

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

4^e Législature

PREMIERE SESSION ORDINAIRE DE 1969-1970

COMPTE RENDU INTEGRAL — 64^e SEANCE3^e 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. 4175).

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

MM. Peyrefitte ; Benoist, Griotteray, Mme Vallant-Couturier ; MM. Royer, Delhalle, Saint-Paul, Rivierez, Grussenmeyer, de la Verpillière, Mlle Dienesch, secrétaire d'Etat à l'action sociale et à la réadaptation ; MM. Thoraille, Halbout, Rickert, Zimmermann, Barel, Mainguy, Fabre, Lehn, Rabreau, Durieux, Fontaine, Leroy-Beaulieu, Sallenave, Sourdille, Sanglier.

Renvoi de la suite de la discussion.

2. — **Ordre du jour** (p. 4196).

PRESIDENCE DE M. EUGENE CLAUDIUS-PETIT,
vice-président.

La séance est ouverte à seize heures vingt.

M. le président. La séance est ouverte.

— 1 —

LOI DE FINANCES POUR 1970 (DEUXIEME PARTIE)**Suite de la discussion d'un projet de loi.**

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

AFFAIRES SOCIALES**Santé publique e. sécurité sociale.**

(Suite.)

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

Voici les temps de parole encore disponibles dans ce débat :
Groupes :

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

Républicains indépendants, quarante minutes ;

Socialiste, cinquante minutes ;

Communiste, vingt-cinq minutes ;

Progrès et démocratie moderne, onze minutes ;

Isolés, cinq minutes.

Le Gouvernement et les commissions ont épuisé leur temps de parole.

Dans la suite de la discussion, la parole est à M. Peyrefitte.

M. Alain Peyrefitte. Je remercie ceux de mes collègues qui ont bien voulu me céder leur temps de parole ; cela me permettra de déborder quelque peu celui, si court, qui m'a été personnellement imparti.

Je vous remercie, monsieur le ministre, des propos que vous avez tenus ce matin, notamment en ce qui concerne les constructions hospitalières. Surtout, je vous félicite de votre courage tranquille. Car vous aurez besoin de résolution et de calme.

Si notre société est « bloquée », comme M. le Premier ministre l'a montré récemment en termes excellents, si notre système administratif est sclérosé, si le délire bureaucratique et centralisateur est chez nous paralysant, c'est bien le cas dans le département ministériel dont nous examinons aujourd'hui le budget. Il est même, sans doute, peu de secteurs où la bonne volonté d'un ministre se heurte autant à l'inertie d'un système.

Naturellement, la critique à laquelle je me livrerai portera non sur les hommes, dont la qualité et le zèle sont évidents, mais sur le système, sur les sables mouvants dans lesquels s'enlise l'effort de ces hommes.

Je bornerai mon analyse à trois exemples concrets : le régime de retraite des mineurs glaisiers, les abattements de zone pour les allocations familiales, les constructions hospitalières.

Tout d'abord, le régime des mineurs glaisiers.

Il existe — vous ne le savez peut-être pas, mes chers collègues — une catégorie socio-professionnelle particulièrement défavorisée, celle des mineurs d'argile, autrement appelés « glaisiers ».

Je connais bien leur cas puisqu'ils sont au nombre de 500 environ à Provins. Depuis dix ans, à maintes reprises, j'avais appelé l'attention des membres responsables du gouvernement sur leur situation déplorable.

Vous allez voir comment et pourquoi ce fut jusqu'à maintenant sans succès.

Il s'agit de mineurs de fond. Travaillant à quelques dizaines, voire à quelques centaines de mètres sous terre, ils sont sous la menace d'un coup de grisou, d'un éboulement, d'un affaissement de terrain ou d'une inondation, sous la menace également de la silicose.

Leur travail, qui consiste à arracher des mottes d'argile à l'aide d'un marteau-piqueur, est très pénible ; des mineurs de charbon qui, ayant dû abandonner les houillères à la suite de la fermeture de celles-ci, viennent travailler dans les mines d'argile, estiment même qu'il est plus pénible encore que dans les mines de charbon. Et pourtant, ces mineurs de charbon reconvertis dans la glaise perdent, ce faisant, le statut de mineur. Car les mineurs d'argile ont beau être d'authentiques mineurs de fond, ils n'en ont pas le statut.

En revanche, le statut de mineur est accordé à de nombreux personnels qui ne sont en rien des mineurs, tels les ouvriers des carrières de bauxites, qui travaillent à ciel ouvert, les techniciens de l'exploitation du pétrole. Il est même accordé aux rédacteurs et secrétaires du personnel administratif des Charbonnages de France, dont les bureaux sont situés avenue Percier, dans l'élégant huitième arrondissement. Certes, je m'en réjouis pour ces personnels, au demeurant fort estimables, mais ils n'ont jamais mis les pieds au fond d'une mine.

Quelle est donc la situation des mineurs glaisiers ? Ils ne peuvent prendre leur retraite qu'à soixante-cinq ans. Le montant de cette retraite est calculé sur la base des rémunérations perçues au cours des dix dernières années, c'est-à-dire les plus mauvaises.

Or les patrons eux-mêmes et les médecins sont parfaitement d'accord pour reconnaître que les ouvriers glaisiers ne peuvent guère travailler au fond de la mine au-delà de cinquante-deux ou cinquante-trois ans et que, après soixante ans, on ne peut généralement les employer, même en surface.

Certes, les glaisiers peuvent bénéficier d'une retraite anticipée pour inaptitude au travail. Mais l'administration a toujours estimé, jusqu'à ce jour, que le problème de leur retraite normale ne pourrait être réglé que dans le cadre général de l'inaptitude au travail, dont la réforme serait en cours. Il faut, en outre, définir d'abord la « pénibilité », pour reprendre ce néologisme. Or une telle définition n'a jamais été donnée et la réforme n'a jamais abouti. La commission qui devait s'en charger ne s'est jamais réunie.

De plus, monsieur le ministre, rendez-vous compte du caractère vexatoire de la mise à la retraite pour inaptitude au travail.

Enfin, dans le calcul du montant de la retraite, il est injuste de retenir le salaire moyen de base des années de travail les moins bien rémunérées.

En 1966, après plusieurs années de démarches, j'avais obtenu qu'un inspecteur général de la sécurité sociale mène une enquête. Il a reconnu le caractère pénible de l'activité des glaisiers et la nécessité de l'abaissement de l'âge de la retraite. Aucune suite n'a encore été donnée à ce rapport.

Quelle est la raison de cette longue inertie ? C'est tout simplement l'incapacité du système bureaucratique à réformer les méthodes de travail et à prendre conscience d'un problème, si ce n'est sous la menace d'un mouvement social.

Ces mineurs glaisiers ont le tort d'être peu nombreux. Une grève serait de peu de conséquences, au regard de celles qu'ont pu déclencher les 180.000 mineurs des Charbonnages de France ; tout au plus arriveraient-ils à provoquer la fermeture de leur entreprise.

Mais peut-on admettre la perpétuation d'un phénomène bureaucratique qui fait qu'une injustice, même aussi flagrante, ne peut disparaître qu'à la faveur d'une épreuve de force ? Si la loi ne permet pas de faire cesser cette injustice, alors il faut changer la loi.

Constatant qu'il était démesurément téméraire de demander, pour des mineurs, un statut de mineur dont bénéficient beaucoup de non-mineurs, je m'étais donc borné à demander, avec l'assentiment total des syndicats ouvriers et patronaux, que ces mineurs puissent en tout cas bénéficier de l'abaissement de l'âge de la retraite à soixante ans et que le montant de cette retraite soit calculé sur la base des dix années de travail les mieux rémunérées.

Je vous remercie beaucoup, monsieur le ministre, d'avoir, il y a deux mois, fait bon accueil à cette suggestion, et d'admettre le principe d'un texte législatif nouveau qui mettrait un terme à cette situation injuste qui n'a duré que trop longtemps. Mais la signification de cet exemple demeure.

Deuxième exemple dont les leçons sont identiques : la suppression des abattements de zone pour les allocations familiales.

Combien de fois le régime des abattements de zone a-t-il été dénoncé dans cet hémicycle, qu'il s'agisse des zones de salaires ou des zones d'allocations familiales ! Nous avons été nombreux, depuis dix ans, à en montrer l'injustice. Nos efforts se sont heurtés à l'inertie des textes et des habitudes : toute situation était immuable, toute difficulté insurmontable.

Les abattements de zone de salaires ont été balayés en vingt-quatre heures, lors de la « conférence de Grenelle », alors que, depuis dix ans, on avait essayé vainement de les supprimer.

Mais, paradoxalement, et sans justification, les zones d'allocations familiales subsistent encore, alors que des critiques identiques à celles que suscitaient les zones de salaires peuvent leur être faites.

Les zones d'allocations familiales sont périmées, car elles ont été instituées au lendemain de la guerre, quand les conditions économiques les justifiaient, lorsque la vie urbaine était difficile, que le marché noir sévissait, que le ravitaillement était précaire dans les villes.

Aujourd'hui, elles ne correspondent plus à aucune réalité. La situation a radicalement changé. Mais la résistance du système administratif français au changement mérite l'admiration.

Les abattements de zone d'allocations familiales sont injustes parce que le coût de la vie dans les petites villes et dans les campagnes s'est nettement élevé, au point de dépasser souvent celui des grands centres. Il y a eu une hausse de tous les services et des loyers, à laquelle il faut ajouter le prix des transports que les habitants sont obligés d'emprunter pour leurs activités professionnelles ou leur vie familiale. Le pain, le téléphone, les honoraires du médecin coûtent plus cher à la campagne qu'à la ville.

Les abattements de zone d'allocations familiales sont humiliants. Les habitants des communes rurales côtoient maintenant de plus en plus l'habitant des villes et de la capitale en particulier. Ils peuvent constater que son niveau de vie est plus élevé que le leur. Ils comprennent d'autant moins cette discrimination. Les enfants des campagnes ne méritent-ils pas d'être élevés aussi bien que ceux des villes ?

Enfin, les abattements de zone sont dangereux, car ils constituent un non-sens économique, en tout cas pour le développement harmonieux de la politique d'aménagement du territoire. Ils contribuent à provoquer la désertion des campagnes, alors que l'on pourrait continuer à y habiter, même quand on travaille en ville.

La suppression de ces abattements de zone s'impose.

Mais le plus courtelinsque, c'est que ces abattements sont minimes : ils ne portent que sur quelques francs. Seulement, les victimes de ces abattements se disent que, s'ils étaient minimes, ils seraient supprimés ; elles croient donc qu'ils sont élevés.

Il serait facile de les supprimer. Monsieur le ministre, supprimez-les.

Pour terminer, je reviendrai brièvement sur un sujet que vous avez traité ce matin : les hôpitaux, qui exigent une industrialisation.

Il faut de huit à dix ans pour construire un hôpital ; tel est le délai moyen qui s'écoule entre le moment où sa construction est décidée et son entrée en service. Ce délai, par lui-même, frappe tout projet de vétusté, puisque, une fois réalisé, il ne répondra plus ni aux besoins, ni aux techniques du moment.

Ce n'est que grâce à l'industrialisation et à une refonte totale des méthodes que vous parviendrez à surmonter le problème des hôpitaux. A cet égard, nous vous sommes reconnaissants de ce que vous avez déclaré ce matin.

En vérité, dans votre domaine comme en beaucoup d'autres, on se heurte toujours à la même difficulté d'organisation. Le système français tout entier est rebelle au changement, bureaucratique, centralisé, formaliste, rigide, à la fois sclérosé et sclérosant. Les impulsions d'un ministre ou du Parlement s'y perdent comme dans un édreton. Là se trouve la raison la plus réelle de l'insuffisance de vos moyens.

Nous nous trouvons dans la même situation que ces entreprises qui reposaient sur le mol oreiller du protectionnisme et du malthusianisme, qui se réveillent tout à coup sous l'aiguillon impitoyable de la concurrence entraînée par le Marché commun, et qui font alors appel en catastrophe à un « conseil en organisation », pour renouveler leurs structures et rentabiliser leur production.

C'est la France entière, aujourd'hui, et votre département en particulier, qui a besoin d'un « conseil en organisation ». (*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. Benoist.

M. Daniel Benoist. Premier orateur de l'opposition dans cette discussion, je ne vous apporterai pas de fleurs, monsieur le ministre.

M. Robert Boulin, ministre de la santé publique et de la sécurité sociale. J'en suis désolé !

M. Daniel Benoist. Moi aussi ! D'autant plus que, compatriote libournais, vous avez ma sympathie.

Au début de la présente session, M. le Premier ministre nous a parlé d'une « société nouvelle ». Or nous sommes quelques-uns

à nous demander comment s'établira cette société nouvelle, en l'absence d'une politique globale de la santé publique.

Vous pouvez, certes, à propos de votre budget pour 1970, faire état d'une augmentation de 10 p. 100 par rapport à celui de 1969. Mais ce ne sont pas ces 6.200 millions de francs — un des plus faibles pourcentages dans le budget de 1970 — qui permettront d'établir, de mettre en œuvre une politique globale de la santé.

En cette matière, comme dans toutes les autres, vous serez obligé, faute de crédits, de rapiécer çà et là de nouveaux accros qui apparaissent chaque jour.

Faut-il rappeler, en particulier — ce que l'on n'a pas fait — l'échec du V^e Plan en matière de santé publique et d'investissements hospitaliers ?

Me référant à un texte émanant de la Fédération hospitalière de France, je vais donner — en l'exprimant en francs constants — la précision que vous n'avez pas fournie ce matin.

L'Etat a participé pour 40 p. 100 à la réalisation d'un programme global de 7 milliards de travaux, au lieu de 12.900 millions prévus. On peut affirmer que le V^e Plan aura été réalisé à peine à 50 p. 100, d'autant que vous êtes gêné par les 200 millions bloqués du fait du régime d'austérité en vigueur.

Permettez-moi, monsieur le ministre, à l'occasion de la discussion de ce budget, de vous rappeler certains grands problèmes qui ne sont pas encore résolus et qui vous créent beaucoup de soucis.

Je parlerai tout d'abord du plein-temps hospitalier, question que je connais bien car un de mes fils est chef de clinique à Paris, et un autre interne des hôpitaux.

Vos prédécesseurs avaient mis en œuvre le plein-temps hospitalier. C'était bien, c'était même très bien, et nous aimerions qu'il fût généralisé. Mais, à votre insu, s'est développée une politique qui a entraîné l'échec du plein-temps hospitalier. En effet, on a autorisé les « patrons » à recevoir une clientèle privée dans leur hôpital, si bien que, peu à peu, l'argent public a servi à transformer en partie les hôpitaux publics en cliniques privées ; les meilleures infirmières et secrétaires y ont été employées, et le fonctionnement de la partie publique est pire qu'avant la réforme.

Autre problème : la situation du personnel infirmier.

Grâce à la grève de mai 1968, et sous la pression, vous avez dû accorder à ce personnel — et nous nous en réjouissons — de meilleures conditions de travail. Mais, étant donné que vous ne créez pas assez d'écoles d'infirmières, faute de crédits, et que vous ne résolvez pas, par des mesures sociales, le grand problème du travail féminin, dont la solution est pourtant urgente, les heures de travail sont diminuées au détriment des soins et de la sécurité des malades, et vous éprouvez de plus en plus de difficultés à recruter du personnel.

En outre, laissez-moi vous féliciter, monsieur le ministre — une fois n'est pas coutume — car nous avons appris avec un certain plaisir, en commission, que les médecins conventionnés allaient enfin voir institué, en ce qui les concerne, le régime général de la sécurité sociale. Ils l'attendaient depuis longtemps.

Toutefois, je vous mets en garde contre les manœuvres dont nous avons déjà entendu parler en commission, et qui créeraient, du fait d'une certaine liberté de choix, des troubles analogues à ceux que l'on constate déjà, en raison de la multiplicité des régimes de couverture sociale des commerçants et des artisans. Mais je crois que, sur ce point, nos vues sont à peu près identiques.

Comment pourrais-je passer sous silence l'enseignement médical, alors qu'aujourd'hui les étudiants de première année sont en grève et manifestent ?

Vous avez déclaré ce matin que 26.000 étudiants de première année solliciteraient, dans un avenir très proche, la possibilité de continuer leurs études. Or, brusquement, alors que, l'année dernière, après l'examen auquel 80 p. 100 d'étudiants avaient réussi, on leur avait promis qu'ils pourraient entrer en faculté — avec la sanction d'un contrôle permanent des connaissances, qui se traduit par des interrogations en cours d'année — un décret qui porte votre signature s'oppose à leur inscription.

Ces jeunes étudiants sont déjà inscrits en faculté, et leurs parents, souvent, ont dû consentir de gros sacrifices, ne serait-ce que pour assurer leur logement.

Vous refusez donc de les inscrire et vous leur dites qu'ils devront subir un examen de fin d'année. D'où leur révolte.

S'il doit y avoir une certaine sélection — et nous en sommes tous partisans — pourquoi ne pas permettre que cette sélection s'opère en première année, pourquoi ne pas laisser à ces jeunes chances à ces étudiants auxquels vous avez promis l'entrée en faculté ?

Vous heurtez terriblement tous ces jeunes qui manifestent aujourd'hui.

Vous avez affirmé, d'autre part, qu'il faudrait 6.000 médecins par an, que 26.000 étudiants en médecine c'était trop, et qu'il n'en fallait que 6.000.

Mais si, monsieur le ministre, vous n'admettez que ce nombre, il n'y aura pas 6.000 diplômes délivrés, étant donné l'élimination progressive.

M. le ministre de la santé publique et de la sécurité sociale. J'ai parlé de 6.000 diplômes !

M. Daniel Benoist. Ces 26.000 étudiants devront être ramenés à un chiffre que vous n'avez peut-être pas précisé, mais qu'en tout cas une certaine presse a évalué à 6.000. C'est pour cette raison que je faisais état de vos propos.

Quoi qu'il en soit, j'estime qu'il est contradictoire de vouloir limiter le nombre des médecins et, d'autre part, de vouloir s'attaquer à de grands problèmes tels que la médecine préventive, la pollution et la drogue. C'est cette contradiction que je vous reproche.

Nous avons entendu dire ce matin que la médecine préventive était mise en œuvre et que, même, elle existait déjà. Nous avons surtout entendu les mots « Il faut... ». « Il faut faire... » !

Or, pendant près de douze ans, la majorité a eu le temps de réfléchir à la mise sur pied d'un programme global de la santé !

Mais les critiques sont faciles, je le sais. C'est pourquoi je me permettrai de vous faire quelques propositions.

Je ne pense pas qu'il soit possible de maintenir le système libéral de la distribution des soins, dont nous sommes partisans, sans, d'une part, une articulation véritable entre le secteur public et le secteur privé et, d'autre part, une réforme fondamentale des régimes de sécurité sociale.

Les cotisations de la sécurité sociale, vous le savez, monsieur le ministre, constituent un salaire différé. Donc la sécurité sociale est financée par les travailleurs. Vous avez indiqué ce matin, me semble-t-il, que la sécurité sociale ne supportait pas de charges indues. Or elle participe financièrement à certaines formes d'enseignement de la médecine et à la construction d'hôpitaux, qui devraient incomber à l'Etat.

Il faudra par conséquent en arriver — nous le demandons depuis longtemps — à une « fiscalisation » de la sécurité sociale. A partir de là, progressivement, il conviendra de fondre tous les régimes particuliers en un vaste régime général. Il faudra créer, sous le contrôle du ministère de la santé publique, un conseil national de santé tripartite où siègeront, à côté des représentants des collectivités locales, des représentants des organismes de soins et bien entendu des représentants de l'Etat. Ce conseil national aurait pour tâche de dresser un inventaire des besoins actuels et prospectifs. Dans son excellent rapport, M. Peyret a regretté l'absence d'inventaire, à l'échelon national, des établissements publics et privés. Il faudra donc — je le répète — harmoniser le secteur public et le secteur privé, et surtout assurer la réelle exécution des plans.

Un rapporteur a dit très justement qu'entre le moment où est prise la décision de construire un hôpital et celui où le premier malade y est accueilli il se passe parfois plus de dix ans. C'est à vous, dans ce secteur, de prendre les décisions. Vous devez avoir le courage de mettre en place, progressivement, les cabinets de groupe. Il faut, dans un même canton, dans un même quartier, pour maintenir le caractère libéral de la médecine, grouper des médecins généralistes, des spécialistes, des psychiatres, des dentistes, des membres de professions paramédicales.

Ces cabinets de groupe auront la charge de tout un secteur, pour les médecines curative et préventive, la médecine du travail et la médecine scolaire. On doit les lier aux hôpitaux du secteur, réglant ainsi le problème de l'enseignement postuniversitaire et de la promotion. Coordonner le secteur public privé signifie garantir la qualité des soins et la sécurité aux malades dans le secteur privé, à qui peuvent être confiées de grandes responsabilités, à condition que les avertissements du service public soient aussi respectés. Sous cette condition, la concurrence entre le secteur privé et le secteur public nous paraît saine.

Il faut décentraliser la gestion des hôpitaux publics trop grands, jumeler, au contraire, de petits hôpitaux de la deuxième catégorie, deuxième groupe.

Il nous paraît urgent, pour sauver l'hospitalisation publique, plutôt que de créer de nouveaux lits, d'assurer aux hôpitaux publics les conditions d'accueil, de confort et d'humanité auxquelles répondent les établissements privés.

Pour la pharmacie, il faut, monsieur le ministre, mettre en pratique les idées que nous avons été les premiers à défendre : créer un institut national de recherche, un office public de documentation, et supprimer la pléthore de médicaments au conditionnement si coûteux. Mais quelle féodalité vous aurez à abattre !

En aurez-vous le courage, monsieur le ministre ?

Il faut favoriser dès maintenant, à côté de la médecine curative individuelle, indispensable, une médecine préventive sociale, adaptée aux conceptions nouvelles de la médecine dues aux problèmes de notre temps : l'habitat, la protection contre les pollutions et les bruits, les conditions de transport, les conditions de travail, la sécurité du travail.

A ce propos, je vous demande, monsieur le ministre, de bien vouloir corriger les effets de l'amputation massive — plus de la moitié — des subventions accordées aux centres sociaux et socio-culturels. Et cette affaire doit singulièrement intéresser Mlle Dienesch qui connaît le rôle que jouent ces centres dans nos campagnes.

Je conclus sans avoir même épuisé mon temps de parole. Votre budget de la santé publique, monsieur le ministre, est un rapiécage ; ce n'est pas une pièce maîtresse. On constate avec angoisse la diminution de ses crédits d'équipement — d'autres en parleront à cette tribune — et une progression beaucoup trop insuffisante de ceux qui sont affectés à la recherche médicale.

Nous vous félicitons de l'effort que vous avez fait en faveur des handicapés, mais cet effort est encore insuffisant, vous le savez.

Que dire de la médecine scolaire ?

Je vous ai posé à son sujet une question écrite. Les rapporteurs et Mlle Dienesch en ont parlé ce matin. Mais pourquoi, toujours, lorsqu'un décret est pris, n'est-il pas appliqué ? Pourquoi les instructions générales restent-elles lettre morte ? Les équipes médicales scolaires ne sont pas en place et vous laissez toute une jeunesse sans la sécurité qu'offre la médecine préventive, ce qui est grave.

En conclusion, monsieur le ministre, le médecin que je suis estime que votre budget est le parent pauvre dans la nation. Or, un grand pays qui veut aller de l'avant ne peut fonder sa progression que sur l'existence de services de la santé publique véritablement organisés et répondant à tous les besoins. (Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.)

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

M. Alain Griotteray. Rapporteur spécial, l'an passé, du budget de la santé publique, j'avais été amené, monsieur le ministre, à interroger votre prédécesseur sur les conditions dans lesquelles les experts du V^e Plan avaient, dans leurs prévisions de financement, délibérément fixé la participation de l'Etat à 30 p. 100 dans les constructions hospitalières, faussant ainsi d'entrée de jeu l'exécution du Plan.

Le plus modeste des administrateurs locaux sait que la participation de l'Etat se situe toujours entre 40 et 50 p. 100. Votre ministère le savait aussi qui, se pliant aux réalités, continua à accorder une subvention de 40 p. 100.

Le Plan prenait dès sa mise en exécution un retard de 25 p. 100 que les avatars de mai 1968 n'ont naturellement fait qu'augmenter.

Vous nous avez dit ce matin, monsieur le ministre, qu'un tel comportement contradictoire entre les techniciens et les experts des commissions du Plan et les fonctionnaires de votre département — je me permets de rappeler que ce sont parfois les mêmes — n'est désormais plus possible.

C'est donc que, dans ce problème préoccupant du pourcentage de la participation de l'Etat, une doctrine claire existe maintenant. Quelle est cette doctrine dont la définition et l'application conditionnent toutes les réformes suggérées par les commissions spéciales du V^e Plan ?

Elles avaient du reste beaucoup travaillé, ces commissions spéciales. Elles avaient passé en revue toutes les questions qui préoccupent les parlementaires — elles sont exprimées à longueur d'intervention — et par contre coup la Cour des comptes, l'inspection des finances et la fédération hospitalière de France : lenteurs des procédures administratives, incertitude des financements, conflits sectoriels entre la sécurité sociale et le minis-

tère, recherche de l'efficacité dans la gestion des hôpitaux, réforme de la politique du prix de journée.

Je crois en vérité que dans les travaux de ces commissions se trouvent réunies toutes les suggestions et toutes les études qui permettent la décision et l'exécution.

Il est alors difficile, monsieur le ministre, de comprendre la réponse de votre département à ma demande concernant l'amélioration prévue des procédures administratives et financières, réponse que nous a lue en commission des finances le rapporteur spécial et que voici : « Une réforme profonde paraît souhaitable... », ce que tout le monde sait depuis que l'on construit des hôpitaux. » Et — écoutez-moi bien — « les suggestions formulées par les commissions du VI^e Plan pourront servir de base à une étude spécifique ».

Dois-je comprendre que l'administration tire un trait sur les suggestions des mêmes commissions du V^e Plan et que celles du VI^e Plan serviront de base à une étude que l'on évoquera ici à peine dans cinq ans, pour parler à nouveau des suggestions des commissions du VII^e Plan devant servir de base à une étude spécifique ?

Nous sommes bien là devant l'administration bloquée, et pendant ce temps le prix de journée de l'assistance publique, pour ne parler que de lui, qui a augmenté de 50 p. 100 en dix-huit mois, devra subir pour rattrapage une nouvelle augmentation que M. le ministre des finances limitera à 13 ou 14 p. 100 ce qui est énorme et totalement insuffisant.

A quoi sert de nous féliciter de voir le budget de la santé publique échapper partiellement aux rigueurs de la politique d'austérité si, en même temps, nous n'obtenons pas la meilleure utilisation possible des crédits votés par les Assemblées ?

En vérité, il n'est pas besoin de grandes réformes pour appliquer des remèdes qui sont connus. Il suffit que le pouvoir politique commande. C'est, monsieur le ministre, ce que, dans l'administration, tous ceux qui espèrent dans l'efficacité de leur travail — et ils sont nombreux — attendent de vous pour sortir des études, des conflits, de l'inertie. Quant à moi, qui vous résume cette année ce que j'exposais l'an passé comme rapporteur spécial, vous m'avez donné ce matin l'espoir de n'avoir pas l'an prochain, comme un fonctionnaire désinvolte répondant à une question d'un parlementaire de la majorité, à vous relire cette intervention sans y changer une virgule. (Applaudissements sur les bancs des républicains indépendants.)

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

Mme Marie-Claude Vaillant-Couturier. Madame le secrétaire d'Etat, mesdames, messieurs, monsieur le ministre, le budget de la santé était l'an dernier un budget de stagnation. Cette année, c'est un budget de régression.

La politique dite d'austérité pratiquée dans le domaine de la santé publique affecte à la fois le présent et l'avenir. Elle aggrave dangereusement le déséquilibre entre la croissance des besoins et l'insuffisance des structures des secteurs de distribution de soins, de prévention et de recherche scientifique.

Ce qui caractérise votre budget, monsieur le ministre, c'est la diminution des crédits d'équipement. Pour le secteur hospitalier, les autorisations de programme sont réduites de 42 p. 100. Pour les hospices et maisons de retraites, la réduction des crédits était déjà de 14 p. 100 l'année dernière ; cette année elle est de 52 p. 100.

Quand on connaît les conditions dans lesquelles se trouvent tant de vieillards, cette diminution prend un caractère dramatique.

Pour les hôpitaux, C.H.U. et non C.H.U., 26 p. 100 de crédits en moins ; pour la lutte contre le cancer, 31 p. 100 en moins ; pour les maladies mentales, 20 p. 100 en moins, alors que le coefficient d'occupation dans les hôpitaux psychiatriques est de 120 à 150 p. 100 : les crédits pour les transfusions sanguines sont en diminution de 69 p. 100 et, pour la prévention, de 24 p. 100.

Les deux rapporteurs pour la santé confirment qu'en toute hypothèse les chiffres font apparaître un large retard des autorisations de programme nécessaires pour la réalisation du V^e Plan.

Il est du reste raisonnable de penser que c'est l'hypothèse de réalisation minimale qui est le plus vraisemblable. On ne voit pas très bien par quel miracle les crédits bloqués par le plan d'austérité seraient débloqués en cours d'année.

Dans aucun domaine les prévisions du Plan ne seront réalisées. On en est souvent très loin. Par exemple : pour les personnes

âgées, la réalisation du Plan est de 50 p. 100 ; pour les maladies mentales de 47 p. 100 ; pour les P.M.I. et les C.M.S. de 45 p. 100 ; pour les adultes infirmes de 45,44 p. 100 ; pour l'enfance inadaptée de 62 p. 100.

Rappelons que les prévisions du V^e Plan étaient très modestes, puisque les 12.900 millions de francs retenus représentaient un peu plus de la moitié des 22.120 millions que la commission d'équipement sanitaire et sociale considérait comme un plan de stagnation. Sur ces 12.900 millions l'Etat ne s'était engagé que pour un quart.

Du fait de la non-exécution des prévisions du Plan le retard s'accroît par rapport aux besoins de l'équipement hospitalier de notre pays. Si l'on compare le développement du secteur public et du secteur privé, on constate que celui-ci se développe plus rapidement que le secteur public. Mais les établissements privés ne sont pas implantés en fonction des besoins. On trouve la plus forte implantation en chirurgie dans la région parisienne parce que c'est dans cette branche et dans cette région que le taux de profit est le plus élevé.

L'insuffisance des crédits publics donne lieu à une campagne, jusque dans cette Assemblée, en faveur du développement d'établissements de santé privés. Mieux, dans un projet de document du VI^e Plan, il est question d'offre de capitaux privés pour des investissements dans des établissements d'hospitalisation publics.

Or les détenteurs de capitaux privés cherchent avant tout le profit et non pas la satisfaction de l'intérêt général.

Les deux rapporteurs ont parlé de l'augmentation du prix de journée des hôpitaux. Le prix de journée des établissements publics notamment des C.H.U. est grevé des traitements des enseignants et des étudiants, du coût de la recherche et de tout l'éventail des thérapeutiques modernes, y compris les plus coûteuses. Le prix moyen est donc en augmentation constante au point de devenir insupportable pour une malade non mutualiste. Cette augmentation joue en faveur des établissements privés qui n'ont pas les mêmes servitudes.

D'autre part l'augmentation du prix de journée est une des causes du prétendu déficit de la sécurité sociale qui paie non seulement 30 p. 100 des travaux d'équipement des hôpitaux, mais aussi la plus grande part de leurs charges de fonctionnement, ce qui est absolument anormal. Je rappelle qu'en Allemagne fédérale 40 p. 100 des dépenses de fonctionnement des hôpitaux sont pris en charge par l'Etat et les Laender.

Avec le problème de l'équipement, celui de la pénurie du personnel médical, para-médical, administratif et ouvrier reste parmi les plus urgents à résoudre. Chacun d'entre nous peut citer des services où le personnel est à peine suffisant pour satisfaire aux exigences de la sécurité, ou des services nouvellement installés qui ne peuvent pas fonctionner faute de personnel, cela tant en province que dans la région parisienne. Pour les seuls établissements de l'assistance publique, il y aurait lieu de créer 7.000 emplois pour simplement pourvoir au remplacement des agents en congé hebdomadaire.

Les améliorations dues aux accords de Grenelle, augmentations de salaires et de traitements, diminution du temps de travail sont, dans les faits, remis en cause.

Les abandons de carrière sont essentiellement dus aux mauvaises conditions de travail imposant un surcroît de fatigue et rendant la vie de famille difficile.

Les efforts accomplis pour la formation du personnel n'ont pas été poursuivis. Les autorisations de programme pour l'équipement des écoles d'infirmières sont en diminution chaque année. Les subventions aux écoles de formation de personnel sanitaire et les subventions d'études pour les frais d'établissement sont eux aussi en diminution.

L'aide financière — bourse et indemnité compensatrice de salaire — n'est pas améliorée. En fait, la formation aux professions paramédicales et sociales reste fermée aux jeunes dont les parents ne peuvent payer les études.

La pénurie générale de personnel de santé est vraie aussi au niveau des médecins. Vous l'avez reconnu ce matin, monsieur le ministre. C'est pourquoi nous donnons notre appui total au mouvement des étudiants en médecine. Celui-ci a le soutien de toutes les organisations syndicales représentatives et d'un grand nombre de professeurs et de doyens de faculté. Des associations aussi différentes que le Groupe d'étude et de recherche pour une médecine moderne et le Centre Laënnec des étudiants et anciens étudiants en médecine catholiques considèrent que le nombre actuel d'étudiants en médecine de première année n'est pas trop élevé pour répondre aux besoins au moment où

ceux qui termineront leurs études pourront exercer la profession.

Pour avoir de bons médecins, il faut leur donner de bonnes conditions d'étude et de travail ; mais réduire le nombre des étudiants par une sélection arbitraire, dès la première année, parce que, sur les 817 services de C.H.U. prévus par le V^e Plan, 186 seulement sont équipés pour accueillir les étudiants, c'est vraiment une manière malthusienne de régler le problème de la formation médicale et de la santé.

D'autre part, monsieur le ministre, vous avez dit ce matin, que le différend avec les médecins des hôpitaux psychiatriques était en voie de règlement. Il est souhaitable que soit enfin appliquée la loi du 31 juillet 1968 concernant leur statut et que puisse se réaliser une véritable politique de secteur conforme à l'intérêt des malades.

En ce qui concerne la médecine scolaire, il ne sera possible de venir à bout de la pénurie de médecins, d'infirmières et d'assistantes sociales qu'en revalorisant leurs fonctions. Signalons que seule la moitié environ des enfants inscrits a pu être examinée, dans le meilleur des cas, au cours des dernières années.

Pour l'enfance inadaptée, un effort a été accompli cette année. C'est l'un des rares postes où les crédits d'autorisations de programme sont en augmentation par rapport à l'an passé. Néanmoins, il a quand même été frappé par le plan d'austérité : le blocage de 33 millions de francs sur les 59 millions prévus ne permettra la construction que de dix à quinze instituts médico-pédagogiques et médico-professionnels, alors que chacun sait avec quelle impatience ces instituts sont attendus par les familles intéressées. Un personnel qualifié fait également défaut, mais les crédits accordés ne permettent ni la formation ni un recrutement correspondant, même de loin, aux besoins.

Entendez-vous faire bénéficier les adultes déficients mentaux, comme le demandent les associations de parents et comme il avait été initialement prévu, des mesures nouvelles, d'ailleurs trop modestes, pour que les centres d'aide par le travail, si scandaleusement insuffisants en nombre, puissent leur garantir la mise au travail en milieu protégé ?

L'objection tirée de l'obligation alimentaire n'est pas admissible. Il faut rétablir, dans le groupe de chapitres 05 du budget de l'action sociale, les centres d'aide par le travail dans la liste des établissements bénéficiaires.

J'insiste de nouveau sur l'insuffisance dramatique de revenu des handicapés, pour lesquels l'allocation de l'aide sociale ne correspond plus qu'à 40 p. 100 du S. M. I. G., au lieu de 50 p. 100 antérieurement.

La recherche médicale est un autre parent pauvre de votre budget. C'est le signe d'une orientation. S'il y a une légère augmentation des dépenses de fonctionnement, les autorisations de programme, qui étaient déjà en diminution en 1968 et 1969, diminuent encore cette année de 9 p. 100. A une époque où le progrès scientifique et technique renouvelle rapidement le visage de la médecine, cela ne peut être que très préjudiciable à notre pays.

De même est profondément dommageable la diminution de la subvention à l'institut Pasteur, qui est le seul centre de recherche et d'expertise pour les problèmes de microbiologie, de virologie et d'immunologie, et auquel nous devons le prix Nobel de physiologie et de médecine attribué à des Français.

On imagine l'importance du préjudice que causeraient la fermeture de services et le licenciement de chercheurs dont l'institut Pasteur est menacé si l'Etat ne lui accorde pas une aide suffisante.

Il est vrai, monsieur le ministre, que l'on constate certaines réalisations remarquables dans le domaine de la santé publique. Mais, parallèlement, la dégradation se poursuit, parce que vous menez — votre budget en est encore le reflet — non pas une politique nationale de la santé, mais une politique à la petite semaine, où l'on se contente, de-ci de-là, de boucher les trous les plus apparents, une politique dont l'intérêt capitaliste n'est pas absent.

La même orientation se retrouve à propos de tous les problèmes que pose la vie moderne : le logement, l'éducation nationale, le développement économique et social du pays.

On entend de plus en plus parler de rentabilité. Or, s'agissant de la santé du peuple français, rien n'est plus rentable que les investissements permettant de mieux soigner, de mieux enseigner, de poursuivre les travaux de recherche dans les meilleures conditions.

Le droit à la santé implique une politique économique et financière toute différente de celle que pratique le Gouvernement. C'est pourquoi le groupe communiste ne votera pas votre budget. (Applaudissements sur les bancs des groupes communiste et socialiste.)

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

M. Jean Royer. Monsieur le ministre, au nom de mes trois collègues MM. Roux, Lepage et Chaumont, et, bien entendu, au mien, je voudrais traiter des deux problèmes principaux qui caractérisent les hôpitaux en France, notamment les hôpitaux publics : l'investissement et la gestion.

Qu'il me soit d'abord permis de souligner les insuffisances de l'appareil hospitalier public.

Du point de vue quantitatif, nous savons, après toutes les enquêtes qui ont été faites, qu'il faudrait porter de 142.000 à 150.000 le nombre des lits de médecine générale, de 122.000 à 150.000 celui des lits de médecine psychiatrique, et augmenter de plus de 25.000 le nombre des lits de chirurgie.

Les limites de notre effort étant ainsi fixées, venons-en à l'aspect qualitatif.

Après des enquêtes parfois retentissantes, comme celle qui a été publiée dans le *Figaro littéraire* des 18 et 25 octobre dernier, et après toutes les enquêtes minutieuses des inspecteurs généraux, on se rend compte que nombre de nos hôpitaux souffrent d'avoir trop de salles communes, trop de chambres à plus de quatre lits, trop de cuisines éloignées excessivement des lieux de soins, et, surtout, de trop d'insuffisance dans l'accueil, qui pêche par le manque d'organisation et d'humanité.

Un effort étendu, tenace et long s'impose donc, au prix d'un renforcement des investissements.

J'examinerai successivement les deux aspects de ce problème des investissements, qui sont le volume des crédits et les difficultés de leur utilisation. Puis je proposerai trois solutions d'ordre pratique qui me paraissent de nature à remédier à la situation.

Nous nous rendons tous compte aujourd'hui des insuffisances du V^e Plan, qui avait prévu 12.650 millions d'investissements généraux, mais avec seulement une subvention de l'Etat, notoirement faible, de 2.950 millions, et sans que, en dépit de nos demandes, nous ayons pu obtenir, pas même du ministre de la santé publique, l'établissement d'un schéma de financement définitif associant la subvention de l'Etat, le prêt de la sécurité sociale, les participations des collectivités locales et l'autofinancement des hôpitaux. C'est là une première insuffisance.

La seconde résulte des restrictions de crédit décidées cette année. Vous nous avez exposé vos difficultés très franchement, monsieur le ministre, nous les comprenons et nous souhaitons que le fonds d'action conjoncturelle débloque en priorité les 152 millions de francs qui vous manqueront cette année.

Quant aux crédits dont vous disposez, ils sont d'une utilisation difficile, du fait des lenteurs administratives et de la préparation technique, du manque de coordination entre les services — services des ponts et chaussées, contrôleurs, services techniques proprement dits de l'action sanitaire et sociale — du fait de la manie centralisatrice, qui fait que trop de dossiers sont envoyés au sommet, notamment aux services du Vésinet, en fonction de leur capacité d'études; enfin et surtout, du fait que les organismes de contrôle ne sont pas associés, dès le départ, à la conception technique et à l'étude des plans.

Etant donné qu'en six ou huit ans les normes et les données techniques peuvent changer, et que les contrôleurs n'ont pas été associés initialement aux projets, on aboutit à des renouvellements de projets éminemment regrettables.

Pour pallier ces difficultés, je propose trois solutions.

Vu l'insuffisance des crédits publics et le fait que, dans de nombreux secteurs de l'opinion, on reproche à l'hospitalisation privée d'accéder beaucoup plus facilement au marché financier que l'hospitalisation publique, ce qui crée ainsi entre les deux une distorsion injuste, je propose que la construction des hôpitaux soit confiée à des sociétés d'économie mixte.

Là où elles existent, le décret de 1953 et la loi de 1960 permettent aux hôpitaux d'acquérir des parts dans de telles sociétés. Là où elles n'existent pas, à l'échelon départemental par exemple, il importe d'en créer.

J'y vois trois avantages très nets, et je suis sûr de vous rendre service, monsieur le ministre, en les définissant.

Le premier est de rassembler dans une seule société, sous une même unité de commandement, les parties qui concourent à la

construction : l'autorité de tutelle à l'échelon départemental ou régional, c'est-à-dire le préfet et le directeur de l'action sanitaire et sociale — le préfet étant d'ailleurs, d'après la loi, membre de droit de la société d'économie mixte — le directeur du futur établissement; le doyen, s'il s'agit d'un centre hospitalier universitaire; et le maire, qui est le président de la commission administrative. Vous rassemblez donc toutes les autorités compétentes pour les faire participer à l'acte de construction.

Deuxième avantage : vous permettez à la société d'économie mixte d'emprunter des fonds privés sous forme de prêts complémentaires à l'ensemble des subventions publiques. Vous aurez d'autant plus besoin de ces prêts complémentaires que la création d'un lit revient entre 100.000 et 120.000 francs, surtout dans un C. H. U. et que certains C. H. U., avec leurs équipements, coûtent jusqu'à 140 millions de francs.

Troisième avantage, le plus important : par le truchement de la société d'économie mixte, vous pouvez mobiliser des crédits de relais. En effet, pendant toute la durée de la construction, il n'y aura pas de malades dans l'hôpital et il vous faudra cependant amortir les emprunts contractés sur trente ans auprès de la Caisse des dépôts et consignations. Comment les amortir s'il n'y a pas de recettes ? Compter sur le prix de journées des hôpitaux existants pour financer l'amortissement des hôpitaux à venir serait une mauvaise formule sur le plan de l'orthodoxie financière.

Grâce aux fonds de relais de la société d'économie mixte, vous assurez la continuité du chantier et vous pouvez même écourter les travaux et les rendre moins coûteux. Car ce qui les rend coûteux, c'est souvent leur durée excessive.

Tel est le système que je préconise. Je vous demande de le faire étudier non seulement par vos services, mais aussi et surtout par les services des finances puisque tout revient, en fin de compte, dans ce pays, à la Rue de Rivoli.

J'ai déjà appliqué l'expérience à Tours. L'hôpital va être construit par la société d'économie mixte de Tours — encore que l'autorité de tutelle y ait vu apparemment quelque inconvénient ! — et il vous suffit de nous donner le feu vert pour que nous commençons les travaux.

Mais il est un second moyen : la loi de programme.

On prépare le VI^e Plan. Nous allons encore avoir, immanquablement, au cours de ce VI^e Plan, dans le cadre d'une économie fragile, une conjoncture variable. Faudra-t-il encore tantôt accélérer le rythme de la construction, tantôt le freiner ?

Dans le domaine militaire, le Parlement a voté, par deux fois, des lois de programme. Il nous faut voter une loi de programme pour les établissements hospitaliers. (Applaudissements.)

Cette loi aura deux volets, dont le premier concernera les établissements neufs, les établissements blocs, qui sont déjà conçus ou qui le seront en toute liberté architecturale. Car l'architecture stéréotypée n'est plus de mise. Prenez garde aux réactions des malades devant l'environnement architectural des hôpitaux où ils sont appelés à être soignés. Il ne faut pas oublier que le malade est un patient, beaucoup plus sensible que l'être en bonne santé. (Applaudissements.)

Non seulement il faudra veiller à programmer les bâtiments neufs avec toute la souplesse d'architecture voulue, mais il faudra aussi créer un programme de dépannage. En d'autres termes, partout où l'on ne pourra pas construire des établissements neufs dans le cadre du VI^e Plan parce que les crédits seront trop restreints, il faudra prévoir la construction rapide, en matériaux industrialisés légers, de pavillons qui vous permettront de décongestionner les hôpitaux en créant des services d'urgence ou de convalescence qui éviteront le surpeuplement.

Il est un troisième moyen, et là je m'adresse aux techniciens qui sont placés derrière vous, monsieur le ministre, et je leur dis : « Envoyez donc, du Vésinet, des *missi dominici* en province, partout où vous aurez à faire construire des hôpitaux importants, et que ces *missi dominici* s'associent aux équipes de constructeurs dès le début de la conception ! Qu'ils exigent que les programmes conçus par les médecins soient établis et signés une fois pour toutes, de façon qu'ils ne varient pas au fur et à mesure que les réunions de coordination se succèdent ! »

Là, je suis dans le réel, mesdames, messieurs. C'est comme cela que l'on construit des hôpitaux ! (Applaudissements.)

Voilà les trois suggestions pratiques que je tenais à vous soumettre, monsieur le ministre. Et, puisque vous avez été maire...

M. le ministre de la santé publique et de la sécurité sociale. Je le suis toujours, monsieur Royer !

M. Jean Royer. Pardonnez-moi, monsieur le ministre. Je vous souhaite de le rester longtemps, car c'est une noble mission.

Et puisque vous êtes maire, je suis persuadé que vous tirerez profit à suivre ces conseils.

Je voudrais parler maintenant de la gestion.

Le premier problème est celui du surpeuplement des hôpitaux et de la durée du séjour.

Nous cherchons tous à réduire le déficit de la sécurité sociale. Or l'une des causes de ce déficit, c'est précisément la charge énorme que représente le prix de journée dans les hôpitaux, qui est fonction de la durée du séjour.

Le V^e Plan envisageait déjà de réduire de vingt à seize jours la durée moyenne de séjour. Il faut persister dans cette voie. Mais comment faire ?

C'est une affaire d'équipement. Quand vous aurez davantage de laboratoires, de services d'exploration fonctionnelle, de radiologie et de kinésithérapie, vous pourrez diminuer la durée de l'hospitalisation préparatoire au diagnostic des médecins ou la durée du contrôle des traitements. C'est là qu'il vous faut d'abord attaquer. N'hésitez donc pas à prévoir des crédits d'équipement importants.

Il est un autre grave problème que vous devrez aborder, lorsque, au printemps prochain, vous élaborerez votre projet de loi hospitalière : celui des ressources et de la gestion des hôpitaux.

Pourquoi nos établissements publics ne bénéficient-ils pas des mêmes conditions de règlement des actes médicaux que les cliniques privées ? Il n'y a aucune raison que les remboursements d'honoraires ne puissent pas se faire, ici comme là, sur un plan d'égalité. Cela vous procurerait des ressources plus importantes pour le fonctionnement des établissements.

Il faudrait aussi que les organismes qui, telle la sécurité sociale, sont chargés du remboursement des frais d'hospitalisation, puissent le faire en quelque sorte et pour un certain volume par avance, quitte à procéder aux ajustements nécessaires quand seraient exactement connues les dépenses définitives. Car, à l'heure actuelle, les fonds rentrent beaucoup trop tard, sans parler de ceux qui sont immobilisés par les dossiers d'aide et d'assistance médicale confiés au contentieux.

La conséquence d'une telle situation est que, si nos hôpitaux assurent normalement le paiement de leur personnel et des frais de fonctionnement, ils règlent leurs fournisseurs avec beaucoup trop de retard, ce qui fait que ceux-ci, lors des adjudications, augmentent leurs prix par mesure de précaution.

Enfin, il faudra que vous augmentiez les fonds de roulement de nos établissements. Vous n'imaginez pas quels graves problèmes de trésorerie connaissent actuellement nos vingt-six C. U. U., auxquels la loi de 1932 interdit de demander une avance au Trésor et qui peuvent difficilement en demander une à la ville ou au département. J'ajoute que les difficultés de trésorerie sont d'autant plus aiguës que les hôpitaux sont plus importants.

Je vous demande aussi, monsieur le ministre, de poursuivre avec ténacité votre effort de recrutement d'infirmières. Il en manque 6.000 pour toute la France. Or l'infirmière, comme l'aide soignante, c'est le visage de l'hôpital pour le malade. Selon le sourire ou la crispation de ce visage, selon sa disponibilité ou sa rigidité, le malade se sent bien ou mal et l'on sait que le moral compte pour beaucoup dans la guérison.

Il faut aider les infirmières en leur attribuant des logements. Depuis quatre ans, je réclame que l'Etat fasse pour elles, à cet égard, le même effort qu'il consent en faveur des étudiants. J'ai présenté des propositions constructives à ce sujet. Elles permettraient, à mon avis, de faciliter le recrutement.

Il faut aussi penser à la formation des aides soignantes. Ne les négligeons pas. On devrait aider les hôpitaux à créer des écoles d'aides soignantes, comme on le fait pour les écoles d'infirmières.

Enfin, je voudrais insister sur la nécessité d'une coopération entre les centres hospitaliers universitaires et les hôpitaux de deuxième catégorie, en vue de faciliter la décentralisation des étudiants. Etant donné la pénurie du nombre des lits offerts par les centres hospitaliers universitaires pour les études pratiques des étudiants il importe que ceux-ci puissent se former dans les hôpitaux de deuxième catégorie.

Une coopération doit s'établir également entre l'hospitalisation privée et l'hospitalisation publique. Par convention, une inter-pénétration des services doit s'opérer, et nous avons tout intérêt à ce qu'il en soit ainsi.

Telles étaient les suggestions qu'un maire peut présenter à un ministre dans le cadre d'un budget difficile, insuffisant, mais dont le contexte administratif et technique mérite lui aussi d'être renouvelé. La politique de la santé publique que vous voulez faire rayonner dans le pays commence par une nouvelle politique hospitalière. (Applaudissements sur les bancs de l'Union des démocrates pour la République, du groupe des républicains indépendants, du groupe Progrès et démocratie moderne et du groupe socialiste.)

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

M. Jacques Delhalle. Monsieur le ministre, madame le secrétaire d'Etat, dans le temps réduit qui m'est imparti, je me bornerai à examiner avec vous les problèmes de l'âge adulte, les problèmes de ceux que l'on appelle les « inadaptés ».

Grâce à l'esprit d'entreprise et d'efficacité des responsables d'associations de parents d'enfants inadaptés, grâce aussi à l'effort fait par l'Etat depuis dix ans, et malgré un retard dans la réalisation du V^e Plan, nombre d'établissements ont été créés. Quoique en nombre insuffisant pour répondre totalement aux besoins, surtout dans certaines catégories d'inadaptation, leur existence apporte un soulagement important à ceux qui, accablés par la fatalité, élèvent un enfant inadapté.

Par cet effort de mobilisation intellectuelle, morale, pédagogique, associé à un effort financier non moins important de l'Etat et de la sécurité sociale, l'enfant voit progressivement augmenter son quotient intellectuel, modifier son comportement, améliorer sa sociabilité, grâce au dévouement et à la compétence d'éducateurs, de pédagogues et de moniteurs auxquels il convient ici de rendre hommage.

Mais où mènent tous ces efforts conjugués ? Pratiquement à rien...

Certes, la circulaire du 9 avril 1969 a autorisé le maintien des handicapés de plus de 20 ans dans les instituts médico-pédagogiques et les instituts médico-professionnels jusqu'à l'âge de 25 ans. Mais après ?... Il n'y a que quelque 4.000 places dans des centres d'aide par le travail et de rares ateliers protégés.

Ainsi l'adulte inadapté, après 14 années d'éducation spécialisée coûteuse, rentre dans ses foyers ou, ce qui est pire, rejoint un hospice ou un centre psychiatrique et perd en quelques mois tout le bénéfice de son éducation.

l'insiste particulièrement sur le côté matériel de la chose, car on reproche souvent à ceux qui sont chargés de fonctions sociales, de perdre de vue la notion économique.

Est-il admissible que l'on puisse ainsi investir à fonds perdus ? A-t-on le droit de redonner un espoir à des parents affligés pour le leur retirer lorsque leur enfant atteint sa vingtième année ?

La politique menée ces dernières années en faveur de l'enfance handicapée commence à porter ses fruits mais il est urgent, monsieur le ministre, madame le secrétaire d'Etat, de donner priorité à la suite.

Entre 1960 et 1970 les crédits consacrés à l'enfance inadaptée ont été multipliés par 20,4. Ceux qui intéressent les infirmes adultes par 3,2.

Ces mêmes crédits concernant les infirmes adultes représentaient 37 p. 100 des crédits de l'enfance inadaptée ; ils n'en représentent plus que 0,06 p. 100 en 1970.

Certes, dans votre budget, sur les 99 millions de francs de crédits nouveaux accordés au titre du programme d'urgence en faveur des handicapés, 23 millions le sont au titre de la formation professionnelle, dans le cadre d'une convention avec l'association pour la formation professionnelle des adultes, et 4.750.000 francs à titre de primes d'équipement versées aux entreprises pour les inciter à créer des postes de travail pour handicapés. Je suis sceptique sur l'efficacité de cette seconde mesure qui ne peut concerner d'ailleurs qu'une fraction de diminués physiques ou sensoriels.

Quant à la première mesure, elle ne concernera qu'un petit nombre d'handicapés dont on saura, au préalable, qu'ils sont insérables ensuite dans le monde normal du travail.

J'aurais préféré, quant à moi, qu'une partie importante de ces crédits soit affectée à la création d'ateliers protégés ou de centres d'aide par le travail qui assurent eux-mêmes la formation, en fonction des fabrications qu'ils auront la possibilité d'obtenir sur le marché local et où les intéressés auront une adaptation continue à leur milieu de travail — je pense surtout aux débilés moyens et profonds.

Une telle orientation aurait eu le mérite de rendre obligatoire l'examen du fonctionnement des centres, grave problème évoqué

ce matin par notre collègue M. Peyret dans son rapport. Il est en effet urgent que notre Assemblée et le Gouvernement se penchent, afin de la résoudre, sur l'irritante question de l'obligation alimentaire appliquée aux handicapés. Il est inadmissible de voir des parents verser 600 F et plus par mois pour faire travailler leur enfant dans un centre d'aide par le travail. Toute la politique de la création, de l'implantation, du fonctionnement des centres est à revoir.

Permettez-moi une suggestion : pourquoi ne pas prendre exemple sur les ateliers hollandais qui donnent satisfaction et qui allient les efforts de l'Etat, des collectivités locales et des industriels ?

Pour la création de ces ateliers ou centres, ayez recours aussi à l'industrialisation, certes pour obtenir une diminution du prix de revient mais surtout pour éviter le long, fastidieux et onéreux cheminement des dossiers.

J'aurais voulu évoquer ici le problème des centres médico-psychopédagogiques auxquels j'attache beaucoup d'importance, car ils devraient être un véritable outil spécialisé d'une efficace médecine scolaire. Le temps qui m'est réservé ne me le permet pas, mais je remercie le docteur Peyret, rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales d'en avoir fait mention dans son rapport écrit.

Pour conclure, je vous invite à méditer cette citation d'un confrère : « Le comportement d'une société envers ses déviants est un des meilleurs témoignages de son degré de civilisation ». *(Applaudissements sur les bancs de l'union des démocrates pour la République.)*

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

M. André Saint-Paul. Mesdames, messieurs, tout budget est le reflet précis d'une politique et je me suis penché avec beaucoup d'attention sur celui, bien complexe encore cette année, des affaires sociales. J'ai recherché minutieusement, en étudiant et en comparant les chiffres la finalité poursuivie sur un plan général. J'ai essayé de découvrir les améliorations que l'on pouvait espérer, dans le détail, apporter à la solution de problèmes toujours d'actualité, dans le vaste domaine de la santé publique et de la sécurité sociale. Ayant conscience d'être incomplet, il me sera seulement possible, en quelques minutes, d'évoquer trois problèmes qui me paraissent particulièrement importants : la sécurité sociale, l'enfance inadaptée, l'hospitalisation.

La sécurité sociale : dans son très intéressant rapport, M. Ribadeau Dumas fait une étude approfondie de cette institution, de son évolution, et expose très objectivement les nombreuses questions qui ont été soulevées lors de la discussion budgétaire devant la commission des affaires culturelles, familiales et sociales.

C'est effectivement un des problèmes les plus importants à l'heure actuelle, puisqu'il concerne 98 p. 100 des Français et que ce budget se chiffrera, en 1970, par l'imposante somme de 135 milliards de francs. Il est à noter, cela a déjà été dit, que dans cette masse budgétaire de dépenses, l'Etat n'intervient que pour 8.600 millions, soit environ 7 p. 100 de l'ensemble. Nous conviendrons, avec notre rapporteur, que cette aide apportée par l'Etat est extrêmement dispersée et que la protection sociale en France, au terme de multiples étapes, au cours desquelles de nombreux secteurs ont obtenu des avantages particuliers, a perdu le caractère logique de son homogénéité. Tout le monde a été garanti, mais selon des processus différents, selon un ordre disparate qui aboutit nécessairement dans bien des cas au manque d'équité.

Les fonds du régime général compensent les lourds déficits, entiers ou partiels, de certains régimes particuliers. Mais, dans le même temps, des insuffisances manifestes persistent dans les prestations accordées aux plus défavorisés.

Les pensions d'invalidité, les rentes et pensions vieillesse des assurances sociales, malgré les augmentations progressives que vous avez rappelées ce matin, monsieur le ministre, représentent encore des ressources bien minimes pour des assurés qui ne peuvent plus travailler et qui n'ont rigoureusement que ces allocations pour vivre.

L'allocation minimum de vieillesse a été augmentée, et le sera encore puisqu'il est prévu qu'elle sera portée par paliers à 3.000 francs au 1^{er} octobre 1970, ce qui veut dire que ces personnes âgées perçoivent actuellement 225 francs par mois, et en percevront 250 au 1^{er} octobre 1970. Le pourcentage d'augmentation est peut-être imposant, mais la somme perçue est encore presque une aumône, compte tenu du coût de la vie.

Les veuves d'assuré, ayant dépassé l'âge où elles peuvent pratiquement trouver du travail, sont toujours dans une situa-

tion tragique, puisque rien n'est encore prévu pour l'élargissement de leurs droits.

Les enfants handicapés, les infirmes mentaux qui atteignent leur vingtième année sont toujours considérés comme des adultes au regard de leurs droits à la sécurité sociale, alors que depuis longtemps tout le monde s'accorde à réclamer pour eux le bénéfice des prestations au titre d'ayants droit.

Les prestations familiales, en dépit des taux actuels rappelés dans le rapport, n'ont certainement pas permis aux familles de rattraper leur pouvoir d'achat dépassé depuis longtemps. Le budget de 1970 fait cependant apparaître un excédent de recettes de 1.535 millions de francs, qui permettrait aisément ce rattrapage.

Ayant constaté les insuffisances dans le domaine des prestations destinées aux plus déshérités, examinons maintenant le bilan de la sécurité sociale.

Pour l'année 1969, la branche assurance-maladie fait apparaître un déficit de 345 millions de francs. Le déficit prévu pour 1970 atteindra le milliard de francs !

Il est un fait statistiquement bien connu : les dépenses de santé croissent régulièrement de 12 p. 100 environ par an. C'est là la rançon du progrès, de la civilisation, de la science. On pourra beaucoup épiloguer sur ce sujet et certains d'entre vous, j'en suis sûr, ne manqueront pas de le faire.

Chaque citoyen, quelle que soit sa condition, a droit aux soins que la médecine met à sa disposition ; chaque travailleur devrait pouvoir, lorsque la maladie le contraint de cesser son travail, percevoir une indemnité décente lui permettant de continuer à vivre normalement. L'accidenté, l'invalide, le vieillard, devraient avoir droit à une existence honorable. C'est aux plus humbles que je pense, mais ils sont plus nombreux que vous ne le croyez ceux qui, avec la maladie, voient entrer chez eux la gêne pour toute la famille. C'est, hélas ! une question de moyens et d'équilibre financier.

La réforme récente de la sécurité sociale, imposant notamment à chaque caisse d'assurer son équilibre, est incapable de résoudre ce problème. Il resterait la solution de diminuer les prestations ou, d'une manière plus nuancée et qui a été envisagée, de moduler l'application du ticket modérateur en tenant compte des ressources de chacun.

Nous y sommes opposés car nous désirons défendre, avec le principe même de la sécurité sociale, les droits acquis par la classe ouvrière. Nous tenons à l'assurance de cette sécurité et de ce droit aux prestations. Toute autre formule soumise à l'appréciation de conditions de ressources ferait revivre la notion d'assistance, humiliante, et ouvrant la porte à l'injustice. Sur le plan pratique, cela provoquerait d'insoupçonnables difficultés de gestion, les droits devant être examinés en fonction de chaque individu, ce qui aboutirait inéluctablement à une intolérable disparité de décisions.

Qu'il me soit permis de faire remarquer que pour obtenir une plus grande justice dans le domaine des ressources, il suffirait tout simplement de déflaconner les cotisations. Sans doute, en l'état actuel des choses, des améliorations pourraient être apportées, chacun faisant preuve d'un meilleur esprit civique.

Les assurés sociaux, les médecins doivent prendre conscience que la sécurité sociale, dans la forme qui est la sienne en France, est la plus libérale, la plus humaine, mais que chacun est responsable de sa survie. Le corps médical qui est le grand ordonnateur de toutes les dépenses de maladie doit avoir conscience que si la liberté totale de prescription est la condition indispensable d'une bonne médecine, les impératifs économiques grandissants sont aussi une réalité inéluctable.

Pour prévenir les abus, le contrôle médical doit être amélioré, adapté et pouvoir profiter des possibilités statistiques modernes que lui offre l'informatique, encore que, dans ce domaine, je reste convaincu qu'une collaboration constante et loyale entre les médecins conseils et les médecins praticiens est le facteur essentiel de l'efficacité.

La nomenclature officielle des actes professionnels médicaux et chirurgicaux doit être revue et surtout simplifiée. Pour parvenir néanmoins à un équilibre durable, je pense qu'il n'y a d'issue que dans une refonte totale du système, une révision du financement fondée sur une fiscalisation partielle permettant à l'Etat, à l'image de la plupart des pays européens, d'assurer la pérennité d'une institution qui doit être avant tout un acte de solidarité nationale.

M'intéressant depuis toujours à l'enfance handicapée, je comptais intervenir, comme je l'ai déjà fait à propos du budget de l'éducation nationale, sur ce douloureux problème. Après tout ce qui a été excellemment dit par plusieurs collègues, et après

vous avoir entendue ce matin, madame le secrétaire d'Etat, je me bornerai à me réjouir à mon tour qu'un effort particulier soit fait en faveur de cette catégorie d'infirmités si digne d'intérêt. Après tous mes collègues, et surtout après vous, madame le secrétaire d'Etat, je proclamerai que cet effort supplémentaire de 99 millions de francs ne doit être que la première étape, bien modeste, compte tenu des immenses besoins, de l'aide que la société des bien-portants se doit d'accorder à ces malheureux enfants et leurs familles si méritantes.

A l'heure même où se tiennent à Paris les troisièmes assises nationales de l'hospitalisation publique, je voudrais, en ma qualité de médecin et de président d'une commission administrative, dire quelques mots du problème de l'hospitalisation.

Du point de vue des investissements, 7 milliards de francs ont été réalisés à l'échelle du V^e Plan, sur les 13 milliards de francs prévus comme devant être un strict minimum absolument indispensable.

Pour le seul budget de 1970, le docteur Peyret signale dans son rapport une diminution de plus de 200 millions de francs des autorisations de programme. Dans un budget de l'Etat de 160 milliards, 1,5 p. 1000 est affecté aux constructions d'hôpitaux, alors que les besoins sont immenses. Une fois de plus, en raison de la conjoncture financière, l'hôpital est l'éternel sacrifié. Il s'agit là d'une constatation qui découle de la simple lecture des chiffres.

Avec l'hôpital, cependant, se pose tout le problème de l'évolution de la médecine moderne, tout le problème, angoissant à l'heure présente, de la formation des médecins, des auxiliaires médicaux. C'est un sujet très vaste que je n'aborderai pas au fond car il déborderait largement le cadre d'un débat budgétaire. Mon confrère et ami, le docteur Benoist, en a évoqué les grands chapitres il y a quelques instants.

Je me bornerai à insister à mon tour auprès de vous, monsieur le ministre, afin que soient précisés le plus rapidement possible, par un large débat, les fondements d'une véritable politique de l'hospitalisation dans notre pays. Ce débat nous permettra de définir enfin avec précision, en abordant tous les problèmes qui s'y rapportent, les principes fondamentaux de la santé publique en France. (Applaudissements sur les bancs des groupes socialiste et communiste.)

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

M. Hector Rivierez. Monsieur le ministre, je viens, d'une part, vous adresser un remerciement, de l'autre, vous demander de dissiper une inquiétude.

Voici, d'abord, le remerciement. Vous avez accepté de créer dans votre ministère une structure administrative légère chargée d'assurer la coordination avec le ministère des départements et territoires d'outre-mer, pour les questions sociales intéressant les départements et territoires d'outre-mer. C'est une demande que j'avais adressée depuis longtemps à vos prédécesseurs. Elle est satisfaite, je vous en remercie. Lorsque cette organisation sera mise en place, nous n'aurons plus à craindre un décalage de trois, quatre, quelquefois même six ou huit mois, entre la parution des décrets relatifs à l'aide sociale aux allocations familiales intéressant la métropole et leur application dans les départements d'outre-mer.

Et voici l'inquiétude : elle est vive, elle concerne l'hôpital de Kourou.

En 1968, la décision a été prise par la commission nationale d'équipement hospitalier de créer l'hôpital de Kourou. L'autorisation de programme correspondante aurait dû normalement intervenir en 1969. J'apprends qu'il y a des difficultés pour l'octroi de cette autorisation de programme en 1970, autorisation de programme que nous attendions tous. Je ne comprends pas que ces difficultés existent. Evidemment, j'entends bien qu'elles tiennent sans doute aux difficultés que vous rencontrez vous-même pour votre budget. Mais je vous demande, dans le choix que vous allez faire, de retenir cet hôpital de Kourou. Pourquoi ? Parce que, si l'affaire a un aspect familial et intéresse bien entendu notre département, elle a aussi un aspect international.

En ce qui concerne l'aspect familial, la décision ayant été prise depuis 1968, compte tenu de toutes les conditions, de toutes les circonstances qui militaient en faveur de la création de cet hôpital, il est inutile d'y revenir.

En ce qui concerne l'aspect international, nous avons pris, envers le C. E. C. L. E. S. - Eldo l'engagement d'avoir cet hôpital en 1970, au moment du tir de l'Eldo. Il ne sera pas

mis en place. Par conséquent il faut souhaiter qu'il soit terminé au moins en 1971, et il ne le sera, monsieur le ministre, que si vous acceptez de faire la promesse de subventions en 1970.

Je vais plus loin. La France rencontre, avec ses partenaires de l'Eldo, des difficultés pour le renouvellement des tirs après 1972 et le Gouvernement a déclaré par la voix de M. Ortoli, ministre du développement industriel et scientifique, que le centre spatial de la Guyane, qui constitue une réussite scientifique extraordinaire, serait mis à la disposition des nations et des organismes internationaux qui voudraient l'utiliser.

Le Gouvernement a ainsi manifesté sa volonté de pratiquer une politique de large coopération. Encore faut-il que la base soit achevée, et elle ne le sera que par la construction d'un hôpital. Toute autre solution est inconcevable.

Ces raisons que, j'en suis sûr, vous examinerez avec une attention soutenue, monsieur le ministre, devraient vous conduire à décider qu'en 1970 vous accorderiez la subvention que nous vous demandons avec insistance. Sinon, nos partenaires de l'Eldo seraient désagréablement surpris que notre parole ne soit pas tenue, et ce serait un mal pour la France. (Applaudissements sur de nombreux bancs.)

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

M. François Grussenmeyer. Monsieur le ministre, madame le secrétaire d'Etat, dans sa session de janvier dernier, l'assemblée consultative du Conseil de l'Europe a rendu un vibrant hommage à l'Organisation internationale du travail à l'occasion de son cinquantième anniversaire.

Membre de la commission sociale du Conseil de l'Europe, j'ai associé la délégation française à l'hommage rendu, en mettant l'accent sur l'action bénéfique de l'O. I. T. et le travail fructueux fourni par le Bureau international du travail à Genève.

L'occasion m'a ainsi été donnée de souligner que notre pays se trouvait largement en tête en ce qui concerne la ratification des conventions de l'O. I. T.

La France a, en effet, ratifié soixante-dix-neuf conventions, suivie par la Belgique et l'Italie, avec soixante-sept conventions, et devançant ainsi largement la très sociale Suède, qui ne compte que quarante-sept ratifications. En revanche, la France est un des rares grands pays de l'Europe occidentale qui n'ont pas encore accepté la charte sociale européenne. Peut-être, sous votre impulsion, monsieur le ministre, cette ratification interviendra-t-elle bientôt.

Mais pourquoi se plonger dans les profondeurs de l'Europe si, dans notre pays, il reste encore tellement à faire dans le domaine social ? S'il est opportun, en effet, pour des raisons politiques, économiques, financières et sociales, d'harmoniser rapidement la législation sociale, maillon indispensable de cette chaîne qui doit unir les nations européennes, il n'est pas moins urgent de se pencher sur les problèmes sociaux dans notre propre pays, en vue de parfaire les dispositions en vigueur.

Je suis sûr que l'Assemblée ne m'en voudra pas si, une nouvelle fois, je me permets d'appeler l'attention du Gouvernement sur les lacunes et les insuffisances que comporte notre système de protection des orphelins et des veuves.

La France est, en effet, le seul pays d'Europe occidentale où il n'existe pas de pension spéciale pour les veuves.

Je n'analyserai point, en raison du peu de temps de parole qui m'est imparti, les dispositions en vigueur en Belgique, en Italie, en Allemagne ou en Angleterre. Mais je soulignerai avec force que notre pays n'a pas le droit d'être en retard dans ce domaine. Ce serait scandaleux, puisque nous avons les moyens de nous hisser au niveau des nations qui nous entourent.

Une proposition de loi a été déposée par M. Peyret, concernant l'aide aux orphelins, et moi-même j'ai déposé une proposition de loi tendant à instituer une pension de veuve. Je serais très heureux si le Gouvernement acceptait la discussion de ces deux textes lors de la prochaine session de printemps.

Ma proposition de loi ne se rapporte évidemment qu'aux veuves actuellement non bénéficiaires d'une pension, c'est-à-dire en principe à celles âgées de moins de 65 ans. Mais il y aurait lieu d'améliorer aussi les dispositions en vigueur concernant les veuves de 65 ans ou de plus de 60 ans, lorsqu'elles sont inaptes au travail.

Je veux parler de l'article L 351 du code de la sécurité sociale qui dispose : « Pour bénéficier de la pension, il faut que la conjointe ait été à la charge du mari, au moment du décès de ce dernier. »

Cette notion conduit souvent à des injustices flagrantes et, si elle ne pouvait être complètement supprimée, il conviendrait au

moins d'élever d'une façon appréciable le chiffre limite des ressources du conjoint.

Toujours selon les dispositions actuellement en vigueur, il faut que le conjoint ne soit pas lui-même bénéficiaire d'un avantage au titre d'une législation. Le cumul d'un droit personnel et d'un droit dérivé, tous deux du régime général, n'est en effet pas possible.

Il en est de même lorsque le droit dérivé provient du régime général et le droit personnel d'un autre régime de sécurité sociale — régime spécial des artisans, commerçants ou agriculteurs, par exemple.

Il est choquant que des couples qui ont consenti un double effort de cotisation n'obtiennent pas, à la fin de leur activité, une contrepartie.

Pour améliorer la pension des veuves, il serait souhaitable aussi de leur accorder une fraction supérieure à la moitié de la pension du défunt. Il est reconnu que certaines charges d'une personne vivant seule sont pratiquement identiques à celles d'un couple. Les frais de chauffage, d'éclairage, de loyer, ne sont pas réduits de moitié lorsque la personne vit seule. Aussi conviendrait-il de porter l'allocation de la veuve de 50 à 70 p. 100 de la pension de feu son mari.

Telles sont les quelques réflexions que je me suis permis de vous livrer et auxquelles s'associe mon excellent collègue M. Jacson qui, pour éviter des redites, m'a très aimablement cédé son temps de parole, ce dont je le remercie.

En définitive, il s'agit d'assurer aux veuves, quelle qu'ait été la situation sociale du mari, les ressources nécessaires pour conserver au sein de la société la dignité à laquelle elles aspirent. Elles ont une véritable créance morale sur les couches actives de la population et le devoir du Gouvernement est de les aider à la faire honorer.

En améliorant les dispositions en vigueur, en vous penchant sur le sort des plus déshérités, vous contribuerez, monsieur le ministre, madame le secrétaire d'Etat, à créer la « nouvelle société ».

Pour que celle-ci devienne une réalité, il faut agir non seulement dans le domaine économique et financier, mais aussi dans le domaine social car, comme l'a dit hier à cette tribune, M. le Premier ministre, la nouvelle société n'a de sens que si chacun éprouve le sentiment d'y avoir sa juste place. (Applaudissements sur de nombreux bancs.)

M. le président. La parole est à M. de la Verpillière.

M. Guy de la Verpillière. Monsieur le ministre, madame le secrétaire d'Etat, j'interviens au nom de M. René Feit, qui a été rappelé à la suite d'un décès survenu dans sa famille et qui m'a demandé de bien vouloir lire l'intervention qu'il avait l'intention de présenter devant vous.

« Il semble bien qu'enfin, indique M. Feit, notre société commence à se préoccuper réellement des immenses et douloureux problèmes que pose la situation des handicapés physiques et mentaux et le budget qui nous est présenté témoigne incontestablement, malgré l'austérité, de l'effort particulier qu'a voulu accomplir le Gouvernement en faveur des handicapés. Mais les besoins en la matière sont, hélas ! encore loin, très loin, d'être même partiellement satisfaits.

« Le sujet est trop vaste pour être traité ici dans son ensemble. Je limiterai donc cette intervention aux problèmes des handicapés adultes, vus sous l'angle, d'une part, de leur réinsertion professionnelle et sociale, d'autre part, de leur couverture sociale et de leurs ressources.

« L'insuffisance des places disponibles dans les instituts médico-pédagogiques et médico-professionnels a été soulignée par plusieurs orateurs. Mais l'insuffisance des établissements qui en sont la suite logique et nécessaire est plus criante encore, qu'il s'agisse des centres de rééducation fonctionnelle et professionnelle, puis des centres d'aide par le travail, ou des ateliers protégés. Pour ces deux derniers types d'établissements, on ne compte actuellement guère plus de 4.000 places disponibles pour toute la France : c'est dramatiquement insuffisant.

« Cette insuffisance est grave. Elle est grave pour les handicapés eux-mêmes qui se voient ainsi trop souvent privés du droit au travail et maintenus en marge de la société, dans une situation très pénible psychologiquement, socialement et, bien sûr, financièrement. Cette insuffisance est également coûteuse pour la collectivité, car l'adaptation et la mise au travail des handicapés est, dans la plupart des cas, moins onéreuse que le versement des prestations sociales ou l'hébergement en institutions spécialisées. N'oublions pas non plus que l'inactivité peut même aggraver le

handicap, donc la charge que représentent les handicapés pour la société.

« Le budget que nous examinons aujourd'hui prévoit des crédits supplémentaires pour la formation professionnelle des handicapés, pour les subventions aux ateliers protégés et aux centres d'aide par le travail et, mesure nouvelle très utile, pour le versement de primes d'équipement aux entreprises acceptant d'aménager des postes de travail réservés à des travailleurs handicapés.

« Tout cela est bien, mais il faut faire plus, beaucoup plus, car notre retard est considérable.

« J'insiste, en particulier, sur la nécessité de multiplier les foyers d'hébergement pour les handicapés, à côté des ateliers protégés et des centres d'aide par le travail. Il en existe actuellement très peu. Ils sont pourtant absolument indispensables pour les handicapés orphelins ou ceux dont la famille est trop éloignée du lieu de travail. Devront-ils, faute de place dans un foyer, renoncer à exercer l'activité pour laquelle ils ont été réadaptés et qui est leur seule chance de réinsertion sociale ?

« J'en viens maintenant au problème de la protection sociale des handicapés adultes.

« L'assurance volontaire permet à présent aux handicapés non travailleurs d'être assurés socialement après vingt ans. Mais le problème n'est pas réglé pour autant. D'abord, les frais de séjour en établissement de soins ne sont pris en charge que pour une durée maximale de trois années. Que se passet-il pour les handicapés mentaux profonds qui font souvent des séjours de longue durée dans des établissements spécialisés fort coûteux ? La famille doit en supporter les frais et ils sont très lourds. Il me paraît indispensable de réformer cet aspect de la législation actuelle.

« Il y a plus grave encore : les centres d'aide par le travail fonctionnent selon le système d'un prix de journée qui n'est pas remboursable par la sécurité sociale, puisqu'il ne s'agit pas d'un établissement de soins. Sans doute l'aide sociale peut-elle prendre en charge tout ou partie de ce prix de journée, de même d'ailleurs qu'elle peut éventuellement prendre en charge les cotisations d'assurance volontaire pour les handicapés non travailleurs et donc non affiliés à la sécurité sociale.

« Mais, dans l'un et l'autre cas, il reste à régler le problème des débiteurs d'aliments que sont les parents, et les critères de ressources retenus par l'aide sociale sont souvent trop faibles. L'intervention de l'aide sociale est généralement refusée, totalement ou partiellement, à partir du moment où les parents disposent de revenus à peine moyens. Si bien que l'on aboutit à ce paradoxe scandaleux : les parents doivent payer pour faire travailler un enfant handicapé ! Et ce n'est pas une somme négligeable. Avec un prix de journée atteignant généralement de 24 à 27 francs, cela peut représenter jusqu'à 600 francs par mois. Dans ces conditions, que devient le droit au travail formellement reconnu aux handicapés par la loi du 23 novembre 1957 ?

« Je crois que certaines réformes s'imposent impérativement et de façon urgente. Il faut aboutir à une prise en charge automatique et complète — au titre de la sécurité sociale ou au titre de l'aide sociale — des handicapés adultes dans les différents établissements spécialisés les concernant, qu'il s'agisse d'établissements de soins, psychiatriques par exemple, ou d'établissements d'aide par le travail.

« Sur un plan plus général, il faut manifestement revoir toute la notion d'obligation alimentaire et de critères de ressources des handicapés qui conditionne l'intervention de l'aide sociale. Il n'est pas normal que des familles, déjà si éprouvées et qui ont dû supporter des charges importantes du fait de la présence à leur foyer d'un enfant handicapé, soient pénalisées leur vie durant. S'il est un cas dans lequel la solidarité nationale doit s'affirmer, c'est bien celui-là.

« Je voudrais soulever un dernier problème, celui de la déductibilité des primes de la rente-survie souscrite par les parents d'enfants handicapés. Ces primes sont très lourdes. Il serait de la plus élémentaire justice que les parents ayant fait ce gros effort financier leur vie durant pour assurer, après eux, des ressources à leur enfant handicapé, puissent déduire de l'impôt sur le revenu le montant des primes afférentes à la rente-survie. »

Mlle Marie-Madeleine Dienesch, secrétaire d'Etat à l'action sociale et à la réadaptation. M. le ministre de l'économie et des finances en a donné l'assurance.

M. Guy de la Verpillière. M. Feit souhaitait que vous puissiez prendre aujourd'hui un engagement sur ce point.

Mlle Marie-Madeleine Dienesch, secrétaire d'Etat à l'action sociale et à la réadaptation. C'est fait.

M. Guy de la Verpillière. Je lui ferai part de cette assurance, madame le secrétaire d'Etat.

« Bien d'autres problèmes mériteraient d'être évoqués, poursuit M. Feit. Je n'en ai malheureusement pas le temps. Mais ces problèmes, vous les connaissez, et vous nous avez déjà donné des preuves de l'intérêt que vous portez aux handicapés et à leurs familles.

« Le drame, aujourd'hui, ce n'est plus, comme autrefois, l'ignorance et l'indifférence ; c'est l'ampleur des besoins face à l'insuffisance, ou même l'absence, des moyens.

« L'effort fait, cette année en particulier, est loin d'être négligeable, mais il doit être poursuivi et considérablement amplifié au cours des prochaines années. C'est un devoir national auquel nous n'avons pas le droit de nous dérober. » (*Applaudissements sur de nombreux bancs.*)

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

M. Edmond Thorailleur. Monsieur le ministre, madame le secrétaire d'Etat, l'an dernier, intervenant déjà dans la discussion de votre budget sur le problème des foyers de jeunes travailleurs, je me félicitais des conclusions dégagées par la commission qui avait réuni au ministère des affaires sociales vos représentants, ceux du secrétariat d'Etat à la jeunesse et aux sports et ceux des foyers.

J'ai eu l'honneur de participer à ces travaux. Aussi, permettez-moi, au début de cet exposé, de rappeler la définition des foyers telle qu'elle a été dégagée par cette commission :

« Les foyers de jeunes travailleurs et travailleuses sont des institutions à but non lucratif qui mettent à la disposition des jeunes séparés de leur famille un ensemble d'installations matérielles pour leur logement et leur nourriture, ainsi que des moyens qui permettent directement et indirectement de favoriser leur promotion individuelle et leur insertion dans la vie sociale. »

Ces foyers ne sont pas seulement des centres d'hébergement et des restaurants ; ils doivent remplacer le milieu familial dont le jeune travailleur migrant est obligé de s'éloigner pour des raisons de formation professionnelle, puis d'emploi. Cela est vrai, non seulement pour nos compatriotes, mais aussi pour les jeunes venant de l'étranger et plus spécialement des pays du Marché commun.

Votre gouvernement l'a bien compris, puisque deux de ses membres, dont vous-même madame le secrétaire d'Etat, ont participé aux travaux du premier congrès européen des foyers de jeunes travailleurs, que nous avons tenu à Strasbourg le 18 octobre dernier.

Puisque les foyers doivent favoriser la promotion sociale et la formation culturelle et civique, il convient qu'ils offrent à leurs pensionnaires un minimum d'activité socio-culturelle, aidant ainsi à l'insertion des jeunes dans la vie sociale. Pour les jeunes étrangers, les foyers constituent une structure d'accueil et d'insertion dans la vie française.

Mais les prix de pension de ces foyers doivent être à la portée des jeunes à qui ils s'adressent. Je préside le conseil d'administration d'un foyer de jeunes travailleurs où le prix mensuel de 310 francs comprend la pension complète avec chambre individuelle, prix peu élevé que, pourtant, de nombreux jeunes — apprentis, candidats au premier emploi, chômeurs temporaires — ne peuvent régler et auxquels il faut consentir des réductions difficilement compatibles avec l'équilibre budgétaire des foyers.

Ne peut-on accorder, comme aux étudiants dans les restaurants universitaires, des allocations-repas et, également, des allocations-logement à ces jeunes obligés de se séparer de leurs familles pour des raisons professionnelles ?

Au début de mon exposé, j'ai souligné le rôle considérable joué par les foyers dans l'action socio-éducative de leurs pensionnaires, comme suppléants de la famille.

En effet, les jeunes travailleurs, fatigués par une journée de labeur, ne sortent pas le soir, pour se rendre dans les maisons de jeunes et de la culture — quand il en existe, et de bonnes ! — souvent fort éloignées de leur résidence.

Il faut donc non seulement leur procurer sur place les locaux et le matériel qui leur permettront de se livrer à ces activités, mais aussi leur donner les animateurs indispensables à leur encadrement.

Vous l'avez d'ailleurs reconnu vous-même, madame le secrétaire d'Etat, quand vous déclariez l'an dernier : « Comment le ministère des affaires sociales pourrait-il ne pas approuver

l'aide à accorder aux jeunes travailleurs ? Pourquoi ceux-ci ne bénéficieraient-ils pas d'une aide similaire à celle qui est accordée aux étudiants ?

« Il convient donc d'aider le financement de ces constructions et leur équipement, et de favoriser le bon fonctionnement de ces foyers en faisant appel à des animateurs. L'animation constitue d'ailleurs un grand problème dans le monde moderne. Des animateurs sont indispensables aux foyers de jeunes travailleurs. »

Je sais qu'à la suite d'interventions des dirigeants de foyers et d'un certain nombre de mes collègues, les ministres intéressés avaient donné l'assurance de l'inscription au budget de 1979 de deux lignes budgétaires : l'une pour l'aide aux jeunes dont le salaire insuffisant pèse sur la gestion des foyers ou leur en interdit l'accès, d'un montant de 8 millions de francs ; l'autre pour la prise en charge d'une partie du salaire de 150 animateurs, d'un montant de 1.500.000 francs.

Quelles ont été notre surprise et notre déception de ne rien trouver en définitive dans le budget qui nous est présenté !

Les dirigeants des foyers de jeunes travailleurs connaissent leurs besoins mais aussi leurs ressources. Quel serait leur regret s'ils étaient obligés de fermer leurs portes alors qu'ils sont persuadés d'accomplir une œuvre sociale et civique pour la « société nouvelle » de demain !

Madame le secrétaire d'Etat, l'aide financière que nous demandons est indispensable et nécessaire à la survie des foyers. Nous vous faisons confiance pour que votre réponse soit favorable, non seulement dans son principe, mais aussi dans sa réalisation prochaine. (*Applaudissements sur les bancs de l'union des démocrates pour la République.*)

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

M. Emile Halbout. Vous savez mieux que personne, monsieur le ministre, ce qu'est la rigueur budgétaire. Les postes que vous avez occupés dans divers gouvernements vous ont conduit jadis, quand vous étiez à cette place comme secrétaire d'Etat, à refuser des crédits, et quand vous étiez hier à l'agriculture, aujourd'hui à la santé, à voir vos crédits limités.

Des choix, le Parlement devrait en discuter lors de la session de printemps, car ils sont pratiquement irrévocables quand vient devant nous le vote du budget.

Je prendrai un seul exemple : celui des constructions hospitalières. Pour combien d'entre elles l'urgence n'est-elle pas discutable ?

Supposons que pour le VI^e Plan, vous ayez à proposer une vingtaine de milliards pour des constructions hospitalières. Comment les ferez-vous admettre, si l'on vous dit qu'au cours du V^e Plan vous avez réalisé moins de dix milliards de francs de travaux ?

Il faudra bien infléchir les décisions en votre faveur en réduisant les dépenses d'autres ministères, et sans doute admettre, ce qui a été proposé cette semaine aux journées de l'hospitalisation, porte de Versailles, que des capitaux privés soient autorisés à financer certaines constructions publiques.

Ce matin, vous n'avez pas écarté cette éventualité, à condition que le coût n'en soit pas trop élevé.

Les retards sont indéniables. Je connais un département dans lequel rien de semblable à un hôpital général n'a été construit jusqu'ici au titre du V^e Plan. Mais que dire du cheminement des dossiers ? Combien de commissions, sinon de barrages, ne font-ils pas obstacle à l'approbation d'un plan ?

La technique évolue, mais des freins sont mis pour retarder des études et des réalisations que leurs auteurs estiment mieux adaptées.

On ne construira plus un hôpital comme jadis une caserne, dans laquelle on placerait ensuite des lits. Mais, partant du lit et de la chambre de l'opéré ou du malade — ou, comme vous l'avez dit, de l'unité de soins — on aura repensé, en fonction de ce qui est l'âme de l'hôpital, tout le support de béton, de ciment et d'éléments matériels, une véritable architecture.

C'est ainsi que la ville de Flers, dans l'Orne, confia en 1956 au grand réalisateur Le Corbusier, qui fit un premier projet, la construction de son hôpital.

Le maître disparu, ses continuateurs ont présenté un plan, original sans doute, mais strictement fonctionnel et conforme aux normes techniques et financières.

En cet instant, je suis tenté de m'associer aux propos de notre excellent collègue M. Royer, non seulement à ceux d'aujourd'hui,

mais à son discours du 13 novembre — page 3632 du *Journal officiel* — alors qu'il s'adressait à votre collègue, M. le ministre de l'éducation nationale. Au sujet des péripéties que connut la création de la faculté des lettres de Tours, M. Royer déclarait :

« Je me suis alors heurté à l'avis d'une demi-douzaine de commissions, qu'il faudrait dissoudre, et avec elles le conseil national des bâtiments de France. »

Ce propos, j'espère bien ne pas avoir à le tenir. En effet, si cette architecture houscule certaines idées anciennes, elle grandit notre renommée dans le monde.

Quand j'entends, par exemple, M. le ministre de la défense nationale tirer gloire de nos exportations de matériel militaire, je ne suis pas particulièrement consentant, même si l'on tient compte du caractère inhumain du monde dans lequel nous vivons. Mais nos architectes, connus dans le monde entier, nos entreprises qui, derrière eux, réalisent ce qu'ils ont projeté, voilà, ce me semble, du durable, du sain et du raisonnable.

Et que diriez-vous, monsieur le ministre, si le projet d'un hôpital que nous avons baptisé par avance « Hôpital Le Corbusier », était retardé sous quelque prétexte non valable, et se trouvait réalisé à l'étranger avant de l'être chez nous ?

Aussi ai-je confiance que le bon sens l'emportera, que cet hôpital attendu depuis treize ans sera construit à la fois dans les normes, et comme hôpital expérimental.

Lors de votre exposé, j'ai été extrêmement intéressé par ce programme complémentaire — qui rejoint d'ailleurs les préoccupations de Mme le secrétaire d'Etat — d'instituts médico-pédagogiques, là où le terrain est disponible, là où les dirigeants de l'I. M. P. acceptent à la fois une construction industrialisée et la réalisation par l'Etat de ce programme d'urgence.

Un trop grand nombre, hélas, de jeunes handicapés ne relèvent pas de l'I. M. P., notamment les infirmes moteurs cérébraux dont le développement physique exige des soins journaliers. A ce sujet, j'ai noté ce que vous vous proposez de faire pour aider les jeunes qui se destinent à la profession de kinésithérapeute. Ne pourrait-on pas faire un peu plus en leur faveur car c'est la rééducation fonctionnelle des jeunes handicapés qui en dépend ?

On revient toujours à cette même question : Que n'avez-vous plus de crédits ? Ce n'est pourtant pas le ministère de la santé qui menacerait de déséquilibrer l'économie de la nation, puisqu'il tend à remettre dans un circuit normal le plus de vies humaines possible.

Sur le plan humain, c'est la priorité des priorités.

J'ai précisément entre les mains un livre qui vient de paraître, sous le titre « La Bombe ou la vie ». Vous êtes, monsieur le ministre, et pour les plus déshérités, madame le secrétaire d'Etat, les ministres de la vie. (*Applaudissements.*)

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

M. Ernest Rickert. Mesdames, messieurs, j'ai examiné le projet de budget concernant les affaires sociales et, notamment, les augmentations de dépenses consécutives aux nouvelles mesures proposées et je suis heureux de constater l'intérêt qui est attaché au problème de l'enfance et de l'adolescence inadaptes.

Malheureusement, ce fléau social, qui touchait l'an dernier environ 1.500.000 familles, s'étend avec une rapidité déconcertante et les augmentations de crédit prévues pour l'année prochaine sont loin de permettre le rattrapage du retard accumulé dans ce domaine.

Une enquête effectuée récemment dans le département du Bas-Rhin a révélé que l'ensemble des ressources utilisées en faveur des inadaptes — subventions de l'Etat, aides départementales et communales, participation de la sécurité sociale et des caisses d'allocations familiales ainsi que les fonds et les services bénévoles des associations privées — ne couvrent que 20 p. 100 des besoins. On peut affirmer, sans crainte de se tromper, que la situation est la même dans les autres départements français.

Les mesures nouvelles représentent seulement un crédit supplémentaire de 99 millions de francs. Certes ce crédit est important mais, hélas, un effort continu, s'échelonnant sur plusieurs années, sera nécessaire pour parvenir à une situation normale.

Une augmentation des subventions aux centres régionaux est prévue. Or cette augmentation est limitée à 6 p. 100 par la circulaire ministérielle du 13 octobre 1969 et la contribution volontaire des établissements se trouve toujours bloquée au taux

maximum de 0,04 p. 100 par la circulaire conjointe du 13 décembre 1961 des ministères de la justice et de la santé publique.

L'accroissement des budgets des centres régionaux se trouvera par conséquent limité à l'incidence de l'augmentation du coût de la vie, ce qui interdit tout développement de leurs activités.

Les demandes adressées à ces centres sont de plus en plus nombreuses et, au moment où l'opinion publique prend conscience du problème de l'inadaptation et réclame des initiatives, les C. R. E. A. I. — centres régionaux pour l'enfance et l'adolescence inadaptes — devraient être réellement les catalyseurs des recherches et les coordonnateurs techniques prévus par les textes qui les ont créés.

La limitation draconienne des moyens dont ils disposent interdit tout épanouissement. En ce qui concerne les œuvres privées, les subventions prévues sont également infimes par rapport aux besoins.

Ne serait-il pas possible, monsieur le ministre, pour pallier ce manque de crédits, d'accorder à ces œuvres privées et aux C. R. E. A. I. des prêts à long terme et à un taux d'intérêt réduit ?

Une telle mesure permettrait aux associations en cause de se développer, sans entraîner une charge importante pour le budget.

Je suis néanmoins heureux de constater que l'année 1970 verra l'organisation du dépistage précoce et la prévention des affections invalidantes. Il s'agit là d'une des mesures les plus efficaces dont on connaîtra, très tôt, les résultats.

Nous pouvons également nous féliciter de la création de nouvelles écoles de formation d'éducateurs, de moniteurs et de jardinières d'enfants spécialisés, dont le besoin se fait de plus en plus sentir.

Je voudrais enfin vous demander, monsieur le ministre, madame le secrétaire d'Etat — et je reprends ici une suggestion de M. Bloch-Lainé dans son rapport si complet sur l'inadaptation — si le regroupement dans un seul organisme de tous les services concernés par ce problème ne permettrait pas une action plus efficace et moins onéreuse ?

Actuellement, les compétences en cette matière sont partagées entre le ministère de la justice, celui de l'éducation nationale, le ministère de la santé publique et de la sécurité sociale et le ministère du travail.

Malgré l'élargissement de la compétence des juges d'enfants par l'ordonnance du 23 décembre 1958, le ministère de la justice n'intervient que lorsqu'il s'agit de la protection de la société ou de l'un de ses membres.

Le V^e Plan a étendu les compétences du ministère de l'éducation nationale à toute action pédagogique. En théorie, la ligne de partage entre ce ministère et celui de la santé publique et de la sécurité sociale serait idéale. En pratique, lorsque le pédagogique et le médical apparaissent complémentaires, l'éducation spécialisée relève des deux ministères.

Quant aux deux ministères chargés des affaires sociales, il n'existe pas une direction ou un service qui, à lui seul, aurait vocation à connaître de tous les problèmes de l'inadaptation et d'eux seulement. Ceux-ci relèvent de cinq directions différentes : santé publique, famille, vieillesse et action sociale, population et migrations, travail et emploi, assurances maladies et caisse de sécurité sociale.

L'action sociale présente une telle diversité qu'elle s'oppose souvent au pédagogique et au judiciaire. La difficulté de faire le partage des compétences a pour conséquence que très souvent plusieurs instances interviennent dans le même cas pour déterminer, chacune, une orientation différente. Dans d'autres pays, comme l'Angleterre ou la Hollande, le même individu est suivi tout le long de son évolution par le même responsable.

Chez nous, il passe successivement par plusieurs autorités tutélaires travaillant plus ou moins en vase clois. Il y a là une situation extrêmement préjudiciable aux intéressés et un gaspillage inévitable des moyens.

Le problème mérite d'être étudié rapidement.

Je voudrais vous rappeler également, monsieur le ministre, la situation dans laquelle se trouvent les veuves en général et celles qui bénéficient d'une pension de réversion de la sécurité sociale en particulier. J'avais appelé votre attention, l'année dernière, sur le taux insuffisant des pensions de réversion, qui devrait être porté de 50 à 70 p. 100, sur l'âge exigé des veuves pour avoir droit au bénéfice des pensions de la sécurité sociale et surtout sur l'application aberrante d'une clause d'interdiction de cumul qui prive la veuve d'un assuré social

d'une pension personnelle acquise au bout de nombreuses années, quelquefois trente, de paiement des cotisations.

Je connais les difficultés auxquelles vous devez faire face, monsieur le ministre, mais j'aurais aimé que dans le courant de l'année écoulée un premier pas fût fait dans le sens d'une meilleure justice sociale.

Je voudrais vous signaler encore une autre anomalie. Les pensions de vieillesse de la sécurité sociale sont calculées en fonction du plafond soumis à contribution au moment de la mise à la retraite. Ce plafond a été relevé à plusieurs reprises, principalement durant les dix dernières années, en fonction de l'augmentation des prix et de l'évolution des salaires. Or les retraites déjà établies n'ont jamais été revalorisées. Il résulte de ce mode de calcul que trois pensionnés ayant cotisé tous les trois pendant trente ans et ayant atteint tous les trois le plafond, perçoivent des pensions différentes selon qu'ils ont été mis à la retraite en 1958, en 1963 ou en 1968. Les augmentations annuelles résultant de la revalorisation consécutive à l'augmentation du coût de la vie, s'appliquant sans exception à tous les pensionnés, ne font que creuser le fossé séparant ces diverses catégories.

Or les cotisations payées autrefois par les anciens salariés représentaient un pouvoir d'achat supérieur à celles payées dernièrement. Par conséquent, les pensions devraient être revalorisées chaque fois qu'il y aurait une augmentation du plafond des contributions de la sécurité sociale.

Pour réparer cette injustice flagrante, ne pensez-vous pas, monsieur le ministre, qu'il faudrait instituer le système des points, le seul capable de résoudre équitablement un tel problème et qui aurait l'avantage d'être facile à appliquer ? La valeur du point serait fixée chaque année par le ministère de tutelle. Ainsi, cette injustice, qui pèse lourdement sur le moral et les moyens des retraités les plus âgés, pourrait être rapidement réparée.

Pour terminer, je voudrais, monsieur le ministre, vous suggérer une économie qui certainement vous fera sourire.

Une ordonnance du 2 novembre 1945, complétant l'article 63 du code civil, interdit à l'officier d'état civil la publication des bans et la célébration du mariage dans le cas où les futurs époux n'auraient pas déposé, avec la demande de publication des bans, un certificat médical datant de moins de deux mois et attestant, à l'exclusion de toute autre indication, que l'intéressé a été examiné en vue du mariage.

Les frais d'établissement d'un tel certificat, comprenant une analyse sérologique et un examen radiologique, s'élèvent en moyenne à 100 francs par personne et sont remboursés par la sécurité sociale.

Or, l'ordonnance du 2 novembre 1945 s'était inspirée de la loi matrimoniale allemande de 1935 qui prévoyait l'obligation pour le médecin d'aviser chacun des fiancés de l'état de santé de son partenaire, ainsi que l'officier d'état civil. Ce dernier avait le pouvoir, en cas de maladies graves, telles que syphilis, tuberculose, maladie de Parkinson, de refuser de célébrer le mariage. Le certificat prénuptial avait donc un sens.

Dans l'état actuel de notre législation, ce certificat n'a plus aucune utilité. En effet, le médecin étant tenu au secret professionnel ne peut informer les intéressés de leur état de santé respectif, ni l'officier d'état civil chargé de célébrer le mariage. Les fiancés peuvent donc contracter mariage dans l'ignorance la plus complète de l'état de santé du partenaire.

Le nombre des mariages célébrés en France chaque année est de l'ordre de 2 p. 100 de la population totale, soit environ un million. C'est donc deux millions de jeunes gens qui sont concernés.

La grande majorité étant affiliée à la sécurité sociale, la dépense qu'entraîne l'application de l'ordonnance du 2 novembre 1945 est de l'ordre de 175 à 200 millions de nouveaux francs par an. Cette somme pourrait être valablement utilisée pour l'enfance inadaptée et les veuves, par exemple.

Il y a lieu de remarquer que tous les pays d'Europe, l'Allemagne comprise, ont renoncé à l'examen médical prénuptial et que, seule, la France l'a maintenu.

Monsieur le ministre, le temps qui m'est imparti ne m'a pas permis de développer les questions que je viens de soulever. Je n'ai pu que les effleurer, mais je ne doute pas qu'elles vous soient bien connues. Par mon intervention j'ai surtout voulu rappeler que tous ces problèmes attendent une solution dont dépendra un plus juste répartition des revenus. (Applaudissements sur les bancs de l'Union des démocrates pour la République et du groupe des républicains indépendants.)

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

M. Raymond Zimmermann. Monsieur le ministre, madame le secrétaire d'Etat, mes chers collègues, depuis plusieurs années la discussion du budget des affaires sociales me voit intervenir en faveur de la construction d'un nouvel hôpital civil à Mulhouse.

Si je ne peux m'excuser de cette insistance, c'est parce que la situation de l'agglomération mulhousienne est devenue, sur le plan de la santé publique, véritablement dramatique depuis de nombreuses années.

Sans vouloir rechercher les responsabilités des retards qui ont été mis dans un passé éloigné à envisager, sur le plan local, la construction, déjà urgente il y a vingt ans, d'un nouvel ensemble hospitalier à Mulhouse, je me dois d'insister sur la situation actuelle qui ne saurait se perpétuer davantage.

Le problème hospitalier que j'évoque concerne deux projets distincts, bien qu'ils fassent partie d'un même ensemble. D'une part, la maison médicale pour personnes âgées, qui n'a pu être financée sur le budget de 1969 parce que le coût du projet dépassait de très loin l'enveloppe affectée à la région Alsace pour les hospices et maisons de retraite ; d'autre part, le projet de construction de la première tranche de l'hôpital dont l'avant-projet est parvenu au ministère des affaires sociales au cours du premier semestre de l'année 1969.

En ce qui concerne la maison médicale pour personnes âgées, je crois devoir rappeler que M. le ministre d'Etat chargé des affaires sociales avait, par lettre du 16 juin 1969, exprimé la ferme intention de l'inscrire sur les listes budgétaires de l'année 1970. Votre prédécesseur ajoutait qu'il était parfaitement conscient de l'insuffisance de l'équipement sanitaire non seulement à Mulhouse mais dans le Sud du département du Haut-Rhin.

Je vous demande donc, monsieur le ministre, de vouloir bien me confirmer l'inscription de la maison médicale pour personnes âgées au projet de budget actuellement en discussion.

Je me suis permis ce rappel pour justifier mon insistance à demander que dès 1970 ou au plus tard en 1971 les crédits de démarrage du nouvel hôpital soient enfin débloqués. De toute évidence, les hôpitaux civils de Mulhouse ne font plus face aux besoins de la population alors que celle-ci ne cesse de s'accroître dans toute l'agglomération.

Je veux être assuré que vous tiendrez compte d'un état de choses qu'on peut qualifier sans exagération de catastrophique. A l'heure où la ville de Mulhouse s'enorgueillit de très importantes réalisations d'urbanisme et de loisirs, il est permis de regretter que l'agglomération mulhousienne ait pris un retard aussi considérable qu'inadmissible sur le plan hospitalier et de la santé publique.

Permettez-moi, pour terminer cette intervention, de vous demander de vouloir bien m'indiquer les dispositions prises ou envisagées par votre département ministériel à l'égard du statut des médecins et des personnels des hôpitaux psychiatriques ; à l'égard des revendications des infirmières et des assistantes sociales qui demandent à bénéficier pour leurs études de la gratuité de l'enseignement ou au moins de bourses ; et enfin en ce qui concerne l'exécution des engagements pris par le Gouvernement de maintenir, au profit des médecins conventionnés, l'assurance-maladie dans le cadre du régime général.

Les médecins des hôpitaux psychiatriques sollicitent depuis fort longtemps déjà l'application de la loi du 31 juillet 1968 relative à la mutation de leur profession. Ces praticiens s'inquiètent du retard apporté à la publication de leur nouveau statut. Je souhaite vivement que les études sur le point d'aboutir — ainsi que vous avez bien voulu nous l'indiquer — vous permettent d'arrêter définitivement la solution de compromis envisagée entre la position des médecins des hôpitaux psychiatriques et celle des chefs de clinique assistants des hôpitaux généraux.

Vous n'ignorez pas davantage, monsieur le ministre, que les médecins conventionnés ont maintes fois appelé votre attention sur leur attachement au maintien de leur régime d'assurance-maladie au régime général. Il est évident que le nouveau système de l'assurance obligatoire constituerait une régression considérable pour les praticiens conventionnés et que son application ne manquerait pas d'entraîner un profond malaise dans l'ensemble du corps hospitalier.

Je suis donc heureux de constater que les engagements pris ont été tenus et qu'ils éviteront des difficultés d'autant plus inutiles que les intentions du Gouvernement ont été concrétisées par le dépôt d'un projet de loi sur le bureau de l'Assemblée nationale. Ce projet établit de façon indiscutable le rattachement au régime général du système des avantages sociaux « maladie » consentis aux médecins conventionnés et je souhaite qu'il soit voté dans les plus brefs délais.

Je vous remercie d'avance, monsieur le ministre, des réponses qu'il vous paraîtra possible de donner aux questions ainsi posées.

M. le président. La parole est à M. Virgile Barel.

M. Virgile Barel. Monsieur le ministre, madame le secrétaire d'Etat, c'est de deux à trois millions de personnes âgées que je voudrais... en quatre minutes, au nom du groupe communiste, défendre les besoins et les revendications.

Les problèmes du troisième âge sont actuellement posés avec éclat dans l'opinion publique. Celui des personnes aux faibles ressources que le vieillissement a atteintes se pose avec acuité. La solution réside dans l'extension des mesures déjà prises en leur faveur. C'est singulièrement le rôle du Parlement et du Gouvernement.

M. le ministre a cité ce matin les chiffres tendant à montrer la progression des dépenses en faveur des personnes âgées. Fort bien ! Mais nul ne peut penser que nous avons terminé notre tâche.

En application des deux décrets du 29 septembre dernier, les allocations de base et le minimum de pension de vieillesse ont été portés à 1.650 francs par an à partir du 1^{er} octobre dernier et l'allocation du Fonds national de solidarité sera portée à 1.250 francs par an, à dater du 1^{er} janvier prochain.

Ainsi, on enregistre une augmentation de 200 francs en 1969, ce dont on ne peut que se féliciter, mais l'on déchanté quand on constate que ces 8 p. 100 supplémentaires couvrent à peine la hausse du coût de la vie !

Les personnes âgées concernées vont ainsi recevoir moins de 40 p. 100 du salaire minimum interprofessionnel garanti. Qui peut prétendre qu'elles puissent vivre décemment avec, par jour, 7,12 francs maintenant, 7,40 francs à partir du 1^{er} janvier 1970 et 7,94 francs quand l'augmentation annoncée ce matin par M. le rapporteur Bisson sera perçue ?

Elles mènent une existence de privations, parfois de misère. Le rapport Laroque a affirmé que leur vie était indigne d'un pays civilisé. La France, l'Espagne et le Portugal ne constituent-ils pas l'Europe de la vieillesse sous-secourue ?

Le soir du 11 novembre, l'O. R. T. F. diffusait, sur la première chaîne dans la série *Les femmes aussi*, un film : *Viellir au soleil*.

Cela se passe sur la Côte d'Azur. Des vieilles femmes dans le vieux Nice. Elles sont pitoyables. Des jeunes femmes, sur les bords de la baie des Anges. Elles, heureuses, se bronzent.

Le commentateur dit : « D'un côté, il y avait ceux-ci et de l'autre ceux-là. Il y a sûrement quelque chose à faire ».

Nous allons répondre à cette question implicite.

Nous réclamons, avec la C. G. T. et l'Union des vieux de France, la garantie de ressources de 452 francs par mois pour les personnes âgées, soit un minimum vital égal à 80 p. 100 du salaire minimum interprofessionnel garanti, qui est de 565 francs par mois. Cette allocation unique doit être cumulée jusqu'à un plafond déterminé, sans recours à l'obligation alimentaire, celle-ci ne devant pas être exigible au-dessous d'un seuil, variable selon les ressources des personnes tenues à cette obligation.

Nous réclamons : 15 p. 100 de rattrapage pour les pensions de vieillesse ; la suppression de la limitation des revalorisations annuelles ; la péréquation automatique des retraites, pensions et allocations de vieillesse sur les salaires — eux-mêmes à garantir par un système d'échelle mobile ; un calcul plus favorable des pensions de vieillesse, fondé notamment sur les dix dernières années d'activité ; un minimum d'argent de poche pour les pensionnaires des maisons de retraite, en portant leurs propres ressources à un pourcentage plus élevé que 10 p. 100 ; le droit, non obligatoire, à la retraite à soixante ans pour les hommes, à cinquante-cinq ans pour les femmes.

Nous demandons un régime de pension plus libéral pour les veuves et les veufs.

Nous réclamons — et l'on ne saurait trop y insister — une politique généreuse du logement en faveur des personnes âgées : des maisons de retraite accueillantes, des logements individuels ou pour ménages, une meilleure distribution de l'allocation-loyer dont un petit nombre de personnes âgées bénéficient, il faut le dire, car leur loyer ne doit pas dépasser 190 francs par mois.

Enfin, rappelons que ces millions de nos concitoyens espèrent une réforme complète de leur régime d'impôts qu'ils trouvent trop lourds.

Toutes ces revendications ont été exposées dans le détail au secrétariat d'Etat concerné, lors d'une longue audience accordée à l'Union des vieux de France, et que j'ai moi-même énumérées dans deux questions écrites, les 10 et 16 octobre dernier. Elles font écho aux innombrables paroles de sympathie prononcées à l'égard de la vieillesse besogneuse. Les actes doivent suivre : que les sommes affectées aux dépenses improductives et celles qui vont aux grandes sociétés capitalistes y soient employées !

Devant leurs monstrueux profits, comment ne pas être révolté de la pénurie des crédits pour les pauvres gens âgés ? Cela motive l'expression de leur mécontentement et explique l'envoi aux députés de lettres au contenu attristant comme celle qu'un travailleur m'a écrite avant mon départ de Nice :

« J'ai soixante-dix-sept ans ; je ne trouve plus d'employeur, même plus de petites tâches me permettant de gagner un peu d'argent. Je vais, à la clôture du marché, ramasser quelques fruits et légumes abandonnés... »

Que l'aide aux personnes âgées ne proviennent pas, même en partie, comme pour la journée des vieillards, d'une sorte de mendicité, mais qu'elle soit, de plus en plus, l'accomplissement d'un devoir de solidarité nationale, une œuvre collective de reconnaissance des services rendus à la nation, pour qu'il n'y ait pas de hiatus entre la vie active et le temps du repos ! (Applaudissements sur les bancs des groupes communiste et socialiste.)

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

M. Paul Mainguy. Monsieur le ministre, vous nous avez exposé ce matin que le V^e Plan ne sera réalisé qu'à 70 p. 100 dans le domaine des constructions hospitalières, alors que les crédits sont largement dépassés.

Cela tient, selon vous, à une erreur d'appréciation des possibilités des différentes sources de financement. Il importe donc de prendre la mesure la plus exacte possible des besoins futurs en établissant avec beaucoup de précision la carte sanitaire de la France.

Cette carte est, certes, indispensable, et chacun se plaît à le reconnaître. Son établissement rencontre cependant certaines difficultés.

Le bilan des possibilités hospitalières devra être fait avec soin. Il devra comporter non seulement le nombre total des lits d'hospitalisation, mais aussi l'âge de ces lits — si je puis m'exprimer ainsi — car il n'est pas possible d'additionner dans la même colonne le brancard installé dans un hôpital datant de saint Vincent de Paul et le lit ultra-moderne dans une chambre individuelle d'une hôpital dernier cri.

Il faudra ensuite reconnaître la durée moyenne d'hospitalisation dans chaque service. Cette durée peut varier du simple au double et l'on comprend facilement qu'avec un même nombre de lits un hôpital où le temps d'hospitalisation est de sept jours pourra recevoir deux fois plus de malades que celui dont la moyenne de séjour est de quinze jours.

Cette durée de séjour ne dépend pas seulement des habitudes du chef de service, mais aussi de l'existence ou non d'un service de convalescents à proximité. De tels services sont prévus systématiquement dans les constructions nouvelles et je ne puis qu'approuver cette pratique qui permet des économies sensibles tant dans le domaine de la construction que dans celui de l'exploitation.

La carte hospitalière devra également permettre de connaître les besoins futurs de chaque région. Cela est d'autant plus important que la construction d'un hôpital est une affaire de longue haleine : dix ans en mettant les choses au mieux, dont cinq pour les diverses formalités et cinq pour la construction et l'aménagement.

En dix ans, les choses ont le temps de changer. Ainsi, tel hôpital qui répondait parfaitement aux besoins de la population lorsqu'il a été mis à l'étude, se trouve rapidement débordé pour peu qu'il se trouve dans une zone en pleine expansion.

Les programmes étant établis avec toutes les garanties possibles, il importe maintenant de réaliser la construction de la façon la plus économique possible. Et là j'ai cru distinguer une nuance de contradiction dans vos propos. D'une part, vous nous avez dit qu'il fallait donner une plus large initiative aux collectivités locales et, d'autre part, vous avez insisté sur la nécessité de mettre un terme à l'anarchie, d'industrialiser la construction et de prévoir des programmes types.

Pour ma part, j'ai pu constater que nous sommes loin de ces programmes types qui paraissent, à première vue, séduisants. Chaque collectivité locale s'adresse, pour construire son hôpital, à un architecte local. Celui-ci n'a pas l'habitude de ce genre de

construction. Il voit le problème d'un œil neuf. Ses recherches, toujours originales, aboutissent souvent à des innovations intéressantes, mais aussi parfois à des erreurs que seul un technicien averti peut déceler à temps.

C'est pourquoi il me sera permis de regretter que la commission nationale d'équipement hospitalier ait été dessaisie de la possibilité de donner son avis sur les projets hospitaliers.

Un hôpital est un ensemble très complexe, qui obéit à des impératifs d'ordre médical ou sanitaire assez divers. Il est donc souhaitable que la commission chargée d'examiner les projets hospitaliers comprenne des techniciens spécialisés, et en particulier des médecins et des représentants de la sécurité sociale.

Ce n'est pas le cas, je crois le savoir, des commissions régionales qui viennent d'être créées pour prendre la succession de la commission nationale d'équipement hospitalier. Il y a là une lacune qu'il devrait être facile de combler.

La deuxième partie de mon propos portera sur les centres médicaux. Il existe en France, en particulier dans la région parisienne, d'assez nombreux centres médicaux qui bénéficient du statut de dispensaire, puisqu'ils remplissent les conditions techniques nécessaires, tout en constituant des entreprises commerciales à but lucratif. Les capitalistes privés qui les ont créés en retirent d'ailleurs un bénéfice substantiel.

Ces centres médicaux sont régulièrement conventionnés et bénéficient du tiers payant. Les consultants affluent car, non seulement ils n'ont pratiquement rien à payer, mais encore, pour le moindre bobo, ils sont examinés de la tête aux pieds par tous les médecins de l'établissement et subissent toutes les analyses et toutes les radiographies possibles et imaginables.

La sécurité sociale n'y voit pas d'inconvénient, car les bordereaux qui lui sont présentés sont parfaitement en règle. Elle n'a qu'à payer. Seuls, les médecins des environs se plaignent, car ils voient leurs plus fidèles clients s'enfuir à tire-d'aile.

Vous nous avez dit ce matin, monsieur le ministre, que vous comptiez sévir contre les abus. Ne pensez-vous pas qu'il y en ait un là. Il est question de fichier les assurés sociaux dans un ordinateur. Dans ce cas, peut-être aboutirez-vous à de curieuses constatations !

Je souhaiterais, pour ma part, que tous les médecins soient mis sur un pied d'égalité. Et puisque vous ne semblez pas vouloir accorder le tiers payant à tous les praticiens, alors retirez-le à ceux qui exercent dans des centres en réalité à but lucratif. (*Applaudissements sur les bancs de l'union des démocrates pour la République et du groupe des républicains indépendants.*)

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

M. Robert Fabre. Monsieur le ministre, vous nous avez présenté ce matin un exposé fort complet dans lequel j'ai noté avec satisfaction une tentative d'ébauche de politique générale de la santé.

Mais cette satisfaction est nuancée de regret car j'ai constaté aussi que vous parliez le plus souvent au futur ou au présent du conditionnel. Vous avez dit en effet qu'il faudrait rechercher des solutions et qu'il conviendrait de trouver un équilibre. Cela m'a conduit à plusieurs réflexions que vous me permettez de vous exposer à mon tour.

Vous avez déclaré : « Des commissions entassent actuellement les matériaux d'une réflexion future », ou : « Je suis en train d'établir la carte de l'hospitalisation ». Nous avons été assez étonnés d'apprendre que vous en étiez encore à ce stade de la recherche préalable.

On pourrait en tirer des conclusions hâtives et erronées, dire, par exemple, que rien n'a été fait par vos prédécesseurs ou par leurs services — ce qui est, à coup sûr, inexact — ou bien qu'à chaque changement de ministre le successeur reprenait tout à zéro — ce qui est vraisemblablement aussi inexact.

Pour ma part, je pense que vous êtes surtout harcelé par l'événement, que vous courez après les réalisations qui vous sont imposées par la conjoncture, que vous êtes gêné par l'insuffisance des moyens matériels et financiers et que vous êtes ainsi condamné au coup par coup et au provisoire permanent.

Je prends un exemple particulièrement typique : le projet de loi sur l'assurance maladie des travailleurs indépendants, dont on parle beaucoup en ce moment et dont vous vous préoccupez à juste titre.

Ce projet de loi, dont nous reparlerons très prochainement, monsieur le ministre, vous vous êtes d'abord défendu de le considérer comme un événement provisoire. Pourtant, vous avez

reconnu ensuite que votre projet n'était qu'une « solution d'attente » — ce sont vos propres termes — « faites de mesures transitoires » — ce sont encore vos propres termes.

Le conseil économique et social lui-même a prévu que ce régime n'était pas assuré de faire face à ses dépenses au-delà d'une période de trois ou quatre ans. D'où la nécessité, dans ce domaine comme dans bien d'autres, d'avoir une vue à plus long terme et de mettre dès à présent un projet définitif à l'étude.

Il apparaît d'ailleurs que l'on s'oriente de plus en plus vers la solution d'une sécurité sociale étendue à tous les Français, avec un régime de base assurant un minimum convenable de prestations et assorti de régimes complémentaires diversifiés.

Je ferai remarquer qu'il s'agit d'une solution que nous avons nous-mêmes préconisée depuis de longues années. Diverses propositions de loi ont été déposées dans ce sens, qui émanaient non seulement de l'opposition, mais aussi de la majorité. Je crois me souvenir que M. Hébert avait, pour sa part, proposé un système global de protection sociale. Mais, je dois reconnaître qu'à l'époque ni les professions intéressées, ni du reste le Gouvernement ne s'étaient ralliés à ces propositions.

Pourtant, nous assistons aujourd'hui à une évolution symptomatique vers un système unifié de protection sociale.

Je pourrais citer l'exemple des médecins et des pharmaciens hospitaliers eux-mêmes qui réclament à grands cris leur entrée dans le système de sécurité sociale général. Mais il est prématuré d'ouvrir ce débat sur un projet qui viendra prochainement en discussion. Je constate simplement aujourd'hui qu'il n'est que partie d'un tout.

Si nous passons de ce régime particulier au régime général de sécurité sociale, là aussi, force est de constater que l'équilibre précaire qui avait été établi par les ordonnances est, dès à présent, remis en cause, et l'on voit poindre de nouveau le déficit, qui avait été simplement colmaté.

La commission des affaires culturelles, familiales et sociales a reconnu la nécessité de profondes transformations dans le régime et elle a opté pour la fiscalisation des recettes plutôt que pour la modulation des prestations selon les ressources des intéressés. A mon sens, elle a eu raison.

C'est tout le système de protection sociale qui risque d'être remis en cause, puisqu'il faudra reconsidérer le problème de la couverture maladie dans son ensemble.

Si nous passons maintenant aux autres domaines qui touchent à la santé publique, nous sommes conduits à faire les mêmes constatations et à tirer les mêmes conclusions.

Nous attendons toujours — M. Peyret l'a rappelé dans son rapport — l'amorce de solutions concernant le statut des établissements hospitaliers publics et aussi la définition du rôle du secteur privé dans le cadre de la rationalisation de l'équipement hospitalier.

J'ai noté ce matin avec satisfaction, monsieur le ministre, que vous avez annoncé la discussion d'un projet de loi pour le printemps prochain. Seulement, je n'oublie pas que j'avais entendu la même promesse de la bouche de M. Jeanneney et dans celle de M. Schumann. Alors, je suis quelque peu sceptique.

M. le ministre de la santé publique et de la sécurité sociale. J'ai dit que le projet serait discuté au printemps de 1970.

M. Robert Fabre. Alors, rendez-vous au printemps de 1970, monsieur le ministre.

Dans ce domaine, je ne me hasarderai pas à faire des suggestions. Les différents orateurs vous en ont déjà fait beaucoup. Je me permettrai seulement de vous signaler — mais vous le savez certainement — qu'il existe une brochure, très intéressante, éditée par la fédération hospitalière de France, laquelle propose un certain nombre de moyens pour moderniser les hôpitaux publics.

Je ne citerai pas de chiffres. J'emprunterai simplement à cette brochure la comparaison entre les crédits de la santé publique et du Concordat. Quel que soit l'intérêt que l'on porte à cet avion, on ne peut que s'inquiéter quand on constate que les crédits qui lui sont consacrés correspondent aux crédits alloués pendant dix années à votre ministère pour les investissements effectués dans les hôpitaux publics. Cette comparaison est vraiment très alarmante.

Ces dramatiques insuffisances rendent plus difficile encore la coordination avec les établissements de soins privés, coordination pourtant nécessaire à l'uniformisation de la qualité et du coût des soins.

Dans cette même brochure, tout un ensemble de mesures est proposé pour éviter le gaspillage, le double emploi, les salles pléthoriques alternant, comme nous le voyons assez souvent, avec les lits vides dans d'autres établissements.

Je ne citerai, pour ma part, qu'une mesure que j'ai moi-même proposée — sans succès d'ailleurs — à vos prédécesseurs : l'harmonisation des tarifs des honoraires médicaux entre les hôpitaux et les établissements privés. Vos prédécesseurs avaient promis de faire quelque chose dans ce domaine. Je me permets de vous le rappeler, car ce problème est d'une grande importance.

J'ai été vivement inquiété par ce qui m'a semblé transparaître en filigrane dans votre discours de ce matin, en d'autres termes par la possibilité qui serait accordée aux capitaux privés de s'investir dans les établissements publics. Qui dit capitaux privés dit rentabilité du capital. Or l'introduction de la notion de rentabilité dans la gestion des établissements de soins va mettre en péril la notion même de service public et la qualité que nous en attendons. Du reste, les détenteurs de capitaux ont déjà la possibilité d'investir dans les établissements privés.

Le projet dont vous nous avez parlé ce matin, monsieur le ministre, m'inquiète vivement et il conviendra au printemps prochain, de l'examiner très attentivement. *(Applaudissements sur les bancs des groupes socialiste et communiste.)*

Je pourrais encore évoquer d'autres problèmes de la santé publique.

Je ne m'étendrai pas sur le malaise qui règne parmi les étudiants en médecine — vous en avez d'ailleurs parlé, monsieur le ministre — ou parmi les médecins psychiatres, malaise que vous essayez de faire disparaître.

Je ne m'étendrai pas davantage sur le malaise qui persiste dans les professions paramédicales, où les diététiciennes attendent toujours leur statut et où les kinésithérapeutes se plaignent du coût élevé et des conditions défectueuses de leurs études.

Ravaudage par ci et replâtrage par là n'apporteront pas de solutions d'ensemble durables. Bien entendu, l'insuffisance des moyens financiers semble devoir bloquer toute amélioration du système existant.

Pour notre part et sur un plan général, nous ne cesserons jamais de réclamer une meilleure répartition des crédits budgétaires donnant leur juste part à des secteurs aussi prioritaires que l'éducation nationale ou la santé publique. Mais l'insuffisance actuelle des crédits n'est pas une excuse à l'immobilisme. En matière de santé, il ne faut jamais perdre de vue l'aspect humain, car il s'agit de malades beaucoup plus que d'assujettis — comme on dit trop souvent — ou d'assurés.

Le principe de base étant l'égalité dans la qualité des soins, on sera inévitablement amené à une intervention plus large de l'Etat en faveur des plus défavorisés. Mais, là aussi, il y a une limite, car nous n'oublions pas que les dépenses de santé, comme l'a fait remarquer M. Saint-Paul, progressent chaque année de 12 p. 100, c'est-à-dire bien plus rapidement que le revenu brut national. C'est d'ailleurs un phénomène mondial.

D'où la nécessité d'études prospectives très poussées et aussi de certains choix, même s'ils doivent se révéler un jour cruels.

En voici un exemple.

Certains malades rénaux ont besoin d'appareils de dialyse pour survivre. On a calculé que, pour procurer à tous ces malades les appareils indispensables, il faudrait utiliser la totalité des recettes annuelles de la sécurité sociale. Ce n'est qu'un exemple, monsieur le ministre. J'en citerai un autre.

Vous avez parlé ce matin des greffes d'organes. On marque, à l'heure actuelle une certaine pause — et c'est sans doute faire preuve de sagesse — dans l'opération des greffes cardiaques dont les résultats sont pour l'instant assez aléatoires et qui sont très coûteuses.

Certes, on ne doit pas abandonner les recherches et les expérimentations dans ce domaine, où il y a encore tant à faire.

Mais, compte tenu, hélas ! de l'insuffisance des crédits, il faut savoir distinguer le possible et l'impossible, et surtout ne pas donner d'espoir démesuré à certains malades par une propagande outrée.

A l'époque des ordinateurs, les prévisions deviennent possibles dans beaucoup de domaines — et non pas seulement dans celui de la gestion — pour savoir, par exemple, où l'on peut envoyer des malades, où il y a des lits vides et des services disponibles. Mais, sur un plan beaucoup plus important, on peut, partant du revenu national et du coût des services de santé essayer de calculer la dépense annuelle moyenne acceptable pour la

santé de chaque Français. On peut aussi connaître la part du budget de la nation qui pourrait être consentie à la santé publique.

Cette prospective financière pourrait déterminer la mise en œuvre d'une vaste réforme d'ensemble de la politique de la santé, affectant à la fois la couverture des risques, l'hospitalisation, l'exercice de la médecine, l'enseignement, la prévention, et les douloureux problèmes que posent les handicapés, les invalides, les personnes âgées. Le principe de base reste, bien entendu, le droit pour chacun, quelles que soient ses ressources, à bénéficier de la même médecine, de la même thérapeutique de qualité. Notre médecine ne doit être ni une médecine de caste, ni une médecine au rabais.

La Finlande nous donne un exemple de cette sagesse, qui consiste à adapter le progrès médical et technique aux moyens de la nation et à en faire profiter sans discrimination les plus modestes comme les plus aisés de ses habitants. C'est une vaste ambition, monsieur le ministre, que la mise à l'étude d'un tel projet d'ensemble.

C'est aussi une nécessité absolue. Car chaque Français réclamera sans cesse davantage ce qu'il estime être un droit : le droit à la santé et le droit à la protection sociale. *(Applaudissements sur les bancs des groupes socialiste et communiste.)*

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

M. Gérard Lehn. Monsieur le ministre, madame le secrétaire d'Etat, au moment d'intervenir dans ce débat de politique budgétaire sociale, je voudrais dire ma satisfaction devant le nombre croissant de collègues qui, à juste titre, appellent l'attention de l'Assemblée et du Gouvernement sur la situation désolante des veuves civiles.

C'est là le premier résultat encourageant d'une sensibilisation de l'opinion, à laquelle ont contribué une partie de la presse qui fait encore son devoir, les secrétariats sociaux en France et tous ceux qui s'inspirent d'une doctrine sociale à laquelle vous-même, madame le secrétaire d'Etat, depuis que vous assumez vos fonctions gouvernementales, rendez publiquement un hommage auquel sont particulièrement sensibles les familles françaises en détresse.

Les efforts déployés pour venir au secours des veuves sont d'autant plus méritoires que cette catégorie de la population n'a que peu d'influence sur le plan électoral et qu'elle n'est pas organisée en groupe de pression. Mais est-il besoin de recourir à des méthodes d'action extrêmes, lorsque l'équité, le bon sens et même l'intérêt économique d'une solution sont évidentes ?

L'équité d'abord, car il est injuste que dans une société moderne la perte subite du mari se trouve encore aggravée pour une femme par son exclusion de toute protection sociale. C'est d'autant plus pénible lorsqu'elle est chargée d'enfants. Je peux vous citer l'exemple d'une veuve d'un modeste agriculteur, âgée de 35 ans, ayant cinq enfants de deux à douze ans, qui s'est trouvée du jour au lendemain devant le dilemme insoluble suivant : remplacer son mari en travaillant seule dans les champs ou élever ses enfants. Je vous fais grâce des difficultés rencontrées pour obtenir une bourse d'études décente pour l'aîné des enfants, la bureaucratie administrative ayant d'abord estimé suffisant le revenu cadastral — je dis bien cadastral — de l'exploitation. Que le mari eût été salarié ou qu'il eût exercé toute autre activité professionnelle, la situation de la veuve eût été aussi dramatique.

Le bon sens ensuite, car actuellement les services de l'enfance dépensent 240 francs par mois en faveur des personnes qui recueillent un pupille. Cela ne revient-il pas plus cher au budget que d'accorder une allocation aux orphelins ou une pension aux mères veuves, lesquelles n'en dépendent pas tant pour élever leurs propres enfants ?

Il est enfin de l'intérêt économique d'un pays soucieux de son évolution démographique de régler efficacement ce problème.

Ce matin, monsieur le ministre, vous vous êtes montré soucieux devant la baisse de la natalité enregistrée en France. Mais combien de jeunes ménages retardent ou limitent les naissances dans la crainte de connaître l'insécurité en cas de décès du père ?

On compte actuellement 3 millions de veuves en France et 6 millions d'orphelins de père.

Voilà des chiffres importants, et qui concernent une fraction de population jeune, avenir de notre pays. Les dépenses nécessaires pour préparer ces défavorisés à affronter la compétition économique me paraissent constituer un investissement positif.

Voilà aussi un problème de gouvernement. Car les veuves et les orphelins sont des citoyens à part entière. Il ne faut plus les abandonner à eux-mêmes ni à la bienveillance d'œuvres charitables, mais au contraire les insérer dans la société, les encourager à affronter les risques et, pour commencer, leur donner le droit et les moyens de subsister.

Depuis l'annonce de la création d'une allocation en faveur des orphelins, annonce formulée par M. le Premier ministre dans sa déclaration de politique générale du 16 septembre 1969, une lueur d'espoir est apparue à tous ceux qui s'inquiètent du sort des veuves. Je vous ai d'ailleurs, monsieur le ministre, posé une question écrite à ce sujet. Mais je serais heureux si, au cours de ce débat, vous pouviez donner des indications plus précises sur les mesures envisagées.

Pour conclure, je dirai qu'il est urgent — et j'insiste sur ce point — d'élaborer une nouvelle charte de la famille. Car, depuis longtemps, une véritable politique d'ensemble de la famille fait défaut.

Le moment me paraît venu de redéfinir, d'une manière globale et compte tenu de l'évolution sociologique, le rôle assigné aux prestations familiales, au salaire unique et — lorsqu'elles deviendront effectives — aux aides attribuées à la mère au foyer, aux veuves et aux orphelins.

La cohésion de notre société et de la famille, sa cellule de base, justifie amplement les préoccupations du Parlement et du Gouvernement. (Applaudissements sur les bancs de l'union des démocrates pour la République.)

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

M. Michel Rabreau. Monsieur le ministre, madame le secrétaire d'Etat, mes chers collègues, mes propos seront complémentaires de ceux qui viennent d'être formulés par mon collègue M. Lehn. Nous connaissons tous les conséquences graves pour les femmes seules chefs de famille des nouvelles conditions d'attribution des prestations d'assurance maladie, mises en vigueur à compter du 15 juillet 1968, en application de l'ordonnance du 21 août 1967 et du décret du 30 avril 1968.

Il est bon, je crois, à l'occasion de la discussion générale sur le budget de la santé publique et de la sécurité sociale, d'être pleinement conscient du problème posé par la couverture sociale des veuves et des personnes dont elles ont la charge.

Quelle est la situation actuelle ? Les veuves salariées qui peuvent justifier avoir accompli un emploi pendant un nombre d'heures conforme au décret cité plus haut, bénéficient de l'assurance maladie. On peut remarquer toutefois qu'un grand nombre d'entre elles ne travaillent que pour obtenir cette couverture sociale. Les autres veuves salariées, qui ne peuvent satisfaire aux exigences du décret, perdent le droit au remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques, ainsi que le droit au bénéfice des indemnités journalières en cas d'arrêt de travail. Elles peuvent, bien sûr, contracter une assurance volontaire dans les conditions prévues par l'ordonnance du 21 août 1967. La cotisation peut, d'ailleurs, être prise en charge totalement ou en partie par le service départemental de l'aide sociale.

Parmi les veuves non salariées, un certain nombre sont assurées sociales ; c'est le cas des veuves de guerre, des retraitées et de celles qui bénéficient d'une pension de réversion. Mais la majorité des autres doivent choisir entre la prise d'une assurance volontaire ou le renoncement à toute garantie.

Ces femmes, en effet, ne peuvent assurer un emploi, soit parce qu'elles sont malades ou fatiguées, soit parce que leurs charges de familles ne leur laissent pas assez de temps, soit tout simplement parce qu'elles ne trouvent pas de travail.

Il faut dénoncer, à cette tribune, l'exploitation des veuves à qui l'on ne propose souvent que des travaux indignes et mal rémunérés. Il arrive même que l'employeur se refuse à payer les cotisations d'assurance et que ces femmes malheureuses soient obligées de prendre entièrement à leur charge les cotisations patronales.

Examinons plus en détail les solutions que leur offre la réglementation actuelle. L'assurance du régime général — on l'a vu — exige un nombre d'heures peu compatible avec de lourdes charges familiales et l'on sait qu'il est difficile de trouver des emplois à temps partiel assortis d'horaires permettant d'élever plusieurs enfants en bas âge.

L'assurance volontaire est, quant à elle, peu compatible avec un budget modeste. Elle ne procure pas, d'autre part, les mêmes prestations. En particulier, il n'y a pas, dans ce régime, d'indemnités journalières. Les modalités d'application sont compliquées et les bénéficiaires sont mal informés. Il est regrettable que la sécurité sociale n'ait pas adressé une note personnelle à ce

sujet à toutes les intéressées qui, bien souvent, n'ont eu connaissance de la nouvelle réglementation qu'en se voyant refuser le remboursement des frais médicaux.

D'autre part, il semblerait que la sécurité sociale ne déduise pas de la cotisation à l'assurance volontaire complémentaire la part de cotisation versée par l'employeur, mais seulement la quote-part ouvrière. Si cette information qui m'a été envoyée est exacte, il s'agit là d'une mauvaise interprétation de l'article 7 de l'ordonnance du 21 août 1967.

Quant à l'aide sociale, quelle humiliation !

En pratique, le secret qui devrait entourer les dossiers ne peut être gardé. Il est tenu compte, pour l'obtenir, non seulement du revenu, mais aussi de la valeur en capital des biens, donc de la maison familiale sur laquelle une hypothèque sera prise. Il sera fait recours aux enfants pour avoir une garantie.

Bénéficiaire de cette aide, pourtant si précieuse dans certains cas, est, en fait — il faut bien le reconnaître — considéré comme une déchéance.

Une enquête a été effectuée pour essayer de connaître le nombre de veuves civiles et de leurs enfants à charge qui ne sont pas garantis contre le risque de maladie. Elle a montré qu'il était impossible d'obtenir des statistiques précises à ce sujet.

Tout au plus, connaît-on le nombre total de veuves civiles, soit environ deux millions et demi. Mais il conviendrait de retrancher de ce nombre celui des veuves civiles bénéficiant d'une retraite ou d'une pension et celui des veuves civiles qui travaillent pendant un nombre d'heures suffisant pour bénéficier de la garantie du risque maladie.

On peut estimer toutefois, très approximativement, qu'il y a actuellement 500.000 veuves civiles âgées de moins de soixante-cinq ans, dont 150.000 ont à leur charge 200.000 enfants.

Une enquête sérieuse devrait donc être menée pour connaître la situation exacte.

Certains d'entre nous, alertés par les associations de veuves, se sont émus de cette situation : de nombreuses propositions de loi ont été déposées, tendant à améliorer la situation des veuves ou des orphelins, soit par la création d'une allocation pour les orphelins, soit par celle d'une pension de veuve, soit encore par l'aménagement de la pension de réversion pour les veuves âgées.

La commission des affaires culturelles, familiales et sociales a souligné la nécessité d'un véritable statut de la femme seule, chef de famille.

Le Gouvernement est réticent devant le coût financier de ces propositions. Toutefois, M. le ministre des affaires sociales, lors de la discussion du budget pour 1969, avait déclaré qu'il faisait procéder à un examen attentif des articles du code de la sécurité sociale, afin d'améliorer, le cas échéant, les conditions d'âge et de mariage de l'assuré qui permettent au conjoint survivant de bénéficier de cette pension.

Dans sa réponse aux questions écrites concernant plus précisément l'assurance-maladie, M. le ministre a indiqué qu'un projet de décret tendant à instituer, en faveur des veuves chargées de famille, des conditions d'ouverture du droit plus favorables que celles qui résultent du décret du 30 avril 1968, faisait actuellement l'objet d'une étude.

M. le Premier ministre lui-même, lors du discours magistral qu'il a prononcé ici même le mardi 16 septembre 1969, a indiqué que « des dispositions seront prises pour améliorer la situation des veuves... »

En effet, monsieur le ministre, vous avez pris récemment des mesures qui permettent aux veuves d'assurés sociaux et à leurs enfants à charge de conserver le bénéfice des prestations de maladie pendant un an. C'est un progrès appréciable.

Mlle Dienesch a laissé espérer que cette mesure pourrait être étendue aux veuves des salariés agricoles.

M. le ministre du travail, de l'emploi et de la population semble disposé, quant à lui, à faciliter la formation et le travail à mi-temps.

Enfin, M. le Premier ministre, lors du récent congrès de l'Association nationale des veuves chefs de famille, a annoncé que l'Assemblée aurait à se prononcer, pendant la session de printemps, sur un projet de loi comportant la création d'une allocation pour les orphelins.

Monsieur le ministre, j'ai entendu avec satisfaction votre déclaration, dans laquelle vous nous avez indiqué les dispositions que vous aviez l'intention de prendre pour améliorer la situation des orphelins. Ne serait-il pas possible d'aller un peu plus loin ?

Dans son rapport, M. Ribadeau Dumas indique qu'il est prévu en 1970, pour la Caisse nationale d'allocations familiales, un excédent de recettes de 1.638 millions de francs. Or, l'un des rôles de cette caisse de solidarité des familles devrait être de pallier la plus lourde charge que puisse supporter un foyer : la mort du père.

Je regrette que, dans le budget qui nous est proposé, des mesures ne soient pas prévues en faveur de cette catégorie de défavorisés. La garantie, pour les veuves et leurs enfants, d'une couverture du risque maladie s'impose d'urgence. J'ai d'ailleurs déposé récemment, au nom de l'ensemble de mes collègues du groupe U. D. R., une proposition de loi allant dans ce sens.

Monsieur le ministre, madame le secrétaire d'Etat, j'ai voulu attirer votre attention sur ce problème douloureux pour savoir quelles mesures vous aviez l'intention de prendre, malgré les restrictions budgétaires actuelles, en vue d'obtenir une solution humainement acceptable. (Applaudissements sur les bancs de l'Union des démocrates pour la République et du groupe des républicains indépendants.)

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

M. Jean Durieux. Monsieur le président, monsieur le ministre, madame le secrétaire d'Etat, jadis caché comme une tare, aujourd'hui, heureusement, traité au grand jour, le problème des handicapés physiques et mentaux s'est brusquement révélé dans toute son ampleur et appelle, de la part du Gouvernement et de la société tout entière, une attention et un effort à la mesure des besoins, hélas ! considérables.

Par manque de temps et pour aller au fond des choses, je ne traiterai que l'aspect particulier des inadaptés mentaux.

La catégorie des enfants inadaptés mentaux comprend les aliénés, les arriérés, les caractériels et la multitude d'enfants ou d'adolescents qui n'ont pas un langage normal ou ne peuvent suivre correctement une scolarité.

La politique de santé suivie à l'égard de ces enfants est aberrante et inefficace.

On est effaré, lorsqu'on aborde sérieusement le problème, de constater que, hors les manifestations de bonne volonté, l'Etat fait si peu, néglige ces enfants et va même, parfois, jusqu'à prendre des mesures qui leur nuisent, ce qui est un comble. Je m'en expliquerai dans quelques instants.

Pourtant, quel investissement productif celui qui serait consacré à aider les familles et à traiter correctement ces enfants ! On pourrait récupérer totalement nombre d'entre eux et insérer, dans une certaine mesure, les autres dans le système de production, au lieu de les avoir à charge leur vie durant.

Que fait-on de ces enfants ? Rien ou presque, sauf sur le plan du dépistage.

Centres de dépistage, consultations d'hygiène mentale et centres d'orientation professionnelle et scolaire existent. Des psychologues privés, en tout petit nombre, et quelques médecins vraiment spécialistes de la question s'occupent de ces enfants. On peut donc dire que le système de santé est pourvu pour le diagnostic et l'examen, encore que bien des enfants dont l'état l'exigerait ne soient pas conduits à ces consultations, par ignorance, négligence ou préjugés.

Une fois l'enfant examiné, que se passe-t-il ?

On cherche une place dans un centre de rééducation ou un praticien pouvant redresser les troubles décelés. Hélas ! il faut attendre trois ou quatre ans pour l'entrée dans un centre, à moins de bénéficier d'appuis spéciaux. Il faut, en outre, présenter un énorme dossier et obtenir une prise en charge de la sécurité sociale.

Admis au centre, l'enfant est le plus souvent placé en garderie et non rééduqué. Les soins dispensés sont minimes, faute de spécialistes véritables : le plus souvent, des monitrices et des éducateurs spécialisés en nombre trop insuffisant ne forment qu'un très bon personnel d'encadrement.

L'éducation dispensée au centre, d'ailleurs, est souvent vivement critiquée par les parents. Elle n'est pas toujours réaliste et ne prépare pas les enfants à s'insérer dans le système social. Très peu d'adultes au travail sortent d'un centre d'inadaptés mentaux. Quel résultat lamentable, alors que des prix de journée coûteux auront été versés pendant des années !

De plus — et c'est un comble — à quatorze ans, l'enfant est mis à la porte du centre et rendu à sa famille, sans aucune formation pratique valable.

Ainsi, tout l'argent dépensé est-il en réalité gaspillé, car rien n'est fait par la suite.

Dans le Nord, le nombre des centres est plus qu'insuffisant. Les dossiers en attente ne se comptent plus. Encore faut-il souligner que les trois quarts des centres ont été créés par des œuvres privées !

Quand il n'y a ni centre, ni place disponible ou que le placement ne s'impose pas, il faut chercher un spécialiste, parfois très loin.

Qui sont ces spécialistes ? Des psychologues parfois, des orthophonistes et des rééducateurs en psycho-motricité.

Seuls les soins dispensés par les orthophonistes, qui ne s'occupent que du langage, sont remboursés. Le remboursement des autres dépend du caprice des caisses. Les familles doivent prendre à leur charge déplacements et soins parce que l'Etat ne veut rien faire rapidement pour mettre en œuvre des solutions qui existent.

Dans le Nord, certains enfants sont exilés à grands frais en Belgique, où les résultats ne sont pas meilleurs.

D'autres sont livrés à des non-spécialistes et certains ont la chance de trouver quelqu'un capable de les traiter.

Que faut-il faire pour éviter que ce million d'enfants ne deviennent des titulaires de l'aide à la tierce personne, d'invalides à 100 p. 100, de manœuvres incapables ou d'adultes analphabètes, encombrant les services de chômage ?

Il convient de créer un service social qui dépistera les enfants, les conduira aux consultations et les aidera à trouver centres et spécialistes, un service qui permettra aux familles de traverser la jungle des formulaires, questionnaires, demandes d'admission, de prise en charge, de cartes d'invalidité, d'allocation spéciale, de dispense de ceci ou de cela, un service qui aidera les familles à mieux supporter l'épreuve qu'est pour elles un enfant inadapté mental — car il s'agit bien d'une grande épreuve — qui aidera enfin les enfants rééduqués à s'insérer dans la société ou à retrouver leur place en classe.

Il convient surtout d'augmenter le nombre des rééducateurs : orthophonistes et rééducateurs en psycho-motricité.

Pour les orthophonistes, c'est chose faite. Un diplôme et un enseignement officiels existent et les soins sont remboursés, encore que le ministère des affaires sociales, par le biais d'une commission de qualification, ait cru bon, lors de la création du diplôme officiel, de rayer de la liste des orthophonistes un millier de spécialistes qui avaient pour seul tort d'être autodidactes et de s'être intéressés très tôt à la question.

Mlle Marie-Madeleine Dienesch, secrétaire d'Etat à l'action sociale et à la réadaptation. Ce n'est pas tout à fait exact !

M. Jean Durieux. Je peux vous citer un cas précis.

Dans la région de Cambrai, un orthophoniste qui exerçait depuis cinq ans dans un centre d'infirmités motrices et en clientèle privée, à la satisfaction générale, s'est vu refuser le droit d'exercer du jour au lendemain. Son dossier, examiné une première fois, fut revu en appel par la même commission qui, bien sûr, ne pouvait se déjuger.

C'est ainsi que sur la seule vue rapide d'un dossier, sans examen pratique et sans avoir reçu le demandeur, on a supprimé un spécialiste dont chacun dans la région était fort satisfait. Le résultat, c'est qu'il n'y a plus d'orthophoniste au centre depuis trois ans, sinon une orthophoniste à temps partiel, pour une population de 180.000 habitants !

C'est là un exemple, mais nous pourrions en citer beaucoup d'autres.

Venons-en à la rééducation psycho-motrice, qui est à base d'exercices corporels préconçus visant à améliorer ou à réorganiser les facultés mentales de l'individu.

Elle est dispensée dans de nombreux centres et les rééducateurs de psycho-motricité se multiplient. Malheureusement, l'Etat n'y aide guère : les soins ne sont pas remboursés — sauf s'ils sont inclus dans un prix de journée du centre — et il n'existe pas de diplôme officiel. Pourtant quelle aide cette rééducation psycho-motrice apporte aux enfants ! Grâce à elle, un arriéré se révélera apte à de petites tâches, un bégue parlera mieux, un dernier en classe suivra normalement, un enfant muet ou dont l'expression était incompréhensible pourra communiquer avec son entourage.

En mai 1968, M. le ministre des affaires sociales, répondait, au *Journal officiel*, à M. Lagrange, député — question du 17 avril 1968 — qu'un groupe de travail avait jugé inopportun, en 1966, d'inscrire la rééducation psycho-motrice — R. P. M. — à la

nomenclature des actes et que, par conséquent, on ne pouvait rien faire. M. le ministre ajoutait cependant que, si des faits nouveaux intervenaient, la question pourrait être revue.

Les faits nouveaux, les voici.

Une deuxième école de rééducateurs en psycho-motricité s'est créée en 1967. Le nombre des rééducateurs diplômés est passé de 90 en juin 1966 à 400 en juin 1969; ils seront presque 600 en juin 1970. Les techniques de rééducation psycho-motrice se sont affirmées.

Une réunion a eu lieu en juin 1969 au ministère de l'éducation nationale, groupant le directeur de l'enseignement supérieur, la directrice des professions paramédicales, un groupe de professeurs de faculté, les directrices de deux écoles, plusieurs rééducateurs et des représentants des étudiants. Toutes ces personnes ont été unanimes à admettre qu'il fallait créer un diplôme et un enseignement officiels, et rembourser les soins.

Nous demandons donc énergiquement la création du service social nécessaire, l'accélération du processus d'organisation du diplôme et de l'enseignement, la reconnaissance immédiate des praticiens actuellement diplômés et le remboursement immédiat des soins.

Ces mesures permettraient de doter rapidement le pays de rééducateurs en psycho-motricité qui peuvent traiter très efficacement, dans un délai compris entre six mois et un an, une centaine d'enfants et qui peuvent, de plus, collaborer avec le ou les centres voisins quand ils existent.

Nous sommes sûrs que les ministères de l'éducation nationale et des affaires sociales auront à cœur de promouvoir très rapidement cette rééducation psycho-motrice, si bénéfique pour les inadaptes mentaux et qui se révélera comme un investissement très productif.

J'insiste également sur la nécessité de la création des instituts médico-pédagogiques et médico-professionnels.

Représentant d'une région particulièrement défavorisée sur ce point, je vous citerai quelques chiffres.

Le seul département du Nord, peuplé de plus de deux millions d'habitants, ne dispose que de 1.654 lits d'internat, la plupart d'ailleurs contrôlés par une œuvre privée, celle des Papillons Blancs. Sur ce total, les trois arrondissements du sud du département, qui groupent à eux seuls 800.000 habitants, disposent de moins de 400 lits.

Il convient de créer des établissements suffisamment importants, sans l'être trop, qui puissent justifier d'un encadrement et de moyens techniques permettant à la fois de traiter les déficiences intellectuelles, les troubles du caractère et du comportement, sous la direction de médecins analystes et de psychiatres et d'obtenir un reclassement social par l'acquisition d'un métier sous la direction de moniteurs spécialisés.

L'installation de tels établissements dépend d'impératifs — dont l'impératif budgétaire — qui apparaissent inconciliables au premier examen: choix de régions à climat salubre, dotées de zones de calme ou des terrains suffisamment vastes puissent être acquis assez facilement; construction d'établissements types pour 250 enfants, établis par petits pavillons, sur une surface d'environ douze hectares.

Le choix de la région doit être lié à un développement économique possible qui permette, suivant les cas, une formation industrielle ou agricole.

L'établissement type de 250 enfants doit comporter, en personnel de direction, de soins, d'enseignement et de service, une personne pour deux enfants, ce qui impose la création des instituts médico-pédagogiques dans des régions où le recrutement est possible et les moyens de communications suffisants.

La région du Hainaut-Cambrésis semble répondre à l'ensemble de ces impératifs: les industries textiles, les industries alimentaires, l'horticulture maraîchère pouvant offrir des débouchés pour ces enfants réadaptés. En outre, elle demeure une région où la nécessité de ces établissements se fait de plus en plus sentir.

Nous serions heureux que M. le ministre réserve un accueil favorable à toute demande qui lui serait présentée pour inscription au plan d'équipement.

Enfin, quand se décidera-t-on à accorder aux handicapés âgés de plus de vingt ans une protection sociale complète, dans des conditions financièrement supportables pour leurs familles déjà si éprouvées?

Je n'examinerai pas ce problème, puisque mon collègue M. Feit vient de vous en parler il y a quelques instants, mais

je tenais à le souligner et à vous demander, monsieur le ministre, madame le secrétaire d'Etat, de mettre à l'étude sans plus tarder les aménagements qui s'imposent.

Telles sont les observations que je souhaitais formuler.

Vous répondez aux exigences de la justice sociale, monsieur le ministre, en vous occupant, avec l'efficacité que chacun vous connaît, d'une des grandes causes de l'humanité. (Applaudissements sur de nombreux bancs.)

M. le président. Mes chers collègues, avant de donner la parole à un nouvel orateur, je vous informe que ce soir, le Gouvernement en étant d'accord, la séance reprendra à vingt et une heures, au lieu de vingt et une heures trente. Ainsi espérons-nous siéger moins tard dans la nuit.

La parole est à M. Fontaine.

M. Jean Fontaine. Monsieur le président, monsieur le ministre, madame le secrétaire d'Etat, mon bref propos ne me permettra pas de décrire la situation singulière des affaires sociales dans mon département.

Cependant, je suis toujours surpris de constater, dans la part de votre budget qui va aux départements d'outre-mer, que les dépenses en personnel sont en légère augmentation, mais qu'en revanche les crédits en capital sont en nette régression, ce qui dénote une curieuse philosophie de l'action administrative. Je ne peux que le regretter.

Les choses étant ce qu'elles sont, je vous signale que le bilan du V^e Plan se traduira, dans mon département, en tout et pour tout, par la construction de cinq dispensaires. Pour arriver à cela, il nous a fallu pourtant faire preuve de beaucoup de persévérance et de patience, la moindre décision devant chaque fois remonter à Paris.

La moindre modification exigée par une adaptation au sol suppose l'autorisation de Paris. Lorsqu'on sait que la construction d'un dispensaire coûtant 30.000 francs exige une autorisation ministérielle, on ne s'étonne plus de l'accumulation des retards.

En définitive, les crédits ne sont plus respectés, les prix d'édification sortent de l'enveloppe prévue et les collectivités locales sont alors obligées de faire l'appoint, ce qui signifie que, de plus en plus, les constructions sont à la charge de ces collectivités.

J'appelle également votre attention, monsieur le ministre, madame le secrétaire d'Etat, sur le fait qu'en raison de la misère physiologique qui est l'apanage d'une grande partie de la population, les enfants retardés mentalement ne sont pas rares. Or, il n'existe pour eux aucune adaptation des règles régissant l'éducation nationale, aucune structure d'accueil, pas de maison d'enfants à caractère social. Le département ne possède pas de foyers de jeunes travailleurs, alors que plus de 60 p. 100 de la population a moins de vingt ans.

Je vous parlerai maintenant brièvement, en accord avec mes collègues des départements d'outre-mer, d'un problème irritant qui concerne le régime d'assurance vieillesse de mon département.

La loi du 17 janvier 1948 organisant l'assurance vieillesse en métropole a été étendue aux départements d'outre-mer par un décret du 8 mars 1968. L'organisation de la retraite des commerçants et industriels a été confiée à la Caisse interprofessionnelle d'assurance vieillesse des industriels et commerçants d'Algérie et d'outre-mer et celle de la retraite des artisans à la Caisse autonome nationale de compensation de l'assurance vieillesse artisanale, la C. A. N. C. A. V. A.

Vous noterez déjà au passage une anomalie inexplicable: en métropole la retraite des commerçants est assurée par l'Organic, caisse de retraite des professions industrielles et commerciales, mais dans les départements d'outre-mer, elle est assurée par la Caisse interprofessionnelle d'assurance vieillesse des industriels et commerçants d'Algérie et d'outre-mer.

En revanche, la loi du 12 juillet 1966, sur le régime d'assurance maladie n'a pas été étendue outre-mer alors que ce régime y eût été le plus souhaitable et le plus souhaité.

La situation actuelle est pour le moins paradoxale. Ces mêmes gens qui ne bénéficient pas des prestations sociales dont jouissent leurs homologues métropolitains, se voient contraints de verser de lourdes cotisations, sans commune mesure avec les bénéfices escomptés.

Chacun sait, en effet, qu'un commerçant n'aspire pas forcément à la retraite dès lors qu'il a la santé et la force physique pour exercer son métier. En revanche, il lui serait agréable de

bénéficier des prestations de l'assurance maladie, surtout lorsqu'il habite dans une région tropicale où le climat est particulièrement débilissant.

En l'état actuel des choses, on constate que si la loi du 17 janvier 1948 est née d'un accord entre les professions concernées, par contre l'extension aux départements d'outre-mer a été faite de façon autoritaire, sans que les intéressés aient été consultés, voire préalablement informés.

En outre, le calcul des cotisations est, pour la plus grande majorité, fondé sur les forfaits fiscaux. Or ceux-ci sont souvent imposés aux intéressés sans que ces derniers puissent les contester. Si, du point de vue strictement fiscal, ils n'y attachent pas beaucoup d'importance parce que, chargés de famille, ils ne payent pas d'impôt, en matière de retraite, au contraire, ils doivent supporter une contribution très lourde sans rapport avec les avantages qu'ils en retirent.

Ils sont, en outre, inquiets pour l'avenir; dans ce système solidariste, le nombre des cotisants va en effet diminuant tandis que les allocataires, eux, sont de plus en plus nombreux. Or la cotisation est ajustée suivant une progression géométrique, ce qui préoccupe sérieusement les commerçants et artisans.

En conclusion, monsieur le ministre, je vous demande, dans un premier temps, de surseoir à l'application du décret du 8 mars 1968 et de réunir une table ronde pour rechercher les modalités d'application des textes que vous préparez pour l'outre-mer. (Applaudissements sur de nombreux bancs.)

M. le président. La parole est à M. Leroy-Beaulieu.

M. Pierre Leroy-Beaulieu. Monsieur le ministre, mon intervention portera sur trois points.

Je voudrais d'abord vous faire part de quelques réflexions sur les problèmes de l'investissement hospitalier qui me paraît, avant tout, être un investissement économique. Je serais très heureux de connaître votre sentiment à ce sujet.

Je parlerai ensuite du problème de l'intégration des personnels de direction et, enfin, de l'hôpital de la ville de Béziers que j'ai l'honneur de représenter à l'Assemblée.

Il est souvent admis que l'investissement hospitalier est un investissement de type social, sans influence directe sur l'évolution du produit national brut de la nation.

Bien qu'il m'ait été impossible de réunir tous les renseignements chiffrés permettant de le démontrer, je demeure persuadé, quant à moi, que l'investissement hospitalier est un investissement économique.

Cette conviction est fondée sur le fait que l'équipement technique des établissements, depuis 1945 jusqu'à ce jour, a eu pour résultat principal d'accélérer la guérison des malades en diminuant la durée moyenne de séjour ainsi, semble-t-il, que la durée moyenne de l'absentéisme pour maladie des travailleurs de tous les secteurs.

Il ressort de là que les sommes investies ont été très largement récupérées par le fait que le travailleur a pu reprendre sa place dans l'économie nationale et que son produit est venu abonder au revenu national brut de la nation.

Une recherche est évidemment à faire tant au niveau hospitalier qu'au niveau de la sécurité sociale ou des autres organismes de prévoyance des travailleurs, qui permettrait de faire ressortir les milliers, voire les millions, d'heures de travail récupérées.

Sur le plan strict de l'hospitalisation, ce qui représente une vue partielle du problème, il est préférable, pour l'économie nationale, qu'un malade soit hospitalisé dans un service très « technicisé » où le prix de journée sera élevé et où il séjournera peu de temps, plutôt que dans un service resté sans aménagement ni modernisation où le prix de journée sera relativement bas et où il restera longtemps.

Par exemple, il est à présumer que, dans le premier cas, il restera dix jours à cent francs, soit une dépense de mille francs, alors que, dans le second cas, il serait resté vingt jours à soixante-dix francs, soit une dépense de mille quatre cents francs.

De cet exemple, il ressort que le premier élément appréhendé, soit le prix de journée, est notablement plus élevé dans le premier que dans le second cas, mais que le coût des soins ou de la maladie est, en fait, bien moindre, et, plus qu'au premier élément, c'est à ce dernier qu'il convient d'attacher son attention.

Il conviendrait, bien entendu, de ne point s'en tenir là et de suivre le malade jusqu'à sa complète réintégration dans le circuit de production pour évaluer le véritable coût de la maladie — séjour hospitalier, congé de convalescence assorti d'indemnités

journalières, frais médicaux et pharmaceutiques exposés et remboursés, etc.

En ce qui concerne l'intégration des personnels de direction, à la suite de la publication du décret du 23 juin 1969 qui entraîne une modification profonde de la structure des équipes de direction hospitalières, comme des statuts des personnels de direction, je crois savoir que votre ministère éprouverait, à l'heure actuelle, des difficultés pour mener à bien cette réforme, en raison de la faiblesse de l'effectif des bureaux du service des établissements, en particulier du bureau T. P. 3 chargé de la gestion des personnels de direction et d'économat.

Cette question concernant le sous-équipement en personnel des services ministériels a déjà fait l'objet de plusieurs interventions et il serait souhaitable de les voir aboutir rapidement.

En ce qui concerne l'hôpital de Béziers, je me permets d'appeler votre attention sur le fait que, d'après le procès-verbal de sa réunion du 13 septembre dernier, j'ai constaté que la commission nationale d'équipement n'avait pas examiné le programme relatif à l'hôpital psychiatrique qui devrait être installé à Béziers.

D'après les renseignements en ma possession, il apparaît que le bureau compétent de la direction générale de la santé — sous-direction de l'action médico-sociale, bureau M. S. 1 — avait cependant établi, en temps utile, le rapport favorable à cet établissement. En conséquence, je serais très heureux de voir examiner ce rapport le plus rapidement possible.

Enfin, pour terminer, j'appelle votre attention, monsieur le ministre, sur le fait que le bloc opératoire de l'hôpital de Béziers date de 1926. Bien que son équipement technique soit convenable, il serait cependant nécessaire de le refaire complètement.

Je vous remercie d'avance de bien vouloir faire examiner ces deux problèmes par vos services le plus rapidement possible. (Applaudissements sur les bancs de l'union des démocrates pour la République et du groupe des républicains indépendants.)

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

M. Pierre Sallenave. Monsieur le ministre, madame le secrétaire d'Etat, il n'est certes pas facile d'avoir une vue d'ensemble sur les mesures que l'Etat a instaurées en faveur des familles et qui sont réparties dans divers fascicules budgétaires et placées, pour leur application, sous la tutelle de plusieurs ministères.

Il ne faudrait cependant pas que cette dispersion soit le fâcheux symbole de l'absence, sinon d'une politique familiale, du moins de la cohérence de cette politique.

Plus que vos collègues, également concernés, MM. les ministres du travail, de l'emploi et de la population, de l'éducation nationale, de la justice, de l'économie et des finances, du logement, de la jeunesse et des sports, vous êtes, monsieur le ministre, sous le double signe de la santé publique et de la sécurité sociale, le coordonnateur naturel de ces moyens épars et de préoccupations, nous l'espérons, convergentes.

Depuis des années, les familles ont le sentiment pénible de ne pas être soutenues en tant que telles et, chaque fois que sonne l'heure de la rigueur et de l'austérité, elles en ressentent les effets avec un coefficient multiplicateur. C'est qu'offrant, si j'ose dire, une plus grande surface à l'événement, elles sont plus vulnérables. Sur près de six millions de foyers que compte notre pays, 28 p. 100, qui comptent trois enfants et plus, ne possèdent-ils pas en leur sein plus de la moitié de notre jeunesse et ne représentent-ils pas la majorité des consommateurs ?

Dans un moment où notre avenir démographique est remis en cause par un sensible fléchissement de la natalité dont le taux actuel est beaucoup plus proche du minimum désastreux de 1938 que du niveau élevé de 1946, il est opportun de rappeler ce que votre prédécesseur, M. Maurice Schumann, déclarait l'an dernier à cette tribune : « Le développement harmonieux, donc la protection accrue de la famille française, forme le complément indispensable des mesures qui légalisent la régulation des naissances ».

Cette protection accrue passe d'abord par une politique plus satisfaisante des prestations familiales. En volume, leur montant, de 1969 à 1970, s'accroît de 1.200 millions, progression plus faible que celle de 1.600 millions enregistrée entre 1968 et 1969.

De plus, en comparaison des autres revenus et même des prestations sociales en général, elles évoluent à un rythme inférieur : au cours des dernières années, les allocations perçues par les familles de quatre et cinq enfants ont connu, en matière de pouvoir d'achat, une courbe moins ascendante que celle des salaires, tandis que celles accordées aux familles de trois enfants

stagnaient et celles attribuées aux familles de deux enfants régressaient.

Le versement exceptionnel aux foyers de trois enfants et plus non imposables à l'impôt sur le revenu des personnes physiques est un geste dont nous remercions le Gouvernement qui a implicitement marqué par là qu'il a conscience des conséquences de la dévaluation sur les familles. Mais en raison de son caractère de circonstance, il ne résout pas le problème de fond de l'évolution des prestations familiales qu'il conviendrait d'aborder dans une concertation avec l'organisation nationale représentative.

Cela s'impose d'autant plus que la conception même du système d'attribution est actuellement mise en discussion. Avec la commission des affaires sociales, nous pensons que la première place détenue dans l'Europe des Six par la France en ce qui concerne les allocations familiales, doit être maintenue et que toutes les familles, sans distinction de ressources, doivent avoir accès à ces prestations.

L'égalité entre elles représente la voie moyenne entre deux solutions, intellectuellement concevables mais contestables dans leur résultat, l'une proportionnant les allocations aux salaires dont elles sont le prolongement, l'autre les fixant en proportion inverse des salaires dans un but de compensation.

Pour l'allocation de salaire unique et celle de la mère au foyer, que vous avez heureusement relevées en faisant un effort particulier pour les mères de très jeunes enfants, le problème de la modulation selon les ressources est également posé. Sans préjuger les conclusions d'une étude sérieuse en ce domaine trop longtemps négligé, ne perdons pas de vue que ces avantages ont été institués pour dissuader de l'attrait ou de la nécessité d'un travail rémunérateur les jeunes femmes qui, sans cela, seraient contraintes de sacrifier une part de leur tâche maternelle.

De l'allocation-logement, qui a assez bien suivi l'évolution des salaires, je dirai simplement que certaines des modalités de son attribution doivent être revues.

Je ne serais pas complet sur les formes principales d'aide si je n'évoquais pas brièvement les bourses d'enseignement, qui ont tenu, cette année, une si grande place dans la discussion du budget de l'éducation nationale. Puisque la scolarité est obligatoire jusqu'à seize ans, la gratuité devrait être appliquée à tous les enfants, l'octroi de bourses, au-delà, donnant lieu éventuellement à une référence plus stricte à des critères à la fois sociaux et scolaires. Nous assistons, à l'inverse, à la réduction à deux parts du montant des bourses accordées aux élèves des établissements du premier cycle, et cela doit être reconsidéré sans tarder.

À côté des aides positives, se situent les allègements de charges, et singulièrement les mesures d'ordre fiscal. Nous enregistrons, à cet égard, l'élargissement de la première tranche de l'impôt sur le revenu.

Comment, en revanche, ne pas être plus sceptique sur le bénéfice que peuvent tirer de certains « encouragements à l'épargne », des familles qui, en permanence, sont obligées de mobiliser toutes leurs disponibilités pour élever leurs enfants.

Signalons néanmoins que, lorsque la chose est possible, notamment pour l'assurance-vie, avec le nouveau système et à prime égale, la déduction sur le revenu imposable est moins avantageuse pour les familles de quatre enfants et plus qu'elle ne l'était dans le régime antérieur.

Très appréciée serait sans doute une autre déduction, celle des charges sociales et, mieux encore, salariales afférentes à la rémunération des employés de maison, en faveur des familles nombreuses, pour lesquelles il ne s'agit ni de luxe, ni de standard de vie, mais d'un moyen de soulager la misère et de ménager sa santé.

Ce rapide tour d'horizon sur les problèmes familiaux ne peut manquer de mentionner enfin les foyers mutilés, ces centaines de milliers de veuves qui ont encore à leur charge 350.000 orphelins. Leur courage et leur désarroi nous font un devoir de promouvoir pour elles et leurs enfants des mesures spécifiques adaptées à ces situations où, d'un jour à l'autre, les moyens d'existence disparaissent avec le père. Ces mesures doivent tenir compte des difficultés presque insurmontables que l'on rencontre, à un certain âge et sans préparation, pour trouver un emploi.

Une allocation temporaire pourrait être l'amorce d'une aide à ces veuves qui attendent aussi cette allocation-orphelin qui a suscité, au cours des dernières législatures, le dépôt de propositions de loi qui n'ont jamais franchi le cap des commissions.

En concluant, j'exprime le vœu — et je rejoins ici notre collègue M. Lehn — que l'occasion nous soit donnée, dès que

possible, d'entendre le Gouvernement, par votre voix, monsieur le ministre, ou par celle de son chef, définir une politique globale de la famille. Les familles françaises n'attendent pas l'assistance, mais la justice.

Leur rendre cette justice, ce sera pour l'Etat à la fois satisfaire une exigence morale et servir l'intérêt national, car dans ces foyers se trouve la population active de demain. (Applaudissements sur les bancs du groupe Progrès et démocratie moderne et sur plusieurs autres bancs.)

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

M. Jacques Sourdille. Monsieur le ministre, madame le secrétaire d'Etat, mes chers collègues, je ferai porter mon intervention sur deux points : la définition de la vocation de l'hôpital public et l'amélioration de la concertation entre les pouvoirs publics et les corps de santé.

Auparavant — et sans reprendre mon intervention auprès de M. Guichard — je tiens à vous dire, monsieur le ministre, que votre décret concernant les étudiants en médecine de première année n'est pas fameux. Il est cependant le moins mauvais possible pour un an et il faudra probablement s'y tenir, car il importe de faire sentir l'indispensable nécessité de se soumettre à un choix sévère et précoce pour entrer dans cette carrière. Mais vous devez, dès cette année, vous efforcer d'établir des issues de secours par des équivalences ouvrant sur d'autres voies, afin que cette année de formation chimique, physique et biologique ne soit pas perdue pour ceux que le choix aura écartés.

Cependant, je partage votre avis : ce n'est probablement pas vers les professions para-médicales que devraient se diriger ceux qui auront échoué ; il faut, en effet, éviter par-dessus tout le risque de voir ressurgir des officiers de santé.

La vocation de l'hôpital public est aujourd'hui remise en cause par un biais qui n'est pas le meilleur, celui du coût de sa gestion. Certes, les comparaisons statistiques entre hospitalisation publique et hospitalisation privée sont défavorables à la première, tant en ce qui concerne le prix de journée que la durée moyenne d'hospitalisation pour une affection donnée.

Mais ces arguments sont insuffisants pour justifier un réquisitoire, car ils ne présentent qu'un aspect étroit du problème. Ils négligent bien des contraintes. Non, ces faits ne constituent pas un réquisitoire, ils soulignent la nécessité d'un effort de clarté par l'association du corps médical à l'administration des hôpitaux, par l'information statistique et par le partage des responsabilités de gestion et de programme. Cette coopération a existé dans l'hôpital public, et j'en veux pour témoignage le passé fécond d'un travail en commun accompli pendant vingt ans dans les hôpitaux de la région de Paris, seuls établissements où directeur et médecins de tous grades confrontaient leurs problèmes.

En ce qui concerne la vocation des hôpitaux publics, deux théories extrêmes s'affrontent : d'un côté, la conception étatique, qui semble avoir pris le pas ces dernières années, de l'autre, la conception libérale. Écartant ces deux extrêmes, je vous demande, monsieur le ministre, de rajourner l'hôpital public par la vérité des coûts certes, mais aussi par la vérité des services rendus. Il faut, en dehors de tout *a priori* sectaire, rendre complémentaires l'hôpital public et l'hospitalisation privée et mettre en place, pour cette dernière, un cadre conventionnel avec un cahier des charges précis.

Il vous appartient aussi de rajourner l'hôpital public en apportant un soutien aux hôpitaux à l'échelle humaine. En fait, le V^e plan a sacrifié les hôpitaux généraux de 500 à 1.000 lits au profit des C. H. U. A ce niveau, il est essentiel de voir quelle est la situation réelle, de même qu'il faudra, pour les hôpitaux généraux, déterminer les effets objectifs du choix entre les médecins à temps plein et les médecins à temps partiel.

Représentant le département des Ardennes, je demande que soit prévu, dans le VI^e plan, la création d'un hôpital intercommunal entre Sedan et Charleville-Mézières. A cet égard, nous attendons l'inspection générale que vous nous avez promise. Mais nous comptons bien obtenir satisfaction sans duperie, car voilà près de quinze ans que nous patientons.

Le deuxième problème que je désire aborder est celui de l'amorce de la concertation entre les pouvoirs publics et les corps de santé. C'est la condition des économies, qui sont essentielles, mais surtout du progrès dans les soins dispensés.

Ne « démedicalisez » pas votre ministère, comme on a eu tendance à le faire depuis quelques années. Appuyez le développement de l'École de santé de Rennes. Votre chance est d'avoir, en la personne des directeurs, des médecins hospitaliers, des

médecins praticiens, des étudiants, des infirmières et des infirmiers, des interlocuteurs de bonne foi qui ne veulent participer au pouvoir sanitaire que pour le mettre au service de tous. (Applaudissements.)

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

M. Jacques Sanglier. Monsieur le ministre, permettez-moi d'appeler votre attention sur un problème qui n'est certes pas étranger aux préoccupations du Gouvernement, mais dont la gravité mérite que l'on y soit très attentif : il s'agit de la formation du personnel soignant hospitalier, et plus particulièrement des infirmières diplômées d'Etat.

Si l'on tient compte des normes hospitalières modernes, le déficit doit être évalué à 35 p. 100 au moins.

Les causes de cette pénurie sont multiples. La profession d'infirmière impose des servitudes de moins en moins compatibles avec les progrès sociaux de notre époque, et le coefficient de fuite, dans cette profession, atteint des proportions vraiment inquiétantes.

Je sais que le Gouvernement s'attache à promouvoir un ensemble de mesures tendant à remédier à cette hémorragie du capital social investi dans la formation du personnel infirmier.

Je sais aussi que, depuis dix ans, les pouvoirs publics ont consenti d'importants efforts pour ouvrir des écoles d'infirmières.

Il serait peut-être utile, d'ailleurs, en ce qui concerne les écoles publiques d'infirmières, lesquelles sont souvent adjointes à un hôpital et dépendent de diverses collectivités locales, d'envisager une harmonisation des statuts et, peut-être, une coordination des ressources.

Mais de nombreuses écoles privées, en particulier celles de la Croix-Rouge — quarante-deux établissements qui dispensent un enseignement d'une qualité morale et technique remarquable — forment actuellement, chaque année 22 p. 100 des infirmières qui, par la suite, sont diplômées.

L'existence de ces écoles d'infirmières de la Croix-Rouge, dont la tradition et l'esprit méritent qu'on leur rende un public hommage, est menacée. Il serait grave pour la santé publique qu'elles soient obligées de renoncer à leur œuvre de formation. Il est donc indispensable que les pouvoirs publics étudient les moyens de leur venir en aide. Cette action entretrait d'ailleurs dans le cadre plus général des préoccupations du Gouvernement, en ce qui concerne l'enseignement technique et l'insertion professionnelle des jeunes.

Cette aide peut revêtir diverses formes, telle l'extension aux écoles d'infirmières de la Croix-Rouge et à leurs élèves d'un certain nombre de facilités et d'avantages dont bénéficient d'autres catégories de la formation professionnelle, spécialement en ce qui concerne la rémunération des stagiaires, l'utilisation de la taxe d'apprentissage, les modalités de l'aide apportée par

l'Etat à des institutions privées d'enseignement dont la qualité est reconnue.

On me permettra de rappeler ici que M. Tomasini et moi-même avons déposé une proposition de loi tendant à ce que des dispositions soient prises en ce sens, par une adaptation aux écoles d'infirmières des lois du 3 décembre 1966 et du 31 décembre 1968.

Monsieur le ministre, je suis convaincu de l'urgence et de la nécessité, dans l'intérêt de la santé publique, de préserver le magnifique réseau d'écoles fonctionnant sous l'égide de la grande institution humanitaire qu'est la Croix-Rouge française. Ces écoles d'infirmières sont menacées, je le répète. Nous avons le devoir de les protéger, de les aider à vivre et de leur assurer le développement qu'elles méritent. (Applaudissements.)

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

— 2 —

ORDRE DU JOUR

M. le président. Ce soir, à vingt et une heures, quatrième 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 1 — Services généraux (suite) :

Office de radiodiffusion-télévision française (ligne 106 de l'état E) (annexe n° 40 — M. Louis-Alexis Delmas, rapporteur spécial ; avis n° 836, tome XVI, de M. Gerbaud, au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales).

La séance est levée.

(La séance est levée à dix-neuf heures quarante-cinq minutes.)

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

VINCENT DELBECCHI.