

JOURNAL OFFICIEL

DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

DÉBATS PARLEMENTAIRES

ASSEMBLÉE NATIONALE

COMPTE RENDU INTEGRAL DES SEANCES

Abonnements à l'Édition des DEBATS DE L'ASSEMBLEE NATIONALE : FRANCE ET OUTRE-MER : 22 F ; ETRANGER : 40 F
(Compte chèque postal : 9063-13, Paris.)

PRIERE DE JOINDRE LA DERNIERE BANDE
aux renouvellements et réclamations

DIRECTION, REDACTION ET ADMINISTRATION
26, RUE DESAIX, PARIS 15^e

POUR LES CHANGEMENTS D'ADRESSE
AJOUTER 0,20 F

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958
3^e Législature

PREMIERE SESSION ORDINAIRE DE 1967-1968

COMPTE RENDU INTEGRAL — 80^e SEANCE

1^{re} Séance du Vendredi 8 Décembre 1967.

SOMMAIRE

1. — Mise au point au sujet d'un vote (p. 5719).
MM. Poudevigne, le président.
2. — Réforme du droit des incapables majeurs. — Nomination des membres de la commission mixte paritaire (p. 5720).
3. — Questions orales sans débat (p. 5720).
Réversion des pensions de sécurité sociale (question de M. Cassagne) : MM. Jeanneney, ministre des affaires sociales ; Bayou, suppléant M. Cassagne.
Calcul des pensions de sécurité sociale (question de M. Musmeaux) : MM. Jeanneney, ministre des affaires sociales ; Musmeaux.
Visa des produits pharmaceutiques (question de M. Juquin) : MM. Jeanneney, ministre des affaires sociales ; Juquin.
Sécurité sociale des travailleurs français migrants (question de M. Lepeu) : MM. Jeanneney, ministre des affaires sociales ; Lepeu.
Révision de la législation en matière de représentation syndicale (question de M. Rabourdin) : MM. Jeanneney, ministre des affaires sociales ; Rabourdin.
4. — Questions orales avec débat (p. 5724).
Financement de l'équipement hospitalier (questions jointes de MM. Duhamel et Bordage) : MM. Duhamel, Malnguy, suppléant M. Bordage ; Jeanneney, ministre des affaires sociales ; Poudevigne, Benoist, Waldeck Rochet, Millet, Mme Vaillant-Couturier, M. Grenier. — Clôture.
5. — Ordre du jour (p. 5732).

PRESIDENCE DE M. ANDRE CHANDERNAGOR,
vice-président.

La séance est ouverte à quinze heures.

M. le président. La séance est ouverte.

— 1 —

MISE AU POINT AU SUJET D'UN VOTE

M. Jean Poudevigne. Je demande la parole.

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

M. Jean Poudevigne. Monsieur le président, notre collègue, M. Bernard Cornut-Gentille m'a prié de bien vouloir, en son nom, demander une rectification de vote. En effet, c'est par erreur qu'il a été porté comme s'étant abstenu, hier, dans le scrutin sur le projet de loi de finances examiné en deuxième lecture. Il est bien évident qu'il a voulu voter contre, comme il l'avait fait lors de la discussion en première lecture.

Je vous prie, monsieur le président, de bien vouloir lui en donner acte.

M. le président. C'est bien volontiers que je donne acte à M. Cornut-Gentille de cette mise au point.

— 2 —

REFORME DU DROIT DES INCAPABLES MAJEURS

Nomination des membres de la commission mixte paritaire.

M. le président. L'ordre du jour appelle la nomination de sept membres titulaires et de sept membres suppléants de la commission mixte paritaire chargée de proposer un texte sur les dispositions restant en discussion du projet de loi portant réforme du droit des incapables majeurs.

La commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République a présenté les candidatures suivantes :

Membres titulaires : MM. René Pleven, Capitant, Delachenal, Palmero, Dreyfus-Schmidt, de Grailly, Baillet.

Membres suppléants : MM. Krieg, Morison, Claudius-Petit, Hoguet, Trorial, Limouzy, Le Douarec.

Les candidatures ont été affichées.

Elles seront considérées comme ratifiées dans l'ordre où elles ont été présentées et la nomination prendra effet à l'expiration du délai d'une heure suivant le présent avis, sauf opposition signée de treute députés au moins et formulée avant l'expiration de ce délai.

— 3 —

QUESTIONS ORALES SANS DEBAT

M. le président. L'ordre du jour appelle les questions orales sans débat.

RÉVERSION DES PENSIONS DE SÉCURITÉ SOCIALE

M. le président. M. Cassagne expose à M. le ministre des affaires sociales que selon le code de la sécurité sociale la réversion de la pension ne peut s'exercer au profit d'une veuve que si elle ne bénéficie pas déjà d'un avantage personnel au titre de la sécurité sociale. Ainsi les veuves disposant elles-mêmes d'une pension au titre de la sécurité sociale ne sont pas en mesure de bénéficier de la réversion de 50 p. 100 de la pension de leur époux. Pourtant, le plus souvent, les épouses concernées sont de condition modeste, et ont travaillé pour compléter le salaire insuffisant de leur époux. La non-réversion de la pension du mari décédé au profit de la veuve oblige souvent les femmes âgées et seules à vivre dans des conditions pénibles. D'autre part, leur sort se différencie de celui des veuves de fonctionnaires qui bénéficient pour leur part de 50 p. 100 du montant de la pension qui aurait été accordée au mari. Il lui demande s'il n'envisage pas de proposer que les veuves bénéficiant elles-mêmes d'une pension au titre de la sécurité sociale puissent percevoir la réversion de 50 p. 100 de la pension de leur époux décédé, ce qui éviterait de rejeter dans la misère matérielle des veuves déjà affectées par la disparition de leur conjoint.

M. Cassagne, ne pouvant assister à la présente séance, a désigné M. Raoul Bayou pour le suppléer.

La parole est à M. le ministre des affaires sociales.

M. Jean-Marcel Jeanneney, ministre des affaires sociales. Il est clair que bien des améliorations peuvent être apportées à notre régime de pensions de vieillesse, notamment aux pensions de vieillesse du régime général. Tout à l'heure, sera débattue une autre question, dont l'auteur demande que le calcul des pensions de vieillesse soit établi sur le salaire moyen des dix meilleures années plutôt que sur les dix dernières.

Si je me réfère à d'autres questions orales qui ont été posées ici ou aux interventions qui ont été faites à la tribune de l'Assemblée, notamment à l'occasion de la discussion des budgets, je ne peux m'empêcher de me souvenir que très naturellement le problème de la prise en compte des années au-delà de la trentième a été évoqué aussi de même que celui de l'abaissement de l'âge de la retraite pour tous les pensionnés ou seulement pour les femmes, ou pour ceux des pensionnés qui ont eu une activité particulièrement pénible. Ce sont là des suggestions parfaitement justifiées en elles-mêmes, comme l'est aussi la suggestion faite par M. Cassagne d'un droit à réversion pour toutes les veuves dont le mari décédé bénéficiait d'une pension ou aurait eu droit à une pension du régime général de la sécurité sociale s'il avait lui-même atteint l'âge de 65 ans.

Mais je suis obligé de faire observer que le taux de 8,5 p. 100 des cotisations affectées aux retraites et aux pensions de vieillesse du régime général de la sécurité sociale, doit, d'après les actuaires, suffire, mais suffire tout juste, pour servir les pensions telles qu'elles résultent de la législation actuellement existante.

Il y a même lieu de penser, toujours d'après ces actuaires, que, lorsque le régime général de la sécurité sociale sera venu,

comme l'on dit, à pleine maturité, c'est-à-dire quand tous les bénéficiaires auront pu acquérir des droits pleins, ce taux de 8,5 p. 100, à législation constante, sera vraisemblablement quelque peu insuffisant.

Je réponds donc à M. Cassagne que sa suggestion impliquerait nécessairement une augmentation du taux de la cotisation, ce qui n'est pas *a priori*, à exclure. On imagine, cependant, que cela pose certains problèmes. Et si on estimait possible d'élever le taux de la cotisation vieillesse, la question se poserait alors de savoir quelle est la plus urgente à satisfaire de toutes les demandes qui ont pu être faites et que je rappelais tout à l'heure.

M. le président. La parole est à M. Bayou, suppléant M. Cassagne.

M. Raoul Bayou. Monsieur le président, monsieur le ministre, mon collègue et ami M. Cassagne, étant souffrant, m'a demandé de le remplacer aujourd'hui. Tout en lui souhaitant un prompt rétablissement, je m'acquiesce de cette mission avec la plus grande fidélité puisque je partage entièrement son point de vue sur les motifs de cette question orale.

Depuis quelques années, le problème soulevé a fait l'objet de plusieurs questions posées au *Journal officiel*.

En 1963 déjà, M. Cassagne posait cette même question. Il devait la renouveler à plusieurs reprises car, malgré l'obligation quasi réglementaire qui lui est faite de répondre dans un délai d'un mois, le ministre compétent — c'était alors le ministre des finances qui était interrogé — ne lui fit pas l'honneur de lui donner les précisions demandées.

Le 30 novembre 1966, une fois encore, M. Cassagne rédigea une nouvelle question plus complète. C'était à la veille, ou presque, des élections, et le Gouvernement s'est bien gardé d'y répondre.

Cependant, le 1^{er} avril 1967, M. Cassagne reçut de M. le ministre des finances une réponse, parue au *Journal officiel*, l'informant « qu'il n'était pas dans les intentions du Gouvernement de modifier la législation actuelle sur ce point ».

Je dois ajouter que notre ami Cassagne ne s'était pas contenté d'une question écrite. Il avait voulu, dans la mesure où le règlement le permet, aller beaucoup plus loin. C'est ainsi que le 27 juillet 1962 il avait déposé la proposition de loi numéro 1393.

Notre législature eut une fin prématurée, on s'en souvient, à la suite de la dissolution prononcée par M. le Président de la République. Mais M. Cassagne fut réélu. Il déposa alors de nouveau, au cours de la nouvelle législature, la même proposition, qui fut enregistrée sous le numéro 1718. Elle fut d'ailleurs l'objet d'un rapport de notre collègue M. Tourné. Elle fut présentée devant la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, qui l'adopta à l'unanimité. Devant cette unanimité, notre ami Cassagne osa demander à la conférence des présidents de bien vouloir proposer à l'Assemblée le vote sans débat de ce texte.

Hélas. M. le secrétaire d'Etat Dumas opposa alors le veto de l'article 40 de la Constitution et cette proposition, pourtant acceptée par la commission unanime, ne fut pas retenue.

Les malheurs de cette proposition de loi ne se sont pas arrêtés là. Notre ami Cassagne, dont on connaît la persévérance, l'a déposé à nouveau dans les mêmes termes au cours de cette législature. A sa grande stupefaction, le texte, qui avait été accepté en 1962, puis en 1965, fut déclaré irrecevable en 1967.

Il y a, de ces contradictions, plusieurs exemples, mais il est nécessaire de les avoir vécues pour savoir quelles sont les servitudes du parlementaire sous le régime de la V^e République et combien s'impose la nécessité d'une réforme profonde des méthodes du Parlement et surtout des rapports du Gouvernement avec les Assemblées.

Bien entendu, refusant de se laisser « abattre », notre ami Cassagne, cessant de s'adresser au ministre des finances, se tourna vers le ministre des affaires sociales. Un ministre des affaires sociales doit être, avait-il pensé, beaucoup plus compréhensif qu'un ministre des finances qui, après avoir accepté certaines dépenses réservées, ne trouve plus assez de ressources pour répondre aux légitimes demandes du Parlement, même à celles qui émanent de ses amis, et, à plus forte raison, à celles des membres de l'opposition.

Après plusieurs nouvelles tentatives infructueuses pour faire discuter son texte, M. Cassagne a dû transformer sa question écrite en question orale. Son opiniâtreté a été récompensée puisque vous avez bien voulu, monsieur le ministre, accepter enfin d'y répondre aujourd'hui. Je vous en remercie, au nom de M. Cassagne, comme en mon nom personnel.

La situation que M. Cassagne vous propose de régler est, en effet, injuste et inadmissible. De plus en plus, et pas seulement chez les fonctionnaires, les veuves bénéficient de la pension de réversion de leur mari. Seules en sont privées celles qui, sous le régime général de la sécurité sociale, travaillent elles-mêmes et se constituent, par conséquent, des droits à la retraite.

Pour elles, il ne peut y avoir aucun cumul. Alors que certains retraités sont autorisés à cumuler leur pension avec des salaires ou des émoluments parfois très importants, malheur à la veuve qui travaille !

Monsieur le ministre, je voudrais vous rendre sensible à cette évidence. La retraite d'un simple salarié est toujours insuffisante. Dans le meilleur des cas, sa veuve ne peut avoir droit qu'à la moitié, la moitié d'une retraite déjà très insuffisante. Elle doit donc chercher un emploi pour vivre d'une manière un peu plus décente et, à partir de ce moment, comme elle cotise pour la constitution d'une retraite, elle perd le bénéfice de la pension de réversion.

Avez-vous songé, monsieur le ministre, que la veuve a parfois des enfants et que, pour travailler, elle doit rémunérer une garde lorsqu'ils sont en bas âge ? Or cette pénible obligation est toujours imposée aux personnes les plus humbles, les plus pauvres et les plus déshéritées.

Pour corriger cette pénible situation, les parlementaires ne peuvent pas déposer une proposition de loi qui serait déclarée irrecevable ; mais le Gouvernement peut nous demander de supprimer cette injustice. Alors, je vous en prie, monsieur le ministre, faites-le. Il y a assez d'argent dépensé en pure perte pour qu'une question de « gros sous » vous arrête.

Avec mon ami, M. Cassagne, j'ai encore le souvenir de la déclaration péremptoire de votre collègue, M. le ministre des finances : « Le Gouvernement n'a pas l'intention de changer la législation actuelle ».

Pourquoi a-t-il fallu qu'il ajoute : « Cela n'a pas été retenu par la commission Laroque ? »

Malheureuse commission Laroque qu'on peut invoquer à n'importe quel moment et pour n'importe quelle cause ! Elle a pourtant travaillé sérieusement. Cependant, dans la mesure où elle propose un certain nombre d'améliorations, en particulier en faveur des personnes âgées, on nous répond, pour ne pas les appliquer : « La commission a fait des études, mais ses conclusions ne s'imposent pas au Gouvernement. Elles doivent seulement le guider ».

Lorsque le Gouvernement n'accorde pas les avantages prévus, et déclarés cependant indispensables par ladite commission, il prétend qu'il ne doit pas la suivre. Mais lorsque nous demandons quelque chose qui n'a pas été prévu par elle, et qui est indispensable par ce que vous n'avez pas réalisé ses suggestions, alors vous vous abritez derrière son autorité.

Monsieur le ministre, faites un choix humain et ne vous servez pas des travaux réalisés par la commission Laroque comme M. Prudhomme voulait se servir de son sabre « à la fois pour attaquer et pour défendre les institutions ».

Dans une comédie, cela bien sûr fait rire. Mais comme dit notre ami Cassagne, lorsqu'il s'agit du sort de veuves malheureuses et démunies, cela donnerait plutôt envie de pleurer.

Monsieur le ministre, voilà ce que voulait vous dire M. Cassagne, dont j'ai scrupuleusement respecté la pensée. Après vous avoir entendu, je veux cependant ajouter quelques brèves réflexions personnelles.

Vous appartenez à une vieille famille tout imprégnée de la tradition républicaine, et nous savons que votre cœur n'est pas toujours fermé aux problèmes sociaux. Au sein d'un gouvernement trop insensible aux questions humaines, vous apparaissez quelquefois comme une exception.

C'est pourquoi il serait bon que vous fassiez comprendre à vos collègues du Gouvernement, avec toute l'autorité que vous donnent vos fonctions et votre personne, qu'il est des iniquités qui n'ont que trop duré et qu'on ne doit jamais tricher ni avec la justice ni, encore moins, avec la misère. (Applaudissements sur les bancs de la fédération de la gauche démocrate et socialiste et du groupe communiste.)

CALCUL DES PENSIONS DE SÉCURITÉ SOCIALE

M. le président. M. Musmeaux expose à M. le ministre des affaires sociales que l'article L. 343 du code de la sécurité sociale stipule que le salaire servant de base au calcul de la pension est le salaire annuel moyen correspondant aux cotisations versées au cours des dix dernières années d'assurance accomplies avant l'âge de soixante ans ou avant l'âge servant de base à la liquidation, si ce mode de calcul est plus avantageux pour l'assuré. L'esprit de cet article ne correspond plus à la réalité. Depuis 1930, les conditions de travail se sont modifiées, et, très souvent, pendant les dix dernières années, les salariés ont vu leur situation modifiée à leur désavantage. Il en est ainsi dans les deux exemples suivants : 1° dans la sidérurgie, les ouvriers des hauts fourneaux, les ouvriers de laminoirs de vingt-cinq à cinquante ou cinquante-cinq ans fournissent un travail très dur ; leurs salaires dépassent la moyenne ; arrivés à l'âge de cinquante ou cinquante-cinq ans, ils ne peuvent plus fournir le même effort, ils sont alors déclassés et leurs

salaires diminuent de 30 à 40 p. 100 ; 2° les chauffeurs transporteurs routiers, ou chauffeurs de transport en commun, fournissent un travail très fatigant ; ils peuvent l'assurer de vingt-cinq à cinquante ou cinquante-cinq ans ; passé cet âge, ils doivent quitter leur emploi et leur salaire se trouve diminué de 30 à 40 p. 100. Cela est vrai également pour tous les ouvriers victimes des concentrations, déclassés ou reclassés dans d'autres entreprises avec des salaires très inférieurs. Il serait juste de modifier l'article L. 343 du code de la sécurité sociale et de calculer la pension non pas sur le salaire moyen des dix dernières années mais sur celui des dix meilleures années. Il lui demande si le Gouvernement entend saisir le Parlement d'un texte à cet effet ou ne pas s'opposer à l'inscription rapide à l'ordre du jour de l'Assemblée nationale de la proposition de loi n° 197 déposée par le groupe communiste et qui contient cette disposition nouvelle en son article 3.

La parole est à M. le ministre des affaires sociales.

M. Jean-Marcel Jeanneney, ministre des affaires sociales. La question posée par M. Musmeaux a deux aspects, un aspect financier et un aspect technique.

Au point de vue financier, il est clair que si l'on calcule les pensions sur le salaire moyen des dix meilleures années certaines de ces pensions seront majorées. C'est bien là, d'ailleurs, l'objet de la suggestion. Mais il est clair aussi qu'il en résulterait une charge supplémentaire pour le régime général.

Dans la réponse que j'ai faite tout à l'heure à M. Cassagne, j'ai marqué que le régime était, à l'heure actuelle, équilibré par une cotisation de 8,50 p. 100, et que toute aggravation des charges impliquerait un relèvement des cotisations ce qui peut d'ailleurs être envisagé. Je n'y reviens pas davantage.

La question posée présente aussi un aspect technique. Vouloir tenir compte des dix meilleures années et non des dix dernières années apparaît, à bien des égards, comme pouvant être plus juste. Mais pourquoi s'arrêter là ? Pourquoi les dix meilleures années ? Pourquoi pas l'ensemble des années, comme c'est le cas dans les régimes complémentaires ?

Mais alors — et c'est là qu'apparaît l'aspect technique du problème — si l'on veut tenir compte de l'ensemble des années, c'est tout le système de calcul des pensions du régime général qu'il convient de modifier, en recourant non plus à des années de référence, mais à un système de points analogue à celui qui est en vigueur dans les régimes complémentaires.

Cela mérite étude. Si cette étude démontrait que le passage d'un système à l'autre ne risquerait pas de causer à l'ensemble de la gestion du régime vieillesse de graves perturbations, j'y serais personnellement favorable.

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

M. Arthur Musmeaux. Monsieur le ministre, je vous remercie d'avoir répondu à ma question, mais j'attendais une réponse plus positive.

Si j'ai posé cette question, au nom du groupe communiste, c'était dans l'espoir de vous voir réparer une grave injustice.

En effet, si le principe du calcul de la pension sur le salaire annuel moyen correspondant aux cotisations versées au cours des dix dernières années est juste pour les personnels de la fonction publique, des services publics, des cadres, techniciens, personnels de maîtrise, il est injuste pour l'ensemble des salariés de l'industrie et du commerce.

Depuis 1930, les conditions de travail se sont modifiées. Les progrès techniques exigent d'accroître sans cesse la productivité du travail. On assiste aujourd'hui dans les entreprises à une intensification du travail qui entraîne une fatigue nerveuse plus grande et une usure prématurée des ouvriers et des travailleurs salariés en général.

L'esprit de l'article L. 343 du code de la sécurité sociale ne correspond plus à la réalité. Et, très souvent, pendant les dix dernières années de leur activité les salariés voient leur situation se dégrader.

C'est le cas pour les chauffeurs-transporteurs routiers, chauffeurs-transporteurs en commun roulant par tous les temps, jour et nuit. Il leur est impossible de garder cet emploi jusqu'à l'âge de 65 ans. Vers 50-55 ans, ils doivent cesser cette activité et ils sont beaucoup moins rémunérés dans leur nouvel emploi.

C'est le cas pour les ouvriers employés dans la sidérurgie, ceux des hauts-fourneaux, des aciéries et des laminoirs qui fournissent un travail très pénible. Leurs salaires dépassent largement la moyenne. Arrivés à l'âge de 50-55 ans, ils ne peuvent plus fournir les mêmes efforts. Ils sont déclassés et leurs salaires diminuent de 30 à 40 p. 100.

C'est vrai pour les salariés des industries de constructions mécaniques et métalliques. Nombre d'entre eux travaillent au temps ou au rendement avec bons. Les temps sont serrés et pour gagner leur journée ils ne peuvent s'accorder le moindre répit.

J'ai l'exemple sous les yeux de mes petits-fils, de mes neveux, tous : métallurgistes, et des ouvriers que je côtoie chaque semaine :

je les vois rentrer le soir, harassés, éreintés. Dans quelques années, ils subiront le sort de certains ouvriers qualifiés de première catégorie P3 que je connais bien. Ils ont de 52 à 55 ans, ils viennent d'être déclassés; les uns travaillent maintenant en régie et sont payés au salaire de base; d'autres sont devenues « OS 2 »; d'autres ont été placés comme magasiniers.

Leurs salaires ont été diminués de 25 à 30 p. 100.

Voilà des travailleurs qui, pendant plus de 25 années, ont permis d'accroître la productivité de leurs entreprises et dont la retraite, à 65 ans, sera calculée sur leur salaire moyen des dix dernières années! C'est profondément injuste!

Cela est vrai aussi pour les salariés des usines de produits chimiques et des entreprises du bâtiment.

La situation est encore plus dramatique pour les ouvriers victimes des concentrations et des fermetures d'usines. C'est le cas dans la région de Valenciennes que je représente. Ceux qui ne sont pas chômeurs ont été reclassés ou replacés — le terme est plus exact — dans d'autres entreprises avec des salaires très inférieurs. Un certain nombre de ces ouvriers sont venus me rendre visite dernièrement dans une de mes permanences. Ils ont tous dépassé la cinquantaine. Ils ont fait devant moi le calcul de la retraite qu'ils auraient touchée à l'âge de soixante-cinq ans — retraite complémentaire comprise — s'ils n'avaient pas été licenciés. Ils auraient perçu 35.000 anciens francs par mois. Sur la base de leurs salaires actuels, ils ne toucheront que 60.000 anciens francs par mois. Dans ce cas précis, les cadres n'échappent pas à la règle. Pour eux aussi la situation est dramatique.

Monsieur le ministre, une autre raison milite en faveur de la réforme que nous vous proposons. Dans le courant de l'année prochaine, tous les ouvriers âgés de soixante-cinq ans auront cotisé pendant trente-huit années, mais leur pension de retraite sera toujours calculée à raison de 40 p. 100 du salaire moyen des dix dernières années. Dans ce domaine également une réforme s'impose.

Au moment où l'on parle d'intéresser les travailleurs aux fruits de l'expansion, notre proposition de loi n° 197 donne au Gouvernement la possibilité de pratiquer une politique d'intéressement. Il lui suffit d'en accepter la mise à l'ordre du jour de l'Assemblée et de ne pas s'opposer à son adoption. Son vote intéressera tous les travailleurs.

Le Gouvernement le peut, s'il le veut. Il en a les moyens. (Applaudissements sur les bancs du groupe communiste et de la fédération de la gauche démocrate et socialiste.)

VISA DES PRODUITS PHARMACEUTIQUES

M. le président. M. Juquin expose à M. le ministre des affaires sociales que le système selon lequel sont délivrés les visas des produits pharmaceutiques appelle de sérieuses améliorations. C'est le laboratoire producteur lui-même qui choisit et paie les experts. Ainsi se crée un lien financier direct qui risque de porter atteinte à la dignité des experts et à l'autorité de leurs décisions dans l'opinion publique. Il lui demande s'il ne juge pas opportun, en attendant la nationalisation de l'industrie pharmaceutique, de modifier la procédure de telle sorte que l'expertise de chaque produit soit réglée selon un programme établi et chiffré par le ministère de la santé publique, cette administration confiant les travaux aux spécialistes de son choix et en contrôlant l'exécution, le laboratoire lui versant une somme égale au montant des frais engagés.

La parole est à M. le ministre des affaires sociales.

M. Jean-Marcel Jeanneney, ministre des affaires sociales. Je pense, en effet, que le régime actuel selon lequel sont délivrés les visas des produits pharmaceutiques ou, comme on dira demain, les « autorisations de mise sur le marché » appelle certaines améliorations.

C'est précisément pourquoi, grâce aux pouvoirs qui lui avaient été donnés, le Gouvernement a, par ordonnance du 23 septembre 1967, article 4, précisé que les justifications nécessaires pour l'autorisation de mise sur le marché, devraient désormais être fournies par des experts agréés ou désignés par le ministre des affaires sociales. Et ces deux petits mots, « ou désignés », sont là pour permettre une réforme dans ce domaine.

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

M. Pierre Juquin. Monsieur le ministre, mesdames, messieurs, les qualités du corps médical français ne peuvent lui valoir que des éloges, mais je tiens à préciser, pour la clarté du débat, que mon intervention est inspirée par l'unique souci d'établir les conditions les plus favorables à un exercice rationnel des professions médicales et au progrès de la santé publique.

En fait, la recherche et la création de produits pharmaceutiques sont perturbées par l'organisation capitaliste de l'industrie qui les fournit.

La procédure actuelle de délivrance des visas, en dépit de la modification utile qui est proposée, n'est qu'une illustration

particulière des risques inhérents à cette organisation. Non seulement, jusqu'à présent, les experts sont payés directement par les firmes, mais encore dans plusieurs cas, comme celui du trust Spécia, des spécialistes employés par la firme sont purement et simplement commis pour expertiser les produits qu'elle propose.

J'ai formulé sur ce point une suggestion qui est plus vaste que celle avancée par M. le ministre. Il conviendrait en même temps de développer la recherche scientifique, par exemple à l'institut national de la santé et de la recherche médicale (I.N.S.E.R.M.) et de donner au laboratoire national des moyens très supérieurs. L'inauguration d'une antenne de ce laboratoire à Montpellier ne change pratiquement rien au fait qu'il dispose de moyens huit à dix fois plus faibles qu'un centre de recherche privé comme celui de Spécia. A cet égard, des pays voisins, comme la Belgique, nous précèdent de très loin.

Mais il faut aller beaucoup plus avant. A côté d'un secteur dispersé que certaines des mesures que vous projetez peuvent d'ailleurs menacer, l'industrie pharmaceutique est concentrée dans quelques sociétés dominantes.

Première société française avec un chiffre d'affaires consolidé d'environ cinq milliards de francs nouveaux, Rhône-Poulenc réalisé par ses filiales — Spécia, Théraplix, Prolabo — et avec la Société Roussel-Uclaf, un quasi-duopole. Ce trust a réalisé, en 1966, un bénéfice net de 12.200 millions d'anciens francs, soit 9 p. 100 de plus qu'en 1965, compte tenu des amortissements.

Des capitaux étrangers considérables pénètrent dans l'industrie pharmaceutique française. Selon l'économiste Jacques Gervais, le trust suisse Ciba a une filiale dans notre pays; la société belge Solvay contrôle l'Ucepha; Aspro est une société britannique, qui dépend en dernier ressort du géant américain Monsanto; les laboratoires Labaz, la compagnie chimique Merck, d'autres encore sont des filiales de capitalistes étrangers.

En une seule année, les monopoles ouest-allemands Bayer et Hoechst, issus de l'I.G. Farben, ont pris pied dans une dizaine de petits laboratoires.

Bref, près du quart du chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique est le fait de capitaux étrangers et, si l'on tient compte de la dépendance technique de certaines productions, c'est, semble-t-il, plus de 40 p. 100 de cette industrie que l'étranger contrôle.

Quelques conséquences de cette situation sont connues: insuffisance de la recherche et corrélativement achat de trop nombreux brevets à l'étranger — en vingt ans, la recherche pharmaceutique française n'a créé que 16 nouveaux corps sur 544 qu'ont produits les pays du monde occidental; changements incessants, mais peu utiles, de spécialités, pour tourner les dispositions du cadre de prix institué par la sécurité sociale; publicité démesurée, dont le coût est du même ordre de grandeur que les investissements pour la recherche; étude de produits nouveaux à partir d'analyses du marché, donc de la recherche du profit maximum, et non pas fonction des seuls besoins de la santé publique, etc.

C'est pourquoi le groupe communiste a déposé le 10 octobre dernier une proposition de loi tendant à nationaliser l'industrie chimique et pharmaceutique. L'article 11 de notre proposition dispose: « La société nationale « Chimie de France » prendra part à la constitution d'un organisme public chargé d'adapter la production pharmaceutique aux besoins réels de la santé publique. En accord avec les représentants du ministère des affaires sociales, de l'Académie de médecine, de la fédération nationale des organismes de sécurité sociale, des syndicats de médecins, de pharmaciens et des organisations syndicales ouvrières » — j'ajouterai, en manière d'autocritique: « en accord avec la recherche scientifique ».

La nationalisation démocratique permettrait également d'améliorer les conditions de travail et de vie de la masse des employés des laboratoires, actuellement durement exploités, comme c'est le cas, par exemple, dans le département de l'Essonne, aux laboratoires Delagrangé et Albert Rolland.

Je conclus en citant la déclaration commune sur la sécurité sociale, publiée le 7 novembre 1967 par la fédération de la gauche démocrate et socialiste et le parti communiste français:

« On doit » — indique notamment ce texte — « modifier profondément le statut de l'industrie pharmaceutique et exercer un contrôle public effectif sur la recherche, la production et la diminution du prix des produits pharmaceutiques, par la réduction des scandaleux profits des firmes. La détaxation des produits pharmaceutiques au titre de la T. V. A. éviterait d'autre part un transfert de fonds de la sécurité sociale vers le budget de l'Etat. »

Mieux valent — n'est-il pas vrai, mes chers collègues? — ces propositions constructives que le démantèlement de la sécurité sociale. (Applaudissements sur les bancs du groupe communiste et de la fédération de la gauche démocrate et socialiste.)

SÉCURITÉ SOCIALE DES TRAVAILLEURS FRANÇAIS MIGRANTS

M. le président. M. Lepeu rappelle à M. le ministre des affaires sociales qu'un assuré social français allant travailler en Tunisie est assujéti à la sécurité sociale tunisienne du fait qu'il a la qualité de salarié, ainsi qu'il ressort des textes officiels, série B, sécurité sociale, n° 16, « Relations entre la France et la Tunisie en matière de sécurité sociale ». Il semble, d'après le document précité, qu'un Français devenu travailleur migrant, assuré social en Tunisie, à son retour en France ne peut plus, s'il est âgé de plus de soixante-cinq ans, acquérir la qualité d'assuré social en conservant le bénéfice de l'assurance maladie. Cette décision regrettable paraît être justifiée par les arguments suivants : 1° ayant dépassé soixante-cinq ans, il ne peut plus être demandeur d'emploi ; 2° en l'état du marché du travail, il risque de ne pas pouvoir être à nouveau salarié ; 3° ne pouvant être ni « salarié », ni « demandeur d'emploi », il ne peut pas être inscrit à nouveau à la sécurité sociale française avec tous les droits qu'il avait au moment où il quittait la France. Cet état de choses choquant paraissant résulter des textes actuellement en vigueur, il lui demande si la position ci-dessus résumée est conforme à la réalité et, dans l'affirmative, s'il n'envisage pas une modification des dispositions en cause de telle sorte que la garantie des droits acquis, assurance maladie comprise, soit conservée par les travailleurs français âgés de plus de soixante-cinq ans à leur retour en France.

La parole est à M. le ministre des affaires sociales.

M. Jean-Marcel Jeanneney, ministre des affaires sociales. Je ne crois pas que la législation actuelle doive être modifiée sur ce point, car les Français ayant travaillé comme salariés en Tunisie peuvent, en fait, bénéficier de l'assurance maladie en France, soit qu'ils aient, à un moment quelconque de leur vie, pendant cinq ans au moins, été salariés en France, car en ce cas ils bénéficient d'un avantage vieillesse de la sécurité sociale française qui leur ouvre droit à l'assurance maladie ; soit parce qu'ils ont eu la possibilité de racheter un certain nombre d'années de cotisations en France, correspondant à des années où ils ont été salariés en Tunisie : ce rachat, s'il porte sur au moins cinq années, leur vaut un avantage vieillesse, au titre du régime français, lequel entraîne pour eux droit à l'assurance maladie.

Enfin, s'ils n'ont pas exercé pendant cinq ans une activité salariée en France, et s'ils n'ont pas pu ou pas voulu racheter cinq années de cotisations, mais ont été salariés en Tunisie, ils ont droit, en vertu de la convention de sécurité sociale passée entre la France et ce pays, à s'inscrire à l'assurance volontaire pour la maladie et le décès en France.

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

M. Bernard Lepeu. Monsieur le ministre, je vous remercie des explications et des informations que vous avez bien voulu me donner concernant la sécurité sociale des travailleurs migrants.

Je vous ai parlé de la Tunisie pour situer le problème mais il reste le même pour tous les pays en voie de développement.

La plus grande mobilité de l'emploi, rendue obligatoire par les modifications des structures de l'économie moderne, va avoir une répercussion sur l'activité et sur l'emploi des travailleurs migrants et il est dès lors indispensable que l'organisation des régimes de sécurité sociale de ces travailleurs soit adaptée à ces changements.

Le cas évoqué aujourd'hui vise surtout les travailleurs qualifiés ou les cadres qui ont atteint cinquante, ou cinquante-cinq ans et plus et qui éprouvent des difficultés à se reclasser en métropole même. Souvent ils trouvent beaucoup plus facilement des places temporaires, pour quelques mois ou quelques années, dans les pays en voie de développement où ils sont évidemment très appréciés en raison de leurs connaissances, de leur expérience et de leur âge même : en effet, ces travailleurs ne risquent pas de rester dans les pays qui les ont appelés pour y prendre les places des travailleurs de ces pays mêmes.

Or la législation actuelle, et en particulier le régime d'assurance maladie auquel vous venez de faire allusion, ont pour effet de priver un grand nombre de ces hommes, décidés à travailler à l'étranger, du bénéfice des régimes d'assurance sociale s'ils rentrent en France vers l'âge de soixante-cinq ans, parce qu'il ne leur est plus possible alors de se porter comme demandeurs d'emploi, ni même de trouver du travail en tant que salariés.

J'estime donc que ces dispositions doivent être effectivement revues, ou, tout au moins que l'information des intéressés doit être plus complète. C'est un souhait qui a été maintes fois exprimé.

C'est pourquoi j'ai tenu à attirer votre attention sur ce problème un peu particulier mais néanmoins très important pour ceux qu'il concerne. Je suis persuadé qu'il pourra être

réglé dans l'intérêt de tous : dans l'intérêt national, à l'époque de conjoncture hésitante que nous connaissons actuellement ; dans l'intérêt des pays en voie de développement auxquels ces possibilités sont offertes ; et surtout dans l'intérêt des travailleurs eux-mêmes, au nom desquels je vous remercie vivement. (Applaudissements sur les bancs de l'Union démocratique pour la V^e République.)

REVISION DE LA LÉGISLATION EN MATIÈRE DE REPRÉSENTATION SYNDICALE

M. le président. M. Rabourdin demande à M. le ministre des affaires sociales s'il envisage une révision de la législation en matière de représentation syndicale afin que le dialogue Etat-employeurs-syndicats soit plus efficace, du fait de la représentativité des personnes et des organismes y prenant part.

La parole est à M. le ministre des affaires sociales.

M. Jean-Marcel Jeanneney, ministre des affaires sociales. Je suis obligé de dire à M. Rabourdin que le Gouvernement n'envisage pas actuellement de modifier la législation dans ce domaine.

S'il veut bien m'indiquer dans quelles directions il estimerait souhaitable qu'interviennent des modifications de la législation, je lui dirai si ce qu'il suggère coïncide avec les préoccupations du Gouvernement.

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

M. Guy Rabourdin. Monsieur le ministre, mesdames, messieurs, les critères de la représentation syndicale, fixés par la loi du 11 février 1950, sont trop généraux pour ne pas prêter souvent à contestation comme en témoigne une jurisprudence abondante.

La loi, qui a voulu codifier des principes, présente des insuffisances, à mon avis, inacceptables. Celles-ci sont d'autant plus inacceptables aujourd'hui que l'on prétend associer l'ensemble des travailleurs — qui s'expriment par la voix de leurs représentants — à la vie et à la prospérité des entreprises.

On a, une fois pour toutes, décidé que quelques syndicats seraient représentatifs, préjugant ainsi toutes les évolutions possibles sur le plan social et syndical.

C'est dans ces conditions que l'on a organisé la vie syndicale à l'intérieur de l'entreprise et que l'on fait procéder aux élections des délégués et des comités d'entreprise.

Comment se déroulent ces élections ?

La loi prévoit qu'au premier tour seuls les syndicats les plus représentatifs peuvent présenter des listes. On exclut donc toute tendance qui pourrait devenir majoritaire. En effet la loi dit qu'il y aura un deuxième tour avec candidatures libres si le nombre des votants a été inférieur à la moitié des électeurs inscrits. Cela revient, dans la majeure partie des cas, à bloquer la possibilité de nouvelles candidatures.

En effet, supposons qu'une entreprise importante ait 50.000 employés et ouvriers inscrits sur la liste. Imaginons qu'au premier tour il y ait 25.500 suffrages, dont 20.000 voix pour l'ensemble des syndicats dits représentatifs et 5.500 voix en faveur de l'abstention. On pourra dire que les trois cinquièmes du personnel ne seront pas représentés dans l'entreprise faute d'avoir pu élire un candidat qui corresponde mieux à leur conception de la vie ou de l'action syndicale dans l'entreprise.

Transposons cela sur le plan politique. Imaginons qu'un gouvernement dise un jour que le M. R. P., la S. F. I. O. ou l'U. D. V. ne sont pas représentatifs et qu'ils ne pourront plus présenter de candidats.

Ce serait là, à n'en pas douter, une provocation digne d'un régime totalitaire et cela aboutirait à coup sûr à une révolution.

Telles sont, brièvement exprimées, les raisons qui m'ont conduit à vous demander, monsieur le ministre, de revoir l'ensemble des textes régissant la vie et la représentation syndicales.

Sans doute faudra-t-il élargir l'éventail des représentations, sans doute faudra-t-il un jour avoir le courage et le bon sens de reprendre la proposition de certains parlementaires de l'Union démocratique pour la V^e République, tendant à rendre obligatoire l'adhésion à un syndicat de son choix, afin que dans l'avenir les syndicats soient plus forts dans leur action. Ils pourront ainsi parler au nom de l'ensemble des travailleurs. A l'heure actuelle ce n'est pas le cas et je le regrette vivement.

M. le ministre des affaires sociales. Je tiens à dire à M. Rabourdin que ces observations me paraissent très fortes et que je retiens ses suggestions, sans méconnaître pourtant combien leur mise en œuvre serait délicate.

M. Guy Rabourdin. Je vous remercie, monsieur le ministre.

— 4 —

QUESTIONS ORALES AVEC DEBAT

M. le président. L'ordre du jour appelle les questions orales avec débat.

Les questions de M. Duhamel et de M. Bordage ont été jointes, par décision de la conférence des présidents.

FINANCEMENT DE L'EQUIPEMENT HOSPITALIER

M. le président. M. Jacques Duhamel demande à M. le ministre des affaires sociales : 1° de préciser selon quelles modalités pourra être financée la construction des hôpitaux dont le financement partiel est prévu au titre de la loi de finances pour 1968, compte tenu des modifications récemment intervenues concernant la sécurité sociale ; 2° si le concours précédemment accordé par la caisse nationale de sécurité sociale sera assuré en 1968 et de quelle manière, en attendant qu'intervienne, comme il est annoncé, une caisse d'équipement hospitalier.

M. Bordage appelle l'attention de M. le ministre des affaires sociales sur les problèmes que pose le financement de notre équipement hospitalier. Actuellement, son département contribue à cet équipement par une subvention de 40 p. 100, les organismes de sécurité sociale intervenant pour 30 p. 100 et l'établissement concerné également pour 30 p. 100, cette dernière source de financement étant couverte par les ressources propres ou par emprunts auprès des caisses publiques. Il lui demande : 1° si les ordonnances réorganisant la sécurité sociale auront pour effet de modifier la répartition, ci-dessus rappelée, du financement de l'équipement sanitaire et social ; 2° si la création annoncée d'une caisse d'équipement hospitalier interviendra dans un délai rapproché ; 3° s'il peut faire connaître sa position, en ce qui concerne la répartition des crédits prévus dans le cadre du V^e Plan, entre les centres hospitaliers universitaires et les centres hospitaliers régionaux.

La parole est à M. Jacques Duhamel, auteur de la première question. (Applaudissements sur les bancs du groupe Progrès et démocratie moderne.)

M. Jacques Duhamel. Monsieur le président, monsieur le ministre, l'Etat ne reconnaît pas à l'équipement sanitaire et social la même priorité que la nation, si l'on juge la volonté de l'Etat d'après les crédits qui sont prévus au Plan et celle de la nation d'après les sondages d'opinion.

En effet, deux enquêtes menées, l'une en août 1966 et l'autre en mai 1967 ont montré l'importance croissante que tenait dans les préoccupations des Français l'équipement sanitaire et social du pays. Pourtant le V^e Plan n'a pas retenu — et de loin — les propositions qui avaient été faites par les commissions compétentes, soit lorsqu'elles ont évalué les besoins à 55 milliards 700 millions, soit lorsqu'elles ont proposé des programmes de travaux d'un montant de 22 milliards 100 millions, certaines dispositions d'ordre technique ne leur permettant d'ailleurs pas de fixer des programmes à la mesure des besoins. L'enveloppe globale retenue par le V^e Plan s'élève seulement à 12 milliards 900 millions et, en ce qui concerne l'équipement propre à la métropole, à 9 milliards 300 millions.

Les crédits prévus sont donc insuffisants. Encore faut-il que ceux qui sont ouverts puissent être utilisés.

En effet, le financement des équipements sanitaires et sociaux, notamment des constructions d'hôpitaux, provient de plusieurs sources. C'est ainsi que sur les 12 milliards 900 millions de francs dont je viens de parler, 3 milliards 200 millions seulement doivent venir de l'Etat.

On peut donc déjà se demander pourquoi la part si limitée de l'Etat n'a pas été totalement retenue dans les budgets antérieurs et pourquoi elle ne paraît pas encore avoir été totalement retenue pour 1968, puisque 650 millions de francs auraient dû être inscrits pour les programmes d'équipement au lieu de 450 millions.

En tout cas, on doit surtout se demander aujourd'hui si les financements complémentaires, à vrai dire déterminants, ne risquent pas d'être modifiés à la suite des changements intervenus, du fait des récentes ordonnances, dans les structures de la sécurité sociale. C'est d'ailleurs en substance la question que je vous ai posée.

Ce problème inquiète particulièrement les responsables qui, et ils vous en remercient, monsieur le ministre, disposeront en 1968 des crédits d'Etat prévus dans le budget pour la construction de nouveaux hôpitaux.

En 1967, le système appliqué avait essentiellement trois sources de financement : 40 p. 100 de subventions de l'Etat, 30 p. 100 de subventions de la caisse nationale de sécurité sociale...

M. Jean-Marcel Jeanneney, ministre des affaires sociales. Ou de prêts !

M. Jacques Duhamel. ... et 30 p. 100 de prêts de la caisse des dépôts et consignations, généralement sur trente ans, sera parler des participations éventuelles des collectivités locales et, le cas échéant, des possibilités d'autofinancement des établissements hospitaliers.

Vous nous avez annoncé, pour 1969, la création d'une caisse nationale d'équipement hospitalier dont le rôle financier n'est pas — je le suppose — exactement déterminé, mais dont l'intervention centralisatrice sera prochainement discutée par le Parlement.

Cependant, il serait utile que des réponses soient maintenant données à des questions relatives à la période intermédiaire, autrement dit à 1968.

Premièrement, la subvention de l'Etat sera-t-elle maintenue au taux de 40 p. 100 ? Certes, vous avez déjà répondu affirmativement au cours de la discussion budgétaire. Mais la participation de la sécurité sociale continuera-t-elle à se faire essentiellement ou uniquement sous forme de subventions ou commencera-t-elle à se faire essentiellement ou uniquement sous forme de prêts ?

La construction des hôpitaux, me direz-vous, peut ne pas se trouver gênée selon que la réponse est dans un sens ou dans l'autre. Mais je crains, en revanche, que le renouvellement des équipements ne se trouve directement touché.

En effet, la substitution des prêts aux subventions se traduisant par une augmentation sensible de l'endettement des établissements hospitaliers, la première conséquence serait une augmentation du prix de journée. On pourrait ainsi penser qu'en définitive la charge de la sécurité sociale ne se trouverait pas tellement modifiée.

Mais je voudrais insister sur une conséquence qu'on n'a peut-être pas suffisamment soulignée. Vous connaissez, monsieur le ministre, l'excessive rigueur de la réglementation — notamment comptable et financière — qui frappe les établissements hospitaliers. Elle ne leur permet pas d'affecter aux équipements ou au service des emprunts une part quelconque des excédents éventuels de recettes. Vous savez, d'autre part, que le montant des capitaux à rembourser annuellement a marqué, au cours de ces dernières années, une évolution croissante, beaucoup plus rapide d'ailleurs que celle des ressources fixes de la section investissement du budget de ces hôpitaux.

Accroître encore l'endettement des hôpitaux reviendrait à réduire la part des ressources affectées au renouvellement des équipements qui, en raison de l'évolution technique et scientifique, ne s'opère pas à l'identique, pas plus qu'elle ne se fait, en général, à meilleur compte.

Puis-je à cet égard et au passage, vous faire, monsieur le ministre, une suggestion de pure technique financière ?

Pourquoi ne pas prévoir pour les établissements hospitaliers la possibilité de constituer une réserve de renouvellement ? Les dotations non cumulatives avec les dotations pour fonds de roulement prévues par un texte de 1945 seraient établies de façon progressive sur la base du rapport qui existe entre le montant du remboursement des capitaux empruntés et celui des recettes d'investissements financés par le prix de journée. Je crois que le renouvellement des équipements s'en trouverait facilité.

Mais j'en reviens aux constructions et je pense que la substitution par la sécurité sociale d'un système de prêts, fût-ce sans intérêt, à un système de subventions aurait de sérieuses conséquences. Encore faut-il être sûr qu'en prêts ou en subventions le concours de la sécurité sociale sera acquis.

Voici ma deuxième question. La réforme apportée aux structures de la sécurité sociale permet-elle de certifier — ce qui fut, à trois exceptions près, toujours le cas en vingt ans — que les projets subventionnés par l'Etat le seront aussi par la sécurité sociale ?

Sans doute n'y avait-il jusqu'ici aucune obligation de droit, mais simplement une concordance de fait entre les projets retenus par l'Etat et les projets aidés par la sécurité sociale. Ce souci de respecter l'indépendance de la sécurité sociale — dont vous n'avez pas toujours fait preuve dans des circonstances récentes — est très honorable et certainement très respectable. Mais dès lors qu'une planification nationale et même régionale détermine les projets que l'on inscrit, que l'on retient et que l'on finance, ne faudrait-il pas essayer de trouver un moyen permettant à ces procédures parallèles de se rencontrer, contrairement à ce qui se passe en mathématiques où deux droites parallèles ne se rencontrent jamais sinon dans un infini que nous ne voyons pas ?

A quelle caisse faudrait-il alors s'adresser pour que dans la procédure interne à la sécurité sociale, on ait une chance de voir se conjuguer le financement de l'Etat et celui de la sécurité sociale ? Jusqu'ici, c'était la caisse nationale de sécurité sociale et, en gros, on pouvait dire que cela ne posait pas de problème puisque, encore une fois, sauf quelques rares exceptions, il y avait une concordance entre l'aide de l'Etat et celle de la sécurité sociale. Aujourd'hui, c'est à la caisse nationale d'assu-

rance maladie que les attributions de la caisse nationale de sécurité sociale sont, au moins en ce qui concerne l'équipement hospitalier, déferées. Est-ce d'une manière définitive ou d'une manière temporaire ?

Je voudrais en tout cas que les réorganisations n'entraînent pas à cet égard de désorganisation. Même si les projets doivent continuer à transiter par les caisses régionales, je crois qu'il serait bon, monsieur le ministre, ne serait-ce que pour la préparation matérielle des dossiers — et parce qu'il est toujours prudent de les suivre — que vous nous indiquiez où ces dossiers sont censés aboutir dans les circuits nouveaux de la sécurité sociale.

Ma troisième question porte sur le point de savoir si cette caisse nationale d'assurance maladie, cohéritière de la caisse nationale de sécurité sociale, a les ressources nécessaires pour continuer, comme par le passé, dans les mêmes conditions et si possible avec une participation accrue ou tout au moins égale, à apporter son concours à l'équipement sanitaire et singulièrement aux constructions hospitalières.

Vous avez, monsieur le ministre, à intervenir pour permettre l'action du fonds d'action sanitaire et sociale. Nous voudrions recevoir l'assurance que cette action si féconde pourra se poursuivre, notamment en 1968 et que la modification des structures n'entraînera pas une modification des comportements. Je crois qu'il est très important que les constructions hospitalières approuvées par vos services puissent l'être rapidement par ceux de la nouvelle caisse, car les travaux, dans beaucoup de cas, sont commandés par les saisons. Il faut que les crédits, dans leur ensemble, soient dégagés et connus dès le début de l'année 1968 pour que les travaux puissent effectivement commencer au mois de mars, par exemple. En effet, si les crédits n'étaient connus qu'en septembre, les travaux seraient retardés d'un an.

Ma quatrième question est la suivante. Outre l'Etat et la sécurité sociale, la caisse des dépôts et consignations intervient sous forme de prêts dans le financement de ces équipements sanitaires et sociaux. Dès lors que l'attribution de la subvention est connue et notifiée, il ne doit pas y avoir de difficultés pour obtenir ces prêts de la caisse des dépôts et consignations. Je ne pense pas qu'à cet égard une crainte quelconque puisse pénétrer dans nos esprits. Seulement ces prêts seront-ils toujours accordés pour 30 ans à 5,25 p. 100 ? Je crois, pour ma part, qu'en matière de prêts, la durée est plus importante que le taux.

Ne conviendrait-il pas de prévoir des conditions d'amortissement différé pour les premières années qui précèdent les années de construction ? En effet, quand on construit un hôpital, de deux choses l'une : ou bien il n'y en avait pas un avant et alors comment rembourser les premières annuités avant même que l'hôpital fonctionne et que les prix de journée permettent d'amortir ces investissements ? — ou bien il y en avait déjà un, mais il était dans un tel état que la création d'un nouvel établissement se justifiait pleinement et dans ce cas l'augmentation importante des prix de journée provoque des réactions très légitimes.

Par conséquent, pour le remboursement des premières annuités, des conditions particulières de délai devraient être accordées : ainsi les travaux pourraient-ils être achevés et le nouvel hôpital pourrait-il commencer à fonctionner avant les premières échéances.

La caisse nationale d'équipement hospitalier réglerait-elle demain ce problème ? Je n'en sais rien.

Cela me conduit à formuler une cinquième et dernière question.

Cette caisse devant fonctionner en 1969, comment pourrait s'articuler le financement d'un projet dont la réalisation, commencée en 1968, s'étalerait nécessairement sur plusieurs années. Si les crédits d'Etat — ce que j'ignore — sont débudgétisés, le taux de subvention initial ne devrait pas, me semble-t-il, être remis en cause ; de même ne devraient pas être modifiés les subventions et les prêts complémentaires obtenus de la caisse d'assurance maladie ou de la caisse des dépôts et consignations.

Lors du lancement d'une opération nouvelle, il est, en effet, essentiel d'en avoir arrêté le plan, tant au point de vue technique qu'au point de vue financier.

A cet égard, pourriez-vous préciser que les inscriptions de crédits pour le matériel et le mobilier nécessaires au fonctionnement des hôpitaux neufs figureront toujours dans le premier budget correspondant à l'achèvement des travaux, c'est-à-dire à l'ouverture effective de l'hôpital, ces crédits et les lignes budgétaires étant d'ailleurs, je crois, distinctes.

Comme vous le constatez, monsieur le ministre, ma question orale se divise en plusieurs questions connexes. Il était, à mon sens, indispensable de les poser maintenant afin d'en connaître les réponses avant la fin de notre session budgétaire, faute de quoi les crédits ouverts dans la loi de finances n'auraient pas nécessairement la signification concrète que, vous et nous, nous voulons leur donner. L'examen du projet de loi de finances

pour 1968 devant être achevé ce soir, je vous remercie, monsieur le ministre, de bien vouloir me répondre maintenant. (Applaudissements sur divers bancs.)

M. le président. La parole est à M. Mainguy, suppléant M. Bordage, auteur de la seconde question.

M. Paul Mainguy. Mon collègue M. Bordage, rappelé subitement dans sa circonscription, m'a prié de le suppléer. Je vais m'y efforcer en essayant de ne pas trahir sa pensée.

Si un effort indiscutable a été accompli, au cours de la dernière décennie, dans le domaine de l'équipement hospitalier, il est indéniable qu'il reste encore beaucoup à faire pour doter notre pays de l'équipement sanitaire à la mesure de ses besoins.

Plusieurs causes expliquent la grandeur des besoins que nous devons satisfaire : d'abord, l'accroissement et les migrations de la population qui abandonne les fermes ancestrales pour s'installer dans des banlieues non équipées ; ensuite, la profonde modification de la notion même d'hôpital, celui-ci devenant désormais le lieu normal où toutes les classes de la société vont se faire soigner ; enfin, et corrélativement, la modernisation de l'hôpital, tant sur le plan de l'équipement scientifique que sur celui de l'installation hôtelière.

Parmi les options retenues lors de l'élaboration du V^e Plan, figurent entre autres : la création de nouveaux établissements pour desservir les zones urbanisées ; l'extension d'établissements déjà existants ; la modernisation et l'humanisation de nombreux établissements vétustes et sous-équipés.

Ces options posent à la fois des problèmes financiers et techniques. Les besoins, calculés en unités-lits, s'établiraient ainsi pour le V^e Plan : centres hospitaliers universitaires et hôpitaux généraux, 102.000 lits à créer et 25.800 à moderniser ; établissements psychiatriques, 54.000 lits à créer et 60.000 à moderniser ; hospices et maisons de retraite, 31.000 lits à créer et 102.000 à moderniser.

Naturellement, ces chiffres n'ont pas une valeur absolue. Il est bien évident que, dans les statistiques, il y a lit et lit, et qu'il est difficile de faire figurer dans la même colonne le brancard installé dans le couloir d'un hôpital construit sous Louis XIV et le lit ultra-moderne de la chambre individuelle munie de la télévision. Nous ne disposons pas, non plus, d'un plan d'équipement hospitalier à jour pour l'ensemble du pays. Cette carte hospitalière nous est promise pour l'an prochain. Nous y verrons alors plus clair.

De toute façon, le V^e Plan ne mettra pas fin à notre pénurie. C'est seulement au terme de trois plans successifs, paraît-il, que l'on pourra espérer satisfaire la totalité de nos besoins.

Le mode de financement explique en grande partie la lenteur de notre équipement et justifie notre question orale. Le financement est assuré à concurrence de 40 p. 100 par l'Etat et de 30 p. 100 par la sécurité sociale, le complément étant apporté par l'hôpital concerné et la collectivité responsable. C'est donc là que réside la difficulté principale.

Les responsables administratifs des établissements hospitaliers sont particulièrement attentifs aux dispositions qui, à l'occasion de la réforme hospitalière, pourraient être prises visant la répartition des charges de financement.

La création d'une caisse d'équipement hospitalier leur paraît judicieuse. Ils souhaiteraient également pouvoir négocier des emprunts à taux réduit auprès de la Caisse des dépôts et consignations.

Je n'insisterai pas sur la lenteur des réalisations hospitalières. Un centre hospitalier est, du point de vue technique, trop complexe et trop élaboré pour pouvoir être construit rapidement. C'est une raison de plus pour essayer de raccourcir la durée des formalités indispensables.

Lors de chaque construction hospitalière nouvelle, il semble que les architectes découvrent le problème de l'hôpital et s'efforcent de le résoudre en partant de zéro.

Ne pourrait-on établir quelques plans-types de services — médecine et chirurgie — dont les architectes locaux useraient à leur convenance ? Le nombre de lits et la disposition des pièces étant fixés une fois pour toutes, leur travail en serait singulièrement facilité et, par voie de conséquence, accéléré.

Compte tenu du fait que les crédits de votre ministère sont nécessairement limités, nous vous remercions, monsieur le ministre, de vous attacher à les répartir au mieux des intérêts de la collectivité.

Ne pensez-vous pas — et ce sera notre dernière question — qu'un effort de régionalisation dans ce domaine permettrait d'obtenir des résultats tangibles ? (Applaudissements sur divers bancs.)

M. le président. La parole est à M. le ministre des affaires sociales.

M. Jean-Marc Jeanneney, ministre des affaires sociales. MM. Duhamel et Bordage ont très légitimement fait part de

leur inquiétude devant les modifications que la réforme de la sécurité sociale pourrait apporter aux procédures et aux possibilités de financement des hôpitaux publics.

M. Duhamel a, d'autre part, posé un certain nombre de questions et présenté des suggestions qui, à la vérité, concernent l'ensemble du problème du financement de notre équipement hospitalier, indépendamment de la réforme de la sécurité sociale.

Je voudrais essayer de répondre à ces questions et, si possible, de dissiper ces inquiétudes.

D'abord, en ce qui concerne les subventions d'État, je tiens à répéter ce que j'ai dit à cette tribune lors de la discussion du budget : Je ne suis pas sans inquiétude quant aux réalisations du V^e Plan hospitalier, mais il convient cependant de reconnaître que le montant des autorisations de programme inscrites au budget de 1966, 1967 et 1968 est tel que, pour ces crédits, le V^e Plan se réalise convenablement.

C'est une autre question que de savoir si les auteurs du V^e Plan n'ont pas été trop optimistes dans l'évaluation qu'ils ont faite des équipements qui seraient réalisés sans subvention.

En ce qui concerne l'avenir immédiat — je veux dire l'année 1968 — comme l'a indiqué M. Duhamel, le projet de budget dont la discussion doit s'achever ce soir, comporte des opérations identifiées, avec l'indication des subventions. Il est facile de constater qu'il prévoit les mêmes taux de subvention que ceux qui ont été appliqués les années précédentes, c'est-à-dire, pour les hôpitaux publics, le taux de 60 p. 100. Donc, pour 1968, pas d'inquiétude à cet égard !

La préoccupation de M. Duhamel, il est vrai, ne porte pas sur cette partie du financement — il l'a bien marqué lui-même — mais sur le reste, notamment sur la partie du financement qui, d'ordinaire, est assurée par la sécurité sociale, à concurrence de 30 p. 100, sous forme de subventions ou de prêts, généralement pour partie sous forme de subventions et pour partie sous forme de prêts. M. Duhamel m'a dit : « Il ne faudrait pas que les réorganisations conduisent à une désorganisation ».

Tel a bien été le souci des rédacteurs des ordonnances. Ma préoccupation était que, en aucun cas, il ne puisse y avoir hiatus entre le régime existant au moment de la rédaction des ordonnances et le régime qui résulterait de leur application, car nous savions bien que toute réforme exige des délais.

Les précautions que nous avons prises s'inscrivent dans le texte même des ordonnances, qui dit que tant que la répartition des tâches et des pouvoirs entre les trois caisses nationales de sécurité sociale n'aura pas été effectuée, la caisse nationale d'assurance maladie assumera toutes les obligations et tous les droits qui étaient ceux de la caisse nationale de sécurité sociale.

Si bien qu'aujourd'hui, les décrets répartissant les patrimoines et les tâches n'étant point encore parus, rien n'est changé, si ce n'est le nom. Autrement dit, la caisse nationale d'assurance maladie a tous les droits et toutes les obligations de la caisse nationale de sécurité sociale dans tous les domaines, et notamment en ce qui concerne l'action sanitaire et sociale, dont l'équipement hospitalier n'est qu'une partie. Cela pour l'immédiat.

Mais, naturellement, la répartition des tâches entre les trois caisses interviendra très prochainement.

Alors, qu'en résultera-t-il ? me demande M. Duhamel.

A terme plus ou moins lointain, il est possible, en effet, que des changements assez importants interviennent dans le mode de financement des constructions hospitalières, singulièrement pour la partie non subventionnée par l'État. Chacun sait que, parmi les charges dites indues et qui ont été abondamment dénoncées, se trouvent les subventions versées par la sécurité sociale aux constructions hospitalières, dont on dit que, combinées avec les amortissements, qui interviennent dans le prix de journée, elles font que la sécurité sociale paie deux fois les équipements hospitaliers.

J'ai eu l'occasion de dire que je considérais l'accusation de double paiement comme non fondée. La théorie économique permet de le démontrer. Mais je reconnais qu'il y a là une apparence qui est gênante. La question pourra donc se poser de savoir si, à l'avenir, il conviendra que la sécurité sociale continue à subventionner les hôpitaux, ou bien si sa contribution à l'équipement hospitalier ne doit pas plus simplement et plus logiquement prendre la forme de l'incorporation d'amortissements accrus dans les prix de journée.

Bien évidemment, cela ne pourrait être envisagé que le jour où serait en place la caisse d'équipement hospitalier à laquelle M. Duhamel a fait allusion, qui prendrait le relais du financement assuré jusqu'à présent par la sécurité sociale.

Je puis dire que rien ne sera changé quant aux possibilités de financement direct offertes par la sécurité sociale tant que la caisse d'équipement hospitalier ne sera pas dotée des ressources suffisantes lui permettant de prendre le relais sans aucune interruption.

Jusqu'à cette date, en tout cas au cours de l'année 1968, les trois caisses nationales de sécurité sociale disposeront globa-

lement, pour leur action sanitaire et sociale, de ressources équivalentes à celles dont disposaient, avant la réforme de la sécurité sociale, les caisses régionales d'une part, la caisse nationale de sécurité sociale d'autre part.

Bien entendu, les fonds d'action sanitaire et sociale qui, pour l'ensemble de la sécurité sociale, se seront élevés, en 1967, à environ un milliard de francs, sur lesquels quelque 200 millions ont été consacrés à l'équipement sanitaire et social, seront répartis entre les trois caisses, compte tenu des missions de chacune d'elles, et notamment du fait que la caisse d'assurance maladie aura, au moins pendant cette période intérimaire que sera l'année 1968, comme M. Duhamel le supposait, la charge des subventions ou des prêts à l'équipement hospitalier.

Je crois avoir ainsi répondu à la préoccupation essentielle de M. Duhamel.

Je voudrais aussi donner mon sentiment sur certaines suggestions fort intéressantes qu'il a présentées. Je partage son opinion sur la réglementation trop stricte de la comptabilité hospitalière, qui aboutit à la situation suivante : si, grâce à une bonne gestion, un hôpital économise quelque argent, réalise des excédents, il lui est interdit d'utiliser le fruit de sa bonne gestion pour améliorer son équipement ; ses excédents doivent se traduire obligatoirement par une diminution du prix de journée, non pas l'année suivante, mais celle d'après, après quoi il devra relever son prix journée. Un raisonnement mathématique très simple permettrait de démontrer que cette réglementation risque d'aboutir à des sinusôides de prix de journée plutôt qu'à des prix de journée stables.

C'est certainement regrettable et, à l'occasion de la revision de nos structures hospitalières à laquelle devra donner lieu la préparation de la loi hospitalière, je me propose de faire modifier cette réglementation, qui va à l'encontre d'une incitation à une gestion intelligente, économique des finances hospitalières.

M. Duhamel a également suggéré de permettre aux hôpitaux d'inscrire, dans leur prix de journée et dans leur comptabilité, une provision pour renouvellement. Autrement dit, il s'agirait d'introduire l'autofinancement dans la gestion hospitalière, un autofinancement certes modéré. Cela me paraît en effet tout à fait souhaitable.

Enfin, M. Duhamel a posé, en termes très justes, le problème du différé d'amortissement et du différé d'intérêt pour les emprunts contractés par les établissements hospitaliers, pendant la période de construction et jusqu'au moment où ils peuvent effectivement recevoir des malades et, par conséquent, percevoir des prix de journée, grâce à leurs installations nouvelles.

Il est certain que notre réglementation actuelle est quelque peu paradoxale. Si on la prenait à la lettre, il serait absolument impossible de construire un hôpital entièrement nouveau qui ne fût pas « greffé », si j'ose dire, sur un hôpital ancien. M. de La Palice dirait qu'un hôpital inexistant ne peut demander un prix de journée. (Sourires.)

Mais, en dehors même de cette hypothèse, dans le cas — beaucoup plus fréquent — d'un très vieil établissement hospitalier qu'il convient, non point d'améliorer, ni même de rénover, mais de remplacer, en construisant à proximité un nouvel établissement, le prix de journée du vieil établissement doit être fortement majoré, si l'on veut couvrir, durant les travaux, les annuités d'amortissement de l'emprunt contracté pour l'édification du nouvel établissement.

Le bon sens répugne quelque peu à admettre que des malades qui ne bénéficient pas encore des futurs équipements aient à supporter des prix de journée brusquement accrus, pour permettre le confort des malades qui leur succéderont dans trois ou quatre ans.

Aussi ce problème doit-il être reconsidéré. A mon sens, la caisse nationale d'équipement hospitalier permettra, entre autres avantages, de le régler au mieux. L'Assemblée nationale aura à examiner les modalités de financement de cette caisse. Mais il me semble d'ores et déjà que, parmi les diverses sources de financement auxquelles la caisse nationale d'équipement hospitalier pourra faire appel pour pouvoir elle-même prêter aux hôpitaux, certaines seront à long terme, mais d'autres à court terme, sinon au jour le jour. Ces emprunts à court terme de la caisse conviendront parfaitement pour assurer le préfinancement des hôpitaux en cours de construction.

En terminant, je confirme ce que j'ai dit au début de ces explications. Si d'importants changements ont été apportés, par nécessité, à la structure de la sécurité sociale, si d'autres changements, toujours par nécessité, devront intervenir dans les procédures de financement des hôpitaux, toutes précautions ont été prises et seront prises pour que, selon l'expression de M. Duhamel, cette réorganisation n'entraîne pas une désorganisation. (Applaudissements.)

M. le président. J'informe l'Assemblée que six orateurs se sont fait inscrire dans le débat.

Conformément à l'article 135 du règlement, qui charge le président de séance d'organiser le débat au vu de la liste

des orateurs inscrits, je demande à ces orateurs de limiter la durée de leur intervention au temps qu'ils ont eux-mêmes fixé. La parole est à M. Poudevigne, premier orateur inscrit.

M. Jean Poudevigne. Monsieur le ministre, je me réjouis que cette question orale avec débat ait pu être inscrite aujourd'hui à l'ordre du jour, car elle me donne l'occasion de poursuivre avec vous le dialogue que vous venez d'engager avec M. Duhamel.

En premier lieu, je prends acte de l'intention que vous avez manifestée d'assigner à la caisse d'équipements hospitaliers une mission de relais pour le financement de ces équipements.

J'ai donc noté avec intérêt — car jusqu'à présent ce point n'avait pas été précisé — que cette caisse ne se substituerait pas à la caisse des dépôts et consignations pour l'octroi des prêts aux communes — comme c'est le cas pour la caisse d'équipements des collectivités locales — mais qu'au contraire, la caisse d'équipements hospitaliers se substituerait au fonds d'action sanitaire et sociale de la sécurité sociale, ou en tout cas s'efforceraient de prendre sa place.

Cette information est de nature à redonner confiance à ceux qui, à juste titre, s'inquiétaient de la situation.

En effet, monsieur le ministre, sans vouloir provoquer de remous dans vos services, je dois malheureusement m'inscrire en faux — et ne croyez pas que je mette votre bonne foi en doute car je la connais — contre votre affirmation selon laquelle il n'y a pas de hiatus. En pratique il n'en est rien hélas, et je vais vous en apporter la preuve.

Le département du Gard était propriétaire d'un établissement de cure thermale nommé Etablissement des Fumades. Le conseil général du Gard a pris la décision de vendre cet établissement et, parmi les nombreux acquéreurs qui se sont présentés, la préférence a été donnée à la caisse régionale de la sécurité sociale. Cette dernière devait financer cette opération en 1966 sur ses fonds d'action sanitaire et sociale.

Un compromis avait été signé qui vient d'être récemment cassé par une décision de l'administration de tutelle, c'est-à-dire la vôtre, monsieur le ministre.

Il suffit donc que l'administration de tutelle s'oppose à une opération prévue au titre de l'action sanitaire et sociale pour que cette opération ne soit jamais prise en considération.

Depuis la publication des récentes ordonnances sur la sécurité sociale et jusqu'à l'élection et la mise en place des nouveaux conseils d'administration — et j'ignore quelle sera leur politique — aucune opération, à ma connaissance, n'a été financée par le fonds d'action sanitaire et sociale, les caisses de sécurité sociale pratiquant une politique d'attentisme.

La réalité est là et justifie les légitimes appréhensions qui ont été exprimées tout à l'heure par M. Duhamel.

J'aborde maintenant le problème de l'amortissement. J'ai noté l'intérêt que vous portiez à la proposition de notre président de groupe. Je vous en ferai une seconde.

Je suis convaincu qu'il y a lieu de régler le problème du différé d'amortissement au cours des premières années et, sur ce point, j'ai pris acte avec plaisir de vos déclarations. Mais il faudrait aller plus loin. Je m'explique.

Dans le plan comptable des établissements hospitaliers, la durée d'amortissement des immobilisations, notamment des opérations nouvelles de construction, ne coïncide pas avec la durée des prêts, fixée jusqu'à présent à trente ans. Vous venez d'indiquer que rien ne vous faisait penser que cette durée serait modifiée.

J'estime qu'il conviendrait de faire coïncider très exactement la durée d'amortissement avec celle du remboursement des prêts de telle sorte que lorsque le prêt est amorti l'établissement hospitalier puisse repartir sur des bases financières nouvelles.

S'agissant de la création de cette caisse d'équipement hospitalier, je ne voudrais pas anticiper sur le débat qui s'instaurera à l'Assemblée, puisque vous avez confirmé ce que vous aviez déjà dit lors de la discussion du budget, à savoir qu'elle donnerait lieu au dépôt d'un projet de loi. Je me permettrai toutefois de vous faire d'ores et déjà une suggestion.

Tous les élus locaux ont réclamé depuis longtemps la possibilité pour les syndicats et les communes de déposer leurs fonds libres à la caisse des collectivités locales ce qui aurait permis à ladite caisse, par le simple jeu d'une opération bancaire, de consentir sur ces sommes, qui représenteraient un fonds de roulement assez important, un certain nombre de prêts.

La caisse d'équipement hospitalier, s'inspirant de ce vœu des responsables des collectivités locales pourrait accepter de recevoir en dépôt les fonds libres des établissements hospitaliers. — Je traiterai maintenant, plus brièvement, de la consommation des crédits.

Nous avions déploré lors de l'exécution du IV^e Plan que les réalisations aient été en retard d'une à deux années sur les prévisions. Vous avez dit que vous aviez redressé la situation — j'en prends acte avec satisfaction — en précisant que la totalité des crédits de programme prévus au V^e Plan avait été engagée pour les deux premières années du Plan. Mais alors je dois

souligner que vous êtes là en contradiction avec M. Bernard Lafay qui, lors de la discussion de votre budget, a affirmé que les objectifs du Plan ne seraient finalement atteints qu'à 60 p. 100.

Ayant relu attentivement vos réponses aux orateurs qui sont intervenus dans la discussion du budget, je n'y ai pas trouvé la réfutation de cette affirmation. Est-ce un oubli de votre part ?

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir dissiper cette équivoque.

Enfin je voudrais savoir en particulier si l'optimisme que vous avez manifesté au sujet de la consommation des crédits de paiement est fondé sur une réalité, autrement dit si les réalisations suivent les autorisations de programme. A cet égard je me permettrai de renouveler une demande que j'ai déjà eu l'occasion de vous présenter.

Il s'agirait, certes, de respecter les prescriptions du Plan, en accordant la priorité aux opérations dont vous avez reconnu l'urgence à la suite d'enquêtes fort délicates, mais il ne faudrait pas que des opérations non prioritaires que vous avez inscrites au Plan sur une liste supplémentaire puissent être financées, si elles sont techniquement prêtes, avant d'autres classées plus urgentes, mais dont la réalisation serait ajournée pour la seule raison que l'établissement du dossier administratif a subi des retards.

Ainsi nous aurions la certitude d'arriver à la fin du V^e Plan à un résultat tangible. Ce serait, malgré l'insuffisance signalée un moindre mal.

Avant d'évoquer quelques cas particuliers, je voudrais revenir un instant sur une des réponses que vous avez faites à M. Duhamel.

Vous vous êtes étonné et vous étiez même choqué de ce que, lorsque la sécurité sociale subventionnait une opération, cela équivalait pour elle à payer en fait deux fois pour cette opération. Un tel argument me paraît absolument erroné. Il méconnaît à la fois l'objet de l'amortissement qui est de financer le renouvellement des équipements et la rigueur des mécanismes budgétaires.

En effet, subventions, puis amortissements figurent successivement en recettes au budget, mais n'ont pas pour objet de couvrir les mêmes dépenses. La subvention permet l'acquisition de l'équipement de base indispensable. Il s'agit évidemment ici des investissements d'extension. L'amortissement constaté ultérieurement permettra pour sa part disponible et, selon le cas, soit de financer une grosse réparation, soit d'acquérir un second équipement destiné à remplacer un équipement usé ou techniquement dépassé. Dans ce cas il s'agit d'un investissement pour renouvellement. C'est là une querelle de comptables ou plus précisément une querelle de financiers.

Avant de terminer, monsieur le ministre, je voudrais vous poser plusieurs questions intéressantes des établissements de mon département.

Certes, monsieur le ministre, je ne peux vous demander de connaître par cœur l'état d'avancement des travaux dans un quelconque département. Aussi, mes questions n'appelleront-elles pas des réponses immédiates de votre part. Je vous serais toutefois reconnaissant de bien vouloir me les adresser par écrit.

En premier lieu, j'aimerais savoir si vous avez l'intention d'inscrire dans les propositions de 1968, comme cela a été prévu au V^e Plan et approuvé par la Coder du Languedoc-Roussillon, une opération prévoyant la création, dans le Gard, d'un établissement pour débilés profonds comportant soixante lits et dont le maître d'œuvre est le conseil général.

A l'origine, la construction de cet établissement était prévue à Uzès, mais finalement il sera implanté à Saint-Christol-lès-Alès où le département a acquis une propriété.

Je vous demanderai enfin quand vous avez l'intention de financer la construction des trois établissements suivants :

Le premier est l'institut médico-pédagogique et professionnel « Les Violettes » qui serait implanté à Bagnols-sur-Cèze et dont le promoteur est la section bagnolaise de l'U. N. A. P. E. I. Il s'agit d'une création de quatre-vingt-dix places pour débilés profonds. Le dossier-programme est en cours d'instruction et ce projet figure aux propositions régionales pour le V^e Plan avec le numéro 8 pour l'année 1969.

Le deuxième établissement est le centre d'aide par le travail de Saint-Gervasy. Le promoteur est la fédération départementale des associations pour enfants inadaptés. Le dossier-programme est en cours de constitution. Il est inscrit au V^e Plan avec le numéro 6 pour l'année 1969 et il porte sur une capacité initiale de quarante-cinq lits que vos services techniques du Vésinet ont demandé de porter à soixante-dix lits.

Enfin, envisagez-vous d'inscrire au Plan le financement de l'institut médico-pédagogique « L'Espoir » qui serait implanté au Grau-du-Rol et dont le promoteur est une association de Caissargues ? Le dossier-programme est moins avancé que dans les deux cas précédents, mais le projet figure dans la liste principale n° 4 des propositions régionales pour le V^e Plan.

M. le président. La parole est à M. le ministre des affaires sociales.

M. le ministre des affaires sociales. C'est bien volontiers que je répondrai par écrit à M. Poudevigne sur les problèmes particuliers qu'il a cités, mais je veux sans attendre donner mon sentiment sur les questions de portée générale qu'il a évoquées.

D'abord, monsieur Poudevigne, je me suis sans doute mal exprimé si vous avez compris que je considérais que la sécurité sociale payait deux fois les équipements hospitaliers. J'ai précisé à plusieurs reprises que c'était faux en bonne théorie comptable et économique mais j'ai dit que cette affirmation avait une apparence de vérité et que cela avait été largement dénoncé comme une charge indue parmi d'autres.

La démonstration qu'a faite M. Poudevigne du caractère erroné de cette accusation est certainement une des plus claires que j'ai entendues et je l'en remercie.

Il a également parlé du retard mis depuis quelques mois par les conseils d'administration de caisses de sécurité sociale à l'octroi de subvention. Peut-être est-ce exact, mais monsieur le député, vous savez que la sécurité sociale n'est pas une administration placée sous mes ordres, mais une organisation autonome seulement placée sous ma tutelle. Si j'ai le pouvoir de l'empêcher de faire certaines choses, je n'ai pas celui de l'obliger à en faire certaines autres, tout au moins lorsqu'il s'agit d'utiliser des fonds de l'action sanitaire et sociale.

S'il était démontré que certains conseils d'administration de caisses de sécurité sociale, voyant approcher le terme de leur mandat dans des conditions ne leur convenant guère, ont, en quelque sorte, par mesure de représailles, bloqué l'examen des dossiers, je ne pourrais que le regretter et regretter surtout que les victimes en soient précisément les personnes auxquelles ces fonds devaient permettre de venir en aide.

D'autre part, M. Poudevigne souhaite que la durée d'amortissement des immobilisations coïncide avec celle des prêts. Je pense en effet que les durées d'amortissement sont actuellement trop longues dans beaucoup de cas eu égard à la durée des prêts consentis.

Je ne suis pas persuadé toutefois qu'il soit de bonne technique économique de faire, par principe, coïncider les durées d'amortissement avec celles des prêts car — et M. Poudevigne l'a bien rappelé lui-même tout à l'heure — l'amortissement a un objet très précis: il doit être calculé en fonction de la durée probable d'utilisation du matériel.

Si l'on voulait vraiment qu'il y eût coïncidence, je considère que c'est la durée des prêts qui devrait être accordée à celle des amortissements et non l'inverse.

Mais j'admets aussi que les durées d'amortissement qui sont actuellement réglementaires dans la comptabilité hospitalière ont souvent été fixées de façon arbitraire et mériteraient d'être revues et souvent raccourcies, compte tenu de l'obsolescence qui frappe de plus en plus vite les équipements, du fait de la rapidité des progrès techniques.

S'agissant du degré de réalisation du Plan, il est possible en effet que, dans la hâte de la discussion budgétaire, je n'aie pas répondu à l'observation de M. Bernard Lafay; je m'en excuse auprès de lui et je remercie M. Poudevigne de me donner l'occasion de réparer expressément cette omission. Mais je ne pourrai que répéter, car c'est la vérité, ce que je viens de répondre à M. Duhamel, à savoir que les subventions de l'Etat auront atteint, à la fin de 1967 et à la fin de 1968, compte tenu des chiffres inscrits au budget, un montant égal à peu de chose près aux prévisions du Plan. Autrement dit, si la progression, d'année en année, des crédits d'engagement, telle qu'elle a eu lieu en 1966 par rapport à 1965, en 1967 par rapport à 1966, en 1968 par rapport à 1967, se poursuit en 1969 et en 1970, le total des crédits d'engagement inscrits dans les cinq budgets des cinq années du Plan correspondra à très peu de chose près au montant des crédits d'engagement inscrits au Plan.

Mais, vous le savez, le Plan comporte aussi l'indication d'un total de travaux, et on peut se demander si, à ces subventions de l'Etat, correspondront bien des travaux aussi importants que ceux qui étaient prévus au Plan. Ainsi que je le disais à M. Duhamel, peut-être le Plan a-t-il surestimé le volume des travaux qui seraient faits sans subventions.

Je dis peut-être. En effet, si nous connaissons bien le montant des travaux faits avec subventions, nous connaissons beaucoup moins bien le montant des travaux faits sans subventions. Leur connaissance implique des enquêtes, qui ont été lancées par mes services, mais dont les résultats sont seulement en cours de rassemblement.

Quant à la consommation des crédits, qu'il s'agisse des crédits d'engagement ou des crédits de paiement, elle s'établit, pour les années 1966 et 1967, à 98 p. 100 environ pour les crédits d'engagement et à bien plus de 100 p. 100 pour les crédits de paiement. On sait en effet que, dans les collectifs de 1966 et de 1967, on a dû inscrire des crédits de paiement supplémentaires

pour l'équipement hospitalier, précisément parce que la réalisation des travaux a été plus rapide qu'on ne l'avait prévu lors de l'évaluation des crédits de paiement nécessaires pour honorer les engagements antérieurement pris.

La dernière question de M. Poudevigne était relative aux opérations techniquement prêtes.

Chaque fois qu'une opération inscrite au Plan à titre principal et qui, de ce fait, a été identifiée dans les fascicules budgétaires n'est pas prête techniquement à être engagée, ou, pour les opérations qui ne donnent pas lieu à identification au budget, chaque fois qu'une opération figurant au Plan à titre principal et inscrite sur le programme de l'année du ministère n'est pas techniquement prête, chaque fois nous lui avons substitué une autre opération en fin d'année. C'est grâce à cela, d'ailleurs, que nous avons pu atteindre les pourcentages de réalisation du Plan que j'ai indiqués.

Car c'est un fait que, trop souvent, on nous envoie un avant-projet convenable, au vu duquel nous inscrivons une opération au budget, mais l'établissement des plans détaillés d'exécution soulève des difficultés, exige de nouvelles études qui retardent l'adjudication des travaux.

Si donc l'idée de substituer une opération techniquement prête à une opération qui ne l'est pas rencontre d'autant mieux notre agrément qu'en fait c'est la pratique constante, en revanche, je dois dire que les opérations complémentaires du Plan qui seraient techniquement prêtes ne pourraient être substituées à d'autres opérations que si aucune opération inscrite à titre principal au Plan n'était techniquement prête pour être substituée par priorité.

Les opérations inscrites sur la liste complémentaire n'auront des chances de réalisation qu'au cours des deux dernières années ou mieux de la dernière année d'exécution du Plan parce que, jusque-là, il y aura toujours des opérations, inscrites à titre principal, qui seront techniquement prêtes.

Bien sûr, le Plan n'aurait plus de signification et le mot « complémentaire » serait dépourvu de sens si l'on n'accordait pas, par principe, aux opérations inscrites à titre principal dans le Plan priorité sur les opérations inscrites à titre complémentaire.

M. le président. La parole est à M. Benoist. (Applaudissements sur les bancs de la fédération de la gauche démocrate et socialiste.)

M. Daniel Benoist. Monsieur le ministre, il est difficile, au fur et à mesure que le débat se déroule, de ne pas faire des répétitions. J'appellerai donc votre attention sur des problèmes dont certains viennent d'être évoqués. Mais, d'abord, je voudrais présenter quelques observations sur les propos que vous avez tenus à l'instant concernant le financement, qui suscite, il faut bien le reconnaître, une vague de critiques à l'encontre du Plan.

Nous apprécions d'ailleurs les efforts personnels que vous déployez pour obtenir les meilleurs résultats compatibles avec les crédits restreints que vous accordez votre collègue des finances.

Nous sommes nombreux à regretter notamment que les crédits destinés à la construction hospitalière ne dépassent pas 2,5 p. 100 du budget général.

M. Fernand Dupuy. Ils n'atteignent même pas ce taux.

M. Daniel Benoist. En effet, ils n'atteignent peut-être même pas ce taux.

Or, pour nous, la santé publique et, partant, la construction hospitalière représentent la deuxième priorité, après l'éducation nationale.

Monsieur le ministre, vous avez parlé surtout au conditionnel. Or depuis des lustres, à travers les Républiques, nous attendons une véritable politique sanitaire et hospitalière. Les modestes réalisations qui ont été faites ne sont pas à l'honneur de la France, qui dans ce domaine, vous le savez, se place, en Europe, juste avant l'Espagne et le Portugal.

Nous sommes donc inquiets de ces assurances formulées au conditionnel. Le Plan est déjà limité en soi. Nous craignons que sa réalisation ne reste très en deçà des prévisions dans la mesure où l'évolution de la sécurité sociale — laquelle relève non plus du Parlement mais du Gouvernement; ainsi que vous l'avez voulu — nous empêche de savoir quelle sera la participation de cet organisme et qui, en cas de défaillance, le remplacera.

Chacun place son espoir dans la caisse nationale d'équipement, qui financera la construction hospitalière. Mais comment et par qui sera-t-elle alimentée? Si elle reçoit des fonds privés, n'est-il pas à craindre que, devant la carence de l'Etat, on ne facilite ainsi, directement ou indirectement, la construction d'établissements privés à but lucratif, notamment dans la région parisienne, où déjà on n'hésite pas à proposer à des praticiens de qualité, issus de l'internat des hôpitaux de Paris, un véritable salariat privé, formule à laquelle nous sommes absolument opposés? Vous êtes parfaitement au courant de cette situation,

monsieur le ministre. *(Applaudissements sur les bancs de la fédération de la gauche démocrate et socialiste et du groupe communiste.)*

Un de nos collègues a déjà critiqué la lenteur des constructions hospitalières. Je ne reprendrai pas les chiffres qu'il a cités et qui sont bien connus.

Dans le souci de réparer les fautes du passé — et du présent — ne pourriez-vous pas, monsieur le ministre, décider une sorte de normalisation de la procédure de construction ? Il est inconcevable en effet que des années se passent entre le dépôt de l'avant-projet de construction d'un hôpital et la décision du contrôleur financier qui permet de percevoir les subventions. Il serait souhaitable à cet égard que vous vous mettiez en rapport avec les représentants des collectivités locales, d'autant que celles-ci devront consentir une participation financière plus importante.

On peut se demander également si le recours à des maîtres d'œuvre locaux, qui ne sont pas toujours qualifiés, ne contribue pas au retard des réalisations.

Je voudrais, moi aussi, appeler votre attention sur mon département, la Nièvre.

La construction, à Decize, d'un hôpital de 250 lits est inscrite au V^e Plan, qui en est à la moitié de sa période d'exécution. L'avant-projet sera vraisemblablement déposé avant le 31 décembre, mais le maître d'œuvre, qui est le maire de Decize, s'il sait que la participation de l'Etat sera de 40 p. 100, ignore ce que sera celle de la sécurité sociale.

On sait que l'amortissement du coût des constructions hospitalières, où sont dispensés les soins relevant de toutes les disciplines, entre dans le calcul du prix de journée. Mais celui-ci est grevé par de nombreuses autres charges.

Les abus ont été maintes fois dénoncés. Sait-on, par exemple, que pendant les cinq dernières années, pour les 50 millions d'habitants que compte la France, on a dû établir un milliard de dossiers médicaux ? Cela signifie que chaque année, pour chaque Français, quatre dossiers médicaux nécessitent un remboursement de la sécurité sociale.

En effet, l'hôpital conserve ses dossiers. L'assuré social, à sa sortie de l'hôpital, va voir son médecin, qui ouvre un autre dossier. Puis il va voir un spécialiste, ou un autre médecin quand il manque de confiance dans le premier. D'où la multiplication des dossiers et le chiffre de un milliard que je viens de citer et qui est corroboré par les statistiques.

D'autre part, il est inconcevable que des milliards, je ne dis pas partent en fumée, mais soient éparpillés et mal utilisés.

La notion de construction hospitalière doit toujours faire place à la recherche médicale.

Déjà, le prix Nobel de médecine a été décerné à trois médecins qui ont dû poursuivre leurs recherches dans un institut privé, encore que subventionné par l'Etat.

Il convient de noter aussi que ce sont des chirurgiens français qui ont mis au point — probablement les premiers en Europe — la méthode de transplantation du cœur. Mais, faute de moyens, ils n'ont pu mener à bien une opération, et c'est un pays ségrégationniste, l'Afrique du Sud, qui l'a mise à son actif.

La France, qui a été pendant très longtemps à la tête du progrès scientifique, ne reprendra sa place que dans la mesure où le Gouvernement donnera à la santé publique et à la construction hospitalière la priorité qu'elles méritent. *(Applaudissements sur les bancs de la fédération de la gauche démocrate et socialiste et du groupe communiste.)*

M. le président. La parole est à M. le ministre des affaires sociales.

M. le ministre des affaires sociales. Je voudrais d'abord dire à M. Benoist, à propos des trois savants qui ont reçu le prix Nobel — nous les admirons tous et nous nous réjouissons tous qu'ils aient reçu cette haute distinction, ô combien méritée ! — qu'il ne faudrait tout de même pas accrédi-ter l'idée que c'est complètement en dehors de toute institution publique qu'ils ont fait leurs recherches.

Deux d'entre eux étaient professeurs au Collège de France et le troisième professeur à la Sorbonne, qui sont, que je sache, deux établissements publics d'enseignement et de recherche.

Quant à l'institut Pasteur, cette institution que vous avez qualifiée de privée, il a certes un statut de droit privé, en raison des circonstances dans lesquelles il a été créé du vivant de Pasteur, mais nous le considérons tous comme un des fleurons de nos institutions nationales en matière de recherche. Et nous l'avons bien prouvé, lorsque cet établissement s'est trouvé en difficulté financière, en venant largement à son aide, comme vous avez pu le constater à l'examen du budget de 1967 et plus encore de celui de 1968.

Quant à la caisse nationale d'équipement, vous m'avez posé, monsieur Benoist, deux questions.

Fera-t-elle appel à des fonds privés ? Oui, bien sûr ! Si, en effet, elle a pour mission d'émettre des emprunts — peut-être

des emprunts régionaux, d'ailleurs, car un facteur sentimental interviendrait sans doute pour en faciliter le placement — c'est à l'épargne privée qu'elle fera appel, car il n'en est pas d'autres. Sinon, elle ne pourrait faire appel qu'à l'impôt.

Deuxième question : Est-ce que la caisse nationale financera des établissements privés à but lucratif ?

Je puis vous rassurer : certainement pas !

Peut-être n'avez-vous pas lu les ordonnances avec assez de soin. Il est un article qui a renforcé les pouvoirs de l'Etat en ce qui concerne les autorisations de création de cliniques privées, tels qu'ils résultaient d'une ordonnance de décembre 1958 ; je dis bien décembre 1958 puisque vous avez eu l'amabilité d'incriminer toutes les Républiques !

Permettez moi de rappeler que la création d'établissements de soins à but lucratif était entièrement libre jusqu'en décembre 1958. L'ordonnance de décembre 1958 a été un premier pas vers la limitation du développement du secteur capitaliste en matière de soins. Elle disposait que si l'administration ne prononçait pas une interdiction dans les quatre mois, l'autorisation était tacite. Cela n'était pas sans danger, convenez-en.

Or, cet été, une ordonnance a décidé que l'absence de réponse équivaudrait à un refus. Je ne crois pas qu'on puisse considérer que ce soit là la marque d'une politique excessivement favorable au capitalisme sanitaire.

Quant à la longueur des procédures, certes on a pu dire — et c'est vrai ! — qu'en moyenne huit à dix années s'écoulaient, ou s'étaient écoulées jusqu'ici, entre le moment où le projet de construction d'un hôpital commençait à se préciser et celui où le premier malade pouvait y être soigné.

Que ce soit trop long, c'est bien évident, non pas seulement parce que des besoins urgents tardent à être satisfaits, mais aussi — et nous en avons de nombreux exemples — parce que ces longs délais font qu'au moment où sa construction est achevée, il arrive que l'hôpital ne corresponde plus parfaitement aux exigences techniques de l'heure en raison de la rapidité même des progrès techniques.

A tous égards donc, il y a avantage à réduire les délais, sans parler, bien entendu, des raisons financières, car lorsqu'une construction tarde trop, les intérêts intercalaires auxquels on a fait allusion alourdissent finalement le coût de l'ensemble de l'opération.

Mais si l'on recherche les raisons de la longueur de ces procédures, on s'aperçoit qu'elles sont multiples. Certes, il y a l'absence de standardisation à laquelle vous faisiez allusion tout à l'heure et à laquelle je m'efforce de remédier en commençant d'abord par le plus facile : j'ai ouvert un concours pour des maisons de retraite « clé en main ». Pourquoi d'abord les maisons de retraite ? Parce que c'est ce qu'il y a de moins compliqué. Mais je compte bien aller plus loin.

Des efforts ont également été accomplis dans la standardisation, au moins de certains éléments de construction des hôpitaux. Vous avez pu voir paraître récemment un manuel « des fenêtres dans les hôpitaux ». Il y a à quelques jours, a paru un manuel des « moyens de lutte contre le bruit dans les hôpitaux », de façon à mettre à la disposition des techniciens des instruments de travail qui facilitent leur tâche. Je suis donc tout à fait d'accord avec vous quant à la direction dans laquelle il convient d'orienter les efforts.

Je sais aussi que les désaccords et les va-et-vient entre les maîtres de l'ouvrage locaux et les services centraux de mon ministère sont souvent cause de retards ; mais, que voulez-vous ? ou bien il faudrait laisser toute liberté aux collectivités locales — et pour les raisons que vous avez dites vous-même, cela ne serait pas toujours excellent techniquement car certaines d'entre elles, ni même leurs architectes, n'ont guère l'habitude des problèmes hospitaliers — ou bien il faudrait que l'Etat soit le seul constructeur. Mais enlever la maîtrise de l'ouvrage aux collectivités locales n'irait pas non plus sans inconvénient ; en tout cas, j'entendrais certainement, sur ces bancs, des protestations au nom des libertés locales !

Parmi les raisons de la lenteur que vous évoquiez, il en était une : l'absence de plan. Dès qu'une commune, dès qu'une ville avait précisé son désir de construire un hôpital, elle en commençait l'étude et entrait en relation avec les services du ministère de la santé sans que préalablement ait été déterminé le moment où, compte tenu des urgences nationales, il y avait chance qu'une réalisation puisse intervenir. C'est précisément ce à quoi a essayé de remédier le V^e Plan, notamment avec la procédure de la régionalisation.

Pour ma part, j'ai donné comme instruction à mes services de ne pas accepter de commencer l'étude d'avant-projets d'opérations non inscrites au V^e Plan. Cela permettra à la fois d'alléger les tâches des services et donc d'accélérer l'étude des avant-projets correspondant à des opérations prévues au V^e Plan. Cela permettra, accessoirement, de faire qu'on ne pourra plus dire : « Il y a cinq ans que le dossier est dans les services du ministère et la première pierre n'est pas encore posée ! » Les dossiers,

en effet, ne seront pas dans les services du ministère puisque, pour y avoir accès, il faudra être inscrit au Plan, au moins sur la liste complémentaire.

Je ne dissimule pas d'ailleurs qu'il était plus facile de faire observer cette règle au cours des premières années du Plan ; durant les dernières années du V^e Plan il faudra probablement introduire une certaine souplesse. Mais nous touchons là au problème de la durée même des plans. Cinq ans, c'est bien peu pour des équipements hospitaliers ! (Applaudissements.)

M. le président. La parole est à M. Waldeck Rochet. (Applaudissements sur les bancs du groupe communiste.)

M. Waldeck Rochet. Monsieur le ministre, à propos de l'équipement hospitalier, je voudrais attirer votre attention sur les retards apportés à la réalisation du centre hospitalier universitaire prévu sur l'emplacement du fort d'Aubervilliers, dans le département de la Seine-Saint-Denis.

Des études ont été menées sous la direction de M. Andrieux, préfet, secrétaire général chargé de l'urbanisme. Plusieurs conférences se sont tenues, réunissant les services intéressés, notamment les directions de l'assistance publique, de l'éducation nationale, de la construction, les militaires et la municipalité d'Aubervilliers. L'architecte urbaniste a été chargé de la répartition des sols de cet ensemble. Ces études ont été menées à leur terme, attribuant la partie proprement dite du fort à l'assistance publique pour la construction d'un hôpital. Les services des ponts et chaussées ont complété cette étude.

Au printemps 1964, M. Damelon, directeur de l'assistance publique, exposant les réalisations hospitalières en cours et la préparation du V^e Plan, annonçait le projet d'un centre hospitalier universitaire sur le fort d'Aubervilliers dont les terrains étaient affectés à l'assistance publique. Il précisait que ce centre comporterait 1.750 lits dont 500 lits pour enfants et que, selon le plan du professeur Debré, des services seraient créés pour l'emploi à plein temps de grands noms de la médecine. Il prévoyait aussi le logement sur place de cinq cents étudiants.

De son côté, la direction de l'assistance publique demandait à la municipalité de prévoir des logements pour assurer le recrutement du personnel nécessaire et bien entendu la municipalité et son office public d'H. L. M. ont promis leur concours.

La presse, la radio et la télévision ont largement commenté ce programme. Elles l'ont fait à nouveau au moment où M. Pompidou, Premier ministre, a communiqué sa décision de désaffecter un certain nombre de forts de la région parisienne devenus désuets et d'affecter l'emplacement de celui d'Aubervilliers à la construction d'un centre hospitalier universitaire.

Depuis lors, on nous a assuré que le centre hospitalier universitaire d'Aubervilliers était inscrit au V^e Plan et même qu'il aurait pu être financé en 1966. Une équipe d'architectes a même été désignée pour mettre au point le projet définitif.

Or nous apprenons aujourd'hui que la décision de M. le Premier ministre de désaffecter le fort d'Aubervilliers se heurte à l'inertie tenace des militaires, qui exigeraient préalablement leur réinstallation.

Aucune précision n'étant donnée à ce sujet, il est à craindre que les décisions qui ont été prises ne soient finalement remises en cause.

C'est pourquoi, monsieur le ministre, je vous pose les questions suivantes :

Premièrement, la décision du Premier ministre de désaffecter le fort d'Aubervilliers et d'en attribuer les terrains à l'assistance publique pour la construction d'un centre hospitalier universitaire a-t-elle été remise en cause ?

Deuxièmement, quelles seront les mesures prises pour libérer au plus tôt ces terrains ?

Troisièmement, ce centre hospitalier universitaire est-il ou non inscrit au V^e Plan et pour quelles dates peut-on prévoir le début et la fin des travaux ? (Applaudissements sur les bancs du groupe communiste.)

M. le président. La parole est à M. Millet. (Applaudissements sur les bancs du groupe communiste.)

M. Gilbert Millet. Monsieur le ministre, mes chers collègues, la conférence-débat du 30 novembre 1967, organisée par le comité national de l'hospitalisation publique, a jeté un éclairage particulier sur la gravité du problème dont nous débatons aujourd'hui.

Lors du dernier débat sur le budget des affaires sociales, mon amie Mme Vaillant-Couturier avait dénoncé la situation dramatique de l'hospitalisation publique. Il convient, néanmoins, de rappeler quelques chiffres pour mieux situer le débat.

La commission d'équipement sanitaire et social avait estimé les besoins à 57.760 millions de francs, mais le Gouvernement n'accordait qu'une enveloppe globale de 12.900 millions de francs, soit près de cinq fois moins ! Le V^e Plan, en la matière, n'est donc qu'un véritable plan de stagnation, inca-

pable de créer les structures sanitaires dont le pays a besoin.

Mais il y a plus grave. Sur ces 12.900 millions de francs, l'Etat ne s'engageait à payer que 3.200 millions de francs, soit 640 millions de francs par an. Or, fin 1968, il n'aura même pas été à même de tenir ses pauvres engagements puisque, en ce qui concerne les autorisations de programme, le déficit atteindra près de 130 millions de francs et qu'il sera bien plus élevé encore en ce qui concerne les crédits de paiement, qui reflètent les sommes effectivement débloquées : en 1967, 365 millions ; en 1968, 449 millions.

Les crédits alloués au secteur hospitalier, en nette augmentation par rapport à 1967, n'atteindront néanmoins en 1968 que 282 millions de francs, soit 0,2 p. 100 du budget de la nation.

Cette situation est rendue plus précaire encore par le glissement des prix. C'est ce qui a conduit un vice-président de la commission d'équipement sanitaire et social, lors de la séance du 23 juin 1967, à demander une réévaluation du montant de la participation de l'Etat à 4.100 millions de francs.

Enfin, pour réaliser le Plan il reste à trouver, en dehors de la participation de l'Etat, 9.700 millions de francs complémentaires. Le Plan prévoyait en effet de laisser 31 p. 100 de la somme globale à la charge de la sécurité sociale et des collectivités locales et 45,5 p. 100 aux emprunts.

On voit ainsi les très lourdes charges qui pèsent sur la sécurité sociale, les municipalités, les malades qui supportent la majeure partie de l'effort consenti dans le domaine de l'équipement sanitaire et social.

Dans ces conditions, l'équipement et le fonctionnement de notre appareil sanitaire deviennent particulièrement précaires.

Faut-il rappeler, par exemple, que le Plan prévoyait la création de 9.000 lits par an et la modernisation de 6.000 ? En 1966 et 1967, n'ont été réalisés globalement que 4.500 lits. On devrait atteindre le chiffre de 3.500 lits en 1968.

Faut-il rappeler les conditions de travail effrayantes du personnel, dues à son insuffisance numérique ? Surmenage, fatigue, impossibilité de mener une vie familiale normale conduisent un grand nombre d'infirmières à abandonner un métier auquel elles sont attachées, de sorte que plus grands sont les besoins, plus grande est l'hémorragie en personnel. On voit combien il est regrettable, dans ces conditions, que les crédits destinés à l'équipement des écoles d'infirmières aient été amputés de trois millions cette année.

C'est dans ce contexte que le Gouvernement entend créer la caisse nationale d'équipement sanitaire et social et s'attache à mettre en œuvre un projet de réforme de l'hospitalisation publique.

D'après l'article du docteur Escoffier-Lambote paru dans *Le Monde* du 8 septembre 1967 et jamais démenti depuis, les fonds destinés à alimenter cette caisse proviendraient : des sommes réservées à l'équipement dans les budgets des établissements ; des emprunts publics nationaux ou régionaux ; des prêts éventuels de diverses provenances, entre autres de la Caisse des dépôts.

Il nous faut remarquer qu'il n'est nullement question de renforcer l'apport de l'Etat, le poids essentiel des investissements nécessaires reposant sur l'hôpital, sur les emprunts qui grèvent lourdement les prix de journée et, en dernière analyse, sur le malade.

Mes chers collègues, pouvons-nous raisonnablement penser qu'avec l'immense développement des sciences et des techniques médicales, dont le secteur hospitalier doit bénéficier au premier chef, le fonctionnement et le développement indispensable de ce secteur pourra se réaliser sans que l'Etat prenne sa part de responsabilité ?

Il est beaucoup question dans l'article du docteur Escoffier-Lambote d'autofinancement et de rentabilité. Nous avons maintes fois dénoncé ce qu'a de scandaleux la notion de rentabilité dans le secteur de la santé, alors que seule devrait compter la qualité des soins.

Mais pensez-vous qu'en raison des dépenses croissantes liées aux progrès de la médecine un hôpital puisse être rentable et pratiquer l'autofinancement sans que le prix de journée subisse une dangereuse escalade ?

Admettre la notion de rentabilité du secteur hospitalier, n'est-ce pas, en fin de compte, soit en empêcher l'accès aux familles de condition modeste par des tarifs excessifs, soit faire reporter des charges considérables sur la sécurité sociale avec, en perspective, de nouvelles atteintes contre cet organisme au nom de la recherche de son équilibre budgétaire ?

Une telle conception conduit à considérer l'hôpital comme une affaire commerciale dont la particularité réside dans le fait que les clients, bailleurs de fonds, sont aussi les malades ; c'est abandonner la notion d'hôpital, service public, dont le comité national de l'hospitalisation publique a rappelé dernièrement toute l'importance.

M. le ministre des affaires sociales. Mais non !

M. Gilbert Millet. Nous allons d'ailleurs retrouver cette conception comme toile de fond dans l'ordonnance du 23 septembre 1967 et dans les quelques données que nous avons sur le projet de réforme de l'hospitalisation publique.

Certes, nous ne saurions contester la nécessité d'une réforme qui permettrait d'éviter les gaspillages et de réaliser une coordination rationnelle du secteur hospitalier. Cependant il nous faut remettre les choses à leur juste place. Le gaspillage n'est certainement pas la cause fondamentale de l'augmentation du coût de l'hospitalisation — nous en avons exposé plus haut les facteurs principaux — augmentation d'ailleurs considérable puisque le rapport de l'inspection générale de la sécurité sociale en 1967 a pu l'évaluer à environ 30 p. 100 de 1962 à 1964.

Mieux, une partie importante de ce gaspillage est elle-même liée aux insuffisances de notre équipement, comme quoi tout se tient. Il est certain, par exemple, que l'insuffisance d'équipement des services de radiologie et de laboratoire entraîne parfois des prolongations de séjour de malades absolument inutiles. Il leur faut souvent attendre plusieurs jours et parfois plusieurs semaines avant qu'on ait effectué les examens complémentaires nécessaires.

L'absence ou l'insuffisance de petites unités hospitalières rurales et urbaines, de centres de convalescence et de postcure, conduisent souvent aussi à laisser dans de grands services spécialisés des malades qui ne sont pas de leur ressort, de même que la recherche de la rentabilité et de l'équilibre budgétaire entraîne parfois des prolongations d'hospitalisation excessives.

On voit donc que le gaspillage est moins la conséquence de mauvaises gestions que le résultat paradoxal d'une politique insuffisante en matière de santé.

Quant au problème de la coordination évoqué dans l'ordonnance de septembre, il implique :

Premièrement, le recensement des besoins, donc la création d'une carte hospitalière tenant compte des conditions économiques, géographiques et démographiques des différentes régions.

M. le ministre des affaires sociales. Bien sûr.

M. Gilbert Millet. Deuxièmement, une gestion démocratique des commissions de coordination avec la participation des syndicats représentant les assurés, des élus et du corps médical. Sur ce point l'ordonnance est d'une imprécision totale.

Troisièmement, une coordination de ce type à tous les échelons — national, régional et communal — ce qui sera la garantie la meilleure d'une adaptation adéquate de notre appareil de santé aux besoins.

Cependant l'aspect incontestablement le plus dangereux de la réforme envisagée est contenu dans le court paragraphe qui termine l'ordonnance de septembre : « En vertu des conventions passées avec l'Etat, certains établissements privés peuvent participer à l'exécution du service public d'hospitalisation. Leurs droits et obligations sont déterminés par un cahier des charges conformes. »

Examinons ce texte à la lumière de l'article du docteur Escoffier-Lambotté :

« Un type nouveau d'hôpitaux privés bénéficiaires d'une concession de service public » est créé dans le but d'améliorer la coordination souhaitée et de favoriser la participation des capitaux privés à l'équipement sanitaire. Ces hôpitaux auxquels sera imposé un cahier des charges les obligeant à remplir un certain nombre de conditions d'équipement bénéficieront d'une garantie contre certaines concurrences éventuelles. Ils devraient apporter au secteur public la stimulation d'une utile concurrence et cela à conditions et à charges égales. »

Qu'est-ce donc qu'une concession de service public ? M. de Labodère, dans son ouvrage de droit administratif, le définit ainsi :

« La concession de service public est un mode de gestion du service consistant en ce qu'une collectivité publique charge un particulier, individu ou plus souvent société, par une convention, du soin de faire fonctionner le service public en se rémunérant au moyen de redevances perçues sur les usagers... »

Et il ajoute : « le service reste un service public. Le gérant est un particulier dont les intérêts sont des intérêts privés et qui n'acceptera de faire fonctionner le service que s'il y trouve un avantage ».

Ainsi seront créées de grandes unités hospitalières privées qui seront protégées contre toute concurrence publique et même privée. L'hôpital devient donc une entreprise de caractère commercial où l'idée directrice sera celle du profit.

Il nous faut ici dénoncer avec force la pénétration du grand capital dans le domaine de la santé avec tous les avantages que lui confèrera la concession de service public du fait notamment des subventions gouvernementales et dégrèvements fiscaux qu'elle entraînera.

La création de ce capitalisme sanitaire contraste d'ailleurs avec les attaques lancées depuis quelques mois contre les cliniques privées. Assisterons-nous, là aussi, au phénomène de concentration que l'on rencontre dans tous les autres secteurs de l'économie ?

Mais il reste à nous demander quelles seront les conséquences d'une telle politique sur les porte-monnaie des malades — allons-nous assister à la création d'hôpitaux pour fortunés ? — à nous demander aussi qu'elles seront les conditions d'exploitation du personnel pour en améliorer la rentabilité.

Nous rejoignons la position du comité national de l'hospitalisation publique qui affirme :

« La santé est un service public dont toute notion de rentabilité doit être bannie et qui doit être inscrit en priorité dans les choix budgétaires que doivent effectuer les pouvoirs publics. »

Concurrence, rentabilité... Le corps médical sera associé à cette conception et on lui donnera une autonomie plus grande pour apprendre à faire des économies. La concurrence s'établira d'un service à l'autre, du secteur privé au secteur public.

Quant on connaît les coûts actuels de la maladie, justifiés d'ailleurs par les immenses progrès de la thérapeutique, on frémit en pensant à la qualité des soins dispensés dans de telles conditions.

Quant à la concurrence entre le secteur privé et le secteur public, elle sera inégale car l'hôpital public supportera l'ensemble des charges entraînées par l'enseignement, la recherche et les traitements coûteux. La gestion hospitalière sera considérablement modifiée et, fait extrêmement grave, les maires présidents des conseils d'administration perdront leurs prérogatives actuelles.

Surveillez après les ordonnances sur la sécurité sociale, après le budget de 1968 de la santé publique dont nous avons dénoncé ici les graves insuffisances, voilà le troisième volet de la politique gouvernementale en matière de santé. C'est en réalité le démantèlement de l'hospitalisation publique.

Ainsi, non seulement l'Etat n'accomplit pas son devoir dans un secteur qui lui est propre, mais de plus il y permet l'introduction de capitaux privés qui, avec sa complicité, assureront à certains de nouveaux profits. La santé de nos populations en sera la première victime.

Donner à l'hospitalisation publique les moyens de répondre aux besoins de la population, coordonner et harmoniser les différents secteurs de santé sont des tâches indispensables et urgentes. Or vos projets, ou ce que nous en connaissons, tournent le dos à ces considérations.

Pour notre part, nous soutenons sans réserve les solutions préconisées par le comité national de l'hospitalisation publique, notamment le financement réel par le Gouvernement de 40 p. 100 des opérations inscrites au V^e Plan au lieu des 23,5 p. 100 prévus comme participation maximale de l'Etat et l'attribution par celui-ci de crédits supplémentaires d'un montant de un milliard de francs pour chacune des deux dernières années de réalisation du Plan, ce qui reprend en l'améliorant la proposition du Conseil économique et social.

Les malades, les médecins, le personnel du secteur hospitalier attendent votre réponse, monsieur le ministre. Qu'ils soient assurés de notre solidarité (Applaudissements sur les bancs du groupe communiste.)

M. le ministre des affaires sociales. Je demande la parole.

M. le président. La parole est à M. le ministre des affaires sociales.

M. le ministre des affaires sociales. En écoutant le docteur Millet, j'ai une fois de plus constaté à quel point on peut, de bonne foi d'ailleurs, méconnaître la portée de mesures prises par un gouvernement lorsqu'on est dans l'opposition.

A l'entendre, il semble que la disposition des ordonnances qui a prévu la possibilité d'une concession de service public en matière d'hospitalisation permette l'entrée du capital privé dans le secteur hospitalier. Comme s'il avait fallu ce texte pour le permettre !

Je répète ce que j'ai déjà dit : avant l'avènement de la V^e République, le capital privé pouvait entrer librement dans le secteur hospitalier ; il ne rencontrait aucun obstacle. C'est la V^e République qui a placé le premier obstacle — la coordination — lequel a été renforcé par les ordonnances de cet été.

M. Gilbert Millet. C'est une officialisation, en quelque sorte.

M. le ministre des affaires sociales. Mais non ! La disposition en cause, qui vous apparaît comme le signe d'une volonté de favoriser le capitalisme hospitalier, permettra précisément d'imposer les charges du service public — vous-mêmes avez rappelé les termes de « cahier des charges » — à certains établissements hospitaliers privés. Il en est — reconnaissez-le — qui jouent un rôle très utile ; je pense, par exemple, à l'hôpital Foch. (Applaudissements sur les bancs de l'union démocratique pour la V^e République et des républicains indépendants.)

M. le président. La parole est à Mme Vaillant-Couturier.

Mme Marie-Claude Vaillant-Couturier. Monsieur le ministre, je voudrais me faire l'écho du mécontentement qui règne actuellement dans les hôpitaux psychiatriques de la préfecture de la Seine.

A la suite d'instructions de M. le ministre de l'économie et des finances, une décision a été prise d'embaucher du personnel à un indice inférieur à celui pratiqué jusqu'à présent. Depuis le 1^{er} décembre, les infirmiers stagiaires qui étaient recrutés sur la base de l'indice 210 brut ou 165 réel le sont comme agents hospitaliers à l'indice 100 le premier mois, à l'indice 135 jusqu'au mois d'octobre de l'année suivante, date à laquelle ils pourront suivre des cours. Or les médecins considèrent que, dans la formation des élèves, le stage est, sur le plan de la technique des soins, au moins aussi important que les cours.

La décision prise d'abaisser l'indice de départ ne se justifie absolument pas.

Il sera également recruté du personnel auxiliaire et du personnel de service, du personnel ouvrier, à un indice inférieur aux salaires actuellement pratiqués.

Pour le personnel soignant, l'embauche d'auxiliaires ramène en cause le cadre unique appliqué dans les hôpitaux psychiatriques de la Seine où ne travaillait que du personnel diplômé ou titulaire.

De telles mesures ne peuvent que freiner un recrutement de qualité. On constate actuellement une tendance fâcheuse à ne pas rémunérer le personnel au tarif normal, à écraser la hiérarchie en faisant appel, par exemple, à des chefs d'unité de soins à la place des surveillants. Cet écrasement de la hiérarchie coïncide, avec les conditions de travail, l'une des causes de nombreuses démissions en cours de carrière.

A Sainte-Anne, avant les vacances, dix-huit démissions de jeunes diplômés ont été enregistrées. A Maison-Blanche, il manque une soixantaine d'infirmières.

Avec l'entassement des malades, la pénurie de personnel continue d'être l'un des problèmes de première urgence. Cette situation met en cause la possibilité d'utiliser des thérapeutiques modernes qui permettent aujourd'hui de soigner efficacement et de guérir un grand nombre de malades autrefois considérés comme incurables.

Je voudrais également évoquer le problème que pose le statut des médecins des hôpitaux psychiatriques. Depuis 1963, un projet de nouveau statut a été élaboré; il est adapté à l'activité médicale réelle des médecins des hôpitaux psychiatriques, les assimilant aux médecins des hôpitaux généraux, deuxième catégorie, premier groupe.

Ce projet de statut a reçu votre accord et a été transmis voilà plus d'un an au ministère des finances où il est bloqué.

En désespoir de cause, les médecins des hôpitaux psychiatriques ont été amenés à faire des grèves symboliques. Or il est conforme, non seulement à l'intérêt des médecins psychiatriques, mais à celui des malades, c'est-à-dire en définitive à l'intérêt national, que cette situation cesse au plus vite étant donné la crise de recrutement des médecins dont souffrent les hôpitaux psychiatriques, alors qu'au contraire le nombre des malades mentaux augmente.

Il y a actuellement en France 1.200 neuro-psychiatres dans le secteur privé et 600 dans les hôpitaux et dispensaires qui soignent environ 300.000 malades par an. Moins du dixième des internes des hôpitaux psychiatriques de la Seine acceptent de se présenter au concours du médecin de cette spécialité et moins du dixième de ceux qui en ont subi les épreuves avec succès consentent à occuper un poste dans le cadre général.

Je désire donc savoir, monsieur le ministre, quelles mesures vous envisagez de prendre pour résoudre le problème de l'indice de départ du personnel des hôpitaux psychiatriques départementaux et de la préfecture de la Seine, et notamment des infirmiers stagiaires, et celui de l'application du statut des médecins des hôpitaux psychiatriques. (Applaudissements sur les bancs du groupe communiste.)

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

M. Fernand Grenier. Monsieur le ministre, dans ce débat sur l'équipement hospitalier, mon bref propos sera d'essayer de vous convaincre de la nécessité et de l'urgence du nouveau centre hospitalier de Saint-Denis dont le projet vient enfin d'être inscrit cette année à la tranche régionale du V^e Plan d'équipement sanitaire et social.

C'est un lieu commun de reconnaître qu'en général l'équipement hospitalier n'a pas suivi, et de loin, le développement démographique, ce qui est particulièrement vrai pour Saint-Denis et les localités environnantes actuellement desservies par un hôpital-hospice des plus vétustes. Son équipement correspond à la densité de la population telle qu'elle existait au début de ce siècle alors qu'elle a pratiquement doublé.

Rien qu'à Saint-Denis, cette population est passée depuis la Libération de moins de 70.000 habitants à plus de 100.000. Les communes environnantes, qui étaient de gros villages avant la guerre, sont devenues des villes dont certaines vont atteindre très vite les 50.000 habitants.

J'admire toujours, quand je me rends dans l'hôpital actuel, le dévouement de tous ceux et de toutes celles qui ont à travailler dans des conditions d'encombrement à certains moments absolument intolérables. Mais le dévouement ne suffit pas. Il faut des installations correspondant à notre époque.

Une deuxième raison milite pour l'urgence. Sur 100.000 habitants à Saint-Denis, il y a 10.000 étrangers. Ces 10 p. 100 de la population constituent le plus souvent 25 p. 100 des personnes hospitalisées. Cela tient à ce que Portugais, Espagnols, Algériens, Africains vivent souvent dans des conditions de logement — caves d'hôtels, bidonvilles — qui sont une insulte permanente à la dignité de l'homme, et qui ont des conséquences désastreuses pour la santé de ces travailleurs immigrés.

Enfin, une troisième raison doit être prise en considération. L'autoroute Paris-Lille, première étape vers la voie Paris-Bruxelles, est maintenant achevée. Des automobilistes beaucoup plus nombreux qu'auparavant utilisent les bretelles qui desservent Saint-Denis. Le centre hospitalier est ainsi appelé à intervenir, si la nécessité s'en fait sentir, pour une grande partie de l'autoroute. Or dans le cas d'accidents graves comportant plusieurs dizaines de blessés, l'hôpital actuel serait la plupart du temps dans l'impossibilité, faute de lits disponibles, d'accueillir ces victimes dans des conditions satisfaisantes.

Gouverner, c'est prévoir, dit-on. Notre rôle d'élu est précisément de souligner les déficiences que nous constatons, de faire des propositions, d'insister sur l'urgence absolue de certains projets.

C'est le 20 septembre 1961 que la commission administrative de l'actuel centre hospitalier a soumis le plan directeur du nouveau centre au ministère de la santé. Mais ce n'est qu'en 1965 que l'avant-projet de construction, avec un état prévisionnel des dépenses, a été soumis à vos services. Il a fallu d'ailleurs modifier la hauteur de certains bâtiments. Mais tout est maintenant réglé et vous aurez en février le projet modifié dans le sens demandé par la commission technique de votre ministère. Le coût total des travaux est évalué à 20.500.000 francs.

Nous vous demandons donc de prévoir le déblocage d'une première enveloppe financière en 1969, les adjudications devant intervenir à la fin de l'année 1968.

En conclusion, je dirai que, dans nos banlieues, jadis si déshéritées, les municipalités ouvrières mènent une bataille permanente pour supprimer les taudis et doter les villes d'écoles aérées et d'équipements pour la protection de la mère et de l'enfant, tout en gardant le souci de ne laisser aucun quartier en dehors de leur activité bienfaisante. Leur activité inlassable a entraîné, à Saint-Denis par exemple, la réduction du taux de mortalité infantile qui, de 68 p. 1.000 avant la guerre, n'est plus aujourd'hui que de 12 p. 1.000.

Maintenant, les secteurs les plus retardataires sont ceux du logement et de l'équipement hospitalier.

Il fallait souligner ces faits au cours de ce débat pour inciter le Gouvernement à consentir un effort plus important et plus rapide en vue de remédier à une situation hospitalière qui devient chaque jour plus préoccupante. (Applaudissements sur les bancs du groupe communiste et de la fédération de la gauche démocrate et socialiste.)

M. le président. Le débat est clos.

La séance réservée par priorité aux questions orales est terminée.

Je vais immédiatement ouvrir la séance prévue pour la suite de l'ordre du jour.

— 5 —

ORDRE DU JOUR

M. le président. Aujourd'hui, à dix-sept heures quarante minutes, deuxième séance publique :

Discussion, en troisième et dernière lecture, du projet de loi de finances pour 1968 (n^o 569, 570).

La séance est levée.

(La séance est levée à dix-sept heures trente-cinq minutes.)

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

VINCENT DELBECCHI.