

# JOURNAL OFFICIEL

DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

DÉBATS PARLEMENTAIRES

ASSEMBLÉE NATIONALE

COMPTE RENDU INTEGRAL DES SEANCES

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

PRIÈRE DE JOINDRE LA DERNIÈRE BANDE  
aux renouvellements et réclamations

DIRECTION, REDACTION ET ADMINISTRATION  
26, RUE DESAIX, PARIS 15<sup>e</sup>

POUR LES CHANGEMENTS D'ADRESSE  
AJOUTER 0,20 F

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

4<sup>e</sup> Législature

PREMIÈRE SESSION ORDINAIRE DE 1969-1970

COMPTE RENDU INTEGRAL — 62<sup>e</sup> SEANCE

1<sup>re</sup> Séance du Vendredi 21 Novembre 1969.

## SOMMAIRE

1. — Loi de finances pour 1970 (deuxième partie). — Suite de la discussion d'un projet de loi (p. 4147).

**Affaires sociales (suite). — Santé publique et sécurité sociale.**

MM. Bisson, rapporteur spécial de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan, pour la santé publique ; le président ; Peyret, rapporteur pour avis de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, pour la santé publique ; Icart, suppléant M. Griotteray, rapporteur spécial de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan, pour la sécurité sociale ; Ribadeau-Dumas, rapporteur pour avis de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, pour la sécurité sociale.

M. Boulin, ministre de la santé publique et de la sécurité sociale.

Mlle Dienesch, secrétaire d'Etat à l'action sociale et à la réadaptation.

M. Fouchler.

Renvoi de la suite de la discussion.

2. — Candidature à une commission (p. 4165).

3. — Ordre du jour (p. 4165).

\* (1 f.)

PRESIDENCE DE M. JEAN MONTALAT,  
vice-président.

La séance est ouverte à neuf heures trente.

M. le président. La séance est ouverte.

— 1 —

LOI DE FINANCES POUR 1970 (DEUXIÈME PARTIE)

Suite de la discussion d'un projet de loi.

M. le président. L'ordre du jour appelle la suite de la discussion de la deuxième partie du projet de loi de finances pour 1970 (n° 822, 835).

**AFFAIRES SOCIALES (Suite.)**

**Santé publique et sécurité sociale.**

M. le président. Nous abordons l'examen des crédits relatifs à la santé publique et à la sécurité sociale.

Ce débat a été organisé comme suit :

Gouvernement, une heure trente-cinq minutes ;  
Commissions, cinquante minutes ;

## Groupes :

Union des démocrates pour la République, une heure cinquante minutes ;

Républicains indépendants, quarante minutes ;

Socialiste, cinquante minutes ;

Communiste, vingt-cinq minutes ;

Progress et démocratie moderne, vingt-cinq minutes ;

Isolés, cinq minutes.

La parole est à M. Bisson, rapporteur spécial de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan, pour la santé publique.

M. Robert Bisson, rapporteur spécial. Monsieur le ministre, mesdames, messieurs, les services des affaires sociales ont été placés, lors de la constitution de l'actuel Gouvernement, sous l'autorité de deux ministres différents : d'une part, celui du travail, de l'emploi et de la population ; d'autre part, celui de la santé publique et de la sécurité sociale.

Il n'y a qu'un seul fascicule budgétaire, mais le rapport sur les crédits a été confié à trois membres de la commission des finances et j'ai la charge de présenter les dotations concernant la santé publique, auxquelles s'ajouteront celles afférentes aux services communs aux deux ministères, c'est-à-dire l'inspection générale des affaires sociales, la direction de l'administration générale, du personnel et du budget, le service des études et prévisions, la division des relations internationales.

Ainsi, le personnel et particulièrement les chefs de ces services dépendent de quatre membres du Gouvernement : deux ministres et deux secrétaires d'Etat.

Puisque j'évoque la structure des ministères, je rappelle une demande fort ancienne de la commission et renouvelée à l'occasion de ce budget, tendant à ériger en direction le service central de la pharmacie et des médicaments ; elle pourrait d'ailleurs avoir la charge des sections du laboratoire national de la santé publique qui contrôlent les médicaments ; les autres sections resteraient groupées et seraient rattachées à la direction générale de la santé publique.

Cette réforme, qui n'aurait que peu d'incidences budgétaires, serait fort cohérente puisqu'elle aurait l'avantage de placer sous la même responsabilité le service chargé d'élaborer et de faire respecter la réglementation, de faire pratiquer l'inspection des officines, des pharmacies hospitalières, des établissements de fabrication et de vente des médicaments, ainsi que le laboratoire qui contrôle leur composition.

Je voudrais aborder les prévisions budgétaires pour 1970.

Les crédits de la santé publique s'élèvent à 5 milliards 41 millions de francs contre 4 milliards 358 millions en 1969, soit une augmentation de 15,5 p. 100, c'est-à-dire un pourcentage d'accroissement sensiblement le même qu'entre 1968 et 1969.

Les dépenses ordinaires ou de fonctionnement : moyens des services — titre III — et interventions publiques — titre IV — progressent de 14 p. 100 d'une année sur l'autre.

Les majorations proposées au titre III intéressent pour plus de la moitié les rémunérations du personnel et pour près de 25 p. 100 la recherche médicale.

Quant au titre IV, les mesures nouvelles concernent principalement la prophylaxie et la lutte contre les fléaux sociaux, ainsi que l'enfance inadaptée.

Dans mon rapport écrit, j'ai longuement traité des mesures concernant le personnel : infirmières, assistantes sociales, masseurs-kinésithérapeutes, puéricultrices, sages-femmes, aides-soignants, travailleuses familiales et aides familiales rurales, tant en ce qui a trait aux mesures prises en 1969 et prévues en 1970 en faveur de ces personnels, qu'en ce qui concerne le recrutement, la formation, les tâches confiées, les rémunérations et les possibilités d'avancement.

Je ne puis, mes chers collègues, que vous renvoyer à ce rapport, en signalant cependant quelques points particuliers : d'abord la nécessité d'augmenter sensiblement le montant de l'indemnité de nuit des infirmières, qui ne s'élève actuellement qu'à 40 centimes de l'heure ; ensuite, le problème des possibilités d'admission en stage des futures élèves infirmières qui ont satisfait au concours d'entrée dans une école. Il n'est pas résolu partout, de sorte que nombre de jeunes filles doivent attendre un an leur admission effective et se contenter, pendant cette période, d'exercer les fonctions d'agent des services hospitaliers.

Enfin, l'élaboration du statut des sauveteurs-ambulanciers, et celui des masseurs-kinésithérapeutes ainsi que la prise en charge des frais de scolarité des étudiants relevant de cette discipline.

J'ai examiné également les mesures de protection de la santé publique : vaccinations, prophylaxie des maladies contagieuses, protection maternelle et infantile, service de santé scolaire, la lutte contre la tuberculose, les maladies vénériennes, les maladies mentales, le cancer, la lèpre, les toxicomanies et j'ai évoqué les problèmes de la drogue.

Rapportant au nom de la commission des finances, je traiterai d'abord du financement de ces mesures, réparti entre l'Etat et les collectivités locales.

La part de l'Etat est imputée sur le chapitre 47-11 ; elle s'élèvera à 120.600.000 francs en 1970, contre 116.520.000 francs en 1969.

Le décret du 21 mai 1955 a fixé l'importance respective de la participation de l'Etat, des départements et des collectivités à l'ensemble des dépenses d'aide sociale selon la richesse et les charges de chaque département.

Les deux critères de base appliqués ont été d'abord la valeur du centime de 1954, ensuite le produit de la taxe locale moyen en 1951, 1952 et 1953.

Or, il se trouve que ces années correspondent pour les départements sinistrés à une période d'activité du bâtiment supérieure à la normale et, par surcroît, au moment même de l'intervention du décret de 1955, les travaux immobiliers se sont trouvés exonérés de la taxe locale, de telle sorte que les critères ayant servi de base pour la détermination de la part des départements et des communes ont été viciés dès le départ.

D'ailleurs, le caractère discutable de cette classification a été dénoncé dans le rapport établi en 1960 par l'inspection générale des finances, à la suite d'une enquête portant sur le budget social de la nation pour 1959.

Le Gouvernement a reconnu ces injustices et, pour y remédier, il a désigné une commission interministérielle comprenant des représentants des ministères des finances, de l'intérieur et des affaires sociales, qui s'est réunie à plusieurs reprises.

Mais, ces travaux ont dû être « provisoirement » suspendus en raison du projet de réforme des finances locales, et cette situation se prolonge depuis 1966.

Tout récemment, le ministère de l'intérieur a publié une « Etude des problèmes municipaux » intitulée « Les collectivités locales et l'aide sociale » dans le bulletin du 2<sup>e</sup> trimestre 1969, n° 17.

Le rédacteur écrit : pour la réforme envisagée, « un cadre est maintenant tout indiqué, celui de la commission récemment mise en place, que l'article 21 de la loi 68-108 du 2 février 1968 a précisément instituée en vue d'examiner les problèmes posés par la répartition des responsabilités publiques entre l'Etat et les collectivités locales. »

Aux termes de l'article 21, la commission composée de représentants des assemblées parlementaires, des institutions locales et des ministères intéressés devra présenter un rapport faisant le point de ces travaux avant le 2 octobre 1968.

Telle était la volonté du législateur.

Or, la commission s'est réunie une seule fois et n'a pratiquement pas commencé ses travaux, alors qu'elle aurait dû les terminer il y a maintenant quatorze mois.

Votre commission des finances s'est émue de cette situation et demande avec la plus vive insistance que lesdits travaux soient entrepris et menés rapidement à bonne fin, car les injustices actuelles ont une incidence intolérable sur les budgets de certains conseils généraux et des communes de ces départements.

A la fin de l'étude des mesures de protection de la santé publique envisagées pour 1970, mon rapport écrit traite de la lutte contre les toxicomanies et des problèmes de la drogue.

Le premier texte en la matière est le décret du 14 septembre 1916, qui réglementait la prescription médicale et la délivrance pharmaceutique, dans un but thérapeutique, des produits dits « stupéfiants », afin de prémunir le malade contre le risque d'accoutumance et d'exigence physique.

Mais nous connaissons tous l'extrême importance du trafic clandestin et fort ancien de ces drogues, utilisées non pas dans un but sédatif, mais pour la recherche d'un « paradis artificiel ». Il semblait toutefois que cette « clientèle particulière » était restreinte et limitée à un certain « milieu ».

Or, brutalement, est apparue dans ce domaine la contamination de la jeunesse, ce qui est véritablement dramatique.

Le Parlement s'en est ému ; récemment plusieurs questions orales avec débat, ont été posées à M. le ministre de la santé, et le président Alain Peyrefitte a pu dire que « l'affaire de la drogue n'est qu'une manifestation parmi d'autres de la dégradation des comportements individuels et collectifs dans notre société développée ».

Le Gouvernement s'est aussi préoccupé de la montée du péril, et vous avez vous-même, à cette tribune, monsieur le ministre, qualifié d'essentielle la nécessité de créer des centres de soins légers ou lourds, où seront accueillis les malades en fonction de la gravité de l'intoxication.

Vous songez aussi à accroître l'équipement des dispensaires d'hygiène mentale comme à « imaginer une infrastructure permettant d'accueillir les drogués en posture ».

Toutes ces déclarations d'intention sont excellentes mais, en raison de l'urgence indiscutable, elles auraient dû avoir

leur traduction financière dans le projet de budget pour 1970.

Or la commission des finances n'en a trouvé nulle trace. D'ailleurs, lors du débat que j'évoquais il y a un instant, vous fûtes, monsieur le ministre, extrêmement réservé sur ce point, déclarant seulement que « l'aspect financier devrait être examiné avec le ministre des finances » et que « des moyens importants seront nécessaires, réclamant des ressources complémentaires ».

Nous souhaitons qu'à l'issue des délais de réflexion que s'est accordés le Gouvernement, des crédits soient dégagés rapidement car la santé physique et morale de la jeunesse française est concernée.

Ma dernière observation, relative aux dépenses ordinaires, concernera la situation des personnes âgées.

Un décret du 20 janvier 1969 a relevé de 100 francs le taux annuel de l'allocation supplémentaire du Fonds national de solidarité, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1969.

En conséquence, depuis cette date, le montant minimum global des avantages de vieillesse s'élève à 2.600 francs par an; il était de 2.200 francs au 31 décembre 1967; il a donc été majoré d'un peu plus de 18 p. 100 depuis cette date.

Parallèlement, les plafonds de ressources fixés pour l'attribution des allocations minimales ont été relevés.

De plus, des décrets du 26 septembre 1969 ont augmenté de 100 francs les avantages de vieillesse servis au taux minimum à compter du 1<sup>er</sup> octobre 1969, et de 200 francs à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1970 le montant de l'allocation du Fonds national de solidarité.

Ainsi, au 1<sup>er</sup> janvier 1970, le minimum de revenu des personnes âgées défavorisées est porté à 2.900 francs; il sera élevé à 3.000 francs le 1<sup>er</sup> octobre 1970 par une nouvelle majoration de l'allocation de base.

D'autre part, les pensions et rentes de vieillesse ont été revalorisées de 4 p. 100 à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1969 et une nouvelle revalorisation de 4,35 p. 100 est intervenue au 1<sup>er</sup> avril 1969, soit une augmentation globale de 8,52 p. 100 en 1969, par rapport à 1968.

Ces améliorations, quoique bien modestes en raison de l'élévation du coût de la vie, méritent d'être signalées.

J'aborde maintenant le budget d'équipement, c'est-à-dire les dépenses en capital.

Il comprend les investissements exécutés par l'Etat — titre V — et les subventions d'investissements accordées par l'Etat lorsqu'il n'est pas le maître d'ouvrage — titre VI.

Pour l'ensemble de ces deux titres, les crédits de paiement, qui s'élevaient en 1969 à 531.400.000 francs, atteindront en 1970 676.650.000 millions, soit une augmentation de 27 p. 100 contre 17 p. 100 seulement de 1968 à 1969.

Quant aux autorisations de programme, c'est-à-dire les crédits d'engagement qui ont ou auront leur traduction en crédits de paiement non seulement au titre de 1970, mais aussi des années antérieures, en fonction des dates des arrêtés de subvention, dépendant elles-mêmes de l'échelonnement des travaux au cours des exercices futurs, plusieurs hypothèses se présentent.

En effet, alors que ces autorisations de programme étaient chiffrées à 764.318.000 francs en 1969, il est inscrit « ferme » au projet de budget de 1970, seulement 568.150.000 francs, soit une diminution de 26 p. 100.

En outre, 152.500.000 francs sont inscrits au fonds d'action conjoncturelle. Si la totalité est affectée en cours d'exercice au budget d'équipement de la santé publique, la diminution en 1970, par rapport à 1969, sera ramenée à 6 p. 100.

Entre ces deux pourcentages extrêmes : 26 p. 100 et 6 p. 100, tous les intermédiaires sont possibles, en fonction des décisions gouvernementales futures.

Quoi qu'il en soit, il y aura abattement touchant principalement les chapitres 66-10 et 66-12, c'est-à-dire les subventions d'équipement aux établissements hospitaliers et de bienfaisance et aux écoles de formation de personnel sanitaire, et les subventions d'équipement aux organismes d'hygiène sociale.

Cet abattement s'explique d'ailleurs; en effet, si les autorisations de programme pour 1969 avaient été fixées initialement à 764.318.000 francs, 248.750.000 francs, soit le tiers environ, ont été versés au Fonds d'action conjoncturelle, c'est-à-dire qu'en tout état de cause et même si la totalité desdits crédits réintègre en 1970 le budget de la santé, une grande partie du programme d'équipement qui devait être lancé en 1969, ne le sera qu'en 1970.

Il n'est donc pas apparu opportun au Gouvernement d'inscrire, au titre de 1970, une masse importante d'autorisations de programme propres à cet exercice, d'où la raison des minorations constatées.

Ces observations m'incitent à indiquer quel sera le pourcentage d'exécution du V<sup>e</sup> Plan en matière d'équipement sanitaire à la fin de 1970, dernière année dudit Plan.

Alors que les objectifs étaient de 10 milliards 30 millions de francs de travaux à engager, les dépenses susceptibles d'être subventionnées s'élèveront à un chiffre compris entre 6 milliards 650 millions et 7 milliards 740 millions selon l'utilisation du Fonds d'action conjoncturelle, et les taux d'exécution correspondants varieront entre 66 et 77 p. 100.

Dans le rapport écrit, j'ai fourni des précisions sur les différents secteurs de l'action du ministère dans les domaines de l'équipement hospitalier public et privé, de l'accélération des procédures administratives, du financement des investissements, de l'évolution des prix de journée en 1969 et 1970; je ne puis les aborder à cette tribune.

Je désire toutefois évoquer rapidement les problèmes de l'enfance inadaptée et des handicapés.

Le nombre des enfants inadaptés auxquels il appartient au ministère de la santé publique et de la sécurité sociale d'assurer une éducation spécialisée peut être évalué à un million.

En 1965, sur une population de 12.300.000 enfants de cinq à quatorze ans, il y avait 1.500.000 handicapés, soit plus de 10 p. 100.

Il existe, pour les accueillir, 2.329 établissements totalisant 119.755 places.

Au cours du premier semestre 1969, la création de 1.752 places a été financée. Les blocages de crédits intervenus — 33 millions sur un total de 59 millions — ne permettent pas de déterminer avec exactitude les projets et, partant, le nombre de places dont la création pourra être financée avant la fin de 1969.

Le personnel manque gravement et il est impossible de recruter à cause de ce même blocage; la pénurie de personnel gêne l'action du ministère.

Pour réaliser les objectifs du V<sup>e</sup> Plan, 35.000 places nouvelles, il eût fallu prévoir, en 1970, la création de 14.000 places.

Devant cette situation, un programme d'urgence en faveur des handicapés, adultes et enfants, a été élaboré. En calculant au plus juste, il aurait fallu 1 milliard 225 millions de francs en trois étapes : 186 millions en 1970, 662 millions en 1971, 377 millions en 1972. Compte tenu de la situation financière actuelle, le Gouvernement a accordé 99 millions en première étape, au lieu des 186 demandés. Ces 99 millions seront ainsi répartis : 55 millions à la construction et à l'équipement de 10 à 15 instituts médico-pédagogiques — I. M. P. — et instituts médicaux professionnels — I. M. Pro. — 8 millions à la formation d'éducateurs, 2 millions aux ateliers protégés qui recevraient en outre 7 millions du ministère du travail, 3 millions au dépistage systématique, permettant ainsi, grâce à trois examens obligatoires, d'activer la confection du fichier des handicapés.

Le reste du crédit, soit 31 millions, sera affecté au reclassement et à la formation professionnelle des handicapés — en collaboration avec le Fonds national de formation professionnelle — et aux foyers d'hébergement pour débiles profonds.

En troisième partie et en annexe, le rapport écrit traite des études médicales et de la réforme hospitalière et des grands établissements nationaux : Institut national de la santé et de la recherche médicale — I. N. S. E. R. M. — Ecole nationale de la santé publique, laboratoire national de la santé, Instituts nationaux de jeunes sourds et de jeunes aveugles, Institut national des études démographiques, Institut Pasteur.

Chacun de ces établissements a adressé, sur ma demande, un compte rendu de ses activités. J'ai jugé nécessaire de les publier *in extenso* car ils sont tout à l'honneur de la science, de la qualité des chercheurs et des enseignants français et, à leur lecture, vous y trouverez motifs de fierté nationale.

Mes chers collègues, voici enfin les conclusions de la commission des finances sur ce projet de budget.

Il devrait être l'un des plus importants, car la santé est le plus précieux des biens et les efforts en vue de sa conservation, de son amélioration requerraient la priorité sur toutes autres considérations d'ordre économique ou financier.

Tel n'est pas le cas et il est profondément regrettable que les crédits n'aient pas été dispensés — comme ceux de l'éducation nationale et de la recherche — d'un blocage partiel au profit du Fonds d'action conjoncturelle, ce qui a retardé, dans les proportions indiquées, la poursuite des objectifs du V<sup>e</sup> Plan.

Il est indispensable que ces dotations reviennent à leur destination d'origine dès que les circonstances le permettront. Même s'il en est ainsi, ce budget conservera certaines insuffisances qui ont été soulignées.

Dans ces conditions, devait-il être rejeté ? La commission des finances ne l'a pas pensé, pour deux raisons principales.

Tout d'abord, il s'inscrit dans le contexte budgétaire actuel dont la commission devait tenir compte pour l'apprécier. En outre, elle l'a jugé par comparaison avec la situation dans ce domaine il y a quelques années.

La France avait un retard considérable en matière d'équipement sanitaire; le recensement des besoins avait démontré quelle était leur ampleur. Un véritable plan de bataille fut élaboré, une loi de programme soumise au Parlement; elle constituait un plancher de promesses de crédits pour les années concernées,

mais, en fait, ceux qui furent réellement alloués dépassèrent nettement ces engagements minima.

Les inscriptions budgétaires — tant en autorisations de programme qu'en crédits de paiement — du chapitre 66-10, particulièrement important puisqu'il concerne les subventions d'équipement aux établissements hospitaliers et de bienfaisance, sont très significatives. Entre 1959 et 1969, les autorisations de programme sont passées de 22.430.000 à 490.947.000 francs, multiplicateur 22, et les crédits de paiement de 27.100.000 à 296.160.000 francs, multiplicateur 11.

Tout en donnant acte au Gouvernement de ces efforts, la commission pense qu'il convient de l'inviter à les poursuivre en ce qui concerne notamment : l'équipement hospitalier, l'enfance inadaptée, les handicapés, la lutte contre la drogue et le traitement des intoxiqués.

Enfin, lors des travaux préparatoires au VI<sup>e</sup> Plan, c'est-à-dire au cours de l'année 1970, le Parlement devra, dans ses options, accorder au secteur de la santé publique une priorité absolue, les efforts dans ce domaine se révélant d'ailleurs, en dernière analyse, extrêmement favorables à la « santé économique » de la nation.

Sous le bénéfice de ces observations, la commission des finances propose à l'Assemblée nationale d'adopter les crédits de la santé publique. Je précise que ce vote a été acquis à l'unanimité des suffrages exprimés ; il y a eu quelques abstentions, mais aucun vote hostile.

Je crois pouvoir indiquer que ce résultat est, pour une très grande part, un hommage rendu à l'action poursuivie par vous-même, monsieur le ministre, par Mme le secrétaire d'Etat à l'action sociale et à la réadaptation, et par l'ensemble de vos services ; il m'est agréable de vous le dire. (*Applaudissements sur les bancs de l'Union des démocrates pour la République, du groupe des républicains indépendants et du groupe Progrès et démocratie moderne.*)

**M. le président.** Mes chers collègues, je me permets de vous rappeler que les débats budgétaires doivent être l'occasion d'un dialogue, non point tant entre les commissions et le Gouvernement, qu'entre celui-ci et l'Assemblée.

Or si certains rapporteurs continuent, comme nous l'avons vu depuis le début de la session, à doubler leur temps de parole, ce débat entre l'Assemblée et le Gouvernement n'est plus possible (*Applaudissements sur de nombreux bancs*), car la plupart des députés n'ont plus le temps d'exprimer leur pensée. Ce qui est sans doute une cause d'absentéisme parlementaire.

Je demande donc aux rapporteurs de donner l'exemple en se cantonnant dans les limites qui leur ont été imparties.

La parole est à M. Peyret, rapporteur pour avis de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, pour la santé publique.

**M. Claude Peyret, rapporteur pour avis.** Monsieur le ministre, madame le secrétaire d'Etat, le budget de la santé publique, que vous nous présentez cette année, est loin d'être satisfaisant.

Je le regrette parce que ce budget de stagnation ne permettra pas de rattraper les retards constatés dans l'exécution du V<sup>e</sup> Plan, notamment dans les secteurs les moins favorisés : maladies mentales, personnes âgées, infirmes adultes et foyers de jeunes travailleurs. Mais je le déplore plus vivement encore peut-être parce qu'il vous empêchera d'adopter les mesures premières depuis plusieurs années, et je pense d'abord à la santé scolaire.

Nous avons 814 médecins pour 1.058 postes budgétaires ; il nous en faudrait de 1.400 à 1.500. Nous avons 1.064 assistantes sociales, pour 1.162 postes budgétaires ; il nous en faudrait au moins 2.000.

Des médecins, des infirmières et des assistantes sociales contractuels ont été recrutés, mais en nombre très limité ; il a également été fait appel à des vacataires, bien que cette solution présente des inconvénients financiers et techniques. Le problème reste donc entier et je renouvelle ma suggestion d'utiliser au maximum les établissements hospitaliers pour la médecine préventive.

Je pense également à la gratuité des études des auxiliaires médicaux, qui était prévue : est-il normal que des élèves infirmières, par exemple, aient à verser parfois 1.500 francs par an de frais de scolarité, alors que les études qui relèvent de l'éducation nationale sont gratuites ? C'est là un frein à l'accroissement du nombre des élèves de ces professions.

Si votre budget pour 1970 ne vous permet pas de prendre en charge les frais de fonctionnement de ces établissements — et je le conçois — la création d'une taxe d'apprentissage payable par tous les organismes et établissements publics et privés qui emploient des infirmières et des assistantes sociales serait de nature à financer une partie au moins des frais de fonctionnement de ces écoles.

Si ce budget présente des lacunes, il comporte également des actions positives que je tiens à souligner, et dont je vous félicite, madame le secrétaire d'Etat, car c'est à vous que nous les devons.

Il s'agit d'abord des améliorations de carrière consenties en faveur des divers personnels para-médicaux. Sur le plan hospitalier, la diminution de la durée du travail — de 45 à 40 heures par semaine — la réduction à cinq ans de la durée de l'engagement de service pour les bénéficiaires de la promotion professionnelle, le maintien de l'ancienneté acquise pour ceux qui ont dû interrompre temporairement leur activité, et l'amélioration notable de leur carrière, vont permettre un meilleur recrutement des infirmières dans les hôpitaux publics.

Dès à présent, on peut constater un accroissement du nombre des élèves qui se dirigent vers les établissements publics, et je suis heureux de rendre hommage aux efforts poursuivis depuis plusieurs années par le ministère de la santé publique pour doter nos établissements hospitaliers du personnel paramédical et social sans lequel ils ne peuvent fonctionner de manière satisfaisante.

Je souhaiterais que votre ministère complète cette action par une harmonisation des traitements et des carrières des assistantes sociales et des puéricultrices — qu'elle travaille dans les établissements hospitaliers, dans les services de l'Etat ou des collectivités locales — car ces disparités sont très néfastes.

Je tiens également à signaler que l'accroissement des crédits de fonctionnement consacrés à la recherche médicale — 5 millions de francs supplémentaires, sur une dotation totale de 95 millions de francs — constitue un premier effort pour assurer aux unités de recherche créées au cours des dernières années les moyens de fonctionnement qui leur font si cruellement défaut. Les crédits d'équipement de l'I. N. S. E. R. M. connaissent une certaine pause.

Je ne dirai qu'un mot de l'Institut Pasteur, dont j'ai évoqué la très difficile situation dans mon rapport écrit. Les pouvoirs publics ne peuvent rester indifférents à la crise que cet établissement traverse. Mais si une aide doit lui être accordée dans des délais assez brefs — et cela me semble souhaitable — le Gouvernement devra exiger de l'Institut une réorganisation et une modernisation de ses méthodes de gestion.

Le budget de 1970 confirme les engagements pris par votre prédécesseur et vous-même, monsieur le ministre, de résoudre les nombreux et difficiles problèmes que posent les handicapés dans notre pays, puisqu'il comporte un programme d'urgence de 99 millions de francs supplémentaires en leur faveur.

Je ne citerai pas le détail des mesures prises en ce domaine, puisque M. Bisson vient de le faire.

Il s'agit d'un effort important, certes, compte tenu de la modicité de ce budget, mais ce n'est que la première étape d'une action qui doit engager plus d'un milliard de francs, en moins de cinq ans, si l'on veut effectivement résoudre les problèmes posés.

Ce programme, vous l'avez vous-même défini, madame le secrétaire d'Etat. Il comporte : une augmentation des équipements de rééducation existants ; l'accroissement des revenus des handicapés, qui devraient être rapprochés du S. M. I. G. ainsi que l'assouplissement des règles de l'obligation alimentaire ; l'extension de la protection sociale à tous les handicapés au-delà de 20 ans ; et enfin, l'application effective aux handicapés du droit au travail reconnu à tous les individus.

En ce qui concerne l'extension de la protection sociale, nous avons pris acte de la circulaire d'avril 1969 qui a autorisé le maintien des enfants handicapés de plus de 20 ans dans les instituts médico-pédagogiques et médico-professionnels, pour une durée de trois ans, et jusqu'à l'âge de 25 ans. Mais ce n'est là qu'un palliatif, une mesure provisoire, en attendant la solution définitive de ce problème qui, nous l'espérons tous, interviendra très prochainement.

Le droit au travail des handicapés mérite une attention particulière. Actuellement les établissements destinés aux infirmes adultes, c'est-à-dire les ateliers protégés et les centres d'aide par le travail, sont notoirement insuffisants, et les enfants inadaptés qui ont pu bénéficier d'une rééducation et parfois d'un début de formation professionnelle, ne trouvent aucun établissement d'accueil lorsqu'ils arrivent à l'âge adulte.

Que représentent en effet cinq mille places dans les centres d'aide au travail — d'après les derniers recensements du ministère — et peut-être quatre mille places dans les ateliers protégés, pour les dizaines de milliers de jeunes handicapés qui atteignent la majorité ?

La plupart d'entre eux se trouvent contraints de retourner dans leur famille, où ils perdent en quelques mois le bénéfice de plusieurs années de longue et patiente rééducation. Et, plus tard, ils échouent, dans des conditions lamentables, dans les hospices.

L'insuffisance des établissements n'est pas le seul problème, et je voudrais appeler votre attention sur le fonctionnement des centres d'aide par le travail.

Ces centres ont réalisé des progrès considérables dans la formation professionnelle et la mise au travail des handicapés. Ceux-ci y effectuent des travaux qui leur sont confiés par des entreprises extérieures, et parviennent à réaliser des chiffres d'affaires non négligeables. Ils ont rémunérés et deviennent donc des travailleurs comme les autres. Ils peuvent, de ce fait, bénéficier d'une protection sociale et participer à leur propre entretien.

Or ces centres accusent un déficit moyen de fonctionnement de 27 francs par jour et par travailleur. Du fait d'une décision de principe ancienne, la prise en charge éventuelle de ce déficit dépend de l'aide sociale ; aussi, dans la pratique, les familles se voient-elles souvent refuser cette prise en charge et, par suite, l'entrée du jeune handicapé dans l'établissement. La situation nous avait paru suffisamment anormale pour que vous vous engagiez, madame le secrétaire d'Etat, à assurer cette prise en charge dans le cadre du budget de 1970 et du plan d'urgence.

Cette disposition n'apparaît pas à la lecture des documents budgétaires. Je souhaiterais donc que vous nous confirmiez que cette prise en charge sera assurée grâce aux 23 millions de francs affectés à la formation professionnelle — crédit inscrit au budget des charges communes — puisqu'il s'agit bien du droit au travail de cette catégorie de citoyens.

La réforme des études médicales constitue également une œuvre de longue haleine dans laquelle vous vous êtes engagé, monsieur le ministre, en étroite coordination avec votre collègue de l'éducation nationale.

Je rappellerai simplement à cet égard l'importance qu'attache notre commission à la mise en place définitive d'un premier cycle pluridisciplinaire de deux ans, commun à tous les enseignements médicaux, et qui permettrait aux étudiants de s'orienter vers la discipline la mieux adaptée à leurs goûts et à leurs capacités, après deux ans d'études, et sans perte de temps.

Nous sommes conscients, par ailleurs, des difficultés que vous rencontrez pour assurer à tous les étudiants en médecine ces « fonctions hospitalières » qui concrétisent l'un des éléments les plus positifs de la réforme en cours. Mais je tiens à rappeler que l'équipement hospitalier français susceptible d'accueillir ces étudiants ne se limite pas aux centres hospitaliers universitaires, ni même aux hôpitaux de deuxième catégorie. Pourquoi ne pas y faire participer également les sanatoriums, les dispensaires, les centres de médecine préventive et de médecine du travail, voire certains hôpitaux militaires ?

Enfin, des stages chez les médecins praticiens urbains ou ruraux seraient certainement très formateurs pour des étudiants en médecine.

Le problème n'est pas aisé à résoudre, je le sais ; mais il ne doit pas conditionner l'enseignement de la médecine en France. Nous ne devons pas, monsieur le ministre, faire dépendre la formation de nos futurs médecins d'une organisation hospitalière dont chacun reconnaît aujourd'hui l'insuffisance et l'inadaptation.

De même, j'appelle votre attention sur les risques que comporterait une prise en considération trop étroite des résultats des études actuelles sur la démographie médicale.

Nous comptons aujourd'hui trop peu de médecins, mais ils sont surtout inégalement répartis entre les spécialités et entre les régions. Leur nombre sera peut-être suffisant globalement, en 1980 ou 1985 ; mais je crains que leur répartition ne soit guère plus satisfaisante qu'aujourd'hui, si par des incitations diverses vous n'essayez pas d'encourager les étudiants à se diriger vers les secteurs les plus déficitaires.

Tels sont donc les progrès et les lacunes de votre budget, monsieur le ministre. Mais je ne saurais quitter cette tribune sans évoquer, au-delà de l'insuffisance des crédits, les vastes problèmes qui, jusqu'à ce jour, n'ont pas été réellement traités.

Nous ne disposons encore d'aucun inventaire de notre équipement sanitaire et social, public ou privé, ni, par conséquent, d'un état des besoins présents et futurs. Comment pourrait-on, dans ces conditions, définir un programme d'équipement public, attribuer une place et un rôle aux établissements privés et prévoir le financement à moyen et long terme de cet équipement ?

Le rôle des diverses catégories d'établissements hospitaliers publics n'est pas défini de manière plus précise. Leurs méthodes de gestion, le mode de calcul et la prise en charge de leurs prix de journée restent encore soumis à des règles inadéquates. Chacun de ces problèmes exige un choix, et la succession de ces choix constituera la politique de la santé publique que nous réclamons, une fois encore, avec vigueur.

Il est primordial que le Gouvernement soumette au Parlement un projet de réforme sanitaire et hospitalière, qui définira les besoins, dégagera les options et fixera les objectifs. Parallèlement, la réforme de la sécurité sociale déterminera les moyens

qui permettront d'atteindre ces objectifs, puisque ces deux problèmes ne sauraient être dissociés.

Sous ces réserves, la commission des affaires culturelles, familiales et sociales a émis un avis favorable à l'adoption du budget de la santé publique. (*Applaudissements sur les bancs de l'Union des démocrates pour la République, du groupe des républicains indépendants et du groupe Progrès et démocratie moderne.*)

**M. le président.** La parole est à M. Icart, suppléant M. Griotte-ray, rapporteur spécial de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan, pour la sécurité sociale.

**M. Fernand Icart, rapporteur spécial suppléant.** Mesdames, messieurs, les années précédentes il n'existait pas de rapport analogue à celui que j'ai l'honneur de vous présenter.

Sa naissance est-elle la conséquence de l'éclatement du précédent ministère des affaires sociales, selon un vœu déjà ancien de la commission des finances ? Est-ce un vestige de l'amendement voté par l'Assemblée lors de la ratification des ordonnances relatives à la sécurité sociale et qui prévoyait que « le Parlement serait saisi chaque année d'un rapport du Gouvernement retraçant l'évolution financière des différentes prestations sociales », rapport qui, cette année, n'a malheureusement pas été déposé ?

Je ne saurais le dire. Toujours est-il qu'à peine né, cet enfant, qui m'est tombé sur les bras, est lourd, difficile et embarrassant.

En tant que rapporteur spécial de la commission des finances, je ne disposais d'aucun budget spécifique sur lequel je puisse associer mon analyse, à part celui des affaires sociales qui, malgré l'éclatement du ministère, a continué de faire l'objet d'un seul fascicule budgétaire.

Mais, dès lors qu'il m'était imparti d'examiner le domaine de la sécurité sociale dans son ensemble, c'est dans tous les budgets — je dis bien tous les budgets — qu'il me fallait quêter les différentes imputations budgétaires ayant trait à ce domaine, ne serait-ce que pour les prestations et cotisations qui s'appliquent aux agents de la fonction publique et assimilés.

Si un rapporteur de la commission des finances a le devoir d'entrer profondément dans le détail, il ne peut s'y confiner. Il a, comme les autres rapporteurs, tendance à aller du particulier au général. Or le général, en l'occurrence, c'était le budget social de la nation, pour une part qu'il convenait de délimiter. C'était aussi faire ressortir la masse considérable des sommes mises en jeu, analyser et comparer les poids respectifs des charges et des produits, mettre en lumière le problème, rechercher des solutions.

Aurons-nous trouvé les limites exactes qu'il fallait donner à ce rapport ? C'était difficile, sinon impossible. Ce n'est que par la suite qu'il trouvera sa juste dimension dans le cadre des discussions budgétaires ultérieures.

Eh bien, débarrassons-nous rapidement, si j'ose ainsi m'exprimer, de l'aspect purement budgétaire de ce rapport.

Dans le budget des affaires sociales pour 1970, les crédits de fonctionnement inscrits au titre III s'élèvent à un peu plus de 43 millions de francs, soit une augmentation de 6.500.000 francs environ par rapport à 1969, qui permettra des revalorisations très substantielles. Les subventions, qui figurent au titre IV, atteignent un total de 1.212 millions de francs dont la majeure partie — 1.196 millions — est absorbée par le régime des mines. Il convient de signaler que, sur ce même total, une autre subvention, très modeste mais fort utile, de 2 millions de francs est destinée à rééquilibrer le régime des retraites des agents des chemins de fer secondaires et des tramways.

Ainsi, d'entrée en jeu, si j'ose dire, nous rencontrons les régimes particuliers, ou plus exactement le particularisme des régimes.

Je laisse de côté les dépenses en capital qui sont d'ailleurs confondues avec celles des services du travail. J'en viens aux autres fascicules budgétaires.

Aux charges communes, les prestations familiales agricoles, le Fonds spécial, le Fonds national de solidarité seront respectivement dotés, en 1970, de 365 millions, de 44 millions et de 2.453 millions de francs.

Qu'il me soit permis, au passage, de m'attaquer à cette légende si bien ancrée dans l'esprit de beaucoup de Français, selon laquelle le produit de la vignette serait détourné de sa destination première. Celle-ci rapportera 1.400 millions de francs, alors que la dotation du Fonds national de solidarité représentera plus de 3 milliards, compte tenu de la contribution de 600 millions du régime général de la sécurité sociale.

Au budget de l'agriculture, la subvention du budget annexe des prestations sociales agricoles figure pour 2.684 millions de francs. Au budget des transports, la subvention d'équilibre du régime social de la S.N.C.F. peut être évaluée à 2.190 millions de francs. Au budget de la marine marchande, la subvention prévue en faveur de l'établissement national des invalides

de la marine est de 414 millions de francs. La charge des prestations sociales et des pensions civiles des postes et télécommunications représentera 2.070 millions de francs. Enfin, la somme globale consacrée au régime vieillesse des fonctionnaires et assimilés, et inscrite au budget des charges communes atteindra 12.126 millions de francs.

Le total de ces sommes représente 23 milliards — exactement 23.237 millions de francs.

Voilà la part que l'Etat prend à sa charge pour l'ensemble des dépenses de la sécurité sociale. Si l'on en retranche la part qu'il est tenu de verser en tant qu'employeur, en s'aperçoit que son intervention sous forme de subventions est extrêmement réduite par rapport au volume énorme que constitue le budget social de la nation.

Ce budget social de la nation, c'est celui qui nous est présenté au printemps de chaque année et qui a pour objet de comptabiliser toutes les dépenses sociales de la nation telles qu'elles résultent de tous les mécanismes existants ainsi que des recettes correspondantes.

En 1969, ce budget social s'établissait en dépenses à 135.167 millions de francs, chiffre qui approche singulièrement celui du budget de l'Etat pour la même année, puisque ce dernier atteignait 144 milliards. Mais nous avons limité nos préoccupations à tout ce qui concerne la protection au regard de la maladie, de la vieillesse et de la famille, c'est-à-dire de la sécurité sociale telle qu'on l'entend d'une façon usuelle. Si bien que nous avons déduit tout ce qui avait trait à la protection contre le chômage, à l'aide au logement, à l'aide aux rapatriés, aux dommages de guerre et aux congés payés.

Il reste encore 118 milliards de francs de dépenses ayant pour contrepartie les cotisations des bénéficiaires, des employeurs publics et privés, et les subventions.

Pour permettre d'en apprécier le poids, je signalerai que les cotisations des bénéficiaires, qui s'élevaient en 1969 à près de 25 milliards de francs, sont supérieures au produit de l'impôt sur le revenu des personnes physiques, et que les cotisations des entreprises privées et des collectivités publiques représentent un total de 74.800 millions de francs, nettement supérieur au produit de la T.V.A. qui aura rapporté cette année 69 milliards de francs.

Le budget social de la nation sous sa forme actuelle n'existant que depuis 1957, j'ai reconstitué les recettes de cette année-là à partir des mêmes éléments qui m'ont conduit à ces 118 milliards de francs. Je n'ai trouvé que 30 milliards.

La progression a donc été depuis douze ans de 340 p. 100, ce qui est considérable. Mais, dans le même temps, la production intérieure brute n'a progressé que de 253 p. 100.

En 1957, les dépenses de sécurité sociale représentaient 12,61 p. 100 de la production intérieure brute ; en 1969, le pourcentage aura été de 15,73 p. 100.

Si nous voulons mieux encore mesurer l'évolution de la ponction opérée sur l'économie au cours des douze dernières années, il faut comparer la progression de la production intérieure brute des entreprises non financières — qui a atteint 247 p. 100 — à la progression de la cotisation des employeurs — qui a été de 353 p. 100.

Il conviendrait de comparer les charges que la sécurité sociale entraîne chez nous et celles qu'elle entraîne dans d'autres pays. Malheureusement une telle comparaison se heurte à deux difficultés majeures dont l'une tient à la disparité des régimes de sécurité sociale et l'autre relève de l'harmonisation des imputations.

Néanmoins, la seule étude de l'organisation sociale de la Communauté européenne dont nous ayons pu disposer et qui concerne 1965 fait apparaître qu'au regard des dépenses de sécurité sociale par rapport au produit national brut ou au revenu national, notre pays arrive très nettement en tête.

Cette situation traduit, certes, les immenses progrès accomplis en matière de protection sociale depuis 1957, ce dont il convient de se réjouir. Mais la comparaison révèle néanmoins une tendance et soulève un problème. Ce problème est d'ailleurs éternel : c'est celui qui consiste à fixer les limites du souhaitable et du possible.

Les différents régimes seront-ils équilibrés dans leur ensemble en 1969 et en 1970 ? La réponse est positive pour 1969. Elle est négative pour 1970, encore que toute prévision rigoureuse semble quasiment impossible avec les seules informations que nous avons obtenues.

L'estimation du régime général est faite à 1 p. 100 près. Or ce 1 p. 100 représente 706 millions de francs !

La mise en route prochaine d'un réseau d'ordinateurs permettra une comptabilité dont l'analyse pourra ainsi être plus poussée, ce qui favorisera peut-être une prévision plus précise. Mais, dans tous les cas, il y a un régime pour lequel on risque d'être impuissant en matière de prévision, c'est celui qui concerne la maladie.

Le Gouvernement peut décider d'une politique pour tout ce qui concerne la protection de la vieillesse et de la famille, et en déduire des imputations financières très précises, parce qu'il en reste le maître. En revanche, il ne peut, en l'état actuel, maîtriser ce que j'appellerai la « consommation médicale ».

En 1969, les dépenses de maladie, ajoutées à celles des accidents du travail, auront représenté 38.500.000 francs. Le seul régime général de l'assurance maladie sera largement en déficit, ce qu'on prenne l'hypothèse favorable ou l'hypothèse défavorable, avec un solde négatif particulier provenant des salariés agricoles.

En 1970, ce déficit s'aggravera très fortement. Nous voici de nouveau confrontés avec ce problème auquel les ordonnances de 1967 avaient tenté de porter remède.

Bien entendu, ce déficit sera comblé d'une façon ou d'une autre. Diverses solutions peuvent être envisagées pour équilibrer le régime. Certains proposent, par exemple, d'accroître le montant des cotisations. D'autres songent à une plus large budgétisation en matière de dépenses sociales, comme c'est d'ailleurs le cas dans de nombreux pays occidentaux.

Mais l'équilibre de ce régime est-il vraiment le fond du problème et les moyens de l'atteindre ne vont-ils pas contribuer, au contraire, à le masquer ?

Car le fond du problème, c'est bien, pour moi, la croissance annuelle de ces dépenses — laquelle a atteint, en moyenne, 16,2 p. 100 au cours des dernières années — et, par voie de conséquence, leur poids sur l'économie.

N'y a-t-il pas des excès, des abus et une sorte de laisser-aller qui met en cause l'ensemble de la société ? Car enfin, mis à part l'année 1968, qui aura été une année vraiment exceptionnelle, comment expliquer, à titre d'exemple, que le nombre d'indemnités journalières soit passé de 17,8 par assuré en 1961 à 20,7 en 1967, et que le nombre des journées d'hospitalisation soit dans le même temps passé de 2,9 à 3,2 ?

Comment admettre aussi que, parmi les travailleurs étrangers, ceux qui sont les plus nombreux, c'est-à-dire les Algériens, ne soient pas astreints au contrôle médical préalable à toute embauche, comme l'exige l'article L 161 du code de la sécurité sociale ?

Comment admettre encore que d'aussi larges facilités soient accordées à certaines grosses entreprises pour s'acquitter du montant de leurs cotisations, ce que les rapports de la Cour des comptes ont maintes fois dénoncé ?

Le rapport écrit qui vous a été distribué montre et parfois chiffre certaines anomalies. Il énumère une série de solutions, la plupart du temps fort classiques. Mais, en fait, il y a là un sentiment diffus de culpabilité générale et un malaise qui résulte du fait que chacun, se sentant un peu coupable, craint de perdre une partie des avantages du système, alors qu'il y a tant à faire par ailleurs pour assurer une meilleure protection de la vieillesse, par exemple.

Bien que — il faut le reconnaître — l'objectif de la commission Laroque en matière de prestations minimales ait été atteint, l'on ne manque jamais d'être embarrassé en présence des deux notions de minimum qu'introduit notre système : le minimum assuré à toute personne âgée, qui est de 2.700 francs depuis le 1<sup>er</sup> octobre, et l'autre minimum, qui s'élève à 4.100 francs, mais que l'on appelle plafond, puisqu'il conditionne l'intervention du Fonds national de solidarité pour arriver à ce complément.

Ainsi donc, au départ, on admet, on consacre une inégalité fondamentale de base.

Nous sommes embarrassés. Les bénéficiaires le sont aussi, monsieur le ministre, car le mécanisme est complexe et les rebute.

Il y a, dans ce domaine, une œuvre de simplification à entreprendre d'urgence. Il y a aussi des lacunes très graves. L'une d'elles entraîne des situations dramatiques : c'est celle qui concerne l'absence de réversion au profit des veuves, fussent-elles chargées de famille, lorsqu'elles n'ont pas atteint l'âge de la retraite. Mais il en est d'autres que j'énumère succinctement dans mon rapport écrit.

Pourtant l'addition de toutes les dotations représente déjà un total de plus de 37 milliards et demi de francs pour les régimes obligatoires et de plus de 7 milliards et demi pour les régimes complémentaires, ce qui fait au total plus de 45 milliards pour l'ensemble des prestations vieillesse.

L'effort accompli a été d'autant plus méritoire que nous sommes dans la phase où le poids des personnes inactives par rapport aux personnes actives est le plus lourd. C'est la raison pour laquelle il faut s'attendre à un effort budgétaire accru dans le domaine de la vieillesse, pour améliorer la condition de certains et pour maintenir celle de certains autres, dont le régime de protection est en péril. Il s'agit, notamment, dans un futur relativement proche, du régime de retraite des non salariés agricoles.

Car la solidarité nationale nous impose de manifester notre sollicitude à l'égard des personnes âgées. Elle doit aussi assurer

le maintien d'un droit, majeur à mes yeux et dont l'origine est relativement récente, celui du droit à la famille, qui est couvert par les prestations familiales, dont le régime général concerne 7.530.000 enfants. Il s'agit des allocations familiales, des allocations de salaire unique, des allocations prénatales et enfin des allocations logement dont l'augmentation a été particulièrement rapide.

L'ensemble de ces prestations représente une dépense de près de 23 millions de francs. Mais nous nous trouvons ici en présence d'un solde d'ensemble très sensiblement positif.

L'augmentation des allocations familiales n'ayant pas suivi la hausse du coût de la vie, j'exprimerai le vœu que cet équilibre, particulièrement favorable, permette leur réajustement.

Voilà, monsieur le président, monsieur le ministre, mesdames, messieurs, un rapide survol des différents domaines recouverts par la sécurité sociale.

Tout en cherchant les limites naturelles de ce rapport, j'ai été amené à épiéter sur certains domaines dévolus à d'autres rapporteurs. Je les prie de bien vouloir m'en excuser. Mais l'important n'était pas tant de trouver ses limites que de lui donner sa mesure. En effet, le problème, plus qu'une dimension nationale, a une dimension internationale, dès lors que notre nation est engagée dans la compétition économique européenne et mondiale et que son budget social constitue un élément de sa compétitivité.

Cette analyse rapide n'aura eu d'autre objet que de souligner son importance, tout en recherchant quels doivent être les points d'application prioritaires de notre effort en matière de solidarité. (Applaudissements sur les bancs du groupe des républicains indépendants, de l'union des démocrates pour la République et du groupe Progrès et démocratie moderne.)

**M. le président.** La parole est à M. Ribadeau Dumas, rapporteur pour avis de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, pour la sécurité sociale.

**M. Roger Ribadeau Dumas, rapporteur pour avis.** Monsieur le ministre, mesdames, messieurs, je me contenterai de développer des idées générales, le rapport que vient de vous présenter M. Icart me permettant de ne citer que les chiffres absolument indispensables à ma démonstration.

En fait, le budget des affaires sociales n'apparaît au budget de l'Etat que d'une façon tout à fait marginale. En effet, alors qu'il atteint plus de 135 milliards de francs, soit 20 p. 100 du produit national, il ne ressort au budget de l'Etat que pour une somme avoisinant 7 p. 100 du total des crédits, soit un peu plus de 9 milliards de francs.

Notre système actuel a une histoire, qui ne date pas d'hier. C'est ainsi qu'en France la protection sociale remonte à Colbert, si je ne m'abuse, et que Restif de la Bretonne écrivait en 1789 :

« Quelle épargne peut faire un ouvrier auquel on n'accorde qu'un modique salaire pour le plus grand emploi de ses facultés ? Dans la loterie de la vie humaine, il n'a que des malheurs à attendre : défaut d'ouvrage, maladies, accidents, intempéries des saisons. Tout pèse sur lui de la manière la plus forte. Sa reproduction même, la plus grande consolation des êtres vivants, devient un poids qui l'accable. »

Cela montre bien que nous nous sommes toujours, nous Français, préoccupés des risques que présente l'existence et que nous avons essayé depuis bien longtemps de les pallier.

Toute une législation s'est créée au fil des temps. La législation sur la sécurité sociale est apparue dans les années 1928-1930 et elle a été codifiée en 1945. Une tentative d'unification a été faite en 1946, mais personne n'a voulu y donner suite. De ce fait, notre régime présente des caractères particuliers.

On remarque d'abord qu'il est généralisé : 98 p. 100 des Français sont obligatoirement couverts par la sécurité sociale et ceux qui ne le sont pas obligatoirement ont la possibilité de se couvrir volontairement.

Mais, en contrepartie de cette généralisation, on constate une extraordinaire diversité. Dans mon rapport écrit, grâce à l'étude qui a été faite, par votre ministère, monsieur le ministre, j'ai pu donner des détails curieux de prestations et de financement des différents régimes.

C'est ainsi qu'actuellement existent vingt-trois régimes spéciaux de retraite, sans compter la centaine de régimes des collectivités locales d'Alsace-Lorraine, seize régimes spéciaux gérant un service d'assurances maladie et maternité, neuf régimes spéciaux de prestations familiales. Bien entendu, cette grande diversité entraîne une grande incohérence et souvent, hélas ! de grandes injustices.

Que l'Etat prenne en charge le déficit de l'assurance-vieillesse du régime des mines, mais pour 25 p. 100 seulement de son montant, le surplus étant soldé par le régime général, est-ce normal ?

Que l'Etat contribue à l'équilibre du régime de la S. N. C. F., mais laisse combler le déficit du régime des salariés agricoles par le régime général, est-ce logique ?

Un comptable de la S. N. C. F. prend sa retraite à plein tarif à cinquante-cinq ans ; le comptable d'une entreprise privée qui fait le même travail et assume les mêmes responsabilités prend sa retraite à tarif plein à soixante-cinq ans. Est-ce juste ?

**M. René Caille.** Non !

**M. Roger Ribadeau Dumas, rapporteur pour avis.** Le montant des prestations de salaire unique et de mère au foyer est différent selon qu'il s'agit de telle ou telle catégorie professionnelle. N'est-ce pas choquant ?

Les cotisations d'allocations familiales des exploitants agricoles sont basées sur le revenu cadastral, lequel n'a aucun rapport avec le revenu réel et se trouve de surcroît plafonné. N'est-ce pas également choquant ?

Pour financer l'assurance-maladie, chaque salarié d'entreprise verse 2,5 p. 100 du montant de son salaire et son employeur 9,5 p. 100. Mais l'Etat ne retient que 1,75 p. 100 sur le traitement de ses fonctionnaires et ne verse comme employeur que 6,25 p. 100 ; l'E. D. F. retient 1,5 p. 100 et verse 6,60 p. 100 ; les mines retiennent 4 p. 100 et versent 8,75 p. 100. Quelle incohérence et quelles injustices !

Est-ce vraiment assurer la solidarité nationale que de calculer les cotisations sur le seul montant des salaires ? N'est-ce pas au contraire pénaliser les industries de main-d'œuvre par rapport aux autres ?

Telles sont les caractéristiques de notre régime de sécurité sociale.

Quelle est maintenant sa situation financière ?

Dès à présent, nous pouvons prévoir qu'un déficit important du régime d'assurance-maladie réapparaîtra dans le bilan de 1969 et qu'il s'aggravera en 1970. En 1969, ce déficit s'élèvera à 354 millions de francs, mais le régime général, dans son ensemble, pourra être équilibré grâce aux excédents du régime des allocations familiales. En 1970, il sera encore équilibré, mais toujours grâce aux excédents du régime des allocations familiales.

Alors, monsieur le ministre, après notre collègue M. Icart, je vous pose la question : les ordonnances de 1967 permettent de rétablir l'équilibre du régime d'assurance-maladie, soit par une majoration des cotisations, soit par une diminution des prestations ; en tout cas, ces mêmes ordonnances ont séparé les caisses pour qu'une compensation ne fût pas possible entre les excédents du régime d'allocations familiales et le déficit du régime d'assurance-maladie ; continuera-t-on, cette année, comme trop souvent autrefois, à rétablir l'équilibre grâce aux excédents du régime d'allocations familiales ?

Notre commission — je dois le dire — a émis un avis défavorable sur ce qu'elle considère comme un expédient, estimant que la situation démographique de la France ne permet pas que l'on se serve des allocations familiales pour couvrir le déficit de l'assurance-maladie.

Telle est la situation actuelle.

Quelle sera l'évolution à long terme des prestations ?

Il faut bien dire — et je rejoins encore, sur ce point, M. Icart — qu'elle n'est pas favorable. Tent sur le plan de la vieillesse que sur celui de la maladie, le déficit apparaîtra et s'accroîtra.

En effet, s'agissant de la vieillesse, la proportion des personnes âgées par rapport à la population totale est passée de 15 p. 100 en 1940 à 18,40 p. 100 en 1967 et elle croîtra, pense-t-on, jusqu'en 1980 ; de ce fait, les régimes d'assurance-vieillesse auront à verser, au fur et à mesure de l'écoulement des années, des pensions dont le nombre ira croissant et dont le taux sera d'autant plus élevé que les assurés auront cotisé pendant un plus grand nombre d'années.

En revanche, les prestations familiales n'augmentent pas au même rythme que les autres prestations sociales. Sans doute faudra-t-il mettre bon ordre à cette situation.

Quant aux dépenses de santé, M. Icart a déclaré tout à l'heure, me semble-t-il, qu'elles progressaient de 16 p. 100 par an. Personnellement, j'ai retenu un autre chiffre — 12 p. 100 par an — qui représente déjà un accroissement largement suffisant.

En fait, les malades consultent de plus en plus les spécialistes et les soins reviennent de plus en plus cher. Il est donc vraisemblable que le déficit s'accroîtra dans les années à venir d'une manière considérable, catastrophique même.

Généralisation, certes, mais diversité, complexité et énorme coût du régime ! Peut-être convient-il maintenant d'envisager des solutions et de reconsidérer ce régime de sécurité sociale ?

Dans le rapport écrit qui vous a été soumis, j'ai analysé les différents régimes des pays du Marché commun, ainsi que celui de l'Angleterre, afin d'essayer d'en tirer quelque expé-

rience et quelque exemple. Je passerai, si vous le permettez, sur ce chapitre pour en arriver aux conclusions.

D'abord, on peut se demander quelles sont les limites des transferts sociaux possibles.

Evidemment, ces limites sont fonction de la richesse même de la nation et de l'évolution de la production industrielle. En fait, les prestations de sécurité sociale ont pour résultat d'affecter une part plus ou moins grande des dépenses de consommation à des dépenses considérées comme prioritaires. Il s'agit donc, pour l'Etat, de calculer quelle fraction du revenu national doit être consacrée à l'investissement et quelle autre doit être consacrée à la consommation, en fixant aussi, dans ces dépenses de consommation, la part qui doit être affectée aux dépenses considérées comme prioritaires et celle qui doit l'être aux dépenses de consommation courante.

Ce choix opéré, il convient ensuite, probablement, de réexaminer les modalités de financement de nos régimes.

En fait, un pays n'est jamais isolé et il doit lutter contre la concurrence étrangère. Il importe donc au plus haut point de bien prévoir la répartition des charges sociales.

Celles-ci sont-elles supportées dans leur plus grande partie par les entreprises, comme cela se pratique en France? Les prix de revient des entreprises en sont certainement affectés.

Fait-on, au contraire, l'appel le plus grand à la solidarité nationale, grâce à une participation de l'Etat? Les prix de revient sont allégés.

A cet égard, je signale que la participation de l'Etat est de 20 p. 100 en Allemagne fédérale, alors qu'elle est de 8 p. 100 en France, de 23 p. 100 en Belgique et de 10 p. 100 en Italie.

En ce qui concerne la répartition des prestations, signalons que celles qui sont servies au troisième âge sont beaucoup moins importantes en France que dans les autres pays; en revanche, les allocations familiales sont plus importantes.

Enfin, la progression considérable des dépenses d'assurance maladie est particulièrement inquiétante.

Le droit aux soins doit être évidemment maintenu, parce que c'est une des conditions du bonheur humain, mais alors tous les systèmes sociaux seront débordés par la marée montante des dépenses d'assurance maladie.

Il faut donc agir, mais d'abord réfléchir sur le principe même et sur la philosophie de l'assurance maladie.

Convient-il ou non de moduler le ticket modérateur? L'assurance maladie a-t-elle été conçue pour permettre aux personnes les plus défavorisées d'obtenir les mêmes soins que les personnes disposant des plus hauts revenus, ou bien a-t-elle été instituée dans l'idée que les malades et les bien-portants dont les revenus sont égaux supporteront les mêmes charges?

Tel est le problème qu'il nous faut résoudre. Monsieur le ministre, la commission des affaires culturelles, familiales et sociales demande à l'Assemblée d'approuver votre budget de la sécurité sociale, mais elle m'a chargé de vous dire que l'ensemble de son régime doit être reconsidéré, unifié et en partie fiscalisé.

L'Assemblée nationale tout entière vous serait certainement reconnaissante de faire procéder à ces études le plus rapidement possible. (Applaudissements sur les bancs de l'union des démocrates pour la République et des groupes des républicains indépendants et Progrès et démocratie moderne.)

M. le président. La parole est à M. le ministre de la santé publique et de la sécurité sociale. (Applaudissements sur les mêmes bancs.)

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique et de la sécurité sociale. Mesdames, messieurs, d'entrée de jeu, je remercie l'ensemble des rapporteurs — MM. Bisson, Peyret, Icart et Ribadeau Dumas — non par clause de style, mais en raison du grand intérêt de leurs rapports.

Parmi tous les problèmes que je traiterai aujourd'hui, concernant la santé publique, il en est un — il vient d'être évoqué par M. Icart, puis par M. Ribadeau-Dumas — dont j'aurai sans doute largement l'occasion de reparler à cette Assemblée: il s'agit de la sécurité sociale, immense sujet de réflexion!

Le budget de la santé publique et de la sécurité sociale est un si vaste domaine que je suis contraint de n'aborder devant vous que des têtes de chapitres, laissant d'ailleurs à Mlle Dienschel le soin de traiter plus particulièrement les problèmes dont elle a la responsabilité directe.

Aussi, dans le souci de ne pas entrer dans le détail technique et en même temps de répondre de façon très précise aux différents orateurs, inscrits si nombreux dans ce débat — je le dis pour rassurer tout à fait M. le président, car le dialogue ne manquera pas de s'engager entre le Gouvernement et le Parlement — j'essaierai de traiter en un certain survol les sujets soumis à votre approbation par le canal du budget.

Vous savez que le Parlement a voté, ces dernières années, un budget du ministère des « affaires sociales ».

Ce ministère des affaires sociales amorçait déjà l'intégration des actions de l'Etat en matière de santé et de sécurité sociale et, comme l'a rappelé M. Bisson, le fascicule bleu de 1970 concerne encore l'ensemble des affaires sociales. Mais c'est la première fois que se présente devant vous un ministre qui est à la fois ministre de la santé et ministre de la sécurité sociale, chargé de défendre un budget qui incorpore à la fois les dépenses publiques de santé et les dépenses de sécurité sociale.

Ce n'est pas du tout par hasard que la santé publique et la sécurité sociale ont été jointes dans l'organisation gouvernementale. Cette jonction répond à des significations multiples.

D'abord, elle permet d'assurer une meilleure complémentarité des actions de santé et de sécurité sociale, parce que la politique de la santé a évidemment des répercussions immédiates sur la sécurité sociale, parce que la sécurité sociale donne aux individus la plus grande part des moyens qui leur permettent de bénéficier de soins et parce qu'elle participe à l'équipement médical, en même temps qu'à la politique de prévention.

Elle répond au souci de donner une vue claire et synthétique des dépenses consacrées, directement ou indirectement, à la santé par la collectivité nationale. Cela me paraît fondamental.

Enfin, elle traduit la volonté d'obtenir une meilleure approche du problème de la santé en utilisant au mieux les ressources financières que la collectivité peut consacrer par différents moyens.

Aussi bien, il ne serait pas réaliste de ma part d'exposer les grandes lignes de notre politique de la santé publique sans dire un mot de la sécurité sociale, même si celle-ci n'est pas incluse dans le budget proprement dit.

Je le ferai d'ailleurs d'une manière très rapide, en procédant, comme je l'ai déclaré en commençant, à une sorte de survol, car le sujet est d'une telle ampleur qu'il nécessitera — ai-je besoin de le souligner — de longues réflexions au niveau du Gouvernement tout entier et, éventuellement, du Parlement.

Je voudrais seulement rappeler que la sécurité sociale a été instituée le 4 octobre 1945 par une ordonnance du gouvernement provisoire, présidé par le général de Gaulle. Née des malheurs de la guerre, elle correspondait à une très grande espérance de la Libération.

L'Assemblée constituante, dans un grand mouvement d'unanimité nationale, a voté le 22 mai 1946, au cours de sa dernière séance, l'assujettissement de tous les Français à la sécurité sociale. J'aurai l'occasion de préciser, lorsque je reviendrai devant l'Assemblée pour parler de l'assurance maladie des travailleurs non salariés, comment, par une série de manifestations, ces derniers ont refusé, à l'époque, d'entrer dans le système général.

La sécurité sociale, à laquelle nous tenons tous, ne doit jamais être remise en cause dans ces principes. Même si elle a commis des erreurs de jeunesse, aujourd'hui disparues, le Gouvernement et le Parlement doivent la défendre.

Mais pourquoi la défendre? Serait-elle menacée? Eh bien, mesdames, messieurs, je la crois en effet menacée pour une raison qui va vous surprendre, car elle n'a été dite nulle part, et c'est peut-être mon expérience financière et budgétaire qui m'incite à vous l'indiquer d'entrée de jeu: elle réside dans le fait que tout le monde demande que l'Etat participe de plus en plus au financement de la sécurité sociale.

En effet, la sécurité sociale est un régime de prévoyance par la gestion interprofessionnelle d'un salaire différé. J'ai été extraordinairement frappé par les propos tenus par Ambroise Croizat, alors qu'il était ministre du travail. Dans une conférence de presse du 23 octobre 1946, il déclarait: « On pourrait songer, il est vrai, à faire supporter les charges de la sécurité sociale en tout ou partie par le budget de l'Etat. La formule est appliquée dans certains pays étrangers. Nous l'avons, en France, résolument écartée, comme nous avons écarté, contrairement à ce que l'on imprime trop souvent, toute étatisation et toute fonctionnarisation des institutions de sécurité sociale. »

M. Henri Torre. Très bien!

M. le ministre de la santé publique et de la sécurité sociale. Il ajoutait: « La tradition française mutualiste ou syndicaliste est une tradition de liberté. Elle veut que les institutions de prévoyance et de retraite soient gérées par les intéressés eux-mêmes. Elle veut que les prestations servies soient le produit d'un effort d'entraide, d'un effort propre de tous les travailleurs et de toute la population. » (Applaudissements sur les bancs de l'union des démocrates pour la République, du groupe des républicains indépendants et du groupe Progrès et démocratie moderne.)

Mesdames, messieurs, Ambroise Croizat avait raison. Dans la mesure où cette institution de prévoyance, qui doit être gérée interprofessionnellement, voit de plus en plus l'Etat intervenir et participer par des dotations budgétaires, elle est

menacée à terme. Car, à l'occasion d'une crise financière grave, dès lors que la participation de l'Etat sera très importante, on remettra immédiatement en cause les principes pour assurer son équilibre. Je demande donc aux parlementaires de ne pas toujours réclamer abusivement une participation des deniers de l'Etat. C'est une menace directe pour l'équilibre et l'autonomie d'un système qui doit rester, en effet, un système de prévoyance géré par les intéressés. (Applaudissements sur les mêmes bancs.)

**Mme Jeannette Prin.** Encore faut-il que ce système soit appliqué, et nous vous répondrons à ce sujet.

**M. le ministre de la santé publique et de la sécurité sociale.** M. Icart a eu raison de dire — j'aurai l'occasion de revenir sur ce point — que la sécurité sociale est aussi menacée par des abus de toutes sortes au niveau de la consommation médicale. Il a également évoqué, tout comme M. Ribadeau Dumas, la croissance des prestations. Faut-il rappeler à cette Assemblée, au lendemain de la discussion du budget de l'agriculture, que notre action doit se situer dans une perspective européenne ? Or le niveau des prestations est chez nous supérieur à celui de nos partenaires, menaçant ainsi l'harmonie des charges au sein du Marché commun, laquelle doit être la règle fondamentale d'une économie concurrentielle.

Aux chiffres bien choisis cités par le rapporteur, j'en ajouterai d'autres qui me paraissent devoir retenir l'attention :

En 1950, nos seules dépenses de santé — je ne parle pas des prestations sociales en général — représentaient 5 p. 100 de la consommation totale des ménages ; en 1969, elles représentent 10 p. 100. En 1965, dernière année pour laquelle des chiffres ont été publiés par la Communauté économique européenne, nos dépenses de sécurité sociale atteignaient 19,5 p. 100 du produit national, taux le plus élevé du Marché commun comme l'a rappelé M. Icart.

C'est le seul problème que nous aurons à considérer, au regard de l'ensemble des ressources et des emplois, et des objectifs du VI<sup>e</sup> Plan sur lesquels vous aurez à vous prononcer. La nation peut-elle consacrer plus de 20 p. 100 de son produit intérieur à des dépenses à caractère social ?

**M. Daniel Benoist.** Oui.

**M. le ministre de la santé publique et de la sécurité sociale.** Et si elle doit le faire, sur qui et sur quel poste doit-elle répercuter cette charge ? C'est là un problème fondamental.

En outre, prétendre que la sécurité sociale supporte un certain nombre de charges indues qu'il faut reporter sur le budget, est une vue trompeuse, une présentation comptable des choses qui ne permet pas de résoudre le problème essentiel, celui de savoir quelle part de ses ressources la nation doit consacrer à l'ensemble des transferts et des actions dans le domaine social. Mais de cela nous aurons l'occasion de reparler.

Ce qui est certain, c'est qu'il faut rechercher la meilleure utilisation des deniers semi-publiques — si j'ose employer cette expression — cela, dans l'intérêt de la santé et de la sécurité des Français.

A cet effet, il faut améliorer la gestion des fonds collectés en recourant à des moyens électroniques, en contrôlant les dépenses par le système des « profils médicaux » qui permettra l'informatique, en renforçant la prévention et en réformant l'hôpital.

Il faut aussi — et j'insiste sur ce point important qui confirme ce que j'ai déjà dit — redonner aux organismes paritaires de gestion patronat-salariés des responsabilités accrues.

Il convient de rechercher une meilleure répartition des charges entre la prévoyance individuelle et la solidarité nationale, entre un système personnalisé où l'individu se trouverait finalement seul face aux dépenses grandissantes de santé, et un système entièrement fiscalisé qui porte en soi le germe d'une croissance aveugle et sans contrôle possible des dépenses.

Pour la répartition des charges totales de la santé et de la sécurité sociale, il importe de trouver un équilibre entre la part des dépenses supportées par l'individu, les charges volontaires demandées à la prévoyance facultative, les charges demandées à la solidarité professionnelle qui doit jouer entre les différentes catégories, l'apport de la solidarité locale s'exprimant par l'aide sociale et, bien entendu, la solidarité nationale.

Tous ces points seront examinés à l'occasion de la détermination des options du VI<sup>e</sup> Plan. Je précise qu'au sein de mon ministère fonctionnent déjà des commissions purement administratives qui font le point sur l'ensemble de ces problèmes et qui, à l'heure où je vous parle, se bornent — mais ce n'est pas négligeable — à rassembler les nombreux matériaux d'une réflexion future.

Par conséquent, dans ce domaine, ma politique et celle du Gouvernement tendra à dégager des solutions claires et logiques, plutôt que la présentation avantageuse de mécanismes financiers permettant de contrôler la progression des dépenses, et à donner

aux gestionnaires la responsabilité de leurs décisions afin que l'Etat ne soit pas seul comptable, devant les assurés, de la justice et de l'efficacité de la protection sociale de la santé.

Comme l'ont rappelé vos rapporteurs, la question d'un déficit de la sécurité sociale peut se poser dès 1970, sans qu'on puisse être plus précis aujourd'hui.

Le déficit de la sécurité sociale ne procède pas, en lui-même, d'un principe condamnable, mais il ne peut être admis que s'il est décidé et prédéterminé. Autrement dit, il faut que ce déficit soit le résultat d'une politique cohérente, arrêtée à l'avance, et non de décisions multiples et diverses prises en ordre dispersé par tous les gestionnaires et tous les responsables de la sécurité sociale.

On peut accepter un déficit calculé qui traduise une politique, que j'ai indiquée tout à l'heure, de répartition des charges dans la collectivité, de recours à la solidarité nationale.

On ne peut accepter un déficit subi : il aboutit à faire financer de manière aveugle, par l'impôt, des charges dont le montant n'est connu qu'en fin de gestion.

Mais l'action du ministère de la santé publique et de la sécurité sociale se traduit sur bien d'autres secteurs, en particulier sur la politique de la famille et de la vieillesse, où les impératifs financiers et démographiques sont déterminants, et sur la politique de la santé où les conceptions en vigueur doivent être revues à la lumière de l'évolution des besoins et des techniques.

Je dirai un mot sur la politique de la famille et de la vieillesse.

Vous savez qu'en cette matière, le Gouvernement s'inspire des recommandations du haut comité de la population pour relever le taux de la natalité, dont la baisse, depuis quelques années, est préoccupante. Son souci est d'obtenir, pour une charge financière donnée, le meilleur effet possible d'incitation à la natalité.

Je veux rappeler ici les mesures prises en 1969, qui amorcent une orientation nouvelle.

D'abord, l'amélioration générale des prestations a été poursuivie avec le relèvement de la base mensuelle de calcul du taux — 4,5 p. 100 au 1<sup>er</sup> avril 1969 — pour maintenir le pouvoir d'achat des familles nombreuses.

Ensuite, certaines mesures sélectives ont été décidées : majoration de deux points, au 1<sup>er</sup> avril 1969, du taux servi aux familles de trois et quatre enfants ; majoration, au 1<sup>er</sup> avril, de l'allocation de salaire unique et de l'allocation de la mère au foyer aux familles ayant au moins un enfant de moins de deux ans ; allocation exceptionnelle — j'ai eu l'occasion d'en traiter devant votre Assemblée — n'ayant pas le caractère de prestation familiale, aux familles de trois enfants et plus, non soumises à l'impôt sur le revenu.

Ces actions seront poursuivies en 1970. Elle auront d'abord pour but de sauvegarder le pouvoir d'achat de toutes les familles nombreuses par un relèvement de la base de calcul des prestations en fonction de l'évolution des prix. De même, on procédera à l'étude des moyens de donner leur pleine efficacité à l'allocation de salaire unique et à l'allocation de la mère au foyer par un mécanisme permettant d'en augmenter le taux pour les familles ayant les revenus les plus modestes afin que ces allocations constituent une réelle compensation de la perte de revenu pour la mère qui ne peut travailler.

Nous créerons aussi une prestation spéciale en faveur des enfants orphelins, qui, au moins dans un premier stade, serait réservée aux familles plus défavorisées.

Bien entendu, toutes ces mesures seront préparées en liaison étroite avec la Caisse nationale d'allocations familiales, responsable de l'équilibre financier des régimes de prestations familiales. Elles ne pourront intervenir qu'après une minutieuse mise au point pour éviter que leur sélectivité n'accroisse de manière excessive le poids du contrôle et la charge des frais de gestion.

On assiste, vous le savez, à une progression très rapide des dépenses dues à la vieillesse. Cela représente un élément positif mais, aussi, une source de préoccupations.

L'élément positif, c'est que le nombre des bénéficiaires de retraite qui était de cinq millions en 1958, est aujourd'hui de plus de 8 millions.

Mentionnons aussi l'amélioration du niveau de vie des retraités : de 1958 à 1969, le minimum de ressources, c'est-à-dire l'allocation minimum et le versement du Fonds national de solidarité, est passé de 671 à 2.700 francs, soit un quadruplement, pendant que la hausse de l'indice des prix à la consommation n'atteignait pas 50 p. 100. Ce sont des chiffres qu'il faut de temps en temps rappeler. (Applaudissements sur les bancs de l'union des démocrates pour la République et du groupe des républicains indépendants.)

Mais la progression des dépenses dues à la vieillesse est aussi une source de préoccupations, car elle pose un problème d'équilibre financier...

De 1960 à 1969, le montant global des prestations de vieillesse et d'invalidité des régimes légaux et conventionnels est passé de 14 à 47 milliards, c'est-à-dire qu'elle a triplé. De 1959

à 1969, les dépenses de vieillesse du seul régime général ont presque quadruplé, passant de 2.700 millions à 10 milliards.

A l'avenir, l'augmentation se poursuivra à un rythme aussi soutenu jusqu'aux environs de 1980. En effet, pour le régime général, la combinaison de l'évolution démographique et de la revalorisation des pensions laisse prévoir une majoration annuelle des dépenses d'au moins 12 p. 100 par an.

Je rappelle très rapidement les mesures qui ont été prises en 1969.

La revalorisation des pensions et des rentes a été de 4 p. 100 au 1<sup>er</sup> janvier, de 4,35 p. 100 au 1<sup>er</sup> avril, et de 3 p. 100 au 1<sup>er</sup> novembre.

L'augmentation de l'allocation supplémentaire, portée de 950 à 1.050 francs au 1<sup>er</sup> janvier 1969, s'est aussi accompagnée d'un relèvement des plafonds de ressources, de 4.000 à 4.100 francs pour une personne seule, et de 6.000 à 6.150 francs pour un ménage.

Le minimum des pensions, rentes et allocations, ainsi que de l'allocation aux vieux travailleurs salariés a été relevé, au 1<sup>er</sup> octobre 1969, de 1.550 à 1.650 francs, en même temps que les plafonds de ressources passaient à 4.200 francs pour une personne seule et à 6.300 francs pour un ménage.

Enfin, en 1970, dès le 1<sup>er</sup> janvier, l'allocation supplémentaire du Fonds national de solidarité sera portée à 1.250 francs, au bénéfice des deux millions et demi de vieillards et invalides les plus défavorisés.

Le minimum de l'allocation de vieillesse sera donc passé, du 1<sup>er</sup> janvier 1969 au 1<sup>er</sup> janvier 1970, de 2.500 à 2.900 francs, soit une majoration de 16 p. 100 en un an.

Comme pour la politique familiale, la politique de la vieillesse, pour l'avenir, sera débattue, après consultation de la Caisse nationale d'assurance vieillesse, par le Parlement qui sera saisi, conformément à l'article 2 de la loi du 31 juillet 1969, des hypothèses retenues par le Gouvernement pour le VI<sup>e</sup> Plan.

Des mesures d'action sociale ont été et seront prises, parallèlement à l'augmentation des prestations. Elles constituent, dans la politique en faveur de la vieillesse, un volet important dont Mlle Dienesch vous parlera, bien entendu, tout à l'heure. J'examinerai maintenant, en quelques mots, la politique de la santé.

On dit souvent et je le lis couramment dans la presse qu'il n'y a pas de politique de la santé. Il est bien certain que cette politique doit être définie et précisée. A mes yeux, elle tient en trois mots : rationalisation, industrialisation, responsabilité.

Il faut en effet, tout d'abord, une organisation plus rationnelle et plus économique de la santé. Il faut accroître l'efficacité dans la gestion du système actuel de santé et de protection sociale, et cela pour rendre des services meilleurs et plus accessibles aux malades : diminution des frais de gestion administrative, simplification des formalités, des procédures et des structures du service.

Il faut aborder les problèmes au stade où ils peuvent l'être au moindre coût, en développant en priorité les actions de prévention.

Il faut ensuite mieux hiérarchiser les objectifs prioritaires à satisfaire parmi toutes les demandes — et elles sont nombreuses — exprimées par la population.

Enfin, il faut garder le contrôle des dépenses, dont l'expérience des années récentes a démontré qu'elles tendaient spontanément à une croissance considérable.

Quelles sont donc les actions que je compte poursuivre ou entreprendre ?

D'abord, une simplification des procédures et de l'organisation administrative.

Le Gouvernement a été engagé dans la voie de la simplification, en vue de rendre l'administration plus accessible, plus ouverte et plus humaine. J'ai conscience qu'une bonne part de cette action incombe au ministère de la santé, sur le plan des hôpitaux et de la sécurité sociale.

En ce qui concerne les hôpitaux, la tâche repose sur chaque directeur, sur chaque commission administrative. Je leur donnerai les directives et les orientations nécessaires.

En ce qui concerne la sécurité sociale, une part des responsabilités dans la simplification repose sur la direction des caisses, et bien entendu je les y encouragerai, mais, pour l'essentiel, la simplification de la sécurité sociale, c'est d'abord la simplification des réglementations et procédures, et c'est à l'Etat qu'il appartient de prendre les décisions. Certaines de celles-ci ont été prises, d'autres interviendront.

Ces décisions tendent à l'unification de l'assiette des impôts et des cotisations de sécurité sociale, qui permettra de n'établir qu'une seule déclaration annuelle nominative de salaires pour les deux administrations ; à l'harmonisation de périodes de référence pour l'ouverture automatique des droits aux presta-

tations familiales et aux prestations de l'assurance maladie ; à la normalisation des feuilles de soins pour l'ensemble des régimes sociaux.

M. Jacques Sourdille. Enfin !

M. le ministre de la santé publique et de la sécurité sociale. J'ai constitué, à cet effet, un groupe de travail, dirigé par M. Oheix, inspecteur général des affaires sociales, qui doit, sur ce point, me soumettre des propositions concrètes.

En deuxième lieu, il convient de mieux intégrer la recherche médicale — M. Bisson a évoqué ce sujet — dans la politique de la santé.

Depuis plusieurs années, l'Etat a renforcé son aide à la recherche médicale. Il y avait 31 unités et groupes de recherche à l'I. N. S. E. R. M. en 1962 ; il y en a 93 en 1969. Quant au personnel, cet institut emploie 2.136 personnes en 1969. En outre, le total des crédits d'équipement accordés entre 1966 et 1969 s'est élevé à 136 millions de francs en autorisations de programmes.

En 1970, la recherche médicale subira elle aussi, bien sûr, le contre-coup du freinage que le Gouvernement a dû décider.

J'ai pu toutefois obtenir qu'elle soit favorisée puisque les données budgétaires sont les suivantes : en 1969, 33 millions de francs en autorisations de programme ; en 1970, 30 millions de francs, mais la part de la recherche médicale dans le total de l'« enveloppe » de la recherche augmente, puisqu'elle passera de 5,23 p. 100 en 1969 à 5,66 p. 100 pour 1970. Les crédits de fonctionnement prévus pour l'I. N. S. E. R. M. progressent à 11,5 p. 100, et ceux de l'Institut du radium de 25 p. 100.

En ce qui concerne les emplois, l'I. N. S. E. R. M. obtient 70 emplois sur 335 emplois créés pour l'ensemble de la recherche, de toutes disciplines, soit 21 p. 100.

Dans cette année 1970, qui s'annonce plus difficile pour la recherche scientifique, on peut dire que la recherche médicale, dans l'ensemble, passera finalement mieux l'obstacle.

La recherche médicale doit apporter, c'est bien évident, un meilleur concours à la politique de la santé, tant par l'action de l'I. N. S. E. R. M. et de l'Institut du radium que par les concours qui seront apportés à l'Institut Pasteur, dans le cadre d'une collaboration dont je définis actuellement les bases, en liaison avec la direction de cette fondation éminente.

Mon souci est d'obtenir que l'orientation de la recherche médicale repose sur des principes simples : concentration des moyens sur les secteurs importants pour la santé des Français, et je pense notamment au cancer ; souci de valorisation des résultats de la recherche, c'est-à-dire abaissement du coût des soins à efficacité constante, prise de brevets et, ce qu'il ne faut pas négliger, politique commerciale ; enfin, meilleure articulation avec les laboratoires et les fabricants d'équipement, dans le cadre d'une véritable politique industrielle de la pharmacie et de l'équipement médical.

Le troisième volet est fort important : c'est celui qui consiste à développer l'informatique, afin d'améliorer et d'accélérer la gestion, et de rendre plus systématiques et plus efficaces les contrôles nécessaires.

Ces objectifs intéressent d'abord la sécurité sociale. Le service rendu sera amélioré par l'accélération du paiement des prestations. La gestion sera mieux équilibrée, grâce à une bonne connaissance de l'évolution des risques, donnée par de meilleures statistiques, tant de consommation médicale que socio-professionnelles. Les formalités administratives, voire la législation, seront simplifiées par la mise en commun, dans les mémoires des ordinateurs, de toutes les données intéressant les bénéficiaires de la législation sociale, de façon à pouvoir les appréhender sous leurs qualités les plus diverses.

Mais cela intéresse aussi les établissements hospitaliers. Dans les établissements hospitaliers, la formule retenue est celle d'ateliers communs réalisés autour du C.H.R.-C.H.U., dans un double souci d'efficacité et de rentabilité.

Cette politique doit permettre aux hôpitaux de déborder le cadre des problèmes de gestion banale, tels que la paie, la comptabilité, les stocks pour mettre en œuvre, d'une part, une gestion prévisionnelle, et, d'autre part, une logistique hospitalière qui recouvre l'aide à l'acte médical.

Seule une diffusion plus rapide et meilleure des informations dans l'hôpital, au niveau des différentes unités, peut accroître l'efficacité de nos établissements.

Les premières réalisations ont été effectuées : quelques caisses d'allocations familiales et quelques U. R. S. S. A. F. ont acquis des ordinateurs de la troisième génération pour mieux intégrer leur opérations ; des caisses primaires ont engagé des expériences ; enfin, tous les centres hospitaliers régionaux devraient être équipés à la fin de 1971, dix-sept l'étant déjà aujourd'hui.

Mais il faut, bien entendu, ne pas réduire l'effectif du personnel, ne pas obérer sans certitude d'avantages à terme la

gestion financière actuelle ; il faut aussi régulariser l'équipement progressif des caisses, en distinguant les actions à court terme et les actions à long terme.

Enfin, il faut redonner à la politique de prévention la place qui doit être la sienne dans la politique de la santé.

Contrairement à ce qui a été dit — même à la télévision, dernièrement — la France a une politique de médecine préventive. La mortalité infantile a été très réduite, la mortalité par maladies infectieuses avoisine zéro, la tuberculose est en forte diminution et l'état sanitaire de la population, dans l'ensemble, est bon.

Toutefois, il faut poursuivre les actions actuelles, en les affinant et en les perfectionnant pour faire disparaître les derniers cas de poliomyélite, pour réduire encore — bien que l'effort ait été important, mais il faut le poursuivre — la tuberculose, et pour en terminer avec le tétanos.

Il faut, enfin, entreprendre des actions nouvelles, étendre la vaccination contre la rubéole, après la mise au point du vaccin, entreprendre le dépistage précoce de certaines enzymopathies des nourrissons et rechercher, sur ce point, certaines directions nouvelles, procéder à des études en vue de la mise au point de méthodes destinées à la prévention d'affections qui sont encore mal connues — je pense à l'athérome — ou à la recherche de facteurs qui sont importants dans le développement ou le vieillissement.

Pour 1970, des crédits nouveaux seront affectés à l'augmentation des vacances pour les médecins du service de santé scolaire et pour les médecins des services médico-sociaux. Les crédits destinés à l'extension de la vaccination anti-poliomyélique seront augmentés de 2.300.000 francs. Des crédits nouveaux de 3.350.000 francs seront ouverts pour le dépistage des affections et handicaps qui frappent les nourrissons et les jeunes enfants, crédits prévus sur le plan d'urgence de 99 millions de francs en faveur des handicapés, dont Mlle Dienesch vous parlera tout à l'heure.

Il faut aussi veiller à ce que les priorités de conjoncture celles qui concernent la drogue, les urgences médico-chirurgicales ne fassent pas oublier certains problèmes anciens qui ne sont pas encore résolus : il s'agit en particulier de l'alcoolisme, de la lutte contre le cancer.

Je ne dirai que quelques mots de chacun de ces divers éléments.

D'abord, la drogue.

J'ai déjà eu l'occasion, à la faveur d'une question orale de définir devant l'Assemblée la position du Gouvernement sur ce point. Mais M. Bisson estime que, dans le budget tel qu'il vous est présenté, les crédits sont insuffisants pour faire face aux différentes actions que j'ai prescrites.

Nous commençons à entreprendre un certain nombre d'actions : réorganisation et élargissement de la commission des stupéfiants, contrôle plus étroit des approvisionnements, de la fabrication et de la distribution des stupéfiants-utilisés à des fins thérapeutiques. Nous élaborons un projet de loi relatif à l'admission dans les centres de désintoxication, où l'anonymat sera respecté. Nous préparons une brochure destinée à informer les médecins et les enseignants, et à leur permettre de participer à la prévention.

Il est bien certain que nous devons aussi poursuivre nos efforts. Nous sommes en train d'aménager un centre lourd dans la région parisienne, à l'hôpital Marmottan, et nous allons poursuivre notre action dans les centres légers. Si les crédits budgétaires se révèlent insuffisants, nous verrons quelles actions complémentaires pourraient être proposées au Parlement.

En ce qui concerne les urgences médico-chirurgicales, les accidents de la route sont évidemment au centre de nos préoccupations. C'est pourquoi un crédit nouveau de 500.000 francs est inscrit dans le projet de budget, en vue de renforcer les secours aux victimes d'accident de la route. En même temps, des moyens accrus en personnel seront mobilisés pendant les week-ends et à l'occasion des grands départs en vacances ; il sera fait appel à des médecins du contingent et à des étudiants hospitaliers.

Désormais, l'action portera moins sur le ramassage des blessés — qui, sauf cas exceptionnels, est satisfaisant — que sur la rapidité et l'efficacité des soins, lors de l'admission à l'hôpital.

Mais tout cela ne doit pas nous faire oublier — on le rappelle souvent, et à juste titre — les deux fléaux qui frappent notre pays.

Le premier de ces fléaux est toujours le cancer.

Nous ouvrons de nouveaux centres départementaux de consultation, qui sont aujourd'hui au nombre de 112, contre 69 en 1961.

Nous augmentons les crédits destinés au fonctionnement des consultations : leur augmentation de 5,5 p. 100 équivaut à un doublement par rapport à 1965.

L'autre fléau, c'est l'alcoolisme, dont j'aurai l'occasion de vous parler.

Plus de 20.000 décès par an résultent, directement ou indirectement, de l'alcoolisme, lequel entraîne annuellement un coût en soins et un manque à gagner chiffrés à plus de 7 milliards de francs. Je rappelle que le nombre des décès par alcoolisme est supérieur à celui des victimes d'accidents mortels de la route, évalué à 14.000.

Il faut entreprendre une action en profondeur et faire appel aux producteurs de vin — je le leur ai d'ailleurs demandé — pour qu'ils s'associent à la campagne menée contre la consommation abusive de vin, en abandonnant le style de la croisade morale, qui atteint vite les limites de son efficacité, et en cherchant systématiquement à faire payer au consommateur qui abuse de l'alcool le coût de la charge financière de l'alcoolisme.

C'est dans cette direction que le Gouvernement pourra, je le pense, vous présenter des propositions.

Enfin, je signale, car cela est aussi très important, que le Gouvernement entreprend un certain nombre d'actions en ce qui concerne la lutte contre la pollution atmosphérique, la protection contre les rayonnements ionisants et contre le bruit. Ces actions ont évidemment un coût hors de proportion avec les moyens qu'il serait nécessaire d'y consacrer.

J'en arrive maintenant à la politique d'équipement qui est évidemment nécessaire à la politique de la santé. Là aussi il n'y a pas de politique de la santé mesdames, messieurs sans recherche d'une plus grande rationalisation dans la conception, l'implantation et la réalisation des équipements.

Les réalisations du V<sup>e</sup> Plan peuvent être appréciées différemment.

Elles peuvent l'être en termes de volume physique : le V<sup>e</sup> F<sub>1</sub> ne sera réalisé à la fin de 1970 qu'à raison d'un pourcentage variable suivant les types d'équipement, mais qui est voisin de 70 p. 100 pour l'ensemble.

Elles peuvent être appréciées en termes financiers : les crédits ouverts pour les subventions d'équipement dépasseront légèrement le montant fixé dans le Plan.

L'écart entre la réalisation à 100 p. 100, en termes financiers, et à 70 p. 100 en volume physique tient à l'imprécision de l'analyse qui a servi de base aux travaux de la commission du V<sup>e</sup> Plan pour ce qui concerne les mécanismes de financement. Le rapport entre le montant des investissements réels et le montant des subventions a été gravement surestimé.

Bien entendu, nous ferons en sorte que ces erreurs de méthode ne soient pas renouvelées pour la préparation du VI<sup>e</sup> Plan.

Les crédits en autorisations de programme étaient de 17.750.000 en 1958 et seront de 481 millions en 1969.

Les lits mis en service de 1966 à 1969 étaient, pour les centres hospitaliers universitaires, au nombre de 10.712 et, pour les autres hôpitaux de 15.949.

En 1969 et 1970, ont été ou seront mis en œuvre quarante-huit établissements de plus de cent lits : Paris — Créteil et Ambroise-Paré — autour de Paris, Villeneuve-Saint-Georges et Gonesse — que j'ai récemment inauguré — et, en province, Saint-Quentin, Vichy, Aix-en-Provence, Montbéliard, Valence, Rennes, Thionville, Pinal, Nantes et Clermont-Ferrand, viennent d'avoir ou auront dans les prochains mois des hôpitaux nouveaux.

En ce qui concerne le volume de l'effort à faire, il s'agit donc moins d'amorcer que de poursuivre l'évolution.

Quelles sont les orientations pour l'avenir ?

Il est nécessaire de prendre des décisions en fonction des besoins actuels mais aussi des besoins futurs, c'est-à-dire compte tenu de l'évolution des techniques de soin et de protection sociale, de l'évolution démographique nationale et régionale ; de réaliser au moindre coût des équipements indispensables.

Pour cela, trois conditions sont fondamentales :

Tout d'abord il faut repenser la nature des équipements.

L'hôpital général, l'hôpital psychiatrique, la maison de retraite ne peuvent plus être aujourd'hui ce qu'ils étaient autrefois. Il faut tenir compte de l'évolution dans la nature des besoins — diversification des lits et des établissements — dans les thérapeutiques sanitaires et les méthodes de protection sociale, dans les exigences d'ordre psychologique ou social résultant de l'évolution de la société — accueil, meilleure intégration à la vie collective et même esthétique.

D'où la nécessité de définir des types d'établissement nouveaux et mieux adaptés, et de modifier et assouplir des normes trop restrictives ou dépassées.

Ensuite, il convient — deuxième impératif — de dresser la « carte hospitalière ».

Il faut utiliser au mieux les crédits d'équipement disponibles et ne pas occasionner à la sécurité sociale de surcharge financière résultant d'établissements mal conçus ou mal implantés.

La carte hospitalière est l'instrument de cette politique visant à répartir rationnellement les équipements sanitaires et sociaux

publics et privés en fonction des besoins existants et prévisibles. Elle sera dressée en commençant par les hôpitaux généraux et les cliniques de médecine, chirurgie et diététique.

Elle permettra de mettre un terme à l'anarchie des constructions, de donner une base solide à une vraie coordination des actions du secteur public et du secteur privé, de garder la souplesse indispensable à une conception du système de santé dans laquelle le malade doit conserver le libre choix de son médecin et de son établissement de soin.

Enfin — troisième condition — il faut développer l'industrialisation de la construction.

Sur ce plan comme sur celui de la carte hospitalière, je suis soucieux de laisser aux collectivités locales leurs responsabilités traditionnelles. En tant que ministre de la santé publique, responsable devant le pays de la qualité de la médecine hospitalière et devant le Parlement de la bonne utilisation des crédits budgétaires, je ne puis, me satisfaire des procédés actuels de réalisation des constructions hospitalières.

La longueur des délais de réalisation a des inconvénients que chacun voit bien : une moins bonne adaptation aux besoins et aux méthodes de soin qui évoluent constamment, la charge financière des intérêts intercalaires en attendant l'amortissement par les prix de journée.

Pour pallier ces inconvénients, il paraît logique de s'engager dans la voie frayée par l'éducation nationale : l'industrialisation.

Certes les conditions sont différentes : les programmes ne sont pas assez nombreux pour être répétitifs ; il s'agit souvent de compléter les installations existantes plutôt que d'en construire de nouvelles ; enfin, l'Etat n'a généralement pas la maîtrise de l'ouvrage.

Malgré tout, j'ai décidé de tenter cette expérience.

En effet, on peut construire plus en dépensant moins si l'on fait porter les efforts sur la définition de programmes types pour diverses catégories d'établissements raccourcissant les délais d'approbation des dossiers : le lancement de quelques hôpitaux « clés en main » conçus de façon à permettre une gestion plus économique ; la détermination d'unités de base pouvant être conçues et fabriquées en série, s'intégrant comme des cubes dans des compositions variables — par exemple, l'unité de trente lits — et permettant des extensions ultérieures plus faciles.

On devrait pouvoir y parvenir pour les opérations du VI<sup>e</sup> Plan, mais, dès l'année 1970, un certain nombre d'instituts médico-pédagogiques seront réalisés à l'aide d'un procédé industrialisé avec délégation à la maîtrise de l'ouvrage à l'Etat. Le concours permettant la désignation des entreprises va être lancé d'ici à quelques jours et devrait être terminé à Pâques.

Je dirai quelques mots des crédits pour 1970 dont a parlé M. le rapporteur Bisson. Ces crédits, pour l'ensemble du budget, qui est un budget d'austérité, s'élèvent à 690 millions de francs en 1970 contre 731 millions de francs inscrits au budget voté de 1969, la recherche étant exclue de ces chiffres.

Pour apprécier correctement l'évolution des crédits de 1969 à 1970, il faut comparer la loi de finances 1970 non à la loi de finances initiale de 1969 mais à la situation réelle des crédits disponibles en 1969.

Par application des décisions générales du Gouvernement, 249 millions de francs de crédits ont été bloqués. Je n'ai donc pu disposer pour l'année 1969 que de 482 millions de francs de crédits.

S'il y a donc un ralentissement indéniable des opérations d'équipement sanitaire et social, c'est en 1969 qu'il est survenu. La mauvaise année aura été 1969. L'année 1970 marquera un effort plus important que celui qui a été accompli dans l'année qui s'achève.

J'ai, de plus, bon espoir que les crédits bloqués au fonds d'action conjoncturelle pourront être assez rapidement remis à ma disposition pour rattraper le retard de cette année.

Troisième action prioritaire : il faut donner aux hommes des professions de santé les moyens de leurs responsabilités.

Les hommes des professions de santé ont des responsabilités capitales que je tiens à souligner.

Le personnel de santé a des devoirs résultant du fait qu'il est à la fois un bénéficiaire de la législation sociale et l'ordonnateur des dépenses de sécurité sociale.

Ce personnel doit être informé de la progression des dépenses et des répercussions économiques du coût croissant de la santé. Pour cela, je demanderai au ministère de l'éducation nationale la création de chaires universitaires de médecine sociale afin que soient mieux étudiées ces questions et enseigné l'aspect économique des problèmes de santé. (Applaudissements sur divers bancs.)

Il est impératif de préparer les médecins à leur rôle d'ordonnateur des dépenses de sécurité sociale.

J'entreprendrai aussi une tâche d'information permanente auprès du personnel en service.

Enfin, je suis décidé à sévir très fermement contre les abus. Il est intolérable que la santé donne lieu à des spéculations et que le tiers-payant serve de prétexte à une augmentation sans limite des dépenses. (Applaudissements.)

J'ai prescrit des enquêtes à mon inspection générale. Je fais appel aux professions — et je suis sûr que ce n'est pas en vain — pour qu'elles comprennent la nécessité de se contrôler elles-mêmes. C'est leur intérêt particulier à long terme, comme c'est l'intérêt national.

Mais il est bien certain que l'Etat ne peut demander aux hommes de faire face à leurs responsabilités que s'il fait face, lui-même, aux siennes à leur égard et s'il leur donne les moyens d'exercer ces responsabilités.

Cette observation vaut non seulement pour l'ensemble des professions para-médicales, dont Mlle Dienesch vous entretiendra, mais aussi pour la profession médicale.

Vous connaissez le conflit qui est né à propos du fameux arrêté du 26 septembre 1969, qualité par certains d'« arrêté Guichard-Boulin » et du problème général des études médicales.

J'en parlerai donc pour ne pas esquiver le débat.

Le président Edgar Faure, sur les antennes d'un poste périphérique, a dit qu'il y avait un malentendu. S'il y a un malentendu, il importe de le dissiper. Mais je ne suis pas sûr qu'une minorité ne cherche pas, au contraire, à l'entretenir.

De quoi s'agit-il ? Il s'agit fondamentalement de préserver la condition du médecin. A une certaine époque, seul comptait le diagnostic et le médecin qui formulait une certaine thérapeutique était quelque peu méprisé. Grâce au ciel ! les choses ont changé du tout au tout.

A l'heure où la réanimation fait reculer les limites de la vie, où des greffes d'organes et de dialyses rénales ouvrent des horizons aussi spectaculaires qu'épouvantés, où la biologie élargit l'horizon des connaissances, nous laissant même lever le voile sur les origines de la vie, où l'appareillage technique mis au service de l'homme permet une meilleure détection de la maladie et d'assister le patient ainsi que le médecin avec la sûreté de l'électronique, au moment où ces progrès immenses s'accomplissent, les exigences de la formation du médecin et de sa qualité deviennent fondamentales.

On ne joue pas avec la santé des hommes. Nous devons donc accroître nos exigences à l'égard de la qualité et de la compétence du médecin. C'est un impératif national.

J'ai d'ailleurs souligné tout à l'heure que le médecin était aussi un ordonnateur des dépenses ce qui, vu l'importance des dépenses de la sécurité sociale, constitue un élément non négligeable du problème.

Or cette formation des médecins exige des locaux, des maîtres et des malades. Bien sûr, elle exige des locaux mais il ne faut pas présenter abusivement ce problème comme je l'ai lu, hélas ! trop souvent dans la presse.

En effet, on prétend que le Gouvernement veut réduire le nombre des médecins parce qu'il ne dispose pas de locaux suffisants pour les former ! Un problème de locaux se pose — c'est indiscutable — du fait de l'augmentation du nombre des étudiants en médecine, mais on peut toujours construire davantage de bâtiments et d'hôpitaux — je l'ai dit — ce n'est donc pas là un obstacle fondamental à la formation d'étudiants plus nombreux.

Mais il faut aussi des maîtres, et leur nombre n'est pas extensible. Quinze ans, au moins, sont nécessaires pour former un enseignant qui doit posséder non seulement les connaissances, mais aussi des qualités pédagogiques. On peut certes faire couler du béton à coups de crédits — et j'en demande — mais l'argent ne suffit pas pour former des enseignants qu'il faut, au surplus, recruter dans des classes d'âge qui ne soient pas nombreuses.

Il y a donc là une limite, dont personne ne parle, à la formation réelle des jeunes médecins, et elle me paraît tout à fait essentielle.

Enfin, une autre limite me paraît évidente, passée aussi sous silence, celle des malades. On ne peut inventer des malades pour satisfaire aux besoins de tous les médecins que nous formerons ! Leur nombre, par rapport à une population déterminée, n'est pas extensible.

L'organisation mondiale de la santé, dans une étude extrêmement intéressante, estime que la proportion optimale pour assurer de bons soins et une bonne médecine, à tous les niveaux, dans un pays moderne, est d'un médecin pour cinq cents habitants, soit donc deux cents médecins pour cent mille habitants. C'est, selon l'O. M. S., la limite compatible avec la capacité financière d'un pays et la conception d'une certaine qualité de la médecine.

Cette proportion n'est pas atteinte actuellement. A cet égard certains articles de presse entretiennent la confusion. A la vérité,

nous manquons de médecins — c'est indéniable — car au lieu de deux cents médecins pour cent mille habitants, proportion souhaitable, nous comptons un peu moins de cent trente médecins en exercice pour cent mille habitants.

Par conséquent, en prévision d'une population de 57 millions d'habitants, il nous faut arriver au nombre de 130.000 médecins en exercice en 1985.

Pour y parvenir il nous faut chaque année délivrer 6.000 diplômes de médecine. Tout le monde est d'accord sur ce chiffre, même les plus contestataires. Mais on oublie de dire que nous délivrons actuellement par an 2.800 diplômes. Il nous faut donc doubler le nombre des médecins dans la perspective de l'horizon 1980.

C'est à quoi nous nous employons et c'est ce que certains extrémistes appellent le « malthusianisme » du ministère de la santé publique ! Ceux-là entretiennent la confusion en soulignant la pénurie actuelle mais en passant sous silence le fait qu'une vague d'étudiants importante est déjà engagée en deuxième, troisième, quatrième et cinquième année de médecine. On trompe ainsi la population. Ainsi, de ces chiffres importants que je viens de citer, il faut retenir, je le répète, que nous passons de 2.800 à 6.000 diplômes par an. Nous doublons donc le nombre des médecins. (Applaudissements sur les bancs de l'Union des démocrates pour la République, du groupe des républicains indépendants et du groupe Progrès et démocratie moderne.)

J'ajoute que je lis attentivement toute la presse de tous les horizons politiques et j'y ai constaté que dans tous les articles, sauf un où l'on parle d'un chiffre de 6.300 — et bien entendu je ne peux pas garantir le chiffre à 300 unités près — il est reconnu que c'est bien 6.000 médecins qu'il faut former chaque année.

Alors, d'où vient la difficulté ? Uniquement du fait que nous avons actuellement, en première année de médecine, 26.000 étudiants inscrits. Il paraît que depuis la rentrée un certain nombre se sont découragés, mais tel était bien le chiffre initial.

Pourquoi 26.000 étudiants en première année de médecine ? Moi, ministre de la santé publique, je vais vous le dire. C'est parce que, paradoxalement, alors que, pour entrer dans un institut universitaire de technologie, pour être infirmière, masseur-kinésithérapeute, sage-femme ou vétérinaire, il faut passer un concours d'entrée, il n'y en a pas pour entrer en faculté de médecine ! (Applaudissements sur les bancs de l'Union des démocrates pour la République, du groupe des républicains indépendants et du groupe Progrès et démocratie moderne.)

En d'autres termes, la première année de médecine sert actuellement de refuge, sans aucune limitation, à des étudiants, et j'en connais personnellement, qui, ayant échoué au concours d'infirmerie ou de masseur kinésithérapeute, ont choisi de passer une année en faculté de médecine en attendant de pouvoir se représenter au même concours.

**M. Daniel Benoist.** Il fallait le dire à M. Edgar Faure, l'année dernière !

**M. le ministre de la santé publique et de la sécurité sociale.** Le centre d'études Laënnec a publié dans *Le Monde*, le 20 novembre 1969, un article intitulé « Non ! Il n'y a pas trop d'étudiants en médecine ». Et de faire la critique de l'arrêté du 26 septembre, en démontrant que, pour atteindre l'objectif d'un médecin pour 500 habitants, il faut 6.000 étudiants chaque année. Sur ce point, nous sommes d'accord. Mais on ajoute : il ne faut pas imposer de limitation en première année parce qu'il y aura, entre la première année et le doctorat en médecine, plus de la moitié des étudiants qui échoueront naturellement à leurs examens.

Eh bien ! voilà l'erreur fondamentale ! Le ministre que je suis porterait une grave responsabilité s'il laissait 18.000, 20.000 ou 25.000 étudiants aborder des études médicales, en sachant qu'il faudra en retenir 6.000 seulement à la sortie et en comptant sur une sélection naturelle qui s'opérerait en deuxième, troisième, quatrième ou cinquième année. (Applaudissements sur les bancs de l'Union des démocrates pour la République, du groupe des républicains indépendants et du groupe Progrès et démocratie moderne.)

Une telle attitude serait malhonnête à leur égard. En effet, les études de médecine constituent une formation professionnelle spécialisée. De ce fait, quand les étudiants auront étudié l'anatomie, la pathologie et la sémiologie et qu'ils se seront fait « coller » en troisième ou en quatrième année, ils seront désemparés et ne pourront pas opérer une véritable reconversion.

Par conséquent, si l'on considère l'horizon 1980 et si l'on se fixe pour objectif la formation de 6.000 médecins chaque année, il est honnête de dire aux étudiants : pour faire de bons méde-

cins, pour soigner convenablement la population de ce pays, pour faire une politique cohérente de la santé, il nous faut 6.000 médecins par an ; or vous, les 26.000 étudiants, vous ne pourrez pas tous devenir médecins ; je vous le dis, le plus tôt possible, pour que vous cherchiez une meilleure voie de reconversion.

Il serait certes plus facile de leur dire, sous les applaudissements des foules, qu'ils seront tous reçus à la fin de la première année et je comprends que certains soutiennent cette thèse.

Mais, encore une fois, cela ne serait pas honnête.

Je voudrais maintenant ajouter deux remarques importantes.

D'abord, cet arrêté du 26 septembre est provisoire, ainsi que cela ressort du texte lui-même. Il ne tend pas à régler le problème de fond. Il pare au plus pressé. Qu'exige-t-il ?

Oh ! excès paraît-il condamnable, il exige la moyenne de 10 sur 20 à chacune des épreuves de l'écrit et la moyenne générale de 10 sur 20 à toutes les épreuves orales et aux travaux pratiques. Un point c'est tout !

On nous objecte qu'un étudiant qui aura obtenu la note 18 en chimie et la note 2 en biologie sera collé. Je réponds oui ! En effet, quand on veut embrasser une carrière médicale, on ne peut pas faire des impasses comme cela est possible pour des sujets de culture générale.

Un minimum de connaissances s'impose, et la moyenne de 10 sur 20 permet de s'assurer de la qualité de ces futurs médecins.

Mais il ne s'agit nullement, par là, d'opérer une sélection. Certes, une tendance, dans certains milieux médicaux, s'est manifestée en faveur d'une véritable sélection, c'est-à-dire d'un *numerus clausus*. Nous nous y sommes refusés, M. le ministre de l'éducation nationale et moi-même, parce que c'eût été contraire à la loi d'orientation que le Parlement a votée et que nous entendons faire appliquer.

On m'accuse et on accuse M. Guichard de vouloir faire de la sélection. C'est un abus de langage. Nous ne faisons pas de sélection, nous pratiquons un contrôle des connaissances et une orientation dès la première année pour, en effet, découvrir les médecins de qualité qui seront nécessaires à la santé publique.

Il reste un problème. J'ai fait allusion aux déclarations qu'a faites à une radio périphérique M. Edgar Faure. Je ne suis pas en désaccord avec lui. Puisqu'on doit en fin de compte limiter le nombre des étudiants en médecine, mieux vaut le faire le plus tôt possible, et de préférence dès la première année.

Je suis tout à fait disposé, ainsi que mon collègue de l'éducation nationale, à faire de cette première année une année pluridisciplinaire, au cours de laquelle l'étudiant acquerrait, outre des connaissances médicales, des connaissances mathématiques et biologiques qui permettraient à ceux qui ne pourraient pas accéder à la médecine de franchir des passerelles et de s'orienter vers d'autres voies.

Je ne crois pas qu'il soit bon de laisser croire aux étudiants de première année que, à défaut de la médecine, ils auront de nombreuses voies de sortie vers des carrières paramédicales.

Les carrières paramédicales — Mlle Dienesch vous le dira — sont préparées, de manière distincte, par des institutions extra-universitaires, qu'il s'agisse des infirmières, des masseurs kinésithérapeutes ou des manipulateurs de radiologie. Si l'Université prépare à quelques carrières paramédicales, c'est en vue de pourvoir des postes d'Etat, peu nombreux. Quand à la formation des techniciens supérieurs de l'électronique, elle nécessitera la création de postes budgétaires qui seront forcément en nombre limité.

Il n'y a donc pas beaucoup de possibilités de sortie vers des carrières extra-médicales. Ce que je crois, en revanche, c'est que, à l'issue de cette première année de médecine, les étudiants devraient trouver de meilleures passerelles vers les I. U. T. et les facultés de sciences, afin que ceux qui n'accéderont pas à la carrière de médecin puissent s'engager dans d'autres directions.

Cela me paraît souhaitable. Aussi, avec mon collègue de l'éducation nationale, j'ai décidé de constituer deux groupes de travail restreints pour reprendre l'étude de ces problèmes et mettre au point notre doctrine relative non seulement au premier cycle, mais aussi au troisième cycle des études médicales, problèmes sur lesquels d'ailleurs des commissions ont déjà réfléchi.

La voie est difficile car, en cette matière, on est dans le domaine non pas des mathématiques, mais de l'humain et il ne faut pas non plus se dissimuler que d'autres difficultés apparaissent à l'horizon, par exemple l'équilibre entre spécialistes et généralistes et l'équilibre entre spécialistes mêmes.

Dès à présent, nous recherchons des mesures incitatives propres à orienter — sans diriger — dans ce monde en évolution rapide.

Je dirai un mot des médecins psychiatres. Nous avons organisé pour eux une filière unique, par un recrutement unique et un certificat d'études spéciales qui leur est propre — ce qu'ils demandent — par une politique psychiatrique de sectorisation, et par l'aménagement de passerelles, ouvertes jusqu'au 31 décembre 1971, aux psychiatres du cadre et à ceux des C. H. U., en vue d'apaiser des querelles que, au chevet des malades, je considère comme un peu théologiques.

Le problème est, je pense, en voie de solution.

Enfin, mesdames, messieurs, je n'oublie pas la politique de convention qui, depuis 1960, a beaucoup apporté aux malades, aux familles et aux membres des professions médicales.

Il n'est pas question de remettre en cause le régime conventionnel qui a fait ses preuves et qui est, au surplus, le garant d'une médecine libérale.

Toutefois, malgré les décrets de 1967, il faut bien reconnaître que le système est un peu bloqué. Les discussions entre les professions de santé et les caisses, et même avec le Gouvernement, ont un aspect purement financier, je dirai même comptable. Les adhésions individuelles, simple palliatif, ont tendance à devenir la règle, ce qui traduit un malaise.

Dans ce domaine également, sans précipitation, il nous faut pousser des études, étant donné l'évolution rapide et de la médecine et des structures socio-économiques. Je compte en confier le soin à une personnalité qui sera chargée, après avoir fait le tour des problèmes, de me faire un rapport sur la situation.

Enfin, je vous indiquerai que le Parlement sera prochainement saisi d'un projet de nouvelle loi hospitalière.

Mes prédécesseurs avaient préparé une nouvelle loi, M. Jeanneney l'avait déposée devant le Parlement, M. Schumann l'avait retirée, puis elle a été scindée. Certaines dispositions seront soumises incessamment au Parlement, sous forme d'une « mini-loi » hospitalière.

La priorité a été donnée aux problèmes humains :

Les concours hospitalo-universitaires sont de nouveau ouverts ;

Le statut des médecins des hôpitaux de deuxième catégorie est actuellement soumis au Conseil d'Etat ;

Les textes relatifs au personnel de direction, au recrutement et à l'avancement du personnel hospitalier sont en voie de publication. Ils transformeront le climat psychologique à l'intérieur de nos établissements, en réglant les problèmes humains, qui me paraissent être une condition préalable à toute réforme.

Enfin, les commissions du VI<sup>e</sup> Plan ont commencé leurs travaux, notamment la commission de la santé. Celle-ci refait le point de la situation et doit proposer les grandes options du Plan au cours du premier trimestre 1970.

Il a donc paru logique d'attendre les conclusions de ces commissions avant de déposer notre projet, afin d'harmoniser le tout.

Cette loi hospitalière définira un certain nombre de principes : place prépondérante, mais non exclusive, de l'hôpital public ; allègement du contrôle de l'Etat sur le fonctionnement des établissements ; pas d'hostilité de principe au financement privé de l'hôpital public, bien que ses problèmes soient différents de ceux du téléphone ou de l'autoroute quant à la gestion et à la rentabilité.

On a pu constater que le dialogue entre responsables du secteur privé et du secteur public s'était engagé. J'envisage de provoquer autour d'eux un colloque au cours duquel seront éclairées les options du Gouvernement en matière de loi hospitalière.

D'autre part, j'ai demandé au directeur de l'assistance publique à Paris d'expérimenter diverses formules pour substituer au lit d'hospitalisation un système permettant une hospitalisation plus brève et d'un meilleur climat psychologique ; pour donner plus de souplesse à l'organisation des services, en modifiant les conceptions architecturales, en normalisant les unités hospitalières, en réduisant les coûts de construction ; pour décentraliser la gestion et son contrôle en utilisant l'informatique ; pour grouper les achats de matériel, de fournitures et d'approvisionnements ; pour associer davantage les médecins à la gestion et à la recherche de la meilleure rentabilité de l'hôpital ; pour faire participer le personnel à un meilleur accueil du malade ; enfin pour différencier la tarification des prix de journée suivant les activités médicales, voire ensuite suivant les maladies, en distinguant le coût de l'hébergement et le coût des soins.

Au-delà des textes réglementaires et législatifs, c'est donc à un large effort d'expérimentation que je convie les administrations et les hommes qui concourent à améliorer la santé de la nation.

Mesdames, messieurs, dans cet exposé à la fois trop bref et trop long, j'ai tenu à survoler les immenses problèmes qui sont ceux d'un ministre de la santé publique et de la sécurité sociale.

Je crois que les différentes tâches auxquelles je vous ai conviés pourront être soumises au Parlement dans un bref délai, car le Gouvernement entend bien s'y consacrer, mais après avoir engagé le dialogue avec vous. (Applaudissements sur les bancs de l'union des démocrates pour la République, du groupe des républicains indépendants et du groupe Progrès et démocratie moderne.)

**M. le président.** La parole est à Mme le secrétaire d'Etat à l'action sociale et à la réadaptation. (Applaudissements sur les mêmes bancs.)

**Mlle Marie-Madeleine Dienesch, secrétaire d'Etat à l'action sociale et à la réadaptation.** Mesdames, messieurs, le budget que j'ai l'honneur de vous présenter couvre exactement les mêmes secteurs que ceux que j'administrerais sous le précédent gouvernement. C'est la preuve d'une continuité dans les intentions que je voudrais souligner dès l'abord, car elle n'est pas fortuite.

L'action sociale et la réadaptation forment une unité fondamentale. Une même conception doit inspirer les actions en faveur de la protection maternelle et infantile, de la santé scolaire, de l'action familiale, de l'action sociale en faveur des personnes âgées, de l'aide aux handicapés. C'est celle d'une société conçue comme un ensemble solidaire qui s'efforce d'assurer à tous ses membres des conditions de vie normale et doit pour cela lutter contre toutes les formes de l'inadaptation.

C'est là une tâche de longue haleine, peu spectaculaire, mais absolument essentielle, car c'est l'avenir même de notre société qui est en cause.

L'opinion publique en est de plus en plus consciente, et si le Gouvernement ne peut, pour des raisons que les ministres qui m'ont précédé vous ont largement exposées, y consacrer tout l'effort que les uns et les autres nous pourrions souhaiter, du moins les lignes politiques que nous avons définies l'an dernier et que nous entendons poursuivre sont-elles clairement tracées.

Le montant global des mesures nouvelles du budget de mon secrétariat d'Etat s'élevait, l'an dernier, à 31 millions. Il est cette année de 105.690.154 francs par rapport à un montant de crédits qui, en 1968, était de 838.750.471 francs. L'augmentation est donc de 12,5 p. 100.

Certes, la plus grande part de ces crédits nouveaux concerne ce qu'on a appelé le plan d'urgence pour les handicapés, sur lequel je reviendrai dans un instant. Il n'en reste pas moins que des orientations sont données, qui sont autant de jalons pour les travaux du VI<sup>e</sup> Plan.

Je rappelle au passage, à propos du Plan, que nous avons obtenu, et je m'en réjouis, une modification de structure qui me paraît capitale : désormais une commission de l'action sociale, distincte de la commission de la santé, remplacera la commission unique de V<sup>e</sup> Plan : celle de l'équipement sanitaire et social. Nous en espérons une considération plus équitable pour la dimension nouvelle que doit prendre l'action sociale et pour son rôle dans le développement économique. Nous en espérons, en particulier, une appréciation plus juste de l'importance des problèmes de personnels.

En ce qui concerne le premier secteur, c'est-à-dire la protection maternelle et infantile et la santé de l'enfant au cours de sa scolarité, des orientations nouvelles ont été amorcées l'an dernier et cette année : d'abord, considérer la surveillance de l'enfant comme une tâche continue, de la grossesse à la fin de la période scolaire ; ensuite, adapter la médecine préventive aux besoins d'une société dont les caractéristiques démographiques ont beaucoup évolué depuis 1945.

La charte de la protection maternelle et infantile, qui procède de l'ordonnance du 2 novembre 1945, a permis un progrès considérable, compte tenu des circonstances de sa création. Il semble néanmoins qu'aujourd'hui un aménagement soit nécessaire.

En effet, si dans les classes sociales de niveau élevé, la mortalité infantile est du même ordre que celle des pays les plus favorisés d'Europe — Suède, Pays-Bas — s'abaissant jusqu'à 10 à 20 p. 1.000, on peut noter des écarts très sensibles entre les différents départements, et à l'intérieur d'un même département dans certains secteurs géographiques — régions industrielles en expansion, en particulier, ou zones rurales très dispersées. De plus, une analyse plus détaillée des statistiques montre que la mortalité à la naissance et celle des premières semaines de la vie reste relativement élevée. D'autre part, le nombre des accidents à la naissance qui provoquent la prématurité et les encéphalopathies, pour ne citer que les phénomènes les plus graves, reste encore beaucoup trop important.

Ces données nous dictent notre politique : mettre l'accent sur la qualité et la spécificité des examens de prévention et de dépistage plutôt que d'en multiplier le nombre.

Pour cela — ainsi que l'a dit M. le ministre — nous nous proposons d'organiser, par un projet de loi dont vous aurez

prochainement à connaître, et pour l'application duquel nous avons prévu un premier crédit de 3.350.000 francs, un dépistage le plus précoce possible des déficiences physiques, sensorielles, motrices ou intellectuelles, afin de donner aux enfants frappés les meilleurs chances de réinsertion familiale, scolaire et sociale.

De même, nous proposerons une rédaction plus affinée du carnet de santé qui doit devenir un véritable aide-mémoire sanitaire à l'usage des parents et des médecins traitants concernant la croissance et le développement de leurs enfants.

Ce nouveau carnet mentionnera le résultat des certificats de santé obligatoires prévus par le projet de loi. Il nous a paru urgent de donner plus d'efficacité à certains examens clés au cours de l'enfance parmi tous ceux qui sont actuellement imposés, sans être pour autant tous effectués, loin de là !

En outre, cette connaissance plus exacte doit permettre non seulement de procéder à une évaluation précise des besoins futurs en équipement et en personnel — ce dont nous sommes actuellement totalement dépourvus — mais surtout de pouvoir entreprendre rapidement des actions médicales, pédagogiques et sociales propres à assurer le traitement, la rééducation et la réadaptation des handicapés.

Mais, avant de dépister, il faut prévenir — et je remercie M. le docteur Peyret, rapporteur, d'avoir souligné l'importance de cette action. Je me propose donc de renforcer la prévention des handicaps — notamment des traumatismes obstétricaux et des encéphalopathies — susceptibles de se produire au cours de la période néo-natale.

A cet effet, nous avons décidé :

De modifier et de compléter les règles d'ouverture et de surveillance des services publics de maternité comme des établissements privés d'accouchement. Ces règles doivent être prochainement codifiées dans un décret portant règlement d'administration publique qui est en cours de préparation ;

De poursuivre l'action de formation et de recyclage des équipes de réanimation appelées à fonctionner auprès de ces services, action que j'ai confiée au début de cette année à un éminent chef de service parisien, grâce à des crédits de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale ; cette action est engagée, il faut la poursuivre ;

De généraliser progressivement le dépistage de la phénylcétonurie par le test de Guthrie ou par d'autres actuellement en cours d'expérimentation, comme cela a été entrepris dans la région Rhône-Alpes, par exemple, et qui donnent d'excellents résultats ;

D'assurer la prévention de la rubéole dès que l'utilisation du vaccin aura été autorisée — ce qui est en cours et pourra être réalisé dès les premiers mois de l'année prochaine ;

D'organiser des centres de diagnostic, de traitement et d'éducation précoce à proximité raisonnable des familles.

D'éviter la multiplicité des examens et rendre plus efficaces les actions à entreprendre dans les secteurs de la P.M.I., de l'enfance inadaptée, de l'aide sociale à l'enfance, de la santé scolaire et d'assurer leur étroite coordination. J'ai prescrit au sein des directions départementales de l'action sanitaire et sociale, l'organisation d'un « service unifié de l'enfance », prévu depuis longtemps mais qui n'était pas encore entré en application, selon les dispositions de la directive générale que j'ai diffusée le 25 mai dernier et qui commencent à porter leur fruit.

J'ajoute que dans le domaine de la médecine scolaire des études ont été entreprises sous l'impulsion du comité interministériel des problèmes médicaux et sociaux-scolaires. Elles ont abouti à l'élaboration, dans le cadre de la directive générale précitée relative à l'organisation du « service unifié de l'enfance » — et en accord avec le ministère de l'éducation nationale — d'instructions diffusées le 12 juin dernier qui constituent la nouvelle charte du service de la médecine scolaire. Ces instructions ont été bien accueillies par l'ensemble des intéressés.

Il importait en effet de définir de façon très précise les attributions de chacun des membres des équipes médico-sociales de santé scolaire, qui en liaison avec les services de l'éducation nationale, mais sous l'égide de mes services, seront appelés à assurer, outre leur mission traditionnelle, un rôle médico-psychologique en matière d'observation continue et d'orientation.

En effet, une meilleure utilisation des compétences est d'autant plus nécessaire que nous n'avons pu encore remédier à la pénurie du personnel dont MM. les rapporteurs ont si justement souligné les problèmes qu'elle posait. Il faut, bien entendu, un personnel plus nombreux, nous ne le dirons jamais assez.

Cette année, en dépit des restrictions budgétaires, nous avons tout de même pris acte d'une mesure nouvelle d'un montant de 850.000 francs. Elle doit permettre d'augmenter le nombre des médecins et celui des infirmières vacataires. Mais cet effort est évidemment insuffisant. Il s'agit en fait

d'une première étape qui doit se développer, avec plus d'ampleur, dans les années suivantes. Soyez assurés que je compte bien m'y employer.

Enfin, pour la santé scolaire comme pour la protection maternelle et infantile, outre le nombre, la formation et la qualification des médecins doivent constituer une donnée essentielle. Ces derniers doivent pouvoir se tenir au courant de l'évolution des techniques médicales et avoir l'autorité et le prestige qui s'attachent à leur mission. Aussi suis-je entièrement d'accord avec MM. les rapporteurs quand ils indiquent, je l'avais d'ailleurs évoqué moi-même l'an dernier, que ces services doivent œuvrer en symbiose étroite avec les services hospitaliers.

C'est pourquoi, dans une première étape, j'ai envisagé l'aménagement de stages d'étudiants en médecine dans les services de la P.M.I. et de la santé scolaire et demandé qu'une première expérience soit entreprise, dès cette année, dans le département d'Ille-et-Vilaine.

Nous préparons ainsi une meilleure jonction entre les médecins de santé publique et les chefs de clinique dont le concours pourrait faire l'objet de conventions.

Ainsi, les vœux formulés l'an dernier par vos rapporteurs se trouvent en cours de réalisation. Grâce à cette série de mesures nouvelles, il est permis d'affirmer qu'un tournant décisif a été pris dans ce domaine. Sans doute ces mesures ne pourront-elles avoir plein effet que lorsque de meilleures conditions financières nous permettront d'accroître les effectifs.

Avant de quitter ce domaine, je signale également — puisque mon attention a été à de multiples reprises attirée sur ce point — l'augmentation de 1.400.000 francs des crédits destinés aux crèches et aux pouponnières.

J'aborderai maintenant le problème de la formation des personnels des professions paramédicales et sociales.

C'est bien au ministère de la santé publique et de la sécurité sociale qu'incombe la formation des travailleurs sociaux et paramédicaux et cette responsabilité, inscrite dans les textes et dans les faits, est fondée. Elle est assumée, d'ailleurs, dans des conditions analogues à celles dans lesquelles d'autres administrations telles que la défense nationale, la justice, l'agriculture, l'intérieur, les postes et télécommunications remplissent leurs missions d'enseignement ou de formation pour qu'elles répondent aux nécessités qui leur sont propres.

Aussi, le secrétariat d'Etat aux affaires sociales, dès sa création, s'est-il penché de la façon la plus attentive sur ce problème de formation afin d'assumer son rôle aussi pleinement que possible, dans un domaine où un effort de coordination et de contrôle était indispensable en raison de la diversité des initiatives nombreuses, publiques et privées, qui assurent ces formations.

Ces actions sont urgentes en raison du développement des professions et aussi des niveaux plus élevés qu'elles requièrent, avec l'évolution des techniques, besoins qui avaient d'ailleurs été vivement ressentis par les étudiants en mai 1968.

Je remercie MM. les rapporteurs d'avoir voulu rendre hommage à nos efforts et aux résultats obtenus. L'énumération détaillée qu'ils en ont faite me permettra d'en indiquer seulement les orientations.

Après avoir permis la reprise d'un déroulement normal des études, lors de la rentrée scolaire 1968-1969, je rappelle nos objectifs :

Notre première tâche a été d'instaurer la participation des étudiants, des enseignants et des professionnels afin de leur permettre de s'exprimer et de faire connaître leurs revendications. C'est dans ce but qu'ont été organisées des « tables rondes » qui ont toutes abouti à des conclusions positives.

Cette participation entrera dans les faits par la réforme des conseils consultatifs siégeant à l'administration centrale que nous avons entreprise et par la création du conseil national des professions paramédicales et sociales, qui, je l'espère, pourra suivre.

Nous avons réglé les problèmes sociaux posés aux étudiants qui effectuent leur scolarité dans les écoles relevant du ministère de la santé publique et de la sécurité sociale, notamment le statut d'étudiant et le bénéfice de la sécurité sociale. Ces revendications ont été satisfaites avant la fin de 1968. Je n'en parle donc pas.

Nous avons procédé à la modernisation et à la réforme de la pédagogie et du contrôle des connaissances conformément aux demandes formulées par les professionnels, les étudiants et les enseignants.

De nombreuses décisions ont relevé le niveau des examens et révisé les programmes tout en ouvrant les possibilités de recrutement des infirmières, assistantes sociales, masseurs-kinésithérapeutes ; les projets sont en cours pour les aides soignantes.

Nous avons également modifié les examens de passage en fin d'année pour tenir compte de l'acquit réel au cours de la scolarité pour ces mêmes catégories.

Les conseils supérieurs ont été remis en activité, et nous comptons en régulariser les réunions.

Cependant, nous n'avons pas pu encore aboutir sur un point essentiel qui fait l'objet d'une revendication parfaitement légitime des élèves : celui de la prise en charge par l'Etat du coût de leur formation, à l'exemple du personnel médical.

Compte tenu de notre situation financière, il a été décidé de confier à un groupe de travail présidé par un magistrat de la Cour des comptes, la mission de :

— rechercher les modes de financement de cet enseignement afin de placer les élèves dans des conditions analogues à celles dont bénéficient les étudiants relevant de l'enseignement supérieur ;

— proposer des méthodes pédagogiques mieux adaptées à chacune des formations concernées, compte tenu de l'évolution des besoins.

Cette mission revêt actuellement une importance particulière. Les problèmes de formation de personnel constitueront une des priorités si ce n'est la priorité, en matière d'action sociale.

Il a été procédé à la remise en ordre d'un certain nombre d'écoles, en particulier en ce qui concerne la masso-kinésithérapie.

Afin de disposer en ce domaine d'un prototype, il a paru nécessaire, ainsi que je l'avais annoncé l'an dernier à cette tribune, de créer une nouvelle école de masso-kinésithérapie à caractère public et présentant les qualités requises sur le plan pédagogique. Cette école a donné, dès sa première année de fonctionnement, d'excellents résultats.

Le développement des instituts régionaux de formation, qui est en cours de réalisation, permettra de rapprocher ceux qui sont appelés à travailler en équipe et à leur donner des possibilités accrues pour un enseignement de qualité.

Il est intéressant de signaler que le taux de réalisation des équipements relatifs à la formation des personnels sociaux est le plus élevé de tous les équipements : entre 104 et 117 p. 100.

Nous avons également entrepris, comme nous nous y étions engagés l'an dernier, l'aménagement de ces différentes professions dont les conditions d'exercice trop souvent ingrates découragent parfois les meilleurs.

Je ne reviendrai pas sur les différentes mesures prises en faveur des infirmières hospitalières — durée du travail, rémunération, etc.

Le statut de la profession d'assistante sociale doit être défini et adapté à l'évolution des besoins et les règles d'exercice de la profession, doivent être codifiées. Ces dispositions prévues par le législateur en 1946 et qui n'avaient jamais vu le jour, ont été mises à l'étude.

Pour les jardinières d'enfants, il faut leur assurer des perspectives de carrière outre la garantie d'un diplôme et les avantages sociaux des autres professions ; c'est à quoi je m'emploie.

L'importance de débouchés supérieurs dignes d'une véritable carrière est essentielle pour toutes les professions paramédicales et sociales.

C'est ainsi qu'à titre d'exemple, en ce qui concerne les infirmières, il conviendrait d'envisager :

La création dans chaque hôpital d'un poste d'infirmière responsable des soins infirmiers placée auprès du directeur ; l'expérience de l'infirmière, surveillante générale, réalisée à Lyon est tout à fait déterminante.

La création de postes d'infirmières siégeant auprès du médecin inspecteur régional de la santé et appelées plus particulièrement à participer au contrôle pédagogique des écoles ; le renforcement de ce contrôle face au nombre d'écoles existantes ne peut être assuré qu'à ce prix.

L'accroissement du nombre des monitrices des écoles d'infirmières appelées à assurer un meilleur encadrement des élèves, ce qui impliquera une augmentation correspondante du nombre des écoles de cadre.

Je passe maintenant à l'action sociale en faveur des familles et des personnes âgées.

Le moment paraît venu de donner à l'action sociale en faveur des familles un contenu et une dimension plus conformes et plus adaptés aux besoins actuels.

En effet, l'évolution de notre société moderne se caractérise par l'affaiblissement des liens familiaux, la dispersion des jeunes et l'isolement des personnes âgées.

Ces caractéristiques ne sont pas propres à la France comme l'a mis en lumière la XI<sup>e</sup> conférence des ministres européens chargés des questions familiales. Aussi est-il nécessaire d'aider la famille à jouer son rôle et de mieux l'intégrer au sein de la communauté en développant les services socio-culturels.

Les centres sociaux constituent une pièce maîtresse de ce système d'aide. Leur nombre a plus que doublé au cours des huit dernières années. Un recensement récent révèle l'existence

de 650 centres. Cinq à six cent mille individus, deux cent mille familles au moins, tant en milieu urbain que rural, participent à la vie de ces centres ou font régulièrement appel à leurs services. Outre les très nombreux usagers occasionnels, 2.400 personnes y sont employées à temps plein, dont 1.920 travailleurs sociaux et 2.750 à temps partiel.

Ces centres sociaux touchent donc autant de citoyens que les maisons de jeunes et de la culture. Or, les crédits qui étaient alloués en 1968 par l'Etat pour le fonctionnement n'étaient que de 136.300 F, alors que dans le même temps les crédits alloués aux maisons de jeunes s'élevaient à 7.339.400 F, soit un rapport de 1 à 64, alors que les centres sociaux intéressent l'ensemble de la population. Il est temps de prendre conscience de cette situation. (Applaudissements sur les bancs de l'union des démocrates pour la République.)

Notons d'ailleurs que des crèches et garderies d'enfants dont nous avons parlé tout à l'heure pourraient faire partie de tels établissements relevant plus de l'équipement social que de l'équipement sanitaire, encore que, dans ce domaine, elles aient un rôle à jouer.

S'agissant des travailleuses familiales, nous sommes en présence d'un grave problème de financement.

Ces travailleuses sociales ont pour tâche de venir en aide aux mères de famille appartenant à un milieu modeste ou dont l'état de santé nécessite un repos ou une hospitalisation. Mais le financement de cette profession reste précaire ; aussi le Parlement avait-il voté l'an dernier un supplément de crédit de 30.000 F, destiné à majorer les subventions allouées aux fédérations venant en aide aux familles. Ce supplément de crédit a pu être maintenu mais il faut reconnaître qu'il est faible au regard des besoins.

D'autre part des instructions ont été adressées aux caisses d'allocations familiales et aux caisses primaires d'assurance maladie afin de dégager sur leur budget d'action sociale de nouveaux crédits.

En outre, le programme d'action sociale des caisses d'allocations familiales est en voie de modification pour majorer l'aide apportée aux associations.

Enfin, des études sont en cours afin d'examiner, ce qui serait juste, si, dans certains cas, ces heures de travail ne pourraient être prises au titre des prestations légales de l'assurance maladie, puisqu'elles font faire des économies considérables au secteur hospitalier.

Quant aux foyers de jeunes travailleurs, ils sont malheureusement victimes de la politique d'austérité budgétaire.

Ils sont destinés à mettre à la disposition des jeunes séparés de leur famille un ensemble d'installations permettant de leur venir en aide matériellement et professionnellement par la promotion individuelle et l'insertion sociale. Tout cela pose des problèmes d'hébergement et d'animation, que nous devons essayer de résoudre l'an prochain.

J'en viens à l'action sociale en faveur des personnes âgées. M. Boullin vous a exposé les mesures financières prises par le Gouvernement en ce qui concerne les prestations de vieillesse.

Pour ma part, afin de tirer les conclusions des différentes expériences nées du rapport de la commission d'études présidée en 1960 par M. Laroque et de préparer le VI<sup>e</sup> Plan, j'ai effectué une consultation de personnalités qualifiées sur les problèmes du troisième et quatrième âge dont l'essentiel a fait l'objet d'un livre blanc. De cette consultation tenue en juin dernier, il ressort qu'il paraît primordial de développer par priorité une politique destinée à favoriser le maintien des intéressés à leur domicile.

Par ailleurs, il y a lieu de favoriser le développement des logements-foyers et des clubs de personnes âgées auxquels seraient annexés des foyers-restaurants. Il sera également nécessaire de prévoir des maisons de santé spécialement réservées aux personnes âgées et il conviendrait que, cette année, des conclusions définitives soient dégagées.

Je souhaite également — cette action est d'ailleurs en cours de réalisation — que soit réexaminée l'inscription de crédits permettant une amélioration de la législation relative à l'allocation-loyer en vue de l'harmoniser avec celle de l'allocation-logement et de relever le plafond d'exclusion dont le taux actuel ne correspond plus au relèvement des loyers.

Le grand isolement des personnes âgées et le manque d'information dans lequel elles se trouvent ont été soulignés. C'est pourquoi, le 24 septembre 1969, des instructions ont été adressées aux préfets pour la constitution de comités départementaux d'information aux personnes âgées. Ces comités devront coordonner les efforts de toutes les associations et des différents organismes départementaux et accroître l'efficacité de leurs actions. D'ores et déjà, je puis vous dire que la mise en place de ces comités est en bonne voie.

Enfin, il y a lieu de signaler que, en faveur des personnes âgées, le décret n° 69-102 du 13 novembre 1969 a relevé de 35.000 à

40.000 francs le montant de l'actif successoral au-dessous duquel les prestations accordées aux intéressés n'est pas récupéré. Vous savez combien la menace de récupération sur l'actif successoral est pesante pour les personnes âgées. (Applaudissements.)

Je tiens à dire un mot de l'action sanitaire et sociale, qui devrait enfin avoir en France la place qu'elle mérite. Elle est le premier canal d'une politique de prévention sanitaire et d'éducation des citoyens en ce qui concerne la vie sociale, les exigences de la vie familiale, l'éducation conjugale et sexuelle, les problèmes de consommation, la tenue du budget familial, etc.

Ces problèmes devraient faire l'objet d'un examen d'ensemble. Ne faudra-t-il pas un jour créer un conseil supérieur d'éducation sanitaire et sociale ? Je le crois, pour ma part. Ainsi seraient conçues et développées toutes les actions éducatives des différents ministères et pour pourrions en commun définir les orientations et les priorités et coordonner l'activité de tous les organismes publics et privés concourant à ces actions.

C'est un problème sur lequel il faudrait sans tarder arriver à une solution d'ensemble.

J'aborde maintenant le domaine des inadaptés et handicapés. Les mesures d'équilibre budgétaire ne nous ont pas permis d'entreprendre l'action d'ensemble que nous avons envisagée.

Mais cette déception ne doit pas nous faire oublier que le Gouvernement dès sa constitution a décidé de consacrer 99 millions de francs de crédits supplémentaires à nombre de mesures nouvelles au profit des handicapés, aussi bien des handicapés mentaux que des handicapés physiques.

Il s'agit bien, j'y insiste, de crédits supplémentaires pour des mesures nouvelles, ce qui ne doit pas faire oublier l'effort important qu'accomplit déjà l'Etat à des titres divers et sous l'égide de plusieurs départements ministériels. Cet effort se traduit par des crédits qui, en 1970 comme les années précédentes, seront augmentés en fonction des besoins : ils atteindront pour le budget des affaires sociales — réunissant les ministères du travail, de l'emploi et de la population et de la santé publique et de la sécurité sociale — près de 556 millions.

Si l'on y ajoute ceux de l'éducation nationale, pour l'enfance inadaptée, et de la justice, pour l'éducation surveillée, on s'aperçoit que la contribution de l'Etat dépasse déjà très nettement un milliard de francs. La participation des collectivités locales au titre de l'aide sociale aux infirmes approche 700 millions. Celle de la sécurité sociale au titre des assurances maladies et invalidité, des accidents du travail et de l'action sanitaire et sociale est supérieure à quatre milliards et demi de francs.

Aussi, en ne s'en tenant qu'à des chiffres à peu près sûrs, on peut avancer comme mesure de l'effort de solidarité nationale pour les inadaptés et les handicapés le chiffre de 6.300 millions.

C'est dire que la nation ignore pas ce problème, et que l'effort est déjà entrepris puisque la contribution de l'Etat augmente de 18 p. 100, par rapport au services votés.

Cette augmentation, nous avons essayé de l'utiliser dans le cadre qu'en commun nous avons défini l'an dernier et qui répondait aux trois préoccupations essentielles de la prévention, de la réadaptation et du reclassement.

En ce qui concerne la prévention, j'ai indiqué tout à l'heure quelles étaient les orientations nouvelles de notre politique de protection maternelle et infantile. Le caractère obligatoire du dépistage et des soins précoces des affections invalidantes sera un facteur efficace de lutte contre l'inadaptation.

En ce qui concerne la réadaptation, la mise en œuvre d'une politique de réadaptation suppose des moyens en équipements et des moyens en personnels.

Je sais que les moyens en équipements sont toujours moins bien ressentis par les familles que ceux qui concernent leur aide directe. Mais, à ce titre, n'oublions pas tous ceux qui viennent nous demander place pour les jeunes ou pour les adultes.

Pour l'équipement, il fallait évidemment considérer la lourdeur des procédures et la lenteur d'exécution du plan. M. le rapporteur Peyret, cette année encore, a analysé très exactement la situation.

C'est pour éviter précisément ces lenteurs que M. le ministre de la santé publique et de la sécurité sociale et moi-même avons pensé qu'il serait intéressant de lancer dès 1970 un programme de construction industrialisée d'instituts médico-pédagogiques et médico-professionnels, en utilisant les normes existantes, en simplifiant les procédures, en regroupant les moyens de financement. Sur les 99 millions, 65.650.000 francs seraient affectés à ce programme.

Ce programme, d'ailleurs, que j'ai voulu établir avec le concours des centres régionaux pour l'enfance et l'adolescence inadaptées, ne constitue nullement un désaveu de ceux des promoteurs privés qui conçoivent bien et vite et sont capables de réaliser rapidement leurs projets. L'expérience de rationalisation de l'équipement ne peut en aucun cas leur porter pré-

judice, mais il fallait mettre fin aux lenteurs et tenter une formule de réalisation qui évite la multiplicité des démarches qu'occasionne chaque dossier.

Par suite, d'une part le retard d'exécution du VI<sup>e</sup> Plan, nous envisageons un programme de « rattrapage » dont nous recherchons actuellement les modalités de financement, lesquelles ne devraient pas interférer sur les mesures qui seront mises en œuvre pour la réalisation du VI<sup>e</sup> Plan.

Mais l'édification des locaux n'est pas tout. De plus en plus, la formation des personnels spécialisés s'affirme comme un des objectifs prioritaires de notre action. C'est pourquoi trois et peut-être quatre écoles d'éducateurs spécialisés — représentant huit millions de francs — sont incluses dans le programme dont je parlais à l'instant. Je me préoccupe également d'organiser la formation en cours d'emploi des éducateurs qui exercent déjà des fonctions auprès des jeunes inadaptés sans avoir reçu la formation théorique utile. J'ai proposé aux autres ministères intéressés une réorganisation des études conduisant au diplôme d'Etat d'éducateur spécialisé. L'élaboration des textes est presque terminée ; en tout cas, elle l'est en ce qui me concerne. D'autres régimes de formation vont être prochainement définis, notamment celui de moniteur-éducateur et celui d'éducateur technique.

Les besoins en personnel qualifié sont considérables. J'ai le sentiment que si nous parvenons à un rythme satisfaisant de création des équipements nous éprouverons des difficultés à assurer rapidement la totalité des formations de niveau élevé dont nous avons besoin. Il faut donc développer les formations courtes, en grande partie empiriques, d'auxiliaires pouvant accéder ultérieurement à une promotion professionnelle et sociale dès lors que ce personnel aura fait ses preuves en cours d'action. Je pense également faire appel, avec le concours de l'union nationale des associations de parents d'enfants inadaptés, à des « bénévoles ».

Les mesures de reclassement ont été en grande partie traitées par M. le ministre du travail, de l'emploi et de la population puisque 7 millions de francs ont été affectés à son budget pour améliorer l'application de la loi sur le reclassement des travailleurs handicapés. Nous poursuivons dans ce domaine une politique de collaboration très ouverte et très suivie avec lui.

Et, pour l'utilisation des vingt-trois millions inscrits à un chapitre spécial du titre IV des charges communes, nous avons constitué, en accord avec M. Fontanet, un groupe de travail, sous la présidence d'un conseiller d'Etat, qui doit dans très peu de temps nous proposer la meilleure utilisation possible de ce crédit destiné à un certain nombre d'actions nouvelles dans le domaine de la rééducation professionnelle.

Je pense que, dans ce domaine, le problème est surtout de chercher à adapter les moyens de la formation professionnelle aux besoins et aux possibilités réelles des handicapés, y compris des débilés mentaux, dont un grand nombre peut, sous certaines conditions, s'insérer dans une chaîne de travail.

C'est pourquoi, à une date très récente, M. Boulin et moi-même avons signé une lettre circulaire aux organismes de sécurité sociale autorisant la prise en charge par ceux-ci d'une période de récupération scolaire plus longue que celle qui était jusqu'à présent admise, ce qui était indispensable pour ces catégories.

L'aide directe aux familles n'a pu être assurée dans ce budget autant que je l'aurais voulu. Un projet de réforme de l'allocation d'éducation spécialisée est à l'étude.

Pour les adultes de plus de vingt ans, j'ai obtenu des mesures transitoires qui tolèrent leur maintien au-delà de cet âge dans les établissements médico-professionnels, quand ils sont susceptibles d'accomplir encore quelques progrès, étant entendu que l'assurance volontaire souscrite pour eux couvre encore pendant trois ans leurs frais de séjour. Ce sont là des mesures partielles, mais utiles, auxquelles d'ailleurs je suis heureuse de pouvoir annoncer que s'ajoute une décision concernant les primes pour la constitution des rentes survie. M. le ministre de l'économie des finances nous a fait savoir, en effet, qu'il acceptait d'inclure ces primes dans les déductions autorisées pour le calcul du revenu imposable. (Applaudissements sur de nombreux bancs.)

Souhaitons que ces premiers succès, tout partiels qu'ils soient, en annoncent d'autres plus importants, particulièrement dans le domaine des centres d'aide par le travail sur lesquels M. Peyret a très justement appelé mon attention.

Parmi les orientations de recherche qui s'offrent à nous, figure un aménagement des règles de l'aide sociale. Deux commissions s'en occupent, l'une au ministère de l'intérieur, l'autre au sein de notre département, pour déterminer la part respective de l'Etat et des collectivités locales, d'une part, et pour viser à une simplification des procédures dans le domaine social, d'autre part.

Mais il est évident qu'un problème de fond se pose, celui de savoir, en particulier en ce qui concerne les handicapés, si l'aide sociale est actuellement un moyen moderne d'expression de la solidarité locale, si elle est encore adaptée aux besoins d'une action sociale qui doit être de plus en plus diversifiée. Cette question devrait trouver sans tarder une réponse.

Quoi qu'il en soit, au cours de l'année écoulée, j'ai saisi toutes les occasions qui m'ont été offertes de prendre un contact direct et personnel avec ceux qui, animent, réalisent et sont aux prises avec les difficultés quotidiennes.

Dans le domaine complexe de l'inadaptation, en particulier, je suis parvenue à la conviction que les solutions rigides et uniformes qui prétendent régler le sort de toutes les catégories sont inopérantes et même quelquefois dangereuses. S'il est nécessaire de déterminer des principes d'action cohérente, il n'en faut pas moins respecter le caractère spécifique de chaque handicap et ne pas tenter de réduire tous les cas d'inadaptation aux mêmes normes et de les soumettre aux mêmes solutions. Continuité de la doctrine, mais diversité des moyens, telle pourrait être la maxime de la politique que j'entends poursuivre dans ce domaine.

J'ai pu aussi apprécier les qualités de courage, d'intelligence et de générosité que les hommes et les femmes de notre pays mettent en œuvre inlassablement pour donner enfin aux inadaptés et aux handicapés la place qui leur revient dans la société d'aujourd'hui. C'est là un secteur de l'activité humaine où, d'un bout à l'autre la grande chaîne de la solidarité, le principe démocratique de la participation reçoit l'une de ses meilleures et de ses plus effectives applications. (Applaudissements sur les bancs de l'Union des démocrates pour la République, du groupe des républicains indépendants et du groupe Progrès et démocratie moderne.)

**M. le président.** Dans la discussion, la parole est à M. Fouchier.

**M. Jacques Fouchier.** Monsieur le ministre, madame le secrétaire d'Etat, c'est au nom des membres du groupe d'étude des problèmes de l'enfance inadaptée que j'interviens aujourd'hui au début de la discussion de votre budget.

Je le ferai avec gravité car le sujet est exigeant. Je le ferai aussi avec mesure, conscient de représenter mes collègues qui, appartenant à tous les groupes, ont mis volontairement en commun leur souci d'aider de leur mieux ceux que la nature et la maladie ont par trop défavorisés.

Ainsi pourriez-vous mieux estimer par avance les limites que je veux assigner à mon propos, aussi bien que l'étendue de l'intérêt qu'il suscite dans notre Assemblée.

Il y a deux ans environ, était rendue publique « l'étude du problème général de l'inadaptation des personnes handicapées », que l'on appelle communément le rapport Bloch-Lainé.

Ce très volumineux et fort sérieux document a moins sensibilisé l'opinion publique que certains autres rapports récents. Il n'a, à la vérité, sauf dans les milieux spécialisés, pas fait le bruit ni suscité l'intérêt que méritaient et la qualité et la richesse de son contenu.

Pourtant, tous ceux qui, sur le plan affectif, physique, moral ou matériels, étaient victimes d'un drame personnel, tous ceux dont la responsabilité était engagée avaient trouvé bien de l'espérance à la lecture de ces textes.

Il y avait ceux que M. Bloch-Lainé lui-même avait rencontrés au cours de son enquête et qu'il énumère. Je cite : « Des personnes éprouvées et des personnes dévouées, également admirables ; des parents qui surmontent leurs épreuves personnelles en s'occupant aussi des enfants des autres ; des médecins dont la spécialité procède d'une vocation sans calcul ; des éducateurs qui ont choisi la pédagogie la plus ingrate ; des infirmes dont la patience et la volonté font des miracles ; des magistrats et des fonctionnaires qui se comportent comme des pionniers et des apôtres ; des syndicalistes, des mutualistes, des religieux qui font bénéficier les plus déshérités du meilleur de leur action militante ».

J'ajoute, quant à moi, qu'il y avait aussi de remarquables associations de parents dont les membres ont su trouver dans l'action généreuse et efficace un moyen de compenser et souvent de dominer leur peine.

Nous savons, monsieur le ministre, madame le secrétaire d'Etat, que vos prédécesseurs ou vous-mêmes avez accueilli ce texte avec faveur et n'avez pas manqué d'en utiliser déjà des observations ou suggestions pour préparer des actions dans le cadre de vos responsabilités ministérielles.

Il est toutefois dommage que, sur le plan parlementaire, les diverses questions orales déposées par certains de nos collègues et par moi-même n'aient pas permis au Gouvernement, jusqu'à présent, d'ouvrir le grand débat que le rapport et le sujet méritaient.

Un tel débat eût permis d'analyser devant les représentants de la nation les constatations recueillies et les recommanda-

tions présentées par les responsables d'une équipe dont il faut louer l'étendue de la recherche et la perspicacité de l'analyse.

Un tel débat eût permis également d'apporter une contribution particulièrement efficace des parlementaires par des suggestions que, de toute façon, le groupe d'étude que j'ai l'honneur de présider compte bien vous fournir, monsieur le ministre, à la suite de l'enquête très importante qu'il a ouverte auprès de ses membres.

Mais il n'est pas trop tard et nous souhaitons que le Gouvernement, par votre entremise, accepte un tel dialogue dans cette Assemblée, tout au moins à la prochaine session de printemps — car celle-ci est certainement trop avancée et trop chargée — et nous vous saurons gré, monsieur le ministre, madame le secrétaire d'Etat, de bien vouloir nous en donner l'assurance.

Le grand mérite du rapport est de contenir, à côté du catalogue des sujets qui, dans leur ensemble, constituent ce qu'on appelle le problème de l'enfance inadaptée, une série de propositions dont l'utilisation à court ou moyen terme devrait bouleverser l'actuelle et délicate situation.

Elles concernent l'organisation et le fonctionnement rationnel du système administratif s'occupant des handicapés, l'équipement indispensable pour assurer les besoins, les services à mettre en œuvre pour améliorer le dépistage et la prévention, les solidarités financières au plan social.

Mais, d'entrée de jeu, M. Bloch-Lainé écrivait :

« S'il suffisait d'inscrire au budget de l'Etat des crédits multipliés pour que tout allât mieux qu'aujourd'hui, la tâche du rapporteur serait facile ; pour que l'action de la collectivité soit plus bénéfique, l'amélioration des méthodes est plus nécessaire encore que l'augmentation des ressources, bien qu'elle soit impossible sans elle. »

Il est évident que nous sommes ici au cœur du problème.

Tous ceux qui à un titre quelconque — et ils sont nombreux dans le pays comme dans cette Assemblée — s'efforcent d'aider les enfants inadaptés à prendre pied dans notre société connaissent bien les difficultés qui trop souvent tiennent aux appareils, aux habitudes et aux hommes : défaut de coopération administrative entre secteurs qui s'ignorent ou même parfois s'opposent, quand ils ne se combattent pas.

Est-il concevable qu'aux divers échelons de la hiérarchie on puisse encore rencontrer des particularismes ou des chasses gardées, surtout quand il s'agit d'un domaine aussi éminemment social ?

Il existe un manque de simplification et de décentralisation dans bien des domaines, qu'il s'agisse de dossiers de constructions d'établissements ou de dossiers d'enquêtes sociales.

On constate une insuffisance d'imagination ou d'audace en ce qui concerne la recherche de solutions d'urgence. Il est indispensable, avant toute chose, que soient modifiées certaines conceptions sclérosantes si l'on veut pouvoir utiliser au maximum les moyens financiers même modestes dont votre département ministériel peut disposer.

Dans son excellent rapport présenté au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales — auquel madame le secrétaire d'Etat a fait référence tout à l'heure — notre collègue M. le docteur Peyret a montré quel était le large retard par rapport aux besoins des divers équipements destinés à la réadaptation des handicapés. Il signale aussi une disparité grave entre l'importance des crédits votés et celle des crédits engagés, en notant que s'il est exact que certains dossiers sont parfois insuffisamment préparés, le vrai motif des retards de réalisation tient surtout à la trop grande complexité des procédures administratives.

Je pourrais en cet instant, mais je ne le ferai pas, évoquer des exemples précis. Hélas ! ils sont trop réels, trop nombreux et trop condamnables. Il n'est pas normal de constater, au moment où le V Plan va s'achever, que si tous les crédits votés se trouvaient consommés à la fin de 1970 les objectifs ne seraient atteints que dans une proportion de 60 p. 100 à peine.

Or, tout récemment, il était signalé officiellement que certains équipements touristiques importants de la côte méditerranéenne étaient actuellement réalisés à 174 p. 100. Tout cela ne me paraît pas logique et me semble fort injuste sur le plan strictement moral.

Ce retard se trouve aujourd'hui aggravé par le blocage des crédits d'investissement qui a durement, très durement même, affecté votre ministère ; puisque 33 millions de francs environ en sont victimes. N'est-ce pas là encore une conséquence de cette complexité et de ces retards administratifs ?

Il eût sans doute fallu rechercher, depuis longtemps déjà, des formules nouvelles et prendre des initiatives hardies. Nous avons appris avec satisfaction que le plan d'urgence que vous modèlez-type de constructions nouvelles qu'il s'agisse des établissements hospitaliers ou — Mme le secrétaire d'Etat vient de le préciser — des instituts médico-pédagogiques.

Seulement il est regrettable qu'il n'ait pas été fait appel plus tôt à de telles techniques, comme on doit déplorer que, pour aller vite, on n'ait pas songé à faire le recensement des locaux vacants.

Je suis convaincu, monsieur le ministre, qu'il existe un nombre important d'écoles rurales inoccupées en parfait état, des bâtiments militaires abandonnés dans lesquels il serait possible, grâce à quelques transformations, d'accueillir décemment de nombreux enfants.

Mais il conviendrait peut-être, pour cela, de bousculer certaines habitudes ou réglementations ; la cause en vaut tout de même la peine.

Je me suis étendu particulièrement sur la grave pénurie et le retard dont nous souffrons en matière d'établissements capables de recevoir les enfants, car il faudra encore bien des efforts, bien des réformes et bien des crédits pour parvenir à une situation correcte. Mais des problèmes sociaux nombreux et particulièrement douloureux viennent s'ajouter aux difficultés matérielles.

Nous devons saluer l'initiative, accompagnée de crédits, qui a été prise cette année pour faciliter le dépistage précoce des inadaptations. Mais il faut admettre que si, en France, l'arsenal des lois concernant les handicapés est important, un certain nombre de celles-ci ne sont plus adaptées elles-mêmes et il faudra, suivant en cela aussi le rapport Bloch-Lainé, innover et modifier très largement.

L'aide sociale, vous l'avez dit, doit être transformée. Son principe même peut être mis en cause et c'est là le point essentiel du problème moral.

En 1968, j'avais déposé une proposition de loi tendant à améliorer les conditions d'aide aux ascendants des déficients mentaux. Cette proposition ne fut pas déclarée recevable, en application de l'article 40 de la Constitution. Aujourd'hui, nous souhaitons, monsieur le ministre, madame le secrétaire d'Etat, que vous preniez l'initiative de déposer un texte en ce sens. Il est évident, en effet, qu'existent des cas dramatiques où la solidarité nationale ne joue pas et où les familles sont écrasées sous la charge que constitue pour elles un enfant infirme pendant de très nombreuses années.

Les conclusions du rapport Bloch-Lainé, là encore, sont nettes et explicites, puisqu'elles envisagent, sur divers plans, un soulagement substantiel des charges supportées par les familles. Dans ce cas, l'aide alimentaire doit être révisée.

Monsieur le ministre, madame le secrétaire d'Etat, nous vous demandons instamment et avec beaucoup de sérieux de mettre tout en œuvre pour que cette réforme de l'aide sociale, en ce qui concerne les handicapés, voie très rapidement le jour, car c'est la justice sociale qui l'exige.

Un autre sujet de préoccupation est celui de la rente-survie. Cette possibilité d'aider, après eux, la vie matérielle de leurs enfants ne peut être, pour les parents, une source d'aggravation des charges. Il eût été juste et équitable de prévoir, dans la loi de finances, la possibilité pour les souscripteurs d'une rente-survie de déduire les primes du montant de leurs ressources pour l'imposition de leurs revenus et l'exonération de cette prime prévue à l'article 682 du code général des impôts.

L'an passé, à propos des droits de succession, le cas des familles d'enfants handicapés avait pu être considéré favorablement.

Nous vous remercions profondément, madame le secrétaire d'Etat, d'avoir annoncé qu'avant même le vote du budget, c'est-à-dire demain, le Gouvernement et spécialement le ministre de l'économie et des finances avait accepté, à votre demande, de prendre cette mesure en considération. Les familles, si durement éprouvées par l'addition des charges spécifiques qui les accablent, vous en sauront gré.

Malheureusement, il reste à régler le problème des C. A. T. et nous espérons que vous voudrez bien nous aider à le résoudre.

Je dois conclure pour rester dans les limites de mon temps de parole. Mais auparavant, je voudrais dire, spécialement à Mme le secrétaire d'Etat, combien j'ai apprécié son intervention, il y a un instant, et combien nous sommes sensibles à l'action qu'elle mène en faveur de l'enfance inadaptée.

Notre groupe a été honoré, tout récemment, de sa participation à nos travaux et nous l'assurons de notre souci constant et loyal de lui apporter notre collaboration à une cause qui en vaut la peine.

Mais, en définitive, il faut dire que le budget de l'enfance inadaptée, malgré tous vos efforts, même les plus récents, est tragiquement insuffisant.

Le blocage des crédits est excessif. Les retards d'exécution sont parfois inadmissibles. Je n'hésite pas à dire que la lenteur lancée devra être réalisée sous forme industrialisée, selon des procédures est scandaleuse. Le contentieux s'accroît et s'alourdit.

La solidarité nationale ne s'exerce pas comme elle le devrait, sur le plan social, en faveur d'un trop grand nombre de familles traumatisées.

Un plan d'équipement d'urgence ne suffira pas : c'est un bouleversement total des méthodes et des mentalités qui doit être réalisé.

La Rochefoucauld disait : « Dans les grandes affaires, on doit moins s'appliquer à faire naître les occasions qu'à profiter de celles qui se présentent ».

Le rapport Bloch-Lainé, monsieur le ministre, madame le secrétaire d'Etat, doit être aujourd'hui l'une de ces occasions. (Applaudissements sur les bancs de l'Union des démocrates pour la République, du groupe des républicains indépendants et du groupe Progrès et démocratie moderne.)

M. le président. La suite de la discussion budgétaire est renvoyée à la seconde séance de cet après-midi.

— 2 —

#### CANDIDATURE A UNE COMMISSION

M. le président. Le groupe d'union des démocrates pour la République a désigné M. Alain Terrenoire, pour remplacer M. Bernasconi, à la commission spéciale chargée de vérifier et d'apurer les comptes.

Cette candidature a été affichée et publiée. Elle sera considérée comme ratifiée et la nomination prendra effet à l'expiration du délai d'une heure suivant le présent avis, sauf opposition signée par trente députés au moins et formulée avant l'expiration de ce délai.

— 3 —

#### ORDRE DU JOUR

M. le président. Cet après-midi, à quinze heures, deuxième séance publique :

Questions orales sans débat :

Question n° 2552. — M. Raymond Barbet expose à M. le ministre de l'équipement et du logement les difficultés que rencontrent les jeunes ménages de travailleurs pour se loger. Les charges diverses d'installation qu'ils doivent supporter au moment où ils fondent leur foyer ne leur laissent la possibilité que d'envisager leur habitation dans un logement H.L.M. dont le taux de loyer, quoique élevé, est plus en rapport avec leurs moyens financiers. Or, nombre d'entre eux se trouvent dans l'impossibilité d'y accéder en raison des plafonds de ressources qui sont imposés aux offices publics d'habitations pour ouvrir droit à l'attribution d'un logement. Leur situation serait encore aggravée si ces plafonds de ressources étaient abaissés. Il en résulte que les jeunes ménages sont contraints à la cohabitation dans l'une ou l'autre de leur famille, provoquant ainsi un surpeuplement préjudiciable à tous points de vue. Il lui demande quelles dispositions il envisage de prendre pour permettre aux jeunes ménages de pouvoir disposer d'un logement décent.

Question n° 7246. — M. Bonhomme expose à M. le ministre de l'équipement et du logement les conséquences fâcheuses de l'interventionnisme excessif de l'Etat sur la marche de la construction et l'avenir de l'urbanisme. L'excès des réglementations gèle les terrains à bâtir, stimule la spéculation foncière et inhibe l'esprit d'initiative et d'entreprise. Les disparités des réglementations entraînent de flagrantes inégalités de traitement entre communes et entre administrés. La libéralisation et la simplification, que lui-même avait envisagées, avaient fait naître un grand espoir, qui est en train de disparaître devant la persistance des freins habituels. Il lui demande s'il pense pouvoir arriver, dans les meilleurs délais, à l'assainissement administratif souhaité.

Question n° 7261. — M. Tomasini appelle l'attention de M. le ministre de l'équipement et du logement sur la loi n° 65-556 du 10 juillet 1965 qui permet, en principe et sous certaines conditions, à un locataire d'un appartement H.L.M. d'acquiescer celui-ci. En fait, ce texte n'est pas appliqué et il déclarait, le 14 mai dernier devant l'Assemblée nationale, qu'il était « bien décidé à prendre les dispositions nécessaires pour qu'il fonctionne efficacement à l'avenir ». Il lui demande quelles mesures il a prises ou envisage de prendre afin d'obtenir, comme il le disait, que le système prévu puisse fonctionner efficacement.

Question n° 7484. — M. Brocard expose à M. le ministre de l'équipement et du logement que les majorations de loyer qui interviennent régulièrement, entraînent souvent de vives contestations entre propriétaires et locataires d'immeubles d'habita-

tion, et, lui rappelle à ce sujet que la législation en la matière se caractérise par une extraordinaire complexité de la réglementation due précisément aux aspects multiples de notre patrimoine immobilier. Il lui demande s'il n'estime pas qu'il serait indispensable de procéder à une révision complète de l'ensemble du problème du logement afin d'aboutir rapidement à la promulgation d'un « Code des loyers », s'appliquant aussi bien aux immeubles anciens qu'aux constructions nouvelles, et capable de concilier les intérêts légitimes des deux parties.

A l'issue de la séance réservée aux questions orales, troisième séance publique :

Suite de la discussion de la deuxième partie du projet de loi de finances pour 1970 (n° 822). (Rapport n° 835 de M. Sabatier, suppléant M. Philippe Rivain, rapporteur général, au nom de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan.)

Affaires sociales (suite).

Santé publique :

(Annexe n° 5. — M. Robert Bisson, rapporteur spécial ; avis n° 836, tome IV, de M. Peyret, au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales.)

Sécurité sociale :

(Annexe n° 6. — M. Icart, suppléant M. Griotteray, rapporteur spécial ; avis n° 836, tome VI, de M. Ribadeau Dumas, au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales.) Services du Premier ministre (suite).

Section I. — Services généraux (suite) :

Office de radiodiffusion-télévision française (ligne 106 de l'Etat E) :

(Annexe n° 40. — M. Louis-Alexis Delmas, rapporteur spécial ; avis n° 836, tome VI, de M. Gerbaud, au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales.)

A vingt et une heures trente, quatrième séance publique :

Suite des discussions inscrites à l'ordre du jour de la première séance.

La séance est levée.

(La séance est levée à treize heures.)

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

(Le compte rendu intégral des 2<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> séances de ce jour sera distribué ultérieurement.)