a trait au développement quantitatif des structures médicalisées. Sur ce point, l'effort de création de places en sections de cures médicales dans les établissements hébergeant des personnes âgées sera poursuivie en 1994. Enfin, la troisième est de savoir quelle est la nature juridique des procédures où le plus souvent interviennent les présidents de conseils généraux et les préfets.

Sur ce dernier point, une réflexion est d'ores et déjà entreprise en liaison avec l'assemblée générale des présidents de conseils régionaux afin d'arriver à des solutions satisfaisantes. Comme je vous l'ai indiqué, j'ai eu hier l'occasion de rencontrer longuement le bureau de l'APCG. Nous avons l'intention de créer plusieurs groupes de travail communs afin d'examiner toutes les questions délicates et je sais qu'elles sont nombreuses, les charges incombant aux conseils généraux étant, elles aussi, de plus en plus importantes.

Nous devons donc essayer de trouver ensemble et dans la concertation les solutions les moins coûteuses et les plus adaptées à toutes les situations qui se développent.

M. Adrien Zeller, rapporteur spécial. Très bien !

M. le président. La parole est à M. Jean de Lipkowski.

M. Jean de Lipkowski. Madame le ministre d'Etat, tout le monde le sait, la déferlante du chômage touche toutes les catégories d'âge auxquelles nous devons une égale sollicitude. Je voudrais, pour ma part, parler tout

spécialement des jeunes de dix-huit à vingt-cinq ans qui n'ont pas de diplôme performant et qui sont à la recherche d'un emploi.

En effet, ces jeunes sont souvent dans une situation dramatique lorsqu'ils vivent seuls, sans famille ou qu'ils sont enfants de famille à revenus modestes, car ils n'ont droit à aucune aide, sauf s'ils s'inscrivent à un stage de formation ou d'apprentissage. Je peux constater leur détresse profonde dans une circonscription où le taux de chômage vient de dépasser 20 p. 100.

En conséquence, madame le ministre d'Etat, je vous demande d'examiner la possibilité de leur allouer le RMI en ciblant, naturellement, les cas sociaux particulièrement significatifs et en assortissant cette allocation d'une obligation d'activité à temps partiel, par exemple au sein d'une collectivité territoriale. Connaissant votre sensibilité sociale, je suis sûr que vous ne resterez pas indifférente à ces cas de jeunes qui sont à l'abandon sur le plan des ressources.

M. le président. La parole est à Mme le ministre d'Etat.

Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville. Monsieur le député, la situation que vous venez de souligner est effectivement extrêmement préoccupante et difficile. A telle enseigne d'ailleurs qu'elle a déjà été étudiée à plusieurs reprises, et notamment en 1992 par un groupe de travail que présidait M. Robert Galley. Tout comme la commission nationale d'évaluation du RMI - qui avait, elle, été saisie en 1988 - ce groupe de travail avait conclu qu'il n'était pas opportun d'accorder le RMI aux jeunes mais qu'il convenait, en revanche, de prévoir un renforcement des dispositifs d'aides personnalisées aux jeunes les plus en difficulté.

Dans certains cas, cependant, les jeunes de moins de vingt-cinq ans peuvent bénéficier du RMI : lorsqu'ils ont la charge d'un ou plusieurs enfants ou, même, depuis 1992, lorsqu'ils ont un enfant à naître.

Les autres jeunes en difficulté bénéficient, quant à eux, de nombreux et importants dispositifs spécifiques d'insertion professionnelle et sociale de l'Etat ou des partenaires sociaux, qui paraissent mieux adaptés que le RMI. C'est d'ailleurs pour cette raison que la commission présidée par M. Galley avait écarté la possibilité d'allouer le RMI aux jeunes.

Le Gouvernement a entrepris de renforcer très activement ces dispositifs avec le concours des collectivités territoriales, notamment dans le cadre de la loi quinquennale sur l'emploi. Nous nous attachons avec M. le ministre du travail à faire en sorte qu'une attention toute particulière soit portée à tous ces jeunes dans les décrets d'application.

La loi de 1992 a apporté deux compléments importants qui allaient dans le sens des propositions de la commission d'évaluation du RMI et du groupe présidé par M. Galley.

D'une part, les fonds départementaux d'aide aux jeunes sont généralisés, et comme ceux-ci se sont développés depuis 1989 dans une trentaine de départements, ils font l'objet d'un financement à parité de l'Etat et des départements. Mais il existe aussi des possibilités de financements complémentaires par les régions, les organismes de protection sociale et les communes, notamment pour la mise en place des fonds locaux, lesquels peuvent accorder des aides financières directes aux jeunes pour une durée limitée et à titre subsidiaire, ainsi que les mesures d'accompagnement nécessaires.

D'autre part, les jeunes de dix-huit à vingt-cinq ans qui satisfont aux conditions de ressources et de résidence en France prévues pour bénéficier du RMI sont admis de plein droit à l'aide médicale pour la prise en charge de leur cotisation d'assurance personnelle. Je sais bien que cette mesure n'est qu'un palliatif, elle améliore en tout cas une situation de précarité et, heureusement, ces jeunes ne sont pas trop nombreux.

Cela étant, le problème de l'emploi que vous venez de soulever n'est pas pour autant résolu. Nous craignons toutefois que le RMI ne marginalise encore davantage les intéressés et nous préférons les dispositifs dont j'ai parlé, tels les contrats emploi-solidarité, qui leur sont plus spécifiquement adaptés.

M. Adrien Zeller, rapporteur spécial. Très bien !

M. le président. La parole est à M. Ernest Chénier.

M. Ernest Chénier. Madame le ministre d'Etat, monsieur le ministre délégué, je reviens sur un sujet qui a été évoqué il y a quelques minutes. Inscrit dans la loi naturelle, le droit pour les hommes et les femmes à se connaître charnellement dans des conditions normales, sans entrave, me paraît aussi fondamental qu'universel.

Dans le contexte de l'épidémie de sida et pour justifier la généralisation de l'utilisation du préservatif, il a été dit récemment qu'un rapport sexuel non protégé était un acte irresponsable de nature à conduire à la mort. Mais la vraie responsabilisation n'est-elle pas indissociable d'une information précise dont chaque Français sexuellement actif disposerait quant à son cas personnel en matière de séropositivité, et à partir de laquelle il, ou elle, aurait effectué un choix comportemental propre à assurer sa protection et celle d'autrui et fondé notamment sur une relation de confiance réciproque ?

Cette information, que nous pourrions considérer comme un droit, implique par exemple une campagne de dépistage généralisée, non obligatoire mais proposée peut-être par le médecin qui y serait associé.

Etes-vous prête, madame le ministre d'Etat, êtes-vous prêt, monsieur le ministre délégué, à organiser une telle campagne ?

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

M. le ministre délégué à la santé. Monsieur le député, le seul vaccin dont nous disposons contre le sida est la prévention, c'est-à-dire, avant tout, les comportements qui sont de deux ordres : fidélité à son partenaire et préservatif. Il ne s'agit pas, pour une raison ou pour une autre, de les opposer - ce serait même grave ! Il faut respecter chacun, ses croyances et ses réflexions sur la vie et sur la mort.

Quant au dépistage systématique et obligatoire de la population, ce n'est pas possible et c'est inutile.

En effet, imaginons que, lundi prochain, un dépistage obligatoire soit imposé à tous les Français ; il faudrait le recommencer quelques jours après. En termes de santé publique, ce n'est donc pas une démarche utile.

En revanche, il en va tout autrement de la proposition, faite par le médecin à son patient, d'un dépistage systématique du virus du sida. C'est d'ailleurs déjà le cas dans notre pays pour les jeunes gens avec l'examen prénuptial et pour toutes les femmes pendant la grossesse.

Je ne suis donc pas contre une proposition systématique du médecin dans la mesure où, d'une part, le dépistage restera un acte volontaire et où cela reste un geste qui relève de la confiance entre le médecin et le malade.

M. le président. La parole est à M. Jean-Jacques Delvaux.

M. Jean-Jacques Delvaux. Madame le ministre d'Etat, la crise démographique que traverse notre pays depuis près de trois décennies s'est aggravée d'une manière alarmante ces dernières années, corrélativement à la détérioration de la situation économique.

Pour tenter d'apporter remède à ces deux phénomènes conjugués, la définition d'une nouvelle politique de la famille paraît indispensable, ainsi que le rappelle notre collègue Colette Codaccioni dans le rapport qu'elle vient de vous remettre.

Parmi les mesures préconisées, la création d'une allocation parentale de libre choix semble de nature à remplir ce double objectif : harmoniser vie familiale et vie professionnelle, d'une part, constituer un élément de lutte contre le chômage, d'autre part.

Pouvez-vous, madame le ministre d'Etat, nous faire connaître votre sentiment sur une telle disposition qui rejoint d'ailleurs dans l'esprit une proposition de loi que j'ai eu l'honneur, avec un certain nombre de mes collègues, de déposer récemment sur le bureau de l'Assemblée nationale ?

M. le président. La parole est à Mme le ministre d'Etat.

Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville. Monsieur le député, comme je l'ai annoncé, nous envisageons, dans le cadre de la « loi Famille » que nous espérons présenter lors de la session de printemps, des mesures concernant l'allocation parentale d'éducation. Nous devons cependant en étudier les modalités.

Mme Codaccioni a fait un travail très important sur ce point. Elle a envisagé l'hypothèse d'une allocation parentale d'éducation versée dès le premier enfant. Il faudra déterminer le niveau de la prestation, les familles concernées, l'éventualité d'un plafond de ressources, les modalités. Je ne peux pas prendre d'engagement sur ce qu'il sera possible de faire en la matière.

En tout cas, il me paraît exclu, et Mme Codaccioni ne me semble pas l'envisager - je n'ai pas encore eu le temps de lire tout son rapport -, que cette allocation parentale d'éducation soit versée au-delà de l'âge de trois ans, c'est-à-dire jusqu'à l'entrée en maternelle.

Mme Colette Codaccioni. En effet.

Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville. On arriverait, sinon, à des sommes considérables.

M. Laurent Cathala. On parle de ce rapport depuis trois jours et personne ne l'a vu !

M. le président. C'est un rapport au Premier ministre, monsieur Cathala.

Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville. En effet, ce n'est pas un rapport parlementaire. Ce rapport est destiné au Gouvernement qui peut toujours confier une mission à un parlementaire. Nous ne l'avons reçu qu'hier. Vous l'aurez certainement, monsieur Cathala, car Mme Codaccioni souhaite certainement qu'il soit très largement diffusé. C'est l'intérêt de tous. Il faut simplement avoir le temps de le lire. Le document est très volumineux.

Les motifs qui poussent la mère ou le père de jeunes enfants à exercer une activité professionnelle sont d'ordre financier, mais pas exclusivement. On ne peut donc pas dire que cette allocation parentale d'éducation concernera toutes les mères. Certaines souhaiteront pouvoir concilier une activité professionnelle et l'éducation de leurs enfants. Il faut donc se préoccuper de mettre à leur disposition des modes de garde d'enfants adaptés.

Enfin, il me paraît important, en cas d'interruption de travail de la mère, qu'elle puisse reprendre son activité et donc bénéficier d'une possibilité de formation, mais aussi continuer à travailler à temps partiel, ce qui est souvent le mode préféré par beaucoup de femmes qui ont de jeunes enfants, en touchant une partie seulement de l'allocation parentale d'éducation.

M. le président. Mes chers collègues, j'envisage, avec l'accord du Gouvernement, de poursuivre cette discussion jusqu'à son terme et d'éviter ainsi une séance de nuit. (*« Très bien ! » sur de nombreux bancs.*)

Toutefois, comme il n'était pas prévu de dépasser dix-neuf heures trente, je vais suspendre la séance quelques instants pour permettre à chacun de prendre ses dispositions.

Suspension et reprise de la séance

M. le président. La séance est suspendue.

(*La séance, suspendue à dix-huit heures cinq, est reprise à dix-huit heures vingt.*)

M. le président. La séance est reprise.

La parole est à M. Gérard Jeffray.

M. Gérard Jeffray. Madame le ministre d'Etat, la situation des gens du voyage est du ressort de votre ministère. Selon les sources, entre 300 000 et 500 000 personnes appartiennent à la « famille » des gens du voyage, famille entre guillemets car il ne s'agit pas d'un groupe homogène : 30 p. 100 sont itinérants, 25 p. 100 semi-nomades et 45 p. 100 sédentaires. Parmi ces derniers, si bon nombre vivent en caravanes, avec les problèmes de précarité et d'exclusion que cela entraîne, c'est qu'ils ne peuvent plus se payer un logement.

La loi reconnaît aux gens du voyage le droit à leur mode de vie ainsi qu'à des aires de stationnement. La réalité est bien éloignée de ce tableau. Faute d'une législation claire, ou parce que celle qui existe est ancienne et donc mal appliquée, les gens du voyage stationnent de façon anarchique sur des terrains publics ou privés. Ce qui entraîne les protestations légitimes des riverains et la colère des élus, totalement démunis pour régler le problème. Face à ce phénomène de rejet, la population des gens du voyage réagit en se repliant sur elle-même.

Pouvez-vous, madame le ministre d'Etat, nous donner des éclaircissements sur les dotations affectées aux actions sociales en faveur des gens du voyage et à la création d'aires de stationnement et d'accueil. J'aimerais aussi connaître votre sentiment sur les lois actuelles et sur la répartition des rôles, qui semble compliquée, entre les différents ministères, notamment le vôtre - celui des affaires sociales - et celui de l'intérieur.

Il convient que la représentation nationale ait une vision claire de l'effort du Gouvernement sur cette question difficile car personne ne doit sous-estimer ce phénomène qui risque de prendre plus d'ampleur encore dans les années à venir.

M. le président. La parole est à Mme le ministre d'Etat.

Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville. Monsieur le député, la question que vous me posez est effectivement difficile car elle appelle des solutions diversifiées.

Mon département ministériel intervient à deux titres dans la politique en faveur des gens du voyage. Tout d'abord, le ministère de la ville est chargé, avec le ministère du logement, de mettre en œuvre les dispositions de

la loi relative au logement des personnes démunies - la loi Besson -, qui prévoit l'implantation d'aires réservées aux nomades et financées avec le concours de l'Etat.

Le comité interministériel des villes décide chaque année les délégations de crédits dont le montant est envoyé aux préfets de régions pour la mise en œuvre de ce programme. Ces crédits sont prélevés sur les crédits du ministère du logement, qui procède à l'instruction des dossiers.

Cette ligne budgétaire permet non seulement le financement des aires d'accueil, mais aussi celui d'autres opérations comme la résorption de l'habitat insalubre. Il n'existe donc pas de dotation annuelle séparée pour les gens du voyage, qui sont partie prenante d'une dotation - je pense d'ailleurs que c'est leur intérêt.

Lors de sa dernière réunion le 29 juillet dernier sous la présidence du Premier ministre, le comité a réparti entre treize régions une somme de près de 10 millions de francs. Au total, les engagements pris par les comités interministériels de la ville se sont élevés à 10 600 000 francs en 1992 et à 24 300 000 francs en 1993.

Le ministère chargé de l'action sociale finance, par ailleurs, des actions sociales spécifiques mises en œuvre par les associations nombreuses et très actives qui s'occupent des gens du voyage. Sur le plan national, deux conventions d'objectifs ont été passées en 1993, l'une avec l'Union nationale des institutions sociales d'action pour les Tziganes - 2 millions de francs ont été alloués à ces actions -, et l'autre avec l'Office national des affaires tziganes, qui a reçu 300 000 francs.

En complément, les directions départementales de l'action sanitaire et sociale peuvent également financer, sur leurs crédits déconcentrés, des actions au niveau local. En 1992, un montant de 7 millions de francs a été mobilisé à ce titre.

Pour les questions de circulation, d'état civil, d'ordre public ainsi que pour celles relatives à la tutelle des collectivités locales, c'est le ministère de l'intérieur qui est compétent.

Les compétences sont donc un peu éparpillées, mais il s'agit d'une population pour laquelle tous les ministères sont appelés à intervenir.

M. le président. La parole est à M. Jean-Luc Préal.

M. Jean-Luc Préal. Madame le ministre d'Etat, une nation se juge en partie à la manière dont elle honore ses anciens. Vous avez pris des mesures courageuses pour maintenir notre système de retraite par répartition et je vous en félicite. Mais il est un autre problème majeur, c'est la prise en charge de la dépendance physique et psychique. La solution ne peut attendre.

Tout le monde souhaite le maintien à domicile. De nombreux services existent déjà, mais des disparités importantes demeurent entre les caisses s'agissant du nombre d'heures d'aide ménagère et de leur coût. Allez-vous les corriger ? Une meilleure coordination des services est souhaitable. Qu'envisagez-vous en ce sens ?

Parfois l'hébergement en établissement devient nécessaire. Se posent alors des problèmes d'adaptation des locaux à la dépendance, de médicalisation et de formation des personnels. Entendez-vous prendre des mesures ?

L'allocation dépendance est très attendue. Prévoyez-vous une allocation personnalisée et adaptable, attribuée en nature plutôt qu'en espèce pour éviter les abus ?

Vous annoncez, par ailleurs, une loi-cadre sur la famille. Quel rôle attribuez-vous à la famille dans la prise en charge des anciens ? Comptez-vous maintenir

l'obligation alimentaire au premier degré ? Trouvez-vous anormal que les parents qui élèvent les enfants soient à leur tour aidés par ceux-ci ? Doit-on tout demander à la société ? Ou ne se tourner vers elle que lorsque la famille ne peut faire face ?

M. le président. La parole est à Mme le ministre d'Etat.

Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville. Monsieur le député, je ne pourrai pas répondre longuement à toutes les questions que vous venez de poser sur la solidarité familiale, car elles portent en fait sur toute la politique en faveur de la famille et des personnes âgées.

On dit souvent que la solidarité familiale disparaît et que, désormais, les gens s'en remettent uniquement à la solidarité collective. Mais toutes les enquêtes montrent que ce n'est pas exact. En réalité, et heureusement ! ces solidarités restent plus solides qu'on ne le pense. Aujourd'hui, la solidarité familiale s'exerce souvent des anciens vers les jeunes, puisque ce sont ces derniers, comme l'a souligné M. de Lipkowski, qui connaissent les difficultés les plus grandes. Ce ne sont d'ailleurs pas toujours les parents, mais les grands-parents qui ont à intervenir pour aider des jeunes qui, même après avoir suivi des études, se retrouvent au chômage.

Il n'en reste pas moins que des jeunes ménages peuvent avoir aussi deux ou trois générations différentes à leur charge : des jeunes enfants, des parents et des grands-parents. L'Etat a l'obligation d'intervenir pour aider ceux qui ne peuvent pas assumer toutes ces charges, car la dépendance coûte très cher.

Je le répète, le projet de loi sur la dépendance que nous allons présenter ne sera probablement pas applicable avant le 1^{er} janvier 1995. Nous ne pouvions pas attendre en ce qui concerne notamment la médicalisation des établissements et l'hébergement des personnes âgées. Ainsi poursuivrons-nous, dès 1994, l'effort de médicalisation.

Pour ce qui est des heures d'aide ménagère, mes services, conjointement avec ceux de la CNAV, cherchent à harmoniser les conditions dans lesquelles elles sont allouées par la caisse nationale d'assurance vieillesse avec les conditions dans lesquelles la même caisse alloue les prestations de garde à domicile. En effet, la trop grande disparité entre les deux prestations - garde à domicile et aide ménagère - a conduit, en 1993, à une consommation très rapide de l'enveloppe annuelle prévue pour la garde à domicile, qui a été épuisée dès le mois de mai dans la plupart des caisses régionales d'assurance maladie.

Quant au projet de loi sur la dépendance, je ne sais pas quelle sera son orientation définitive : par inclination personnelle, je donnerais la préférence aux prestations en nature, car on s'est aperçu que les allocations versées en espèces aux personnes âgées rejoignaient très souvent les bas de laine, les épargnes ou les sicav.

M. Laurent Cathala. Grâce aux socialistes, elles ont de l'argent à placer dans les sicav !

Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville. Or nous voulons que ces personnes soient aidées effectivement, sinon ce sont leurs familles qui doivent assurer ce soutien.

Comme pour les aides familiales dont j'ai déjà parlé, nous devons examiner, à l'occasion du projet de loi-cadre sur la famille, comment mieux prendre en compte le soutien apporté par la famille, dont on doit considérer que, dans certains cas, elle peut elle-même délivrer un certain nombre de prestations.

M. le président. La parole est à M. Serge Roques.

M. Serge Roques. Madame le ministre d'Etat, le décret du 24 décembre 1992 signé par votre prédécesseur et portant sur le regroupement et la reconversion des lits d'hôpitaux, publics et privés, risque d'avoir des conséquences perverses.

Il permet, en effet, à un établissement en mauvaise posture financière d'abandonner un créneau jugé non rentable pour créer une nouvelle activité dans une discipline jugée plus porteuse, même si elle est assurée par un autre établissement local et même si elle est déjà excédentaire sur la carte sanitaire.

Il peut en résulter, si l'autorisation de création est accordée par le préfet de région après avis du CROSS - comité régional d'organisation sanitaire et sociale -, une dérégulation totale du secteur sanitaire, surtout dans les bassins démographiques étroits. On pourrait voir surgir dans des petites villes de moins de quinze mille habitants deux plateaux techniques, par exemple en cardiologie, en pneumologie, en gastro-entérologie, avec deux équipes médicales spécialisées assurant les soins et les gardes spécialisées vingt-quatre heures sur vingt-quatre.

L'application du décret du 24 décembre 1992 risque donc de rendre le système sanitaire de soins plus incohérent, moins performant et plus coûteux, c'est-à-dire d'aller à l'encontre de la politique de santé que vous entendez mener.

Dans ces conditions, ne conviendrait-il pas de le modifier afin qu'il favorise entre les établissements une complémentarité légitime plutôt qu'une concurrence sauvage ?

En attendant, ne serait-il pas opportun de recommander au CROSS, qui donne un avis consultatif, et au préfet de région, qui accorde les autorisations de reconversion des lits, de veiller à ce qu'elles n'interviennent pas dans des secteurs déjà pourvus, ce qui ne peut que perturber le système et alourdir considérablement les coûts induits sans bénéfice réel pour la population ?

M. le président. La parole est à Mme le ministre d'Etat.

Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville. Monsieur le député, je vous remercie de votre question, qui attire mon attention sur certains effets pervers du décret cité.

Cela dit, vous lui avez vous-même apporté une réponse. En fait, il est souhaitable qu'il y ait une concertation au niveau des CROSS et des DRASS afin de prendre en compte ce qui existe et de ne pas multiplier les petites structures qui ne peuvent pas donner des soins de qualité. Nous avons tout intérêt au contraire à restructurer pour disposer d'établissements hospitaliers d'une certaine taille dispensant des soins de plus grande qualité aux usagers.

Sans modifier le décret, nous pouvons donc aller dans ce sens, qui correspond à toutes les directives que nous avons données et à notre politique de restructuration.

M. le président. La parole est à M. Jean-François Chossy.

M. Jean-François Chossy. Madame le ministre d'Etat, ma question sera brève, telle sans doute que vous aimez les entendre énoncer, mais aussi pour respecter les instructions de M. le président. Elle reflète le désarroi du monde rural dont je suis un des représentants dans cette assemblée.

L'aménagement du territoire, c'est le credo du Gouvernement, la démarche autour de laquelle tous les élus, tous les socioprofessionnels, tout le monde associatif, en fait

toutes les populations, se sont mobilisés. C'est l'outil qui permettra d'éviter la désertification de nos campagnes. C'est la solution envisagée pour maintenir, voire développer, les structures de proximité indispensables à un bon service public, qui soit justement au service du public le plus large.

Probablement est-ce dans ce cadre que se met en place la sectorisation hospitalière, définie par la loi du 31 juillet 1991. Ainsi, dans la région Rhône-Alpes, le préfet de région, par un arrêté du 20 octobre dernier, a fixé les limites des secteurs géographiques du schéma régional d'organisation sanitaire qui sera élaboré l'an prochain.

Sans aucun doute il est nécessaire de veiller à une bonne répartition géographique des équipements et de maîtriser - comme il se doit - les dépenses et les coûts de la santé. La carte sanitaire est un instrument utile à la politique, rigoureuse mais ambitieuse, que vous entendez conduire et que vous avez la volonté déterminée de réussir. Je me préoccupe cependant de l'avenir des structures moyennes, telles que les centres hospitaliers généraux. La place qu'ils tiendront à l'intérieur d'un secteur suscite, vous le comprendrez, de réelles inquiétudes. C'est le cas pour le CHG de Montbrison, dans le département de la Loire, qui est rattaché au secteur du CHRU de Saint-Etienne.

Mes questions, on le verra, concernent l'implication directe que peut et doit avoir votre ministère dans la grande mission de l'aménagement du territoire.

De tels établissements sont-ils, à terme, menacés de fermeture totale ?

Verront-ils, dès la mise en place des schémas régionaux, la suppression irrévocable des services des urgences, de pédiatrie ou de chirurgie, malgré leurs performances médicales incontestables et malgré les qualités professionnelles indéniables dont font preuve leurs personnels ?

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

M. le ministre délégué à la santé. Monsieur le député, votre exemple du centre hospitalier de Montbrison illustre parfaitement la nécessité d'une nouvelle politique hospitalière.

Le Gouvernement souhaite mettre en place des réseaux gradués et coordonnés comportant des hôpitaux ruraux, des hôpitaux généraux et, bien sûr, des hôpitaux universitaires.

Dans l'optique de l'aménagement du territoire, il est évident que les restructurations hospitalières ne doivent pas aggraver la désertification rurale. Cependant, tous les rapports dont nous disposons - dont le rapport Steg - établissent que 70 p. 100 de la population peut être soignée dans un centre de proximité, 30 p. 100 autres devant aller dans des centres hospitaliers à plateaux techniques, beaucoup plus spécialisés, et beaucoup plus sophistiqués. Cela suppose, bien entendu, des transports sanitaires de grande qualité.

Le centre hospitalier de Montbrison comporte 186 lits de court séjour et son activité, c'est exact, est bonne. Mais, dans le service de médecine, on note une diminution nette de la durée moyenne de séjour depuis 1988 cependant que le taux d'occupation reste stable. Quant à son activité chirurgicale, elle est partagée avec le secteur privé. Nous devons d'ailleurs nous orienter vers une meilleure complémentarité entre le secteur public et le secteur privé.

La plaine du Forez où se situe Montbrison connaît une croissance démographique. Il est donc probable que l'activité du centre hospitalier sera en augmentation pour l'hospitalisation de premier recours. Mais nous souhaitons

que, dans le cadre de ce réseau gradué et coordonné, vous passiez, le plus rapidement possible, une convention avec d'autres centres hospitaliers comme le CHRU de Saint-Etienne.

Le futur schéma régional d'organisation sanitaire de la région Rhône-Alpes invitera chaque établissement à promouvoir une organisation en réseaux et tout sera mis en œuvre pour que le dialogue sur ce schéma soit le plus approfondi possible. Le centre hospitalier de Montbrison pourra donc largement participer à la discussion sur le secteur sanitaire dans lequel il se situe désormais.

M. le président. Nous passons aux questions du groupe du Rassemblement pour la République.

La parole est à M. Jean de Lipkowski.

M. Jean de Lipkowski. Madame le ministre d'Etat, je voudrais évoquer la situation financière des centres d'hébergement et de réadaptation sociale dont vous avez parlé ce matin en disant, à très juste titre, que vous héritiez d'une situation impossible, les crédits nécessaires n'ayant pas été prévus dans le dernier budget.

Dans l'immédiat, vous dégagez 26 millions, d'après ce que j'ai compris, et vous préparez un audit pour inscrire ces crédits supplémentaires au budget de 1994. Je vous sais gré de vous pencher ainsi sur ce problème, mais, en réalité, il faudrait environ 100 millions pour financer les agréments récemment signés, les mesures à effet rétroactif payables en 1992 et 1993. Le budget de 1994 aurait dû être préparé sur des bases intégrant ces mesures ainsi qu'un rattrapage des retards accumulés.

En attendant, tout en prenant acte de votre excellente bonne volonté, nous sommes, en tout cas en Poitou-Charentes, au bord de l'asphyxie, et nous nous demandons s'il ne faut pas fermer ces établissements dont certains ne survivent qu'avec des concours bancaires coûteux. Ce serait détestable et dramatique. Les personnels concernés sont en fait des modérateurs sociaux. Leur disparition créerait une situation sociale extrêmement préoccupante, dont, une fois de plus, les plus démunis payeraient le coût.

Dans ces conditions, nous comptons sur vous pour tout faire, dès le budget de 1994, pour infléchir une situation qui est en train de devenir dramatique.

M. le président. La parole est à Mme le ministre d'Etat.

Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville. Monsieur le député, comme je l'ai déjà indiqué, pour 1994, nous prendrons toutes les mesures nécessaires, y compris pour assurer les responsabilités relatives à 1993 et les mesures rétroactives non financées.

S'il y a un problème particulier pour l'un des CHRS de votre département, étant donné que nous essayons de répondre aux demandes par des dotations particulières, il conviendrait que vous nous le signaliez ou que vous le signaliez à la DDASS locale. Nous sommes à votre disposition.

M. le président. La parole est à M. Jean-Jacques Delvaux.

M. Jean-Jacques Delvaux. Bien que vous ne soyez que partiellement concernée par le problème que je vais évoquer, madame le ministre d'Etat, je voudrais me faire l'écho devant vous d'inquiétudes provenant de nombreuses familles, les plus modestes, de notre pays, provenant aussi d'organismes et d'associations au service de l'habitat social, lesquels s'émeuvent de la non-revalorisation des aides personnelles au logement.

Cette mesure, prévue par l'article 20 de la loi de finances rectificative de 1993, bien que provisoire et motivée par les circonstances économiques actuelles, pénalise doublement les personnes aux revenus modestes. Actuellement, 4,5 millions de foyers bénéficient d'allocations afin de faire face à leurs dépenses incompressibles en matière de logement.

La mesure adoptée implique pour ces ménages un risque d'insolvabilité à terme, phénomène qui tend à s'accroître, ainsi qu'une perte de pouvoir d'achat par l'obligation de recentrer de faibles revenus sur le budget de logement.

Eu égard aux perspectives gouvernementales de relance du logement et de la consommation, compte tenu aussi de la volonté du Gouvernement de redonner de l'ampleur à la politique familiale, pouvez-vous me préciser vos intentions sur ce sujet et, dans la mesure du possible, prendre publiquement dès à présent l'engagement de procéder en 1994 à l'actualisation des barèmes des allocations de logement familial et social et de l'aide personnalisée au logement.

M. le président. La parole est à Mme le ministre d'Etat.

Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville. Monsieur le député, les barèmes des aides au logement n'ont pu être réactualisés au 1^{er} juillet dernier en raison du ralentissement marqué de l'inflation et du coût de la construction sur lequel sont indexés les loyers. Pour ma part, je l'ai déploré.

Il faut bien voir que les masses disponibles pour l'aide au logement diminuent du fait qu'il y a un plus grand nombre de bénéficiaires. Nous sommes obligés de tenir compte de cette situation.

Cependant, le logement reste une priorité pour le Gouvernement, qui a pris un ensemble de mesures dans ce domaine: l'amélioration des prêts aidés pour l'accès à la propriété, des prêts locatifs, de la prime à l'amélioration de l'habitat.

Les aides au logement ont un impact considérable sur les conditions de vie des ménages les moins aisés et sur la famille en général. C'est la raison pour laquelle je souhaite que, dans le cadre de la loi-famille, l'on accorde une priorité à tous les problèmes de logement et que l'on voie notamment comment améliorer encore les aides au logement. Je souhaite en tout cas qu'elles soient revalorisées au 1^{er} juillet prochain. C'est pour moi, dans la perspective d'une politique sociale, l'une des priorités les plus marquées.

M. le président. La parole est à M. Jean-Yves Chamard.

M. Jean-Yves Chamard. Ma question porte sur le *numerus clausus* dans les professions médicales et paramédicales.

Les dépenses de santé augmentent annuellement de 7 p. 100: c'est sans doute l'une des rares branches de l'activité économique à « bénéficier » d'une telle croissance, avec, bien sûr, un financement collectif.

Dans le même temps, un certain nombre de professionnels de santé nous disent que leurs revenus ne progressent pas, ou, en tout cas, progressent moins que les prix. Ce n'est pas toujours vrai, ce n'est pas toujours faux. En tout cas, ils nous le disent. Et nous savons que l'une des raisons majeures pour lesquelles leur pouvoir d'achat n'augmente pas en moyenne de 7 p. 100, c'est l'augmentation excessive du nombre de professionnels.

C'est vrai pour les médecins. Ils payent certaines erreurs passées. Vous vous êtes heurtée vous-même, il y a un certain nombre d'années, à des syndicats médicaux qui refusaient le *numerus clausus*. Aujourd'hui, ils y sont favorables, mais d'autres voix s'élèvent, notamment celles des hospitalo-universitaires, qui, voulant former des internes, considèrent que le *numerus clausus* est trop faible. Il a été légèrement augmenté, passant de 3 500 à 3 650. Pensez-vous qu'il faille encore l'élever ou êtes-vous de ceux qui, comme moi, considèrent qu'il ne doit pas l'être avant la fin du siècle à peu près, sachant bien sûr qu'à partir de l'an 2000 il y aura des remontées d'effectifs.

Pour les autres professions de santé, êtes-vous prête à essayer d'améliorer la situation pour que, dans tous les domaines, nous ayons une adéquation entre les besoins réels et le nombre de professionnels ?

M. le président. La parole est à Mme le ministre d'Etat.

Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville. Monsieur le député, je voudrais être extrêmement claire sur cette question.

S'il y a eu une légère augmentation cette année, de 150, c'est au motif - ou au prétexte, je ne sais pas - qu'il y avait un nouveau texte à appliquer donnant à certaines professions paramédicales un accès direct aux études médicales. Il s'agissait de ne pas réduire les postes ouverts aux étudiants. Les membres des professions paramédicales n'ayant pas été assez nombreux pour utiliser tous ces postes, les doyens ont essayé de les récupérer pour leurs étudiants et nous nous y sommes opposés.

Si je dis cela, c'est pour bien montrer quel est mon sentiment sur la question : nous ne pouvons pas aujourd'hui augmenter le *numerus clausus*.

M. Jean-Yves Chamard. Très bien !

Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville. Il est d'ailleurs assez irritant d'entendre exactement les mêmes arguments qu'en 1979. Ils n'étaient déjà pas du tout pertinents à l'époque. Si la démographie dans le monde médical était supérieure aux besoins, pour tout le monde il y aurait des effets totalement négatifs : pour les caisses, pour les médecins en place, les malades aussi puisque l'on sait très bien que certaines interventions chirurgicales sont faites sans nécessité évidente dès lors qu'il y a un nombre pléthorique de médecins. Toutes les évaluations faites dans tous les pays le démontrent ! Quels arguments invoque-t-on ? La féminisation de la profession ou l'existence d'autres débouchés, mais on ne sait pas d'ailleurs me dire lesquels, journalistes médicaux ou autres.

Il ne serait pas raisonnable d'aller plus loin aujourd'hui. Il faut naturellement évaluer la situation pour les années à venir et envisager effectivement un élargissement du recrutement pour la fin du siècle. Sinon, on risquerait dix ans plus tard d'être dans une situation de pénurie. *(Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour la démocratie française et du Centre et du groupe du Rassemblement pour la République.)*

M. Jean-Yves Chamard. Voilà un langage clair, madame le ministre d'Etat !

M. le président. La parole est Mme Colette Codaccioni.

Mme Colette Codaccioni. La loi du 23 juillet 1983 a placé l'aide sociale à l'enfance sous la responsabilité du conseil général avec, bien évidemment, le contrôle de l'Etat. C'est pourquoi, madame le ministre d'Etat, je désirerais aborder le problème de l'évaluation de l'aide sociale

à l'enfance au niveau de quelques points qui sont du ressort de l'Etat afin d'améliorer l'application de certaines mesures prises depuis dix ans.

D'abord, l'image de l'ASE est en général très mauvaise auprès du public et repose sur des idées erronées. On entend dire un peu partout que l'ASE enlève les enfants à leurs parents, contrôle ce qui se passe dans les familles ou que les enfants de l'ASE sont des vauriens. Une campagne de sensibilisation du public serait utile afin, d'une part, de valoriser l'ASE auprès des prestataires de services, et, d'autre part, de mieux présenter les enfants de l'ASE. Conseiller général du Nord, je suis très sensibilisée par la situation de ces enfants, puisque le département prend en charge 9 000 enfants, soit sept fois plus que les autres départements de France.

Le deuxième point que je souhaite aborder, c'est l'obligation alimentaire envers les ascendants, prévue à l'article 205 du code civil. Des enfants qui avaient été confiés à l'ASE ont une obligation alimentaire envers une mère ou un père qui ne se sont pas occupés d'eux pendant une certaine période. Cela apparaît souvent comme une injustice. L'article 207 du code civil pourrait être modifié, toiletté. Il faudrait une dispense plus systématique de cette obligation alimentaire pour ces enfants.

Mon troisième point concerne l'adoption des enfants étrangers, qui est en partie de la compétence du Quai d'Orsay. La signature rapide par la France de la convention de La Haye sur la protection des enfants et la coopération en matière d'adoption internationale permettrait de mieux éviter quelques sérieux dérapages, notamment de confirmer l'obligation d'agrément en cas d'adoption d'un enfant étranger, et d'instituer une obligation de suivi de ces enfants par l'ASE.

Certes, ces points dépendent aussi d'autres ministères mais, connaissant votre intérêt pour l'ASE, je pense que vous pourrez nous donner votre avis sur l'évolution possible.

M. le président. La parole est à Mme le ministre d'Etat.

Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville. Je vous remercie de votre question, madame le député, parce qu'on ne parle plus beaucoup de l'aide sociale à l'enfance, ce service étant maintenant décentralisé. Pour ma part, j'y porte un très grand intérêt depuis des années.

Tout d'abord, je regrette comme vous que son image soit mauvaise, souvent de façon très injuste car les gens qui sont dans ces services font preuve d'un très grand dévouement et font le maximum pour que les enfants soient pris en charge dans les meilleures conditions. Ce n'est pas toujours possible.

Les textes eux-mêmes ne sont pas toujours bien adaptés. Ainsi, ils ne permettent pas de confier les enfants en adoption, même lorsque ceux-ci sont abandonnés depuis longtemps. Je le sais par expérience puisque j'ai beaucoup travaillé sur la loi de 1966 et la déclaration d'abandon.

Malgré toutes les difficultés, il faut revaloriser cette image et nous en sommes responsables aussi.

En ce qui concerne l'obligation alimentaire, vous avez tout à fait raison. Je me propose de saisir M. le garde des sceaux du problème. Vous pourriez vous-même déposer une proposition de loi à moins que le garde des sceaux ne veuille lui-même déposer un projet. Il n'est pas question naturellement que la dispense soit automatique mais elle pourrait être accordée plus largement.

Enfin, en ce qui concerne l'adoption internationale, je suis tout à fait favorable à ce que la France ratifie rapidement la convention de La Haye...

M. Adrien Zeller, rapporteur spécial. Très bien !

Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville. ... et je l'ai fait savoir au ministre des affaires étrangères. La semaine dernière, lors d'une réunion des ministres de la famille des pays du Conseil de l'Europe, que je présidais, nous avons exprimé le vœu, dans la résolution adoptée, que la plupart des pays ratifient le plus rapidement possible cette convention.

M. le président. La parole est à M. Jean-Yves Chamard.

M. Jean-Yves Chamard. Madame le ministre d'Etat, je voudrais vous parler de nouveau de la médicalisation des établissements d'accueil pour personnes âgées dépendantes.

Vous connaissez les besoins en sections de cure dans les maisons de retraite, mais aussi dans les foyers pour personnes âgées, construits il y a quinze ou vingt ans. A l'époque les personnes étaient valides mais maintenant la moyenne d'âge est souvent de quatre-vingt-cinq ans et la dépendance y est forte.

Dans ce type d'établissements, il y a des besoins liés à la dépendance - ce sera l'objet d'une loi qui, je l'espère très vivement, sera votée en 1994 - mais aussi des besoins de soins médicaux et paramédicaux. C'est à ce sujet que je voudrais vous faire deux suggestions et connaître votre appréciation.

Pensez-vous qu'il soit possible d'établir des conventions entre les établissements hospitaliers et les établissements d'accueil pour personnes âgées dépendantes ? Puisque nous voulons reconvertir des lits - ce sera voté dans un mois - il y aura dans un certain nombre de cas des personnels en surnombre. Il ne s'agit évidemment pas de les faire disparaître - vous connaissez tous les problèmes liés à ce genre de situation. Les mettre à disposition des établissements d'accueil, avec une convention - dans ce cas il y a un remboursement au titre de l'assurance maladie - est une solution qui permettrait de garder le personnel et de financer la médicalisation.

Par ailleurs, seriez-vous favorable à ce que certains départements chargés de la dépendance passent convention avec l'Etat pour accélérer le programme de médicalisation ? Le département de la Vienne, dont je suis l'un des élus, a passé avec votre ministère une telle convention sur les handicapés, domaine partagé. Dans le domaine de la dépendance, seriez-vous prête à expérimenter certaines conventions Etat-département pour la médicalisation de maisons pour personnes âgées ?

M. le président. La parole est à Mme le ministre d'Etat.

Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville. L'établissement de conventions entre les établissements hospitaliers et les maisons de cure médicale ne doit, *a priori*, pas être impossible dans le cadre de la loi de 1991 qui offre une très grande souplesse. Il faut étudier la question mais je pense que c'est possible.

Quant à l'expérimentation que vous proposez, dans la mesure où la loi de 1991 ouvre la porte à de telles expérimentations, je crois qu'il serait très intéressant d'essayer.

M. Jean-Yves Chamard. Ma ville est candidate.

Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville. Très bien, faites-nous parvenir un dossier, monsieur le député.

M. Jean-Yves Chamard. Merci !

M. le président. Nous revenons aux questions du groupe de l'Union pour la démocratie française et du Centre.

La parole est à M. Jean-Louis Bernard.

M. Jean-Louis Bernard. Le professeur Adolphe Steg, dans son excellent rapport sur la médicalisation des urgences, a constaté de graves dysfonctionnements ici ou là et il a proposé de concentrer les services d'urgence sur un plus petit nombre de sites mieux équipés et mieux desservis.

Plus de 7,5 millions de patients sont examinés chaque année aux urgences. Il s'agit donc d'un problème particulièrement important et il est du devoir de l'Etat de fixer le niveau d'excellence auquel il veut conduire les services d'urgence dans notre pays.

Quelles mesures comptez-vous donc prendre concernant la réorganisation des urgences, l'harmonisation entre les futurs services d'accueil des urgences, SAU, et les antennes d'accueil et d'orientation des urgences, les fameuses ANACOR ?

Qu'avez-vous prévu pour financer cette nouvelle organisation tant au niveau des structures qu'au niveau des personnels ?

Enfin, avec des personnels plus spécialisés, plus compétents, et des structures mieux adaptées, peut-on espérer traiter les urgences d'une façon plus efficace et à un moindre coût ?

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

M. le ministre délégué à la santé. Monsieur le député, 8 millions de personnes passent aux urgences et un tiers d'entre elles sont hospitalisées. Le rapport Steg a montré qu'il y aurait une sous-médicalisation importante dans ce domaine puisque, dans presque 35 p. 100 des cas, les personnes sont examinées par des médecins « non thésés », qui ne sont donc pas médecins et il a soulevé en fait, le problème de la formation des personnes qui reçoivent les malades aux urgences.

Nous voulons d'abord mettre en place des centres de référence qui prendront en charge des urgences de toute nature, et seraient spécialisés pour les cas très graves, ce que vous avez appelé les SAU, avec des plateaux techniques très sophistiqués. Puis, par convention, il y aurait une association avec des ANACOR, dans lesquelles 70 p. 100 des premières urgences seraient soignées.

Je crois que le mot réseau est important et il implique des transports sanitaires bien organisés. Il est essentiel de comprendre qu'on ne pourra réussir ce réseau gradué et coordonné que s'il y a des ambulances ou même des hélicoptères entre les SAU et les ANACOR.

D'un point de vue budgétaire, nous consacrerons 200 millions de francs dans le cadre du budget hospitalier à la mise en place d'un tel système.

Enfin, pour faciliter une bonne coordination entre ces niveaux d'accueil, une étude simultanée de l'organisation des transports sanitaires doit être réalisée. Elle est commencée et les résultats seront connus très prochainement.

Le second objectif est d'améliorer la médicalisation des sites habilités à recevoir les urgences. Dans cette optique, il faut envisager une certaine augmentation du nombre de postes de médecins affectés spécifiquement à ces services

et surtout une séniorisation de ces postes, car, trop souvent, ce sont des internes « non thésés » qui reçoivent les malades.

M. Jean-Yves Chamard. Très bien !

M. le président. La parole est à M. Serge Roques.

M. Serge Roques. Les tomodynamomètres ou scanners sont devenus des appareils indispensables dans l'exploration d'un champ très vaste et très courant de la pathologie humaine. Ne pas en disposer est donc extrêmement pénalisant pour un bassin démographique.

Or, jusqu'à présent, la politique sanitaire française est très restrictive puisqu'elle ne permet qu'un appareil pour 110 000 habitants, alors que cet indice varie entre un appareil pour 45 000 et un pour 75 000 habitants dans les autres pays de la Communauté.

L'assouplissement apporté par votre prédécesseur quelques semaines avant son départ par un décret du 11 février 1993 autorisant un appareil supplémentaire par tranche de 1 500 lits hospitalo-universitaires actifs par région a surtout permis de satisfaire *in extremis* des besoins plus électoraux que sanitaires.

Dans ces conditions, pour rapprocher notre pays de ses voisins européens et pour répondre aux besoins légitimes de santé publique, en particulier dans les zones excentrées par rapport aux grandes agglomérations où sont concentrés la plupart des appareils, envisagez-vous, madame le ministre d'Etat, de modifier l'indice ou les règles générales d'autorisation d'installation d'appareils scanners dans notre pays ?

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

M. le ministre délégué à la santé. Comme vous le savez, monsieur le député, les scanners et les appareils d'imagerie par résonance magnétique, les caméras à scintillation et bien évidemment les appareils d'angiographie numérisée sont des équipements matériels lourds.

Il existe une carte sanitaire, pour laquelle le raisonnement est aujourd'hui purement quantitatif. Nous ne souhaitons pas, dans un premier temps, modifier les indices appliqués à la population régionale. Pour les scannographes, par exemple, l'indice est d'un appareil pour 110 000 habitants.

En revanche, le projet de loi sur la santé publique et la protection sociale présenté par le Gouvernement prévoit la possibilité, à titre expérimental, de déroger à la carte sanitaire dès lors que les surcoûts pour l'assurance maladie seront totalement compensés. Cette expérimentation, qui a été votée au Sénat voici quelques jours, sera effectuée sous la forme de contrats entre le demandeur, le représentant de l'Etat et les organismes d'assurance maladie.

En fait, il s'agit d'une véritable politique de substitution. On pourra obtenir un scanner ou un IRM alors que la carte sanitaire est saturée à condition d'avoir en substitution des équipements ou des activités permettant de compenser les coûts.

M. le président. La parole est à M. Jean-Louis Bernard, pour poser une seconde question.

M. Jean-Louis Bernard. Madame le ministre d'Etat, monsieur le ministre délégué, le budget alloué aux actions de lutte contre le sida va nettement progresser, et l'effort supplémentaire sera essentiellement – vous nous l'avez dit – orienté vers l'hébergement et la prise en charge à domicile des malades.

Cependant, il faut, d'abord et avant tout, agir en amont de la maladie déclarée, c'est-à-dire au stade de la séropositivité. Car, traitée précocement, à la moindre

infection intercurrente, et mieux surveillée, une personne séropositive a une chance de survie plus longue, donc une espérance accrue de bénéficier un jour d'un traitement efficace.

Le dépistage systématique ne semble pas être une réponse au problème, car on sait qu'il existe une phase de séroconversion plus ou moins longue. On peut néanmoins envisager d'utiliser beaucoup plus largement le dépistage, notamment à certaines périodes de la vie : grossesse, service militaire, interventions chirurgicales. Il ne s'agit pas d'attenter aux droits de l'individu, mais, au contraire, de lui donner une plus grande espérance de vie. Une séropositivité reconnue tôt constitue également un facteur de protection supplémentaire pour les partenaires.

Il faut donc considérer le sida non comme une maladie à part, mais comme une maladie tout court. L'exemple d'opérés ou d'hémophiles contaminés par voie sanguine a « déssexualisé », en quelque sorte, le syndrome sida.

Il faut donc poursuivre les campagnes d'information, surtout en milieu scolaire, et ne pas craindre de prôner l'usage du préservatif, qui ne constitue certes pas la panacée, mais qui, comme vous l'avez noté, monsieur le ministre délégué, est pour l'instant le seul « vaccin » à notre disposition.

C'est pourquoi, madame le ministre d'Etat, monsieur le ministre délégué, il me paraît important, à l'intérieur de l'enveloppe budgétaire prévue pour les actions de lutte contre le sida, d'insister sur le volet prévention.

Votre politique sera-t-elle relayée par d'importants moyens, je pense notamment à des moyens de communication en direction des médias, des professionnels de la santé et donc de toutes les Françaises et de tous les Français ?

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

M. le ministre délégué à la santé. Monsieur le député, je vous répondrai de manière assez courte puisque le problème que vous soulevez – la proposition systématique, par le médecin, de dépistage du virus du sida – a déjà été évoqué.

Cette proposition est déjà faite durant la grossesse et en période prénuptiale.

Mais il me paraît, en effet, important d'avoir une grande discussion sur les périodes de la vie favorables à une telle démarche.

Vous évoquez le service militaire. Oui, mais attention au secret médical !

Vous évoquez les périodes pré-opératoires. Oui, d'autant que cela se pratique aujourd'hui de manière très hypocrite. Toutes les équipes chirurgicales font aujourd'hui, dans le bilan pré-opératoire, le test de dépistage du virus du sida, à l'insu du malade. Mais attention : il faut s'assurer que, en cas de séropositivité, certaines équipes ne refusent pas d'opérer ces malades. Vous le voyez : l'affaire est assez compliquée.

Sur le plan de la prévention, je suis entièrement d'accord : il faut de toute façon aller vers un acte volontaire et un acte de confiance entre le médecin et le malade, mais il faut aller aussi plus loin et réfléchir aux conséquences d'un tel dépistage.

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

M. Gérard Grignon. Madame le ministre d'Etat, une loi du 17 juillet 1987 a instauré un régime d'assurance vieillesse dans la collectivité territoriale de Saint-Pierre-et-Miquelon.

Le projet de loi initial ne prenait pas en compte les droits auxquels peuvent prétendre les mères de famille ayant élevé au moins trois enfants, comme c'est le cas en

métropole, en régime général, à savoir une majoration de deux années d'assurance par enfant élevé pendant au moins neuf ans avant leur seizième anniversaire, l'obtention du taux plein aux mères de famille ouvrière ayant élevé des enfants dans les conditions que je viens de préciser, une allocation minimale pour les mères de famille ayant élevé un certain nombre d'enfants même si elles ne relèvent à aucun titre du régime local.

J'avais, à l'époque, déposé des amendements permettant aux mères de famille de Saint-Pierre-et-Miquelon de prétendre aux mêmes droits que les mères de famille de métropole. Ces droits sont inscrits aux articles 9, 11 et 20 du texte voté par le Parlement en 1987.

Cependant, afin de ne pas alourdir excessivement les charges en résultant pour le régime, l'application effective de ces droits devait se faire à une date fixée par voie réglementaire, sur proposition du conseil d'administration de la caisse de prévoyance sociale. Le conseil d'administration a pris la délibération correspondante le 10 décembre 1992. Je vous ai d'ailleurs écrit à ce propos le 20 septembre dernier.

Madame le ministre d'Etat, les décrets d'application, impatiemment attendus, seront-ils enfin pris dans les délais et, si possible, dans le courant du mois prochain, afin que les mères de famille de Saint-Pierre-et-Miquelon puissent enfin bénéficier de leurs droits légitimes, et ce avec effet au 10 décembre 1992 ?

M. le président. La parole est à Mme le ministre d'Etat.

Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville. Monsieur le député, la loi du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse prévoit, dans ses articles 9, 11 et 20, que des décrets peuvent instaurer : d'abord, une majoration de durée d'assurance pour les femmes assurées de ce régime ayant élevé un ou plusieurs enfants pendant une certaine durée ; ensuite, la possibilité pour les mères de famille justifiant d'une durée minimum d'assurance qui ont élevé un nombre minimum d'enfants de bénéficier du taux plein même si elles ne justifient pas de la durée d'assurance requise ; enfin, une majoration des pensions lorsque le bénéficiaire a élevé un nombre minimum d'enfants.

Cette possibilité est subordonnée à une proposition de la caisse de prévoyance sociale prévoyant les relèvements de cotisations nécessaires. Or la caisse de prévoyance sociale a estimé que ces hausses de cotisations devaient être de 0,50 p. 100 pour la part patronale à compter de la date de parution du décret et de 0,50 p. 100 pour la part salariale à compter du 1^{er} janvier 1998.

Ainsi, les taux des cotisations au régime d'assurance vieillesse seraient respectivement portés de 5 à 5,50 p. 100 pour l'employeur et de 5,50 à 6 p. 100 pour le salarié.

Ces estimations méritent d'être précisées si l'on veut garantir qu'elles suffiront à couvrir les coûts supplémentaires résultant de la loi de 1987.

Une étude financière est en cours, et nous espérons que l'on pourra rapidement publier le décret demandé.

M. le président. La parole est à M. Daniel Mandon.

M. Daniel Mandon. Madame le ministre d'Etat, la mise en place de la carte sanitaire liée à la réforme hospitalière de juillet 1991 appelle aujourd'hui plus qu'hier un débat sur la coopération interhospitalière, car la planification née dans le cadre de la maîtrise des dépenses de santé mérite d'être améliorée.

Le Gouvernement engage les responsables hospitaliers à faire preuve d'inventivité et de volontarisme dans ce domaine.

Mais chacun sait que l'innovation est souvent le résultat d'une politique d'incitation, notamment financière, et que toute reconversion ou restructuration commence par peser sur les finances publiques avant de dégager des marges de manœuvre.

Aussi, une incitation, plus qu'une contrainte étatique, impliquerait une prise en compte des besoins locaux exprimés par les populations et leurs élus.

Certes, on peut à l'époque de l'intercommunalité se demander si les hôpitaux ont encore le choix de l'indépendance et si la coopération interhospitalière est vraiment à l'ordre du jour.

Afin de promouvoir de nouvelles formes d'organisation hospitalière permettant la mise en réseaux des établissements, favorisant les complémentarités des plateaux techniques, les coopérations médicales et institutionnelles, ne conviendrait-il pas d'impulser une politique d'incitation, notamment financière, en créant un fonds de reconversion et de restructuration et en lui assurant une dotation ?

M. le président. La parole est à Mme le ministre d'Etat.

Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville. Monsieur le député, ma réponse ira dans le sens que vous souhaitez.

En effet, s'il existe déjà un fonds de restructuration pour les établissements privés, il n'en existe pas encore pour les établissements publics.

Si nous voulons mettre en œuvre une politique de restructuration, qui nous paraît tout à fait opportune pour assurer la qualité des soins, pour améliorer la cohérence de l'hospitalisation publique et pour mieux maîtriser les dépenses médicales, nous devons apporter une aide aux établissements qui engagent de vraies restructurations.

Nous souhaitons donc prévoir, dans des accords tripartites entre l'Etat, les caisses nationales d'assurance maladie et les établissements publics, un mécanisme favorisant la restructuration de ces derniers - d'autant que le « retour » de ces investissements est particulièrement rapide. On tiendra compte à chaque fois des conditions particulières, mais il est hautement souhaitable d'aider les établissements publics à se restructurer même si, dans un premier temps, cela occasionne des dépenses et exige des sacrifices.

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

La parole est à M. Ernest Chénier.

M. Ernest Chénier. Madame le ministre d'Etat, monsieur le ministre délégué, je ne doute pas, sachant le soin que vous avez mis à préparer vos plans d'action, que vous ayez eu en vue de développer la lutte anti-sida avec une particulière énergie en Ile-de-France et dans la région PACA, qui sont, chacun le sait, tristement concernées par cette épidémie.

Mais j'aimerais savoir quels moyens vous comptez mettre en œuvre dans les DOM-TOM, où ce fléau prend une ampleur angoissante : 661 cas par million de personnes en Martinique, 954 en Guadeloupe et 3 078 - oui, 3 078 ! - en Guyane.

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

M. le ministre délégué à la santé. Monsieur le député, c'est effectivement un problème de santé publique majeur que vous avez évoqué puisque l'épidémiologie montre une prévalence des problèmes du sida plus forte dans les DOM-TOM que dans n'importe quel département de métropole. Les hommes et les femmes y sont également touchés.

Il importe d'y renforcer les actions de prévention.

Celles-ci doivent porter sur l'information, grâce à l'Agence française de lutte contre le sida, mais aussi sur le dépistage, avec un renforcement des possibilités de dépistage anonyme et gratuit, lequel n'est pas encore suffisamment développé.

Dans le cas de Mayotte, une convention vient d'être signée entre l'Etat et le territoire. Elle prévoit une subvention de 800 000 francs pour la prévention du sida.

M. le président. La parole est à Mme Colette Codaccioni.

Mme Colette Codaccioni. L'Observatoire de l'action sociale décentralisée, en collaboration avec la direction de l'action sociale du ministère des affaires sociales, a mené une étude dans soixante-sept départements représentant 62 p. 100 de la population nationale.

Ce rapport, publié le 14 janvier 1993, a alerté l'opinion publique sur la situation de l'enfance en danger.

Il met en évidence les disparités entre départements en ce qui concerne les dépenses de l'aide sociale à l'enfance. Ces dépenses varient, par personne de moins de vingt ans, entre 442 et 2 365 francs - ce sont les chiffres de 1990.

Je sais, madame le ministre d'Etat, combien le problème de l'enfance en danger vous tient à cœur.

Ne pourrions-nous aller plus loin, en procédant à une meilleure évaluation du nombre d'enfants maltraités et des éléments constitutifs de cette maltraitance, et en repérant mieux les facteurs de risque de façon à exercer une action de prévention et à protéger l'enfant de manière plus adaptée ?

Par ailleurs, il faudrait que la collecte des informations se fasse à l'identique pour chaque situation, afin que l'information puisse être ultérieurement exploitée à des fins d'évaluation du dispositif, que les acteurs locaux soient sensibilisés à partir des informations collectées, traitées et communiquées, et que soient dégagées des politiques de prévention mieux ciblées et plus efficaces.

Enfin, il faudrait s'engager dans la réalisation d'études de type épidémiologique sur l'enfance maltraitée, avoir une approche commune pour le signalement et l'évaluation, mettre en place des indicateurs locaux relatifs au contexte dans lequel se sont produits les phénomènes de maltraitance à mineur, et ce - c'est important - dans tous les départements.

M. le président. La parole est à Mme le ministre d'Etat.

Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville. Madame le député, vous avez souligné les divergences qui existent dans les statistiques et dans l'évaluation qui est faite par l'Observatoire de l'action sociale décentralisée en ce qui concerne le signalement d'enfants en danger.

Tout d'abord, il y a de grandes disparités selon les régions. On le découvre dans la littérature, et on le vérifie dans toutes les études qui ont été faites. C'est lié à certains facteurs sociologiques et économiques, que l'on ne peut nier.

Ensuite, il est parfois difficile d'obtenir des renseignements.

De grands progrès ont été accomplis ces dernières années par certaines personnalités et certains organismes. Je pense notamment à la Fondation pour l'enfance, présidée par Mme Giscard d'Estaing, au service national d'accueil téléphonique pour l'enfance maltraitée, qui a effectué un très gros travail sous la présidence de M. Jacques Barrot, et aux études qui ont été réalisées à partir des appels reçus au téléphone vert national qu'a mis en place cet organisme.

Mais il faut aller plus loin.

En ce qui concerne l'information, d'abord. Celle-ci doit passer par les professeurs, les éducateurs, les instituteurs, mais aussi par les voisins, qui ont toujours la crainte de devenir des délateurs et qui ne veulent rien faire. Ils doivent comprendre que, lorsqu'un enfant est en danger, on peut, sans être délateur, signaler le cas à l'assistante sociale, laquelle pourra alors intervenir et faire le nécessaire pour aider l'enfant. On ne doit pas laisser les situations se détériorer, car, si l'on intervient trop tard, tout peut advenir. Les hôpitaux doivent, eux aussi, fournir les indications nécessaires, puisque, chacun le sait, le secret médical est levé dans ce genre d'affaire.

Par ailleurs, mon département ministériel doit aller plus loin dans l'information du public. Nous avons diffusé des brochures. Il faut poursuivre dans cette voie, surtout à l'intention des personnels spécialisés.

Enfin, nous devons rechercher, sur la base des évaluations auxquelles vous avez fait allusion, les moyens d'améliorer notre propre information. A cet égard, madame Codaccioni, vous venez d'accomplir un travail qui sera précieux pour le Gouvernement, car votre expérience est très grande.

M. le président. La parole est à M. Bernard Serrou.

M. Bernard Serrou. Le cancer reste un des fléaux de notre société. Chaque année, en France, on diagnostique plus de deux cent mille cas et l'on déplore près de cent cinquante mille morts.

Nous avons la chance de disposer du réseau exceptionnel que constituent les centres régionaux de lutte contre le cancer. Ce réseau de poids européen, et même international, assume de façon indépendante et avec une grande qualité un certain nombre d'objectifs dans les domaines du diagnostic, des soins, de la recherche, de la formation, de l'éducation à la santé et de la prévention. Le centre Epidaure, à Montpellier, par exemple, est une structure unique en Europe.

Cependant, ces centres sont confrontés aujourd'hui à des problèmes financiers, liés non seulement aux difficultés de l'ensemble des institutions de santé dans notre pays, mais aussi au fait que les moyens diagnostiques et thérapeutiques pèsent de plus en plus lourd sur le plan financier, sans compter que ces moyens se détournent quelque peu des structures de recherches et de soins consacrés au cancer au profit d'autres maladies.

Monsieur le ministre délégué à la santé, je sais tout l'intérêt que vous portez à la politique de prévention en particulier, et à la politique de santé publique en général. Les centres anticancéreux sont évidemment concernés.

Quelles sont les dispositions que vous pensez mettre en œuvre pour redonner à ces centres tous les moyens pour atteindre leurs objectifs ? Envisagez-vous d'étudier une modification éventuelle des statuts des centres régionaux de lutte contre le cancer ?

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

M. le ministre délégué à la santé. Monsieur le député, je vous remercie d'avoir posé cette très importante question.

Il ne faut pas penser que la politique du Gouvernement oublie le cancer, qui, dans notre pays, reste la première cause de mortalité, les deux sexes confondus, avant l'âge de cinquante ans.

Les établissements dont vous avez parlé - et permettez-moi de saluer à mon tour le centre Epidaure de Montpellier - sont soumis au principe d'encadrement budgétaire par le taux directeur. Cependant, leur activité est

prise en compte dans l'attribution des moyens qui leur sont alloués et ils peuvent bénéficier de dotations budgétaires dans le cadre des enveloppes départementales et régionales.

Des déficits budgétaires ont été constatés dans le passé du fait de dépassements des crédits autorisés, et les nouvelles technologies comme les nouveaux traitements, tels que la chimiothérapie, y sont pour beaucoup. Leur compensation pourra être examinée dans le cadre de la remise à niveau des bases budgétaires des établissements privés participant au service public hospitalier, actuellement en cours.

Cette opération doit permettre, pour l'avenir, de mettre fin au décalage qui a pu être constaté dans le passé entre les dépenses prévues et les dépenses réalisées.

Je conclurai en disant que, comme tous les établissements, ces centres devront rechercher les économies permettant de compenser autant que possible les surcoûts liés aux nouvelles thérapeutiques. Il est vrai que, dans le domaine du traitement du cancer, les surcoûts sont considérables.

M. le président. La parole est à M. Georges Mothron.

M. Georges Mothron. Certaines maladies chroniques sont invalidantes. La mucoviscidose en est un exemple. Exercer une activité professionnelle est un objectif primordial pour les personnes qui en sont atteintes.

Derrière cet objectif, on retrouve une volonté d'intégration sociale et d'autonomie, favorable à l'équilibre de la personne, sur le plan moral bien sûr, mais également sur le plan de la santé.

Les soins obligatoires, une fatigabilité importante rendent souvent nécessaire la recherche d'un emploi à mi-temps seulement.

Les dispositifs mis en place par la loi de 1987 ont instauré une « prime à l'embauche » qui joue dans certains cas un rôle incitateur. Cependant, un aspect a été complètement négligé : le rôle décourageant que joue l'AAH, l'allocation aux adultes handicapés, pour les personnes qui en sont bénéficiaires.

L'AAH a pour vocation de suppléer l'incapacité à travailler à plein temps en milieu ordinaire de travail des personnes handicapées. Conçue comme une garantie de ressources, elle diminue proportionnellement à l'augmentation des revenus de la personne.

Ce mécanisme serait en soi relativement équitable s'il se déclenchait au-delà d'un certain plafond de cumul, comme c'est le cas pour les pensions d'invalidité. Mais il n'en est pas ainsi.

Au-delà des abattements fiscaux, le premier franc gagné par le travail est automatiquement repris sur l'allocation, ce qui dissuade fortement les personnes qui en sont bénéficiaires de travailler.

Je citerai l'exemple d'un jeune homme qui bénéficie d'une AAH de 3 100 francs par mois et d'un complément d'autonomie de 500 francs. Lorsqu'il trouve un travail à mi-temps, sa rémunération nette passe à 2 800 francs et son AAH tombe à 1 000 francs. Ne recevant plus de complément d'autonomie, il perçoit 3 800 francs.

Je formulerais ma question en trois points.

Premièrement, est-il possible d'envisager de distinguer les revenus provenant du travail des autres revenus pour le calcul de l'AAH ?

Deuxièmement, est-il possible de permettre, dans le cas de revenus provenant du travail, un cumul global de ces revenus avec l'AAH à taux plein jusqu'à concurrence de 6 000 francs, par exemple ?

Troisièmement, est-il envisageable, pour les personnes bénéficiaires du complément d'autonomie, d'inclure ce complément dans le calcul global de l'AAH de façon qu'il ne soit pas supprimé dès le premier franc de revenus du travail ?

M. le président. La parole est à Mme le ministre d'Etat.

Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville. Monsieur le député, le problème que vous soulevez ne concerne pas seulement l'allocation aux adultes handicapés : elle concerne en fait toutes les allocations conçues comme des revenus de remplacement.

En matière sociale, nous naviguons entre divers écueils. Ce que vous avez dit est exact : le fait de ne pouvoir cumuler des revenus d'une activité salariée et une allocation peut être démotivant. Mais nous ne devons pas oublier que, dans les situations dont nous parlons, les contraintes financières sont extrêmement lourdes.

Dans la mesure où l'on verse une allocation qui se substitue à des revenus qui sont censés de ne pas exister, on est bien obligé, dès lors qu'ils existent, de tenir compte des nouveaux revenus. Si on allait dans le sens que vous souhaitez, on serait contraint d'appliquer la même règle pour quantifier de prestations, ce qui augmenterait considérablement les charges sociales, celles de l'Etat comme celles des conseils généraux.

Aujourd'hui, quel est notre premier impératif ? J'ai tendance à penser que c'est celui d'assurer aux plus défavorisés une allocation minimale. Le fait pour un handicapé adulte de travailler est en soi gratifiant, et même si, sur le plan financier, cela ne lui rapporte rien de plus, c'est un pas vers sa réinsertion professionnelle.

Je sais bien que ma réponse n'est pas totalement satisfaisante, mais elle n'est pas seulement inspirée par des considérations financières et ce ne sont pas mes services qui me l'ont dictée : elle traduit le fond de ma pensée.

M. le président. La parole est à M. Bernard Serrou.

M. Bernard Serrou. Madame le ministre d'Etat, monsieur le ministre, permettez-moi de me réjouir fortement qu'enfin notre gouvernement ait proposé une véritable politique de santé publique. Cela doit être souligné et, de mon point de vue, cela ne l'a pas encore été suffisamment. Les événements que nous avons vécus ces derniers mois et ces dernières années ont mis en évidence la nécessité d'une telle politique et le rôle de l'Etat en ce domaine.

Un organisme, le comité français d'éducation pour la santé, que je connais bien et dont j'ai présidé aux destinées en 1986 et en 1987, au milieu de bien des difficultés, a un rôle essentiel à jouer en matière d'information et d'éducation.

Ma question sera simple dans sa formulation : pensez-vous redonner à ce comité, dont les moyens me semblent encore insuffisants bien que la part de l'Etat dans son budget ait augmenté d'environ 10 p. 100, ce dont je me félicite, un rôle plus important dans la politique de santé publique ? Dans l'affirmative, envisagez-vous, comme on en avait discuté en 1987, une modification de ses statuts afin de lui permettre de jouer pleinement le rôle qui est le sien ?

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

M. le ministre délégué à la santé. Dieu sait si le comité français d'éducation pour la santé est essentiel car la modification des habitudes de vie de nos concitoyens permet, autant que les soins curatifs, de diminuer la mor-

bidité et la mortalité en particulier des maladies chroniques, qu'il s'agisse du cancer, des maladies cardiovasculaires, des bronchites chroniques, de l'asthme ou des maladies infectieuses.

Le comité bénéficie d'une subvention de fonctionnement du ministère de la santé, destinée à couvrir ses dépenses, ses dépenses de fonctionnement proprement dites mais aussi des actions dites continues comme, par exemple, la documentation ou une importante activité d'édition de guides méthodologiques et de périodiques.

Pour 1994, la direction générale de la santé accordera à cet organisme une subvention en augmentation de 10 p. 100, soit 17,74 millions de francs. Cet effort doit être salué, d'autant plus que - on le sait - la prévention n'est pas suffisamment développée dans notre pays.

Parmi les thèmes retenus pour 1994 pour les campagnes nationales d'information figure en premier lieu la promotion des vaccinations. Nos concitoyens sont de moins en moins tentés par les vaccinations; il faut donc relancer la machine et donc promouvoir la vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole.

La promotion du bon usage du médicament, qui rentre dans notre politique de régulation des dépenses d'assurance maladie, a été également retenue, comme la lutte contre le tabagisme et contre la consommation excessive d'alcool.

Enfin, des actions concentrées de communication contre la drogue sont également mises en œuvre sur un financement de la direction générale de la lutte contre la toxicomanie.

Le financement de toutes ces campagnes représente une dépense de l'ordre de 50 millions de francs.

M. le président. Nous revenons aux questions du groupe de l'UDE.

La parole est à M. Jean-François Chossy.

M. Jean-François Chossy. Madame le ministre d'Etat, grâce à l'action des CHRS, les centres d'hébergement et de réadaptation sociale, la solidarité n'est pas un vain mot, mais une réalité quotidienne et concrète. Cette solidarité en action est bâtie sur le travail d'équipe motivé, enthousiaste malgré la difficulté de la tâche et la dureté des situations rencontrées.

Je sais que votre attachement à la personne humaine, votre sens particulièrement aigu de la justice sociale et, pour tout dire, votre éthique vous rendent attentive et sensible à tout ce travail.

Au sein des CHRS, le bénévolat est courant. Si je tiens à le dire aujourd'hui, c'est parce que l'action gratuite, bénévole, le don de soi, sont des valeurs de plus en plus rares dans une société en crise comme la nôtre, en proie à l'individualisme et au repliement sur soi.

Les fractures sociales de la France de 1993, où le chômage grandissant engendre des phénomènes d'exclusion sans cesse plus nombreux et plus graves rendent plus nécessaires encore l'intervention des CHRS.

Aussi il me semblerait particulièrement opportun et pertinent de stopper la continuelle réduction des moyens budgétaires alloués à ces centres. Je suggère donc de dissocier le financement de l'action sociale en faveur de l'insertion du logement, de réserver les crédits de l'Etat au titre de l'aide sociale en faveur des CHRS au financement d'équipes engagées dans un processus d'insertion des personnes accueillies, et d'ouvrir l'accès à tous les CHRS, publics ou privés, au dispositif actuellement réservé aux seules associations logeant à titre temporaire des personnes défavorisées.

Sous réserve d'une évaluation du coût de la mesure proposée, qui entraînerait un transfert de charges sur le fonds national d'aide au logement, il suffirait de rédiger ainsi l'intitulé du titre V du livre VIII du code de la sécurité sociale: « Aide aux organismes à but non lucratif logeant à titre temporaire des personnes défavorisées », au lieu de « Aide aux associations logeant à titre temporaire des personnes défavorisées ».

Il conviendrait aussi de supprimer, au troisième alinéa de l'article L. 851-1 du même code, la clause excluant du dispositif les personnels accueillis dans un CHRS et bénéficiant de l'aide sociale prévue à l'article 185 du code de la famille et de l'aide sociale.

Telles sont, madame le ministre d'Etat, les suggestions que je sou mets, avec Françoise de Veyrinas, à votre approbation.

M. le président. La parole est à Mme le ministre d'Etat.

Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville. Monsieur le député, je me suis expliquée à plusieurs reprises sur les raisons pour lesquelles les CHRS avaient des difficultés financières. Nous sommes obligés d'assumer des décisions qui n'ont pas été financées, mais nous prenons toutes mesures pour qu'en 1993, avec 26 millions de francs supplémentaires et un collectif éventuel, le financement de ces organismes soit assuré. Pour 1994, nous disposerons des conclusions de l'inspection en cours.

Cela dit, les CHRS doivent absolument être aidés et l'on ne doit pas risquer la moindre rupture de financement s'agissant d'organismes dont on a absolument besoin car ils constituent une structure privilégiée pour venir en aide aux plus défavorisés qui ont besoin d'un hébergement et d'un soutien à la réadaptation sociale.

Vous proposez un autre mode de financement. A dire vrai, cela revient toujours un peu au même: il faudra bien que quelqu'un compense.

Nous ne pouvons pas actuellement charger davantage les caisses de sécurité sociale. Or ce sont elles qui seraient concernées, pour partie, à travers le fonds national d'aide au logement.

Quant à l'assurance maladie, son niveau est tel qu'il exige de l'Etat une compensation de toutes les charges supplémentaires, et c'est mon rôle, en tant que ministre des affaires sociales, que d'y veiller.

A propos des allocations familiales, j'ai dit combien j'étais vigilante quant à la compensation intégrale par le budget de l'Etat des charges nouvelles de la branche famille. Il en est nécessairement de même pour ce qui concerne les autres branches.

On ne peut penser que le financement pourrait se faire sur les fonds du ministère du logement car alors, ce serait les aides au logement qui en pâtiraient.

Je pense donc que le système actuel doit être maintenu. Il me revient de me battre, comme je l'ai fait cette année, pour que les CHRS soient financés.

M. le président. La parole est à M. Daniel Mandon.

M. Daniel Mandon. Madame le ministre d'Etat, monsieur le ministre, après d'autres collègues, je voudrais vous interroger sur les perspectives offertes à certains hôpitaux dans le cadre des schémas régionaux d'orientation.

Dans ma circonscription, deux hôpitaux sont concernés: celui de Firminy, pour lequel j'aimerais avoir des assurances, et celui de Saint-Etienne - le centre hospitalier universitaire de Bellevue.

Ces deux hôpitaux, dont la qualité et le dévouement des personnels méritent notre hommage, répondent à des besoins essentiels et réellement complémentaires. Leur rayonnement s'étend bien au-delà des découpages administratifs habituels puisqu'il englobe une bonne partie de la Haute-Loire et de l'Ardèche.

Il serait fort dommageable qu'une planification autoritaire conduise à quelque démantèlement d'un service public apprécié des populations, d'autant que la nouvelle loi hospitalière fournit désormais les outils d'une régulation que nous souhaitons la plus souple et la moins dirigiste possible.

D'autre part, vous n'ignorez pas que l'hôpital est un facteur structurant de l'aménagement du territoire dans chaque bassin d'emplois et qu'il s'agit alors moins de restructurer tel ou tel hôpital que d'organiser un réseau hospitalier des perspectives d'avenir à l'ensemble du système.

Ainsi que j'ai déjà eu l'occasion de l'évoquer dans ma question précédente, le souci d'améliorer un tel service public de proximité doit primer sur une logique purement financière.

Dans le cas précis que j'évoque, comment pensez-vous adapter la réponse du schéma d'orientation à la réalité locale ?

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

M. le ministre délégué à la santé. Monsieur le député, il sera nécessaire que les hôpitaux publics du secteur sanitaire développent de façon plus volontariste des coopérations et des complémentarités pour une bonne mise en réseaux gradués et coordonnés, autour du centre hospitalier de Saint-Etienne, en particulier dans le domaine des urgences.

Le centre hospitalier de Firminy compte 224 lits de court séjour et dispose d'un plateau technique complet pour un centre hospitalier de proximité, ce qui constitue un atout réel.

Mais vous êtes dans un secteur très concurrentiel, en particulier avec les hôpitaux de Lyon. La densité de population de la zone dans laquelle se situe l'hôpital de Firminy justifie le maintien de cet établissement ainsi que l'ensemble de ses activités. Le futur schéma régional d'organisation de la région Rhône-Alpes actuellement en cours d'élaboration, dont vous avez parlé, invitera prochainement chaque établissement des nouveaux secteurs sanitaires à promouvoir une organisation en réseau. Un pré-projet sera soumis aux conférences sanitaires de secteur au début de l'année 1994. Celles-ci auront trois mois pour enrichir ce projet, le discuter, l'amender.

Vous voyez, monsieur le député, tout sera mis en œuvre pour que le dialogue sur le schéma soit le plus approfondi possible, mais je puis vous assurer que les restructurations hospitalières n'aggraveront pas la désertification de zones qui souffrent déjà beaucoup trop.

M. le président. La parole est à M. Henry Jean-Baptiste.

M. Henry Jean-Baptiste. Madame le ministre d'Etat, lors d'une audience que vous avez bien voulu accorder à une délégation du conseil général de Mayotte, nous avons évoqué, brièvement il est vrai, la question du règlement territorial d'aide sociale pris en application d'une ordonnance de 1991 portant extension à Mayotte de certaines dispositions du code de la famille et de l'aide sociale et du décret du 11 janvier 1993 ouvrant au conseil général la possibilité d'élaborer une telle réglementation.

Ce règlement territorial présente deux caractéristiques.

D'abord, nous avons eu le souci d'exclure toute prestation susceptible, d'une manière ou d'une autre, de favoriser l'esprit d'assistance ou le parasitisme social. Priorité a été strictement donnée aux personnes âgées et aux aides à l'enfance. Mais il est évident qu'un tel règlement ne peut être financé sans un appel à la solidarité nationale, étant entendu que la collectivité territoriale de Mayotte en assurera la couverture financière à hauteur de 30 p. 100 au moins.

Ensuite, une convention prévue par l'article 8 du décret de 1993 doit fixer les obligations de l'Etat et de Mayotte pour les années à venir.

Quelles dispositions le Gouvernement envisage-t-il de prendre à cet effet ? Quel sera, pour 1994, le montant des concours financiers de l'Etat ? Rappelons-le, ce règlement territorial d'aide sociale doit entrer en application au 1^{er} janvier 1994 et l'effort que nous vous demandons me semble très raisonnable compte tenu de nos retards et des handicaps de Mayotte.

M. Gérard Grignon. Très bien !

M. le président. La parole est à Mme le ministre d'Etat.

Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville. Monsieur le député, le Gouvernement est conscient de la nécessité de développer une action sociale publique en faveur de la population de Mayotte. Toutefois, l'action doit prendre en considération les caractéristiques culturelles et sociales spécifiques de cette collectivité territoriale.

Le règlement territorial d'aide sociale adopté par le conseil général de Mayotte est marqué par ce souci et cette prudence. En 1993, l'Etat a délégué une dotation de 4 millions de francs pour permettre l'application. Elle sera reconduite en 1994, je crois vous l'avoir indiqué lors de notre rencontre. A cette somme se sont ajoutés, en 1993, 10 millions de francs de crédits délégués au titre de l'aide médicale au préfet de la Réunion pour le règlement des dépenses de soins des malades de Mayotte hospitalisés dans ce département ou en métropole. Enfin, 37,4 millions ont été délégués au représentant du Gouvernement à Mayotte pour le fonctionnement des hôpitaux et du service de santé publique local.

Un groupe de travail est réuni à mon initiative pour proposer, dans le cadre d'un plan pluriannuel, l'augmentation sensible de la dotation consacrée par l'Etat à Mayotte au titre de son règlement territorial d'aide sociale. Nous agissons le plus vite possible, monsieur le député.

M. Henry Jean-Baptiste. Je vous remercie, madame le ministre d'Etat.

M. le président. La parole est à M. Pierre Cardo.

M. Pierre Cardo. Le travail social subit actuellement un véritable traumatisme. Il est en effet surchargé par l'évolution des besoins liés à l'augmentation de la grande pauvreté et du chômage, désemparé par l'évolution des textes et des missions qui lui ont été confiées - le RMI, les FSL, la loi sur la maltraitance - et désorienté par le développement des politiques partenariales - développement social des quartiers, CIAF et autres - et par la spécialisation de certaines institutions et organismes sociaux, la CAF entre autres.

Quels sont les moyens envisagés pour réformer la formation des travailleurs sociaux ?

Quel devenir est envisagé pour la polyvalence de secteur et quel avenir pour le suivi individuel et l'action collective ?

Quelle réflexion est engagée sur les nouveaux emplois impliquant les habitants des quartiers dans le champ social ?

Quelles adaptations du statut des travailleurs sociaux envisage-t-on pour lutter contre les vacances de postes dans les secteurs difficiles ?

M. le président. La parole est à Mme le ministre d'Etat.

Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville. Monsieur le député, je serais un peu gênée de vous répondre en deux minutes, car le problème est énorme, très vaste et très important.

Comme vous l'avez souligné, les charges et les responsabilités qui pèsent aujourd'hui sur ces professions sont très importantes. Les travailleurs sociaux sont confrontés à des difficultés économiques sociales très lourdes dans les quartiers où ils ont à travailler. En outre, ils ne sont pas suffisamment nombreux, non seulement parce qu'il manque des postes mais aussi parce que nous n'arrivons pas à tous les pourvoir.

Il y a donc effectivement un grand effort à accomplir, mais je ne souhaite pas vous répondre trop brièvement et de façon très technique. J'espère pouvoir le faire dans le cadre de la politique de la ville. Nous pourrions en parler alors de façon plus approfondie et plus sérieuse.

Une réflexion en profondeur s'impose en effet afin de déterminer les mesures propres à soulager la tâche des travailleurs sociaux, mais aussi à mieux organiser et à adapter les formations à leurs responsabilités.

Mme Colette Codaccioni et M. Jean-Yves Chamard. Très bien !

M. le président. Nous en avons terminé avec les questions.

Les crédits inscrits à la ligne « Affaires sociales et santé » seront mis aux voix à la suite de l'examen des crédits de la ville.

Après l'article 52

M. le président. En accord avec la commission des finances, j'appelle maintenant l'amendement n° 68 rectifié tendant à insérer un article additionnel après l'article 52.

Cet amendement, présenté par M. Zeller, est ainsi rédigé :

« Après l'article 52, insérer l'article suivant :

« Le Gouvernement présentera chaque année un document relatif à l'évolution des principaux indicateurs sociaux, afin de mieux pouvoir apprécier la portée des mesures dans le cadre de la loi de finances et l'évolution de la cohésion sociale de notre pays. Il comportera notamment :

« - le nombre de bénéficiaires du RMI et des minimums sociaux ;

« - l'insertion des plus défavorisés et l'effet des mesures d'intégration des handicapés ;

« - l'évolution de la situation du logement social ;

« - les caractéristiques du chômage de longue durée et les résultats des mesures de lutte contre l'exclusion ;

« - un ou des indicateurs pertinents permettant de mesurer l'évolution des inégalités sociales ;

« - les indicateurs relatifs à l'état sanitaire, à la délinquance et à la violence, etc. ;

« - les indicateurs relatifs à la situation des familles au niveau du remplacement des revenus par les pensions de retraite ;

« - le taux de remboursements des dépenses de santé par l'assurance maladie. »

La parole est à M. Adrien Zeller.

M. Adrien Zeller, rapporteur spécial. L'amendement n° 68 rectifié, que j'ai pris l'initiative de déposer, me semble répondre à une préoccupation de l'ensemble du Parlement et sans doute aussi du Gouvernement.

Les problèmes de la cohésion sociale et de l'exclusion sont, nous le savons, au cœur même des efforts de la politique sociale. Nous savons aussi que le budget social de la nation est supérieur au budget de l'Etat. Or le rapport sur l'effort social de la nation, qui est publié chaque année, se limite à des chiffres concernant l'ensemble des prestations et des actions sociales. En revanche, nous ne disposons d'aucune mesure de l'efficacité de ces actions. Ainsi, nous parlons d'un problème massif - la cohésion sociale, les inégalités, l'exclusion - sans être capables de mesurer année après année l'évolution de la situation sociale de notre pays.

J'ai donc pensé que, parallèlement à tous ces rapports économiques et financiers qui nous donnent - parfois en se trompant - toute une série de données économiques, avec les taux de croissance au millimètre près, ou l'évolution de la bourse, par exemple, il pourrait être utile, à l'occasion du débat sur la loi de finances, de savoir où nous en sommes en matière sociale. En effet, l'économie et le social sont de plus en plus liés ; nous avons donc besoin de mieux appréhender toutes ces réalités que nous constatons dans nos circonscriptions, mais qui ne sont pas toujours décrites dans un document d'ensemble.

Il s'agit, d'une certaine manière, d'une première version. Cependant, j'avais déjà déposé un amendement semblable sous le gouvernement Bérégovoy qui n'avait pas cru utile de le retenir. Ce texte répond pourtant, j'en suis convaincu, à un besoin d'information et d'amélioration de notre action.

M. le président. Monsieur, vous êtes le rapporteur au fond et je vais faire appel à votre objectivité et à votre impartialité.

Quel a été l'avis de la commission des finances ?

M. Adrien Zeller, rapporteur spécial. Vous pouvez vous en remettre à mon objectivité, monsieur le président !

J'ai sous les yeux une petite note établie par les services de la commission des finances. Le président de la commission a jugé cet amendement recevable.

Selon l'article 42 de l'ordonnance organique du 2 janvier 1959 : « aucun amendement à un projet de loi de finances ne peut être présenté, sauf s'il tend... à assurer le contrôle des dépenses publiques ».

Je ne pense pas que mon amendement déroge à cette règle. Je sais que des discussions interministérielles ont eu lieu à son sujet. Sur le fond, la recevabilité est assurée puisque le président de la commission des finances en atteste lui-même.

M. le président. Autrement, l'amendement ne serait pas appelé là ! (Sourires.)

Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville. Malheureusement, le point de vue du Gouvernement n'est pas identique à celui de la commission des finances.

Certes, j'approuve l'objectif poursuivi par M. Zeller et la commission des finances. Je suis tout à fait d'accord sur le principe d'un document annuel rassemblant toutes les données disponibles sur l'état social de la France. En regard du document sur les comptes indiquant le mon-

tant des dépenses engagées dans le domaine social, il est en effet utile d'avoir une présentation homogène, transparente, basée sur les indicateurs les plus fiables, des besoins sociaux et de l'impact des politiques sociales. Une telle démarche permettrait de mieux mettre en regard des besoins les dépenses et l'impact des politiques menées de façon décloisonnée.

Cela étant, je suis bien obligée d'exprimer le point de vue du ministre du budget et du Gouvernement. Or il apparaît qu'un tel amendement ne peut avoir sa place dans une loi de finances. Notre interprétation de la loi de finances est donc différente, monsieur Zeller.

Néanmoins, compte tenu de l'engagement du Gouvernement d'accepter cette disposition dans un autre cadre législatif, par exemple à l'occasion de la discussion de la loi sur la santé publique et la protection sociale qui aura lieu très prochainement à l'Assemblée – je ne vous fais donc pas une promesse de Gascon –, je vous demande, monsieur Zeller, de bien vouloir retirer votre amendement.

M. le président. Monsieur Zeller, êtes-vous convaincu par l'argumentation du ministère des finances, dont Mme le ministre d'Etat s'est dite le porte-parole ?

M. Adrien Zeller, rapporteur spécial. Monsieur le président, je sais que vous êtes un fin connaisseur des règlements, des lois et des lois organiques. Je ne suis pas convaincu par l'argumentation du ministère des finances.

En revanche, je prends volontiers au mot Mme le ministre d'Etat en ce qui concerne l'opportunité qui se présentera dans un mois. Je retire volontiers cet amendement, provisoirement. Si l'engagement n'était pas tenu, j'aurais probablement l'occasion de revenir à la charge dans un deuxième temps, à l'occasion d'un projet de loi de finances rectificative. Je rappellerais alors la position de la commission des finances.

M. le président. L'amendement n° 68 rectifié est retiré.

La parole est à Mme le ministre d'Etat.

Mme le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville. Je vous remercie beaucoup, monsieur Zeller. Etant donné que c'est moi-même qui soutiendrai le projet relatif à la santé publique devant votre assemblée, je serai bien obligée de tenir l'engagement que je viens de prendre, faute de quoi je serais vraiment dans une situation difficile. Je m'engage à le rappeler au ministère des finances.

Au terme de ce débat, je remercie les rapporteurs de leurs excellents rapports qui nous ont permis d'avoir un débat très riche, en tout cas de nourrir nos réflexions pour les mois à venir s'agissant de la politique sociale et sanitaire de mon département ministériel.

Je tiens aussi à remercier tous ceux qui ont participé à cette discussion et à les assurer que toutes les questions qui n'ont pas reçu de réponse suffisante feront l'objet d'un examen très attentif.

En tout état de cause, vous pourrez les uns et les autres demander des explications particulières à mon cabinet ou éventuellement m'exposer directement les problèmes qui vous préoccupent. *(Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour la démocratie française et du Centre et au groupe du Rassemblement pour la République.)*

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

2

DÉPÔT D'UN PROJET DE LOI ADOPTÉ PAR LE SÉNAT

M. le président. J'ai reçu, le 29 octobre 1993, transmis par M. le Premier ministre, un projet de loi, adopté par le Sénat, portant réforme de la dotation globale de fonctionnement et modifiant le code des communes et le code général des impôts.

Ce projet de loi, n° 662, est renvoyé à la commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République, sous réserve de constitution d'une commission spéciale dans les délais prévus par les articles 30 et 31 du règlement.

3

ORDRE DU JOUR

M. le président. Mardi 2 novembre 1993, à neuf heures trente, première séance publique :

Suite de la discussion de la deuxième partie du projet de loi de finances pour 1994, n° 536 (rapport n° 580 de M. Philippe Auberger, rapporteur général, au nom de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan).

Intérieur et article 62.

Annexe n° 28 (intérieur et aménagement du territoire : collectivités locales) de M. Maurice Ligtot, rapporteur spécial.

Annexe n° 29 (intérieur et aménagement du territoire : sécurité) de M. José Rossi, rapporteur spécial.

Avis n° 584, au nom de la commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République :

- tome IV (intérieur et aménagement du territoire : collectivités locales : administration générale et collectivités locales) de M. Paul-Louis Tenaillon ;

- tome V (intérieur et aménagement du territoire : sécurité : police) de M. Gérard Léonard ;

- tome VI (intérieur et aménagement du territoire : sécurité : sécurité civile) de M. Christian Estrosi.

A seize heures, deuxième séance publique :

Communication du Gouvernement sur le programme de maîtrise des pollutions d'origine agricole (M. le ministre de l'environnement).

Explications de vote et vote par scrutin public sur l'ensemble du projet de loi constitutionnelle, n° 645, relatif aux accords internationaux en matière de droit d'asile (rapport n° 646 de M. Jean-Pierre Philibert, au nom de la commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République).

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

A vingt et une heures trente, troisième séance, publique :

Fixation de l'ordre du jour ;

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

La séance est levée.

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

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

PROPOSITION D'ACTE COMMUNAUTAIRE

Par lettre du 28 octobre 1993, M. le Premier ministre a transmis, en application de l'article 88-4 de la Constitution, à M. le président de l'Assemblée nationale, la proposition d'acte communautaire suivante :

- proposition modifiée de directive du Conseil concernant la protection juridique des bases de données. – COM (93) 464 FINAL SYN 393 (E 134).

NOMINATIONS DE RAPPORTEURS

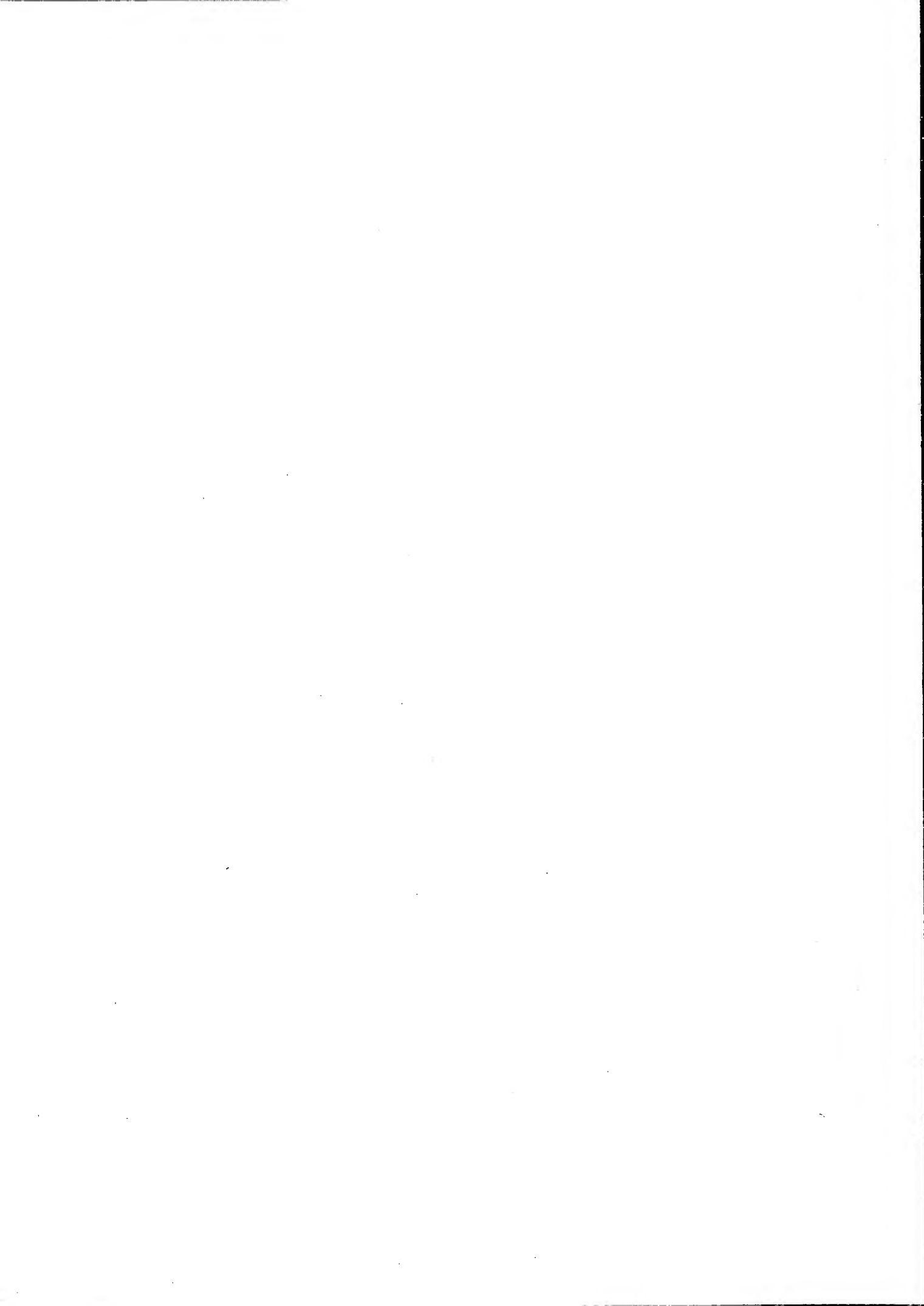
LOIS CONSTITUTIONNELLES, LÉGISLATION
ET ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE LA RÉPUBLIQUE

M. Jean-Jacques Hyest, rapporteur pour la proposition de loi, adoptée par le Sénat, autorisant le versement de primes de fidélité à certaines actions nominatives des sociétés commerciales (n° 589).

M. Raoul Béteille, rapporteur pour le projet de loi pris en application de la convention portant loi uniforme sur la forme d'un testament international, faite à Washington le 26 octobre 1993, et désignant les personnes habilitées à instrumenter en matière de testaments internationaux (n° 599).

PRODUCTION ET ÉCHANGES

M. André Santini, rapporteur sur le projet de loi, adopté par le Sénat, portant diverses dispositions en matière d'urbanisme et de construction (n° 606).



ABONNEMENTS				
EDITIONS		FRANCE et outre-mer	ETRANGER	
Codes	Titres			
DEBATS DE L'ASSEMBLEE NATIONALE :		Francs	Francs	Les DEBATS de L'ASSEMBLEE NATIONALE font l'objet de deux éditions distinctes : - 03 : compte rendu intégral des séances ; - 33 : questions écrites et réponses des ministres.
03	Compte rendu..... 1 an	114	912	Les DEBATS du SENAT font l'objet de deux éditions distinctes : - 05 : compte rendu intégral des séances ; - 35 : questions écrites et réponses des ministres.
33	Questions..... 1 an	113	594	
83	Table compte rendu.....	55	95	Les DOCUMENTS de L'ASSEMBLEE NATIONALE font l'objet de deux éditions distinctes : - 07 : projets et propositions de lois, rapports et avis des commissions. - 27 : projets de lois de finances.
93	Table questions.....	54	103	
DEBATS DU SENAT :				Les DOCUMENTS DU SENAT comprennent les projets et propositions de lois, rapports et avis des commissions.
05	Compte rendu..... 1 an	104	574	
35	Questions..... 1 an	103	375	
85	Table compte rendu.....	55	89	
95	Table questions.....	34	57	
DOCUMENTS DE L'ASSEMBLEE NATIONALE :				DIRECTION, REDACTION ET ADMINISTRATION 26, rue Desaix, 75727 PARIS CEDEX 15 Téléphone : STANDARD : (1) 40-58-75-00 ABONNEMENTS : (1) 40-58-77-77 TELEX : 201176 F DIRJO-PARIS
07	Série ordinaire..... 1 an	704	1 707	
27	Série budgétaire..... 1 an	213	334	
DOCUMENTS DU SENAT :				
09	Un an.....	703	1 568	
En cas de changement d'adresse, joindre une bande d'envoi à votre demande.				
Tout paiement à la commande facilitera son exécution Pour expédition par voie aérienne, outre-mer et à l'étranger, paiement d'un supplément modulé selon la zone de destination.				

Prix du numéro : 3,50 F

(Fascicule de un ou plusieurs cahiers pour chaque journée de débats ; celle-ci pouvant comporter une ou plusieurs séances.)

