

JOURNAL OFFICIEL

DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

DÉBATS PARLEMENTAIRES

ASSEMBLÉE NATIONALE

COMPTE RENDU INTEGRAL DES SEANCES

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

DIRECTION, REDACTION ET ADMINISTRATION : 26, Rue Desaix, 75732 Paris CEDEX 15. — Tél. : 306 - 51 - 00
Le bureau de vente est ouvert tous les jours, sauf le dimanche et les jours fériés, de 8 h. 30 à 12 h. et de 13 h. à 17 h.

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

4^e Législature

PREMIERE SESSION ORDINAIRE DE 1972-1973

COMPTE RENDU INTEGRAL — 27^e SEANCE

1^{re} Séance du Vendredi 3 Novembre 1972.

SOMMAIRE

1. — Loi de finances pour 1973 (deuxième partie). — Suite de la discussion d'un projet de loi (p. 4615).

Affaires sociales et santé publique :

III. — Santé publique.

MM. Bisson, rapporteur spécial de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan ; Peyret, rapporteur pour avis de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales ; Cazenave.

M. Foyer, ministre de la santé publique ; Mlle Dienesch, secrétaire d'Etat auprès du ministre de la santé publique, chargé de l'action sociale et de la réadaptation.

MM. Narquin, Benoist, Morellon, Bustin, Fouchier, Neuwirth, le rapporteur spécial, Lebon.

Renvoi de la suite de la discussion.

2. — Ordre du jour (p. 4634).

★ (2 f.)

PRESIDENCE DE M. RENE LA COMBE, vice-président.

La séance est ouverte à neuf heures trente.

M. le président. La séance est ouverte.

— 1 —

LOI DE FINANCES POUR 1973 (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 1973 (n° 2582, 2585).

AFFAIRES SOCIALES ET SANTE PUBLIQUE

III. — Santé publique.

M. le président. Nous abordons l'examen des crédits du ministère de la santé publique.

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

M. Robert Bisson, rapporteur spécial. Monsieur le président, monsieur le ministre, mesdames, messieurs, depuis l'entrée en fonction du nouveau gouvernement, l'ancien ministère de la santé publique et de la sécurité sociale a été scindé, mais il existe toujours entre ces deux départements une section commune que j'ai l'honneur de rapporter au nom de la commission des finances.

Mon exposé oral traitera donc des crédits de la section commune et de ceux de la santé publique.

La section commune comprend les dotations destinées à l'administration centrale et aux services communs, ainsi qu'à l'inspection générale des affaires sociales.

Les crédits affectés aux dépenses de fonctionnement sont majorés de 17,2 p. 100 afin de renforcer les moyens des services permettant de mettre en application le développement de la politique sociale du Gouvernement; c'est ainsi que 119 emplois nouveaux sont créés.

En outre, dans le domaine de l'informatique, les crédits de fonctionnement progressent de 37,5 p. 100; 4,5 millions sont ouverts en autorisations de programme, afin de mettre en place l'informatique dans les services extérieurs de l'action sanitaire et sociale et dans les établissements hospitaliers.

Quant aux crédits propres au ministère de la santé publique, les dépenses ordinaires progresseront de 9,75 p. 100 en 1973 par rapport à 1972. Cette augmentation de crédits — 545,5 millions de francs — concerne principalement l'ajustement aux besoins pour l'aide sociale et l'aide médicale, pour la prophylaxie et la lutte contre les fléaux sociaux. Il s'agit là, en termes budgétaires, des « mesures acquises ».

Les mesures nouvelles ont trait : au renforcement des moyens des services et à l'amélioration de la situation de certains personnels; à la formation des personnels sanitaires et sociaux; à la politique sanitaire; aux actions en faveur des catégories défavorisées; à la recherche médicale.

Le budget d'équipement atteindra en 1973 — et selon l'expression même du ministre — le plus haut niveau de son histoire. Avec 1.096 millions de francs en autorisations de programme, il progresse de 32 p. 100, et si l'on ajoute les 116,9 millions inscrits au fonds d'action conjoncturelle, l'augmentation pourra s'élever à 46,5 p. 100.

Ces chiffres démontrent l'effort qu'entend réaliser le Gouvernement, mais aussi l'importance et l'urgence des besoins. C'est pourquoi la commission des finances aurait souhaité qu'il n'y eût point de fonds d'action conjoncturelle et que la totalité des autorisations de programme soit engagée dès le début de 1973, sans attendre le déblocage éventuel de ce F. A. C. au cours du quatrième trimestre 1973.

Voilà, mesdames, messieurs, l'économie générale de ce budget.

Je n'ai pas l'intention d'analyser systématiquement à cette tribune l'ensemble des mesures proposées, puisque je l'ai fait dans mon rapport écrit et que, je le présume, M. le ministre et Mme le secrétaire d'Etat vont les exposer en détail au cours de leurs interventions. Mes commentaires porteront cependant sur les secteurs essentiels.

Certes, en ce qui concerne les personnels sanitaires et sociaux, une action volontariste a été décidée pour la formation de ces personnels; la rénovation pédagogique des écoles sera accélérée, les crédits de subvention augmentés, les bourses majorées, des instituts régionaux de formation des travailleurs sociaux mis en place. Mais il est nécessaire de valoriser la carrière de ces personnels, afin d'augmenter le recrutement et éviter les départs prématurés.

Il y a, c'est un fait, pénurie croissante en personnels paramédicaux qualifiés, ce qui risque, à bref délai, de mettre le corps médical dans l'impossibilité de poursuivre avec efficacité sa tâche au service des malades hospitalisés.

Les syndicats ont attiré, à juste titre, l'attention des pouvoirs publics sur ce point et Mme de la Chevellerie, par exemple, me transmettait tout récemment une motion votée par le personnel paramédical adhérent au syndicat Force ouvrière du centre hospitalier de Niort.

La situation est analogue pour les personnels techniques hospitaliers, et j'ai été personnellement alerté par le personnel ouvrier de l'hôpital de Falaise au sujet du projet de décret portant statut de ces personnels. Ils se plaignent de l'absence de véritables mesures transitoires d'accès aux emplois d'adjoints techniques pour les personnels actuellement en fonctions. La seule mesure de promotion professionnelle décidée réserve un sixième des postes d'adjoints techniques aux personnels en place, par la voie d'un examen interne. En raison du faible effectif des

adjoints techniques dans les établissements hospitaliers, cette disposition sera pratiquement sans effet et il est à craindre que les plus qualifiés des ouvriers ne se dirigent vers le secteur privé.

Notre Assemblée compte de nombreux présidents de commission administrative et c'est en toute connaissance de cause, monsieur le ministre, qu'elle appelle votre attention sur ce sujet.

Je présenterai une observation analogue en ce qui concerne le service de santé scolaire. Le problème est simple: du fait de la pénurie de personnel médical, paramédical, social et de secrétariat, 50 p. 100 seulement de l'effectif scolaire bénéficie de la protection du service de santé scolaire.

Cette pénurie provient de diverses causes, mais elle est essentiellement financière: absence de postes, rémunérations insuffisantes. Or, votre projet de budget pour 1973 ne vous permettra pas d'y remédier, car la dotation est insuffisante.

Il résulte d'un calcul effectué par les services de la commission des finances et vos propres services, monsieur le ministre, qu'un crédit supplémentaire de douze millions de francs serait nécessaire. Plusieurs commissaires sont intervenus sur ce problème, je l'ai mentionné dans mon rapport.

L'article 40 de la Constitution nous interdit de déposer un amendement tendant à augmenter ledit crédit, mais je vous demande, au nom de la commission des finances et avec beaucoup d'insistance, de déposer un tel amendement, puisque vous en avez le pouvoir, monsieur le ministre. Soyez assuré qu'il sera voté.

En ce qui concerne la politique sanitaire, l'essentiel de l'effort financier dont ce budget est le témoignage, porte tout naturellement sur les actions auxquelles la conjoncture confère un caractère prioritaire.

Pour la lutte contre les pollutions, les crédits sont augmentés de 82 p. 100, afin de renforcer les moyens du service central de protection contre les rayonnements ionisants et de doter les services compétents de l'appareillage permettant le contrôle de la pollution atmosphérique et du matériel de lutte contre le bruit.

L'organisation des secours d'urgence dans le cadre de la sécurité routière voit ses crédits plus que doublés d'une année sur l'autre.

Dans le domaine de la lutte contre les toxicomanies, il faut noter la création d'un bureau d'information sur la drogue.

Pour ce qui est de la protection maternelle et infantile, et de la politique périnatale destinée à prévenir les handicaps à la naissance, les crédits sont augmentés de 17,3 p. 100. Il s'agit essentiellement de développer la vaccination contre la rubéole en milieu scolaire et d'augmenter les subventions aux établissements hospitaliers pour l'aménagement des services d'obstétrique.

Mentionnons, enfin, la lutte antituberculeuse, antivénérienne ainsi que celle qui est menée contre les maladies mentales, le cancer et l'alcoolisme.

L'action en faveur des catégories défavorisées est un objectif majeur de la politique sociale du Gouvernement. Elle s'exerce dans plusieurs domaines et vise, en particulier, l'enfance inadaptée et les handicapés, les jeunes travailleurs, les travailleuses familiales, l'animation des équipements sociaux des grands ensembles, les personnes âgées.

Parlons d'abord de l'enfance inadaptée et des handicapés. Je vous rappelle que 400.000 enfants d'âge scolaire relèvent du ministère de l'éducation nationale au titre de l'éducation spéciale. En outre, 35.000 relèvent du ministère de la justice au titre de la protection judiciaire de l'enfance délinquante ou en danger; 388.000 enfants atteints d'une incapacité de plus de 80 p. 100 et 100.000 enfants atteints de troubles psychologiques graves sans débilité relèvent du ministère de la santé publique au titre de la protection familiale, sanitaire et sociale de l'enfance handicapée et inadaptée; 870.000 adultes de 20 à 59 ans sont atteints d'une invalidité, dont le taux est au moins égal à deux tiers, et se répartissent ainsi: 135.000 victimes de guerre; 40.000 accidentés du travail; 380.000 titulaires de pensions d'invalidité; 315.000 infirmes ou grands infirmes dont 165.000 débiles mentaux. Ces chiffres sont impressionnants.

Pour ces Français et ces Françaises, un effort immense reste à accomplir dans les domaines de la prévention — celle des accidents du travail en particulier — du traitement, de la rééducation et de la réinsertion sociale, de la scolarité, du logement et des ressources.

La circulaire parue au *Journal officiel* du 12 septembre 1972, prise en application de la loi du 13 juillet 1971, prévoit le versement d'une allocation pour frais éducatifs des handicapés mineurs et, en ce qui concerne les handicapés adultes, une augmentation des ressources dont le taux minimum est passé, pour 180.000 des plus défavorisés d'entre eux, bénéficiaires de l'aide sociale, de 3.650 francs à 4.500 francs par an à compter du 1^{er} octobre 1972.

Le crédit de 8.670.000 francs inscrit parmi les mesures nouvelles au titre de l'aide sociale est destiné à assurer le financement de ce relèvement.

Les crédits inscrits au projet de budget en faveur des jeunes travailleurs doivent permettre l'attribution aux intéressés d'aides destinées à réduire la charge financière de leur hébergement en foyer et la participation à la rémunération d'animateurs socio-éducatifs. Ces crédits seront majorés de 38,5 p. 100 par rapport à ceux de 1972.

Pour les travailleuses familiales, dont le rôle social est extrêmement important, les dotations passeront de 90.000 francs à 290.000 francs.

Au titre de l'animation des équipements sociaux des grands ensembles, le budget de 1973 prévoit — c'est une première étape — la prise en charge à 50 p. 100 du traitement de vingt animateurs.

Au sujet des personnes âgées, il faut noter que dans le budget de la santé figurent les seuls crédits destinés au développement de l'action sociale menée en leur faveur, à l'exclusion des prestations dont elles bénéficient par ailleurs. En ce qui concerne le programme finalisé du VI^e Plan, tendant au maintien à domicile des personnes âgées, la majoration de 3.962.000 francs prévue pour 1973 double pratiquement le montant des crédits de 1972.

Ce que l'on appelle le « minimum vieillesse » est élevé, depuis le 1^{er} octobre 1972, dans les mêmes proportions que l'allocation aux handicapés adultes ; il passera de 3.650 à 4.500 francs, ce qui représente une majoration de 23 p. 100 d'une année sur l'autre ; je rappelle que cette majoration a été de 8 p. 100 en 1969, de 11,1 p. 100 en 1970 et de 13,3 p. 100 en 1971. Cela, il faut le dire.

A l'occasion de ce relèvement du minimum de ressources et, plus généralement, du développement de l'aide sociale, il est nécessaire de faire mention du problème si délicat et si important de la répartition des dépenses entre l'Etat et les collectivités locales. Je l'évoque chaque année à cette tribune depuis 1959 en semblable circonstance ; il n'a guère évolué.

Je rappelle que la question est réglée par le décret du 21 mai 1955, qui a classé les départements suivant certains critères dits de « richesse », dont l'inadaptation actuelle est reconnue. C'est ainsi que pour les dépenses du groupe III, le plus important puisqu'il concerne l'aide sociale à la famille, aux personnes âgées, aux infirmes, l'aide médicale hospitalière et à domicile, la participation de l'Etat varie entre 10 et 88 p. 100, les collectivités locales devant supporter la différence. C'est pourquoi, dans certains départements, le budget de l'aide sociale atteint 60 p. 100 du budget de fonctionnement, ce qui est insupportable.

Pour remédier à cette situation, une commission avait été désignée, qui était présidée par notre collègue M. Pianta, mais elle a dû interrompre ses travaux.

Et, à une question que j'avais posée à vos services, monsieur le ministre, il a été répondu que la réforme que doit proposer le ministère de l'intérieur, en liaison avec le ministère de l'économie et des finances et avec celui de la santé publique n'est pas susceptible d'aboutir dans l'immédiat.

En effet, cette question est liée, d'une part, au problème général de l'équilibre des charges entre l'Etat et les collectivités locales, et subordonnée, d'autre part, à la connaissance des incidences de l'assurance maladie volontaire, ainsi que des réformes récemment intervenues à la suite de la promulgation des textes sur les handicapés et sur l'allocation de logement.

Ce renvoi *sine die* aura des répercussions extrêmement graves lors du vote des budgets départementaux, et le groupe des députés maires, que préside M. Dumas, s'en est récemment préoccupé. Une nouvelle fois, j'appelle l'attention du Gouvernement sur ce sujet capital.

Dans le rapport écrit, j'ai abordé le problème des études médicales et celui des activités des grands établissements nationaux : l'Institut national de la santé et de la recherche médicale, l'Ecole nationale de la santé publique, les laboratoires nationaux de la santé publique — laboratoire des actions de santé et laboratoire de contrôle des médicaments — et l'Institut Pasteur.

Je précise que, pour l'Institut national de la santé et de la recherche médicale et pour le service central de protection contre les rayonnements ionisants, qui lui est rattaché, les crédits de fonctionnement affectés à la recherche médicale sont augmentés de 18,7 p. 100, avec création de quarante postes de chercheurs et de cent deux postes de techniciens et administratifs.

Ces moyens nouveaux doivent permettre la mise en place de divers programmes touchant notamment l'immunologie cellulaire, la lipogénèse, la recherche des critères de haut risque en vue du dépistage de cancers.

J'ajoute que les crédits de subvention à l'Institut Pasteur et à l'Institut du radium sont élevés de 23,8 p. 100.

C'est dire l'effort réalisé par la France dans le domaine de la recherche scientifique appliquée.

Comment juger ce budget ? Dans son ensemble, il paraît satisfaisant, compte tenu des contraintes financières nationales, puisqu'il est l'une des composantes du budget de la France.

C'est pourquoi la commission des finances, sous le bénéfice des observations que j'ai présentées, notamment en ce qui concerne les crédits de médecine scolaire, vous en propose, mes chers collègues, l'adoption.

C'est un hommage rendu à l'action du ministre de la santé d'hier et à celui d'aujourd'hui, l'un ayant conçu ce budget, l'autre ayant la charge de l'exécuter. (*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. Peyret, rapporteur pour avis de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, pour la santé publique

M. Claude Peyret, rapporteur pour avis. Après l'exposé détaillé de mon collègue et ami M. Bisson, rapporteur spécial, et ayant moi-même analysé en détail, dans mon rapport écrit, les grandes lignes de votre projet de budget, monsieur le ministre, j'éviterai de citer des chiffres, pour insister plus particulièrement sur certaines actions auxquelles la commission des affaires culturelles, familiales et sociales attache un intérêt prioritaire.

Je mentionnerai pourtant que le budget de la santé publique proprement dit — qui s'élève, cette année, à un peu plus de sept milliards de francs, soit une augmentation de 10,6 p. 100, augmentation globale très moyenne — se caractérise essentiellement par un effort considérable sur les équipements : 32 p. 100 d'augmentation des autorisations de programme, effort qui permet de rattraper le retard pris dans le Plan.

Les actions plus particulières que j'ai l'intention de développer concernent la prévention sanitaire, d'une part, et la distribution des soins, d'autre part.

La prévention sanitaire s'exerce actuellement à plusieurs niveaux.

Pendant la période pré, péri ou post-natale, elle comprend les actions de la protection maternelle et infantile.

C'est ensuite le service de santé scolaire qui doit assurer la protection sanitaire des enfants et des adolescents d'âge scolaire.

C'est enfin, plus globalement, la lutte contre les fléaux sociaux pour l'ensemble de la population et par tous les moyens, notamment les vaccinations et la prise en charge des centres de dépistage ou de traitement précoce.

Cette année, nous apprécions la poursuite de l'action entreprise en matière de « périnatalité », c'est-à-dire la prévention des handicaps à la naissance.

Mais nous ne pouvons que déplorer la modicité des crédits affectés à cette action, crédits qui concernent essentiellement la vaccination contre la rubéole dans les établissements scolaires, et les subventions aux établissements hospitaliers pour améliorer les installations des services d'obstétrique. En effet, les services de gynécologie obstétrique des établissements hospitaliers publics doivent se conformer aux nouvelles normes techniques et de fonctionnement prescrites par la circulaire de mai 1972.

A ce sujet, je voudrais vous faire part, monsieur le ministre, des craintes de certains responsables de la santé — en milieu rural, notamment — qui redoutent qu'à vouloir trop bien faire, on n'aboutisse au résultat inverse de celui que l'on recherche, c'est-à-dire que, dans certaines régions très éloignées de villes dont seules les maternités pourront répondre aux critères des circulaires de février et de mai 1972, on n'en revienne purement et simplement à l'accouchement à domicile.

Il conviendrait, en outre, d'accroître la surveillance et le dépistage systématique portant sur les très jeunes enfants, afin d'éviter l'aggravation des troubles ou des infirmités et de permettre des soins précoces, ce qui ne pourra être réalisé que grâce à un renforcement des effectifs du personnel médical de la protection maternelle et infantile, dont nous devons souligner le déficit actuel, dû à l'insuffisance de ses rémunérations.

C'est ce même problème que nous retrouvons en ce qui concerne la santé scolaire.

Dans ce domaine, la situation ne fait que se dégrader, d'autant que, parallèlement à l'accroissement de la population scolaire, les tâches du service de santé scolaire se sont multipliées. De plus en plus, en effet, on cherche à dépister non seulement les anomalies physiques, mais aussi les inadaptations.

Dans mon rapport écrit, tant l'an dernier que cette année, j'ai très largement analysé les difficultés que rencontre le service de santé scolaire, ce qui me dispensera d'y revenir aujourd'hui. Mais, au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, j'insiste solennellement, une fois encore, pour que ce problème de la protection sanitaire des enfants d'âge scolaire reçoive enfin une solution définitive.

Si l'on opte pour le maintien d'une surveillance systématique en milieu scolaire, que les moyens nécessaires soient dégagés. Si, au contraire, le ministère estime préférable de faire pratiquer la surveillance courante par le médecin de famille, les enfants dits « à risques » faisant seuls l'objet d'une protection systématique, que cette politique soit clairement définie et que les conséquences en soient tirées.

En effet, l'incertitude actuelle est la pire des solutions ; elle paraît constituer une véritable démission des pouvoirs publics et met en jeu la santé de nombreux enfants dont l'état de santé est peu ou n'est pas du tout surveillé.

Sur le plan de la lutte contre les fléaux sociaux, nous nous réjouissons qu'un effort soit consenti cette année pour l'organisation des secours d'urgence, avec, pratiquement, le doublement des crédits.

De même, nous apprécions l'effort consenti en ce qui concerne la sectorisation des maladies mentales.

Depuis 1960, c'est-à-dire depuis la mise en place de la politique de sectorisation, le nombre des consultations individuelles données dans les dispensaires a triplé : il approche du million.

Mais les récents événements dramatiques provoqués par des malades mentaux soumis à des traitements ambulatoires doivent inciter les responsables à observer la plus grande prudence dans la politique de sectorisation, lorsque, alliée à des méthodes thérapeutiques modernes, cette sectorisation entraîne un relâchement de la surveillance des malades mentaux.

En conclusion, je dirai que le développement de la politique de prévention sanitaire, dont la nécessité n'est plus à démontrer, pose en réalité deux problèmes.

Le premier est un problème financier : c'est celui de la pénurie de personnel, due essentiellement à l'insuffisance des rémunérations.

Le second est un problème de coordination.

En effet, la caractéristique essentielle des actions de prévention, en France, est l'absence totale de toute coordination entre elles, ce qui ne manque pas d'entraîner à la fois des doubles emplois et des lacunes regrettables.

La multiplication des organismes sociaux ou sanitaires qui participent à la prévention entraîne un gaspillage des équipements et du personnel, donc des moyens financiers.

L'objectif essentiel devrait être une rationalisation de l'utilisation des moyens existants. Cette rationalisation exige, sinon l'unification, tout au moins la coordination des tâches des divers organismes responsables.

Le second point particulier sur lequel je me permettrai d'insister concerne la distribution des soins, c'est-à-dire l'hospitalisation.

L'ensemble de notre système hospitalier est actuellement conditionné par la réforme hospitalière, que l'Assemblée a votée il y a deux ans, puisque ce texte prévoit à la fois la coordination des investissements publics et privés, la participation des établissements privés au service public hospitalier, une réforme de la gestion des établissements hospitaliers publics, le regroupement de ces établissements, une refonte de la tarification des hôpitaux publics et privés, l'harmonisation du rem-

boursement des actes médicaux, ainsi que de très nombreuses autres dispositions qui, au total, font l'objet de quarante-sept décrets d'application.

Or six décrets d'application seulement ont été publiés à ce jour : ce sont les textes relatifs aux conseils d'administration des établissements et groupements hospitaliers, et le décret relatif aux procédures de coordination. Mais tous les autres textes sont encore à l'étude et, dans la plupart des cas, ce qui est plus grave, nous ne connaissons même pas les grandes orientations adoptées par le ministère.

Pour tout ce qui concerne la gestion des hôpitaux publics et leur mode de tarification, la situation n'a pas du tout évolué depuis le vote de la loi. Le mode actuel de calcul du prix de journée, par exemple, a toujours les mêmes effets anti-économiques, en particulier la prolongation de la durée de séjour. Et le coût de l'hospitalisation poursuit sa croissance impressionnante.

Ajoutons à cela que le coût du prix de journée continue à supporter la presque totalité des dépenses entraînées par la formation des médecins.

La mise au point des décrets d'application n'est sans doute pas très aisée, surtout dans la mesure où intervient le mode de tarification des établissements privés.

Pour ces derniers, l'administration semble encore moins pressée de publier les textes qui les concernent. Non seulement le décret sur la tarification n'est pas élaboré, mais encore les prix de journée pour l'année qui se termine ne sont toujours pas fixés, et les décisions prises par le Gouvernement en matière de dérogation, en ce qui les concerne, se trouvent bloquées à l'échelon des départements.

Nous sommes plus heureux en ce qui concerne le personnel sanitaire, tels les infirmières, les sages-femmes, les masseurs-kinésithérapeutes.

En effet, nous devons souligner que ce personnel bénéficie à la fois d'un accroissement de crédits de bourses de 15 p. 100 et d'une majoration des subventions accordées aux écoles.

Il est également satisfaisant de noter que, pour la première fois depuis la rentrée de cette année, les études sont totalement gratuites pour les infirmières, tandis que les frais de scolarité ont été très réduits pour les assistantes sociales et pour les moniteurs-éducateurs.

En revanche, de nombreux problèmes restent en suspens en ce qui concerne leur carrière, notamment dans le service public.

Qu'il s'agisse des infirmières ou des assistantes sociales, il est capital, non seulement d'accroître le nombre des élèves formées, mais encore de prendre toutes mesures propres à freiner le départ des membres de ces professions, soit vers le secteur purement privé, soit vers d'autres activités professionnelles.

M. Franck Cazenave. Me permettez-vous de vous interrompre, mon cher collègue ?

M. Claude Peyret, rapporteur pour avis. Volontiers.

M. le président. La parole est à M. Cazenave, avec l'autorisation de l'orateur.

M. Franck Cazenave. Je vous remercie, monsieur le rapporteur, de me permettre de vous interrompre.

Il est une lacune sur laquelle on n'a pas insisté et qui est pourtant très grave, monsieur le ministre : c'est que, au terme de sept années, les médecins à temps plein ne peuvent renouveler leur contrat : s'ils ne sont pas agrégés, ils sont renvoyés vers le secteur civil. Ces médecins de très haute qualité, qui se sont spécialisés, sont alors malheureusement obligés d'entreprendre une nouvelle carrière.

Je voulais appeler votre attention sur ce point, monsieur le ministre, car il faudrait que ces médecins puissent renouveler leur contrat.

M. Claude Peyret, rapporteur pour avis. Les problèmes relatifs au corps médical sont plus aigus encore et impliquent des décisions rapides : qu'il s'agisse des chefs de clinique assistants des centres hospitaliers universitaires ou des médecins en général, il faut parvenir de toute urgence à une normalisation de leurs rapports avec les pouvoirs publics.

Dans la déclaration du Gouvernement du 19 mai 1971, relative aux rapports entre les pouvoirs publics et les médecins, des engagements ont été pris solennellement. Il serait sain, pour

ramener un climat de coopération et de confiance au sein de l'ensemble des professions médicales, que ces engagements fussent tenus.

M. Jean Foyer, ministre de la santé publique. C'est ce que fait le Gouvernement, monsieur le rapporteur !

M. Claude Peyret, rapporteur pour avis. Je l'en remercie.

En conclusion, je dirai que nous assistons en France, comme dans tous les pays développés, à une augmentation des dépenses de santé. Mais cette augmentation deviendrait moins la cible des économistes si, tout en continuant à accroître le niveau sanitaire de la population, nous pouvions limiter la progression des dépenses. Nous le pourrions à condition de le vouloir délibérément.

Pour cela, il importe d'orienter la politique de la santé de notre pays dans quatre directions.

En premier lieu, par le développement de la prévention — dépistage des affections, vaccinations et soins précoces — avec une réelle coordination des différentes actions pour la plus large utilisation possible des moyens en personnel, en matériel et en locaux.

En deuxième lieu, par la rationalisation de l'équipement hospitalier et de la gestion de nos établissements, en mettant en place rapidement — et sans trop la déformer — la loi hospitalière.

En troisième lieu, par une limitation des hospitalisations coûteuses aux cas qui les rendent réellement nécessaires, c'est-à-dire en intensifiant les aides et les actions sociales pour le maintien à domicile des personnes âgées valides — grâce aux aides ménagères, aux foyers clubs, notamment — et en développant les centres sanitaires axés sur les médecins qui exercent en groupe.

Enfin, en associant plus étroitement les professions de santé à l'élaboration, d'abord, à son application, ensuite, de la politique de la santé publique dans notre pays.

Sous le bénéfice de ces observations et sous la réserve d'un accroissement des crédits pour la santé sociale, la commission des affaires culturelles, familiales et sociales a émis un avis favorable à l'adoption du budget du ministère de la santé publique. (Applaudissements sur les bancs de l'union des démocrates pour la République, du groupe des républicains indépendants et du groupe Progrès et démocratie moderne.)

M. le président. La parole est à M. le ministre de la santé publique.

M. le ministre de la santé publique. Monsieur le président, mesdames, messieurs, la discussion budgétaire est, pour employer un terme à la mode, un temps fort de la revendication socio-professionnelle.

De ce point de vue, le budget du ministère de la santé publique présente une grande singularité : les destinataires finaux des crédits que l'Assemblée va voter ne manifestent pas, ne menacent personne, ne font point grève.

Malades des hôpitaux, enfants pris en charge par le service de l'aide sociale, handicapés, personnes âgées, ne constituent aucun groupe de pression. C'est vous, députés de la nation, qui êtes leurs seuls représentants.

Leur condition, leur sort — le chef de l'Etat l'a rappelé récemment — constituent aujourd'hui la question sociale prioritaire. Puissent-ils savoir, puissent leurs familles connaître qu'ils sont notre préoccupation constante !

Au nom de vos deux commissions, le docteur Bisson et le docteur Peyret ont excellemment analysé et ils ont critiqué favorablement — je les en remercie — le projet de budget qui est soumis à vos délibérations. Ils ont facilité ma tâche, ce qui me permettra de limiter mon propos liminaire à des considérations générales.

Les crédits ouverts au budget du ministère de la santé publique, s'ils sont loin d'être négligeables, ne donnent qu'une vue partielle, incomplète et, par conséquent, inexacte de l'effort soutenu par la nation française pour l'action sanitaire et sociale. Il convient de les replacer dans un ensemble plus vaste, celui du budget social de la nation.

En effet, les moyens financiers mis en œuvre pour la protection de la santé et l'action sociale comprennent, outre ceux que le Parlement est appelé à voter chaque année, ceux que les caisses des organismes de sécurité sociale mettent, par transfert sous forme de prestations en nature et en espèces, à la disposition des assurés, ou directement à celle des établissements hospitaliers, ceux qui proviennent des collectivités locales —

comment oublierait-on leur effort, et notamment celui de la ville de Paris, que je tiens à saluer en particulier ? — ceux, enfin, qui sont mis à la disposition de la nation par les institutions du secteur privé, notamment au niveau des entreprises et des professions.

Ainsi, le budget de la santé publique ne recouvre qu'une faible partie des sommes consacrées, en France, à l'action sanitaire et sociale.

Suivant les comptes prévisionnels qui ont été récemment établis, les dépenses sociales de la nation — 193.480 millions de francs — dépasseront en 1972, et pour la première fois, les charges du budget de l'Etat, soit 187.180 millions de francs. La fonction « santé » représente à elle seule 24,33 p. 100 de ces dépenses sociales, étant souligné du reste qu'en deux ans, de 1970 à 1972, les dépenses au titre de la santé auront augmenté de 25,97 p. 100, augmentation supérieure à celle des dépenses sociales dans leur ensemble, et que cette tendance ne pourra que s'accroître en 1973.

C'est dire suffisamment l'importance de l'effort accompli par le pays dans ce domaine.

Le projet de budget du ministère de la santé publique pour 1973 prévoit des dépenses de fonctionnement supérieures à 6 milliards de francs et des dépenses en capital supérieures à 1 milliard. Ces dernières — les rapporteurs l'ont souligné — marquent une progression de 32,3 p. 100 par rapport au budget de 1972 et si les sommes inscrites au fond d'action conjoncturelle sont débloquées la progression sera de 47 p. 100.

Ces proportions méritent considération : comme il s'agit de crédits de subventions dont le taux moyen est de 40 p. 100 c'est donc 2.225 millions de francs de travaux qui pourront être entrepris dans le secteur sanitaire et social.

Certes, nous n'en aurons pas terminé pour autant en 1973 avec l'équipement sanitaire et social de ce pays. Cependant, les crédits qui vous sont demandés correspondent à la création de 4.000 lits d'hôpitaux généraux, de 2.500 lits d'établissements de soins pour personnes âgées, de 3.300 lits dans des établissements de lutte contre les maladies mentales, de 3.500 places pour enfants handicapés et de 1.500 places pour adultes handicapés.

Nous progressons ainsi dans la voie ouverte en 1958. La V^e République a entrepris une politique d'équipement hospitalier du pays, abandonnée depuis le début du siècle. Le budget de 1958, dernier budget de la IV^e République, ouvrait pour les équipements sanitaires et sociaux un crédit de 4.800 millions de francs anciens. En 1973, le crédit correspondant sera de 1.100 milliards de francs nouveaux, soit plus de vingt fois supérieur.

M. Daniel Benoist. Et la dévaluation ?

M. le ministre de la santé publique. La dévaluation, monsieur Benoist — et je le souligne — n'a pas joué dans la même proportion.

Notre politique a été une politique d'équipement, mais aussi une politique de réformes.

Dès le second semestre de 1958, un de mes prédécesseurs, M. Chenot, a donné des impulsions décisives, dans des domaines capitaux : réforme de l'enseignement médical, grande réforme hospitalo-universitaire qu'avait conçue le professeur Robert Debré, coordination des établissements publics et privés de soins, organisation des secours d'urgence, humanisation des hôpitaux, mise en place d'un nouveau système de lutte contre les fléaux sociaux.

A cette reconstruction, chaque législature, chaque gouvernement a apporté sa pierre. Dans le cours de la législature qui s'achève, l'Assemblée nationale, pour le seul secteur de la santé et de l'aide sociale, aura accompli une œuvre immense. C'est votre Assemblée qui a voté la loi sur la réforme hospitalière ; c'est votre Assemblée qui a fait accomplir des progrès décisifs à la prévention, dans le domaine de la périnatalité notamment ; c'est votre Assemblée qui a amélioré considérablement la situation des handicapés. Et ce ne sont là que des exemples !

Où sont donc les réformateurs — mais est-ce utile de poser la question puisque la réponse apparaît immédiatement ? — sinon sur les bancs de la majorité et de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales ? (Applaudissements sur les bancs de l'union des démocrates pour la République, du groupe des républicains indépendants et du groupe Progrès et démocratie moderne.)

Ce dernier budget voté par l'Assemblée nationale régira la première année de la cinquième législature. Des mesures nouvelles qu'il comporte et prévoit s'induit une politique de la santé et de

l'action sociale, qu'il s'agisse du renforcement des moyens, des services, de la formation des personnels, des actions sanitaires, de l'aide aux catégories défavorisées, de la recherche médicale ou des équipements sanitaires et sociaux, tous points sur lesquels la progression des crédits en pourcentage est notable et souvent même énorme, comme les rapporteurs viennent de le souligner.

C'est cette politique que la majorité proposera au pays, demeurant fidèle aux principes qui dominent toute son action.

M'en remettant à Mme le secrétaire d'Etat du soin de développer les questions qui entrent plus spécialement dans sa délégation, je dégagerai les grandes lignes de notre action à venir, principalement dans le domaine de la santé, et je traiterai des moyens nécessaires à leur exécution.

Les questions de santé ont fait l'objet, et font l'objet, à l'époque contemporaine, d'études nombreuses, signe de l'intérêt passionné que ces questions éveillent dans l'opinion. La préparation du VI^e Plan a suscité une littérature très abondante et très riche et il est beaucoup à prendre et à retenir dans les travaux généralement remarquables des divers groupes d'études et commissions qui y ont participé, ainsi que des groupes d'études que mon prédécesseur avait institués dans de nombreux secteurs.

Le domaine de la santé est si vaste que je m'en tiendrai à quelques notations touchant la médecine de soins, son amont et son aval ; je veux dire la prévention et la réadaptation.

La médecine de soins constitue évidemment un sujet qui exigerait, pour être traité d'une manière qui ne soit pas ridiculement sommaire, de nombreuses heures de débats. Reconnaissons simplement et légitimement que notre médecine de soins est généralement d'une très haute qualité et qu'elle est pour notre pays un sujet de fierté. Les thérapeutiques les plus modernes y sont pratiquées et largement répandues — elles y sont souvent nées — et nos chirurgiens ne reculent pas devant les interventions les plus audacieuses et les plus novatrices.

A propos de cette médecine de soins, je soulignerai simplement quelques points.

D'abord, notre organisation est en perpétuel mouvement. Je viens de rappeler les nombreux groupes d'études que mon prédécesseur avait institués : leurs conclusions aiment une action réformatrice dans l'organisation et dans le fonctionnement des services hospitaliers qui, pour n'être pas spectaculaire, n'en est pas moins efficace car elle entre dans les faits.

Pour la première fois sans doute, ceux sur qui repose tout le système des soins hospitaliers ont été associés aux réformes. Que dis-je ? Ils ont été invités à les concevoir eux-mêmes et à les proposer.

Une mention particulière doit être réservée à l'effort qui est poursuivi actuellement en faveur de l'équipement des secours d'urgence, objet d'un sous-programme du programme finalisé de sécurité routière.

L'organisation est nécessaire, mais c'est la recherche — l'une de nos actions prioritaires — qui sous-tend le progrès médical et thérapeutique. Notre I. N. S. E. R. M. répond aux espérances de ceux qui l'ont réorganisé et le Parlement lui donnera, par le vote de ce budget, des moyens nouveaux.

En amont de la médecine de soins, se place la prévention, concept qui n'a cessé de s'étendre et de s'enrichir. Ses formes traditionnelles — police sanitaire et hygiène — prennent une importance croissante dans les politiques de l'environnement. Les vaccinations conservent tout leur intérêt et doivent être développées. De nouvelles sortes d'immunisation sont mises au point et nous assistons, pour l'avoir créé, au développement des examens préventifs.

Dans le domaine de la prévention, la France a été souvent à la pointe du progrès, qu'il s'agisse de la médecine du travail — elle dépend du ministre d'Etat chargé des affaires sociales — de la protection maternelle et infantile, de la médecine scolaire, du programme finalisé de périnatalité. Les organismes de sécurité sociale soutiennent aussi une action préventive importante au titre de leur action sanitaire et sociale.

Mais ces actions — il convient de le reconnaître — ont leurs faiblesses et leurs lacunes.

La commission des finances de l'Assemblée nationale a étudié les moyens à donner aux services de santé scolaire. Personnellement, je tiens à l'en remercier et j'indique à M. Bisson que le Gouvernement, à la fin de cette discussion budgétaire, répondra à son invitation par le dépôt d'un amendement. (Applaudissements sur les bancs de l'union des démocrates pour la République, du groupe des républicains indépendants et du groupe Progrès et démocratie moderne.)

En bien d'autres domaines, un énorme travail reste à accomplir ; la prévention, notamment, demeure insuffisante.

La tuberculose et les maladies infectieuses n'ont pas disparu aussi complètement dans notre pays que chez nos voisins ; les consultations d'eugénique sont encore rarissimes. Les diverses actions sont mal coordonnées et mal harmonisées ; les résultats statistiques mal exploités. L'éducation sanitaire n'a pas encore réussi à prendre le développement nécessaire et la sous-éducation sanitaire est dramatique.

Nous devons marquer — et c'est ce que fait le projet de budget — notre résolution de remédier, et de remédier d'urgence, à ces insuffisances.

La prévention doit s'adapter à l'évolution de la pathologie et à celle des moyens de diagnostic et de soins. Elle doit devenir plus sélective et s'attacher primordialement aux groupes à hauts risques.

A cet égard, le projet de budget ouvre des voies qu'il faudra prolonger.

Des exemples étrangers sont là pour nous le démontrer : l'hygiène et la prévention offrent les moyens de réduire un phénomène mal connu de l'opinion et moralement intolérable, celui de la mortalité différentielle.

Qu'est-ce à dire ?

La quasi-généralisation de la sécurité sociale, complétée par un fort développement de la mutualité, et l'intervention de l'aide sociale permettent de dire que la France a réalisé l'égalité devant les soins. L'insuffisance des ressources du patient n'est plus un obstacle à l'application de la thérapeutique qui convient à son mal et à son état, fût-elle la plus coûteuse.

Mais la statistique démontre — et tel est le phénomène de la mortalité différentielle — que de grandes inégalités subsistent entre les hommes dans les espérances de vie. Les différences apparaissent entre les quartiers d'une même agglomération ; elles apparaissent entre les activités exercées ; elles apparaissent entre les classes sociales. C'est un phénomène multiforme, dont nous avons entrepris de mesurer plus finement l'importance et de rechercher précisément les causes.

La prochaine législature devra s'assigner comme l'un de ses objectifs de vaincre cette inadmissible inégalité, la pire de toutes. A cet égard, nous devons prendre de solennels engagements.

Voilà des tâches dignes de soulever les enthousiasmes pour les années à venir. Elles sont plus sérieuses que l'orvietan largement répandu dans tel ou tel programme, qu'il soit propre ou commun. (Sourires.)

Une autre tâche s'offre à nous.

Le remarquable rapport déposé récemment sur le service de l'aide sociale à l'enfance insiste justement sur le rôle capital de la prévention pour éviter les inadaptations, prévention médico-sociale, pluri-disciplinaire et largement décentralisée dans son organisation et son fonctionnement.

Son succès devrait éviter la remise au service de l'aide sociale d'un grand nombre des quelque 650.000 enfants qu'il accueille, qu'il aide ou qu'il contrôle, et dont la prévision nous laisse craindre qu'ils ne soient bientôt 800.000, si nous ne réagissons pas avec énergie.

L'urbanisation a déraciné les hommes et les familles, ou plus exactement elle accueille des déracinés qui, dans le monde grouillant des villes, éprouvent paradoxalement une sensation d'isolement. Les conditions de logement, l'éloignement de la résidence du lieu de travail, et souvent une inadaptation ou une insuffisance de départ empêchent nombre d'entre eux de s'acquitter de leur mission d'éducation. Là réside sans doute l'une des questions sociales les plus graves de notre temps.

Plus difficile peut-être encore à concevoir, à organiser et à exercer — car le phénomène dramatique auquel nous nous heurtons est difficile à saisir — est la prévention des toxicomanies dont il a été déjà beaucoup parlé dans cette Assemblée. Elle mériterait à elle seule un très large débat dont je souhaite d'ailleurs l'instauration un jour prochain.

En aval de la médecine de soins, vient la réadaptation, que les Anglo-Américains appellent la « réhabilitation », terme qui, étymologiquement, est particulièrement satisfaisant.

Poursuivie avec ténacité autant qu'avec cœur durant les dernières années, sous l'impulsion de Mlle Dienesch, l'application de la réadaptation aux handicapés a donné des résultats non seulement encourageants, mais spectaculaires. Sa vertu n'est plus à démontrer en traumatologie, en orthopédie et en rhumatologie. Mais un nouveau champ s'ouvre déjà devant elle, celui

de la gériatrie. Que de vieillards doivent être alités, à la suite d'une affection aiguë et deviennent pour toujours grabataires, alors qu'une réadaptation simple leur aurait rendu la mobilité ! Combien de vieillards qu'il faut hospitaliser en éprouvent du désespoir, persuadés qu'ils ne se relèveront jamais !

Nous avons la résolution de faire disparaître les raisons de ce désespoir ; cette préoccupation se retrouve dans notre politique des moyens. Nous abordons ainsi un aspect plus directement budgétaire, parce qu'il est chiffré. Une politique dynamique de la santé publique suppose la réunion d'un ensemble de moyens : une administration, des personnels sanitaires et sociaux, des établissements.

Pour ce qui est de l'administration de la santé publique, à l'échelon central comme aux échelons régionaux et locaux, un nombre d'agents trop faible pour l'immensité des tâches qui leur incombent réunissent, avec compétence et dévouement, à assurer l'essentiel, par une sorte de miracle permanent. Je mesure toute la difficulté de leur tâche et il m'est agréable d'en porter témoignage à cette tribune et de les en remercier.

En 1970, une enquête avait été ouverte sur les besoins. Elle s'est traduite fort incomplètement dans les deux budgets suivants ; mais vous avez pu constater qu'un certain nombre de créations ont été opérées, dont l'une, fort importante à nos yeux, est celle des emplois d'ingénieur sanitaire.

Mais le travail effectué en 1970 doit être repris, car les tâches tant sanitaires que sociales ont considérablement augmenté, au point que les effectifs calculés en 1970 ne permettraient déjà plus actuellement de répondre aux besoins. Aussi M. le Premier ministre a-t-il accepté de réunir, dans les premiers jours de janvier, un comité interministériel qui examinera l'ensemble des problèmes posés par l'ajustement des moyens administratifs aux fonctions et aux obligations du ministère de la santé publique. Le prochain budget pourra traduire l'expression financière des décisions qui auront été arrêtées.

En réponse aux rapporteurs, je voudrais dire quelques mots des personnels sanitaires et sociaux, qui constituent une armée aux effectifs considérables, dont le ministre de la santé publique a pour une part l'administration et pour l'autre la tutelle, et qui sont régis par des statuts juridiques profondément différents.

Pour ce qui est des médecins, le droit français permet une grande variété de statuts médicaux : les médecins libéraux sont les plus nombreux, mais il est aussi des médecins fonctionnaires et des médecins salariés qui donnent chaque jour une grande leçon qu'en dehors du monde de la santé certains auraient intérêt à méditer, à savoir que l'indépendance est affaire non point de statut juridique, mais de conscience et de caractère. (Applaudissements.)

Dans leur majorité, cependant, les médecins français exercent leur profession selon le mode libéral et souhaitent conserver ce mode d'exercice. Dans sa très grande majorité, l'opinion publique n'est pas moins attachée à ce type d'organisation. Le Gouvernement et la majorité qui le soutient le sont tout aussi fermement.

Avouerai-je à l'Assemblée que j'éprouve quelque irritation devant des questions constamment renouvelées, des inquiétudes souvent exprimées quant à l'attitude des pouvoirs publics à l'égard de la médecine libérale.

Les auteurs de ces questions, de ces interrogations se trompent de porte. Ils auraient quelque motif à les adresser à l'opposition car ce sont les régimes que ses tenants admirent qui, au nom du socialisme, ont nationalisé la médecine dans l'Europe de l'Est ou dans le Royaume-Uni.

Nous n'avons, pour notre part, aucune raison de vouloir adopter une pareille organisation. Elle est contraire à nos principes. Les résultats qu'elle a produits n'inclinent pas à l'imitation. (Applaudissements sur les bancs de l'union des démocrates pour la République, des républicains indépendants et du groupe Progrès et démocratie moderne.)

Voilà ce que j'ai dit devant le conseil national de l'ordre des médecins et que j'ai répété devant les dirigeants des organisations syndicales de médecins. Avais-je d'ailleurs besoin de le dire et de le répéter ? Les principes de la médecine libérale ont été inscrits pour la première fois, par votre Assemblée, dans la loi de juillet 1971. La cause est donc entendue et le demeurera aussi longtemps que le suffrage universel vous maintiendra sa confiance.

Cette médecine libérale n'a rien à craindre des pouvoirs publics ; bien au contraire, ceux-ci se préoccupent de l'implantation de médecins dans les zones nouvellement urbanisées et du maintien d'un quadrillage médical suffisant dans les régions rurales en voie de dépeuplement.

Le Gouvernement se préoccupe de conférer à la médecine de groupe un statut juridique et fiscal qui fasse échapper les médecins groupés à l'empire des apporteurs de capitaux et qui ne menace point les règles de la déontologie.

Le Gouvernement se préoccupe activement — vous en aurez prochainement la preuve — de l'enseignement post-universitaire des médecins, comme il se préoccupe non moins activement des mesures propres à rendre à la médecine générale un indispensable et nécessaire attrait aux yeux des jeunes médecins.

Voilà la politique que nous mettons en œuvre, dans la ligne de la déclaration gouvernementale du 19 mai 1971, déclaration qui contient divers engagements que le Gouvernement applique et qu'il continuera d'appliquer.

Parler de formation, d'enseignement, c'est évoquer le système hospitalo-universitaire.

Le statut des personnels soulève actuellement d'assez nombreuses difficultés. L'une a été signalée par M. Cazenave, celle des chefs de clinique assistants.

Les revendications de ces médecins de très haute qualité sont, je n'hésite pas à le dire, entièrement justifiées, et nous nous appliquons, à l'heure actuelle, à leur apporter satisfaction.

M. Franck Cazenave. Très bien !

M. le ministre de la santé publique. D'abord par des mesures, qui vont sortir très prochainement, concernant la couverture sociale qui leur manque, le droit de pratiquer pendant trente jours des remplacements, l'octroi d'indemnités pour les sujétions que leur imposent les services de garde dans les hôpitaux.

Plus généralement, dans un deuxième temps, nous avons décidé de revoir leur carrière. Car il est, bien entendu, impossible de maintenir pendant sept années des médecins de très haute qualité, dans la force de l'âge, en ne leur offrant aucune perspective de sortir de ce qui devient pour eux une sorte de tunnel aveugle.

C'est dire, monsieur Cazenave, que nos préoccupations rejoignent les vôtres et que, du stade des préoccupations, nous sommes même passés au stade de l'exécution.

M. Franck Cazenave. Merci, monsieur le ministre.

M. le ministre de la santé publique. D'autre part, avant le prochain budget, la réforme de l'internat aura dû être menée à bien. Il est inutile de préciser que cette institution, pierre angulaire de notre médecine, doit être jalousement préservée.

L'Assemblée, au cours des derniers mois, a souvent délibéré des professions de santé et elle a élaboré de nombreux textes. Aussi n'aurai-je point à y revenir, si ce n'est pour quelques précisions qu'appelle l'actualité.

En réponse à une campagne déclenchée dans un département que je connais bien, à propos du refus d'autoriser la création d'une officine, il convient de dire que la loi est la même pour l'ensemble du territoire national, et que cette loi, qui limite le nombre des officines, n'a pas lieu d'être abrogée.

L'opinion doit comprendre que cette loi est faite bien moins dans l'intérêt des pharmaciens que dans celui de la santé publique.

Pourquoi la loi a-t-elle réglementé l'implantation des officines ? Pour la rationaliser, pour l'adapter aux besoins, notamment dans les zones rurales, et aussi pour soustraire les pharmaciens à une concurrence sauvage qui aurait conduit à une surconsommation des médicaments, coûteuse, inutile et dangereuse.

M. Claude Peyret, rapporteur pour avis. Très bien !

M. le ministre de la santé publique. Et puisque je parle de médicaments, est-il besoin de préciser que le Gouvernement ne considère pas comme raisonnable la proposition de nationaliser l'industrie pharmaceutique. La mesure serait inutile. D'ores et déjà l'administration a tous les pouvoirs nécessaires pour contrôler cette industrie qui, à la fois du point de vue technique et du point de vue financier, a tant d'incidences sur le budget social. L'administration est maîtresse de la mise sur le marché des nouvelles spécialités. Elle est maîtresse des prix pratiqués pour des spécialités remboursées par la sécurité sociale. Elle est maîtresse de réglementer la publicité. Pourquoi imposerait-on aux contribuables la charge coûteuse d'indemniser les titulaires d'intérêts dans les industries qui seraient nationalisées ?

M. Guy Ducloné. L'administration est une maîtresse vraiment très libérale !

M. le ministre de la santé publique. Au demeurant, une telle mesure serait néfaste. Depuis cinquante ans, des médicaments sont apparus, qui ont renouvelé la thérapeutique : psychotropes, sulfamides, antibiotiques, corticoïdes. On a vaincu l'infection et toutes sortes de maladies. Or, mesdames, messieurs, toutes ces inventions proviennent de pays où l'industrie pharmaceutique est une industrie privée, et on ne connaît pas un seul médicament intéressant qui ait été produit par des industries nationalisées de pays socialistes.

Personnels paramédicaux et personnels sociaux verront dans ce budget croître notablement les crédits affectés aux actions de formation. Pour certaines catégories, la prise en charge est amorcée.

Ces personnels ont, dans notre dispositif de traitement et de prévention, un rôle qui ne cessera point de grandir. Aussi devons-nous nous engager dans une politique dont les trois traits principaux seront les suivants : développer l'action publique en matière de formation, éviter un parcellement excessif des formations et des fonctions, instituer, ce qui est en cours, une représentation auprès du ministère de la santé publique.

Si le temps de parole me le permettait, j'aurais développé longuement ces considérations concernant les établissements, qu'il faudrait envisager successivement sous l'ordre de leur régime juridique, de leur conception, de leur implantation et du financement de leur construction.

S'agissant du régime juridique, le problème c'est l'élaboration et ensuite l'application des décrets concernant la loi hospitalière. Celui qui vous parle et qui a eu longtemps l'honneur de présider la commission des lois de votre Assemblée, fonction qu'il a beaucoup aimée, a aujourd'hui la tâche d'élaborer les décrets d'application d'une loi hospitalière qui est un très grand texte. Mais cette élaboration est difficile, parce que votre loi est originale et qu'on a voulu réaliser la synthèse du public et du privé dans une harmonisation favorable à la santé publique.

Puisque vous avez fait œuvre originale, il s'agit maintenant d'exprimer votre pensée dans les décrets, sans la fausser, et j'avoue que ce n'est pas toujours une chose simple.

D'autre part, une large concertation a été promise, et l'administration respecte cet engagement. Mais la concertation n'est pas dans tous les cas un facteur d'accélération.

Enfin, l'organisation administrative est telle qu'aucun décret ne peut être publié sans qu'il ait recueilli au minimum une bonne dizaine de contreseings, ce qui n'est pas non plus un facteur de rapidité.

Vous mesurez certainement l'immensité du travail accompli. Quoi qu'il en soit, le travail est déjà très avancé ; des décrets ont été publiés, d'autres sont en cours de signature, d'autres sont en cours d'élaboration mais parvenus déjà à un point suffisamment avancé.

Je mettrai un point d'honneur à publier ces décrets — que vous attendez tous — aussi rapidement que possible puisque ma réputation de législateur est engagée dans cette affaire.

Mlle Dienesch traitera longuement de la révision de nos conceptions concernant les établissements destinés à accueillir les personnes âgées. Il est nécessaire de séparer nettement les établissements pour vieillards malades ou invalides de ceux qui sont destinés aux vieillards valides. Nous devons prendre l'engagement, envers nous-mêmes et envers le pays, de supprimer dans les délais les plus brefs certains hospices qui sont la honte de la France. (*Applaudissements sur les bancs de l'union des démocrates pour la République, du groupe des républicains indépendants et du groupe Progrès et démocratie moderne.*)

Au sujet de l'implantation, le décret concernant la carte hospitalière va être publié prochainement. C'est dans le cadre de la procédure que vous avez définie vous-mêmes que l'implantation sera désormais étudiée à l'échelon régional.

Quant aux problèmes financiers, je les ai abordés dès le début de mon intervention.

Je puis dire que les créations de lits permises par ce budget s'ajouteront à des opérations qui sont en cours et dont la seule énumération suffirait à montrer l'importance du travail qui s'accomplit, notamment à l'aide de crédits votés depuis le début de la législature. Actuellement, en effet, on crée 40.000 lits environ, qui représentent 3.600 millions de francs de crédits. C'est, vous en conviendrez, une somme considérable, même si tous les besoins sont encore très loin d'être satisfaits.

Peut-être attendiez-vous de ma part l'annonce d'un ambitieux programme législatif. Je n'annoncerai pour la législature suivante qu'une réforme de grande portée : celle, réclamée par M. Bisson,

de l'aide sociale, avec le souci de clarifier et de simplifier une législation certes maintenant assez complète, mais devenue complexe au point que les bénéficiaires n'y comprennent rien et les administrateurs par grand-chose.

Pour le surplus, le moment est venu d'assimiler les réformes que vous avez votées, d'élaborer les textes d'application, d'expérimenter, de rodier les méthodes nouvelles. Une relative accalmie législative m'apparaît donc indispensable.

Aussi bien les principales réformes qui restent à réaliser sont-elles moins des réformes d'ordre législatif que des réformes intellectuelles et morales.

Il y a encore dans notre pays trop de défavorisés qui ne disposent que d'insuffisantes ressources. Mais le manque d'argent n'est pas la seule pauvreté. Tous ceux dont la protection sociale nous est confiée — enfants abandonnés, infirmes et vieillards — attendent de la société, attendent de nous tous, bien plus que des subsides, des promesses ou des aumônes. Ils attendent une reconnaissance de leur éminente dignité et cette part d'amour qui seule fait vivre les hommes. (*Applaudissements sur les bancs de l'union des démocrates pour la République, du groupe des républicains indépendants et du groupe Progrès et démocratie moderne.*)

M. le président. La parole est à Mme le secrétaire d'Etat auprès du ministre de la santé publique, chargé de l'action sociale et de la réadaptation.

Mlle Marie-Madeleine Dienesch, secrétaire d'Etat auprès du ministre de la santé publique, chargé de l'action sociale et de la réadaptation. Mesdames, messieurs, en cinq ans les crédits de fonctionnement affectés aux activités qui relèvent de mon secrétariat d'Etat ont augmenté de 85 p. 100 — ils sont aujourd'hui de 4.800 millions de francs — alors que, dans le même temps, la masse des crédits budgétaires a augmenté de 62 p. 100.

C'est dire, comme vient de le souligner M. le ministre de la santé, combien le Gouvernement s'est attaché au développement du secteur sanitaire et du secteur social dont j'ai la charge.

Une telle progression n'a d'ailleurs pu être obtenue que grâce à la compréhension que j'ai constamment trouvée auprès de vous et de vos rapporteurs — dont les suggestions m'ont toujours aidée — dans l'accomplissement de ma mission.

Il s'agit, dans ce secteur de l'action sociale à l'époque contemporaine, de mettre en œuvre une conception nouvelle qui s'exprime à travers trois priorités de l'action gouvernementale : la prévention des inadaptations, des handicaps et des maladies, la solidarité de toute la nation à l'égard de ceux qui ont des charges trop lourdes à supporter, la formation des personnels chargés de l'application de cette prévention et de cette solidarité.

La priorité a été donnée à la prévention, et c'est bien naturel, car c'est seulement grâce à elle que les handicaps et les inadaptations peuvent être évités. Non seulement elle permet de soulager les familles d'un poids de lourdes souffrances, mais elle se révèle financièrement rentable puisqu'en définitive la prévention évite des milliers de prises en charge longues et coûteuses.

La prévention doit se poursuivre parallèlement sur deux plans : le plan médical et le plan social.

Je n'insisterai pas sur la prévention médicale puisque M. le ministre Foyer vient d'en parler. Dans mon secteur, touchant la femme, la mère et l'enfant, il est évident que la politique de prévention est particulièrement efficace puisqu'il s'agit essentiellement de la politique appelée « de périnatalité », dont déjà je vous avais exposé l'an dernier les grandes lignes.

Sans doute cette prévention est-elle mise en œuvre d'une façon progressive. Néanmoins, monsieur Peyret, elle est loin d'être négligeable puisque l'ensemble des crédits qui la concernent passent de 11.935.000 francs à 15.890.000 francs, ce qui est tout de même, en l'espace d'un an, une progression importante. Depuis trois ans, d'ailleurs, les crédits sur ce plan n'avaient cessé de progresser et de porter leurs fruits, grâce à la collaboration du corps médical et des travailleurs paramédicaux et sociaux. On peut dire qu'aujourd'hui elle est entrée dans les faits.

Recyclage, formation, information, équipement, visites et examens médicaux, vaccination anti-rubéolique, autant de chapitres qui, se développant, doivent couvrir, d'ici à 1975, l'ensemble des besoins. La compréhension des familles et le soutien que vous m'apportez me laissent espérer que cet effort sera irréversible et permettra de diminuer la mortalité périnatale de 26 à 18 p. 1.000 d'ici à quelques années, et surtout d'éviter plusieurs milliers de handicaps par an.

Au point de vue social, notre action va dans le même sens. Elle intéresse d'abord l'enfance et l'adolescence.

Le but de la protection maternelle et infantile doit répondre, dans toute la mesure du possible, au besoin impérieux qu'a tout enfant de sa mère et d'un cadre familial accueillant. Dans le développement de notre action nous avons mis un accent particulier sur la prévention.

D'abord, la prévention des abandons par des aides financières et des accueils en maisons maternelles et hôtels maternels. Cela peut suffire parfois pour permettre à une maman qui le désire de garder son bébé.

Ensuite, la prévention par une politique active de l'adoption. Nous devons discerner les jeunes mères qui se révèlent incapables d'assumer la charge matérielle et morale de leur enfant ou ne souhaitent pas l'assumer, car l'indétermination, dans ce domaine, peut être la source de graves traumatismes ; il est préférable dans de tels cas de remettre l'enfant à une autre famille mieux capable de prendre en charge son éducation et son développement.

Une autre prévention sociale est celle des retraits d'enfants à leur famille, à l'amiable ou par voie judiciaire, par le développement d'une action éducative globale auprès des familles perturbées et donc perturbantes pour leurs enfants.

La prévention doit enfin porter sur la délinquance juvénile par une action éducative générale exercée par des éducateurs de rue et des clubs de jeunes.

Lorsque, pour des motifs graves, les enfants sont abandonnés, recueillis pour un temps plus ou moins long ou retirés à leur famille, il faut prévenir les inadaptations que risquent d'entraîner le traumatisme de l'arrachement à la famille et la carence affective qui s'ensuit. Aussi, les foyers de l'enfance qui les accueillent pour une observation médicale et psychologique en vue de la meilleure orientation possible — et c'est bien là leur sens — vers un placement familial adapté, doivent-ils être accueillants et ouverts sur l'extérieur. Mais nous devons nous efforcer de réduire autant que possible la durée du passage de l'enfant dans ces foyers.

Les services d'aide à l'enfance, qui gèrent ces foyers, choisissent et surveillent les placements familiaux, pourvoient à tous les besoins des enfants, doivent devenir de véritables substituts familiaux. Ils doivent s'efforcer de faire oublier aux enfants leur condition de « pupilles », en les intégrant au maximum dans leur famille d'accueil et dans la société et en supprimant les formules anciennes qui les distinguaient des autres enfants.

Le groupe de travail présidé par M. Dupont-Fauville, ainsi que les expériences de quelques pionniers, apportent, en ce domaine, de précieuses indications.

La mise en œuvre des différentes actions impliquées par cette politique de l'enfance malheureuse se traduit, dans le budget qui vous est présenté, par des crédits d'un montant global de : 2.120.700.000 francs, représentant environ 81 p. 100 de la dépense, les 19 p. 100 restant étant en moyenne à la charge des départements.

Notre action concerne aussi les jeunes travailleurs.

Le déracinement d'un cadre de vie habituel au moment de l'accession au travail s'ajoutant aux difficultés propres à celle-ci risque souvent de provoquer une « a-sociabilité » durable.

Deux séries de mesures veulent prévenir ces dangers :

D'une part, un accès le plus large possible en foyers de jeunes travailleurs des plus jeunes et des plus défavorisés, c'est-à-dire des plus vulnérables. D'où une augmentation de crédits de 130.000 francs par rapport à 1972, pour l'octroi de « bourses ».

D'autre part, un renforcement de la mission socio-éducative des foyers de jeunes travailleurs, par l'augmentation du nombre d'animateurs, grâce à une prise en charge par l'Etat — à 50 p. 100 — de leur rétribution.

A ce titre, 2.970.000 francs, soit 1.238.000 francs de plus qu'en 1972, sont proposés au budget, qui permettront notamment la création de 225 postes d'animateurs en 1973 contre 145 en 1972.

Le montant total des crédits demandés pour les foyers de jeunes travailleurs est passé de 3.800.000 francs à 5.241.700 francs, soit près de 40 p. 100 de plus.

Enfin, toujours du point de vue social, notre action concerne les familles. Elle doit tenir compte de toutes les difficultés que celles-ci peuvent rencontrer à notre époque, qu'il s'agisse

des migrations internes des ruraux vers les villes et des habitants des vieux quartiers vers les grands ensembles ou des migrations externes qui amènent dans les villes des travailleurs venant de régions de plus en plus lointaines, donc de civilisations très différentes de la nôtre et qui risquent d'engendrer, par les déracinements provoqués, des phénomènes d'inadaptation. Solitude et rejet de ces familles sont générateurs de troubles graves, non seulement pour les parents mais aussi et plus spécialement pour les enfants.

Créations relativement récentes, mais pleines d'avenir, les centres sociaux constituent un élément d'intégration de ces familles, par les rencontres qu'ils permettent avec les familles stables ou mieux structurées et par les activités qui y sont pratiquées.

Le second point de notre action tourne autour de ce que j'appellerai la solidarité.

Les mots qui ont représenté les différentes actions des pouvoirs publics en faveur des faibles et des déshérités ont, au cours des ans, pris une coloration qui risquait d'être déplaisante pour eux.

« L'assistance » d'abord, puis « l'aide sociale » ont évoqué très vite la distance entre assisté et assistant, l'existence de deux classes à jamais séparées, les privilégiés et les défavorisés.

Toute notre action sociale doit tendre à combler cette distance et à rétablir chacun dans sa dignité. Celle-ci doit s'exercer notamment dans les cas des familles, des personnes âgées, des handicapés.

En ce qui concerne la famille, je résumerai mon propos, car notre action a été très souvent évoquée au cours de cette année à la suite des mesures nouvelles qui ont été prises.

Les ressources familiales — dont la détermination minimale n'incombe pas à mon département ministériel — sont cependant fréquemment accrues, lorsqu'elles sont notoirement insuffisantes par suite de chômage ou maladie, par des aides financières données au titre de l'aide sociale à l'enfance.

Pour l'année 1973, cette aide atteindra une somme de l'ordre de 700 millions de francs.

Les problèmes posés par la garde des enfants ont été soigneusement étudiés. Différentes solutions s'offrent aux mères de famille en fonction de leurs goûts et de leurs options : soit la garde par un membre de la famille ou une gardienne agréée par la P.M.I. ; soit la garde au sein des crèches à domicile réglementées en 1971 et qui offrent actuellement 5.766 places ; soit la garde dans les crèches traditionnelles offrant 30.752 places en 1972 et dont 4.000 places supplémentaires sont prévues en 1973.

Enfin, des gardes de quelques heures sont offertes, sous forme de halles-garderies, aux mères qui restent à leur foyer.

Les personnes âgées doivent également faire l'objet de soins très particuliers. Nous devons avoir le souci de les placer sur un plan d'égalité avec les autres catégories sociales.

On ne saurait trop respecter leur dignité, leur droit à l'autonomie, leur valeur individuelle et sociale : autant de principes qui commandent notre action.

Il y a bien sûr, d'abord le problème de leurs ressources, c'est une condition indispensable mais non suffisante. Il faut aussi permettre aux personnes âgées de s'insérer véritablement dans la société et un effort spécial doit porter sur le maintien à leur domicile du plus grand nombre possible de ces personnes.

L'effort doit porter aussi sur l'information sur leurs droits et les possibilités qui leur sont offertes et qui sont si souvent ignorés. Des comités d'information sont mis en place et 55 p. 100 d'entre eux ont déjà agi d'une façon extrêmement utile et positive.

De même faut-il développer les services d'aide et de soins à domicile. Là encore l'obstacle est beaucoup moins le montant des crédits que le manque d'information.

Bien entendu, notre effort en faveur des personnes âgées doit tendre à la réalisation des équipements collectifs de quartier nécessaires pour compléter leur maintien à domicile — clubs, foyers-restaurants, centres de jour — pour le fonctionnement desquels 5.870.000 francs sont prévus au budget. 1.941.000 francs serviront à la rémunération des agents chargés de la mise en place du programme finalisé au niveau régional et à la formation des aides ménagères.

Cette politique doit être située dans un ensemble plus vaste : développement des petits logements pour les personnes âgées ; création de logements-foyer et notamment de logements-foyer de type « Soleil » ; allocation de logement ; recherche gérontolo-

gique, et formation plus spécifique du personnel qui continuera d'être favorisée par des sessions de recyclage. C'est un facteur essentiel de l'humanisation dans nos établissements, qui a été largement commencée notamment à l'Ecole nationale de la santé.

Enfin, l'animation de ces divers établissements est très vivement souhaitée et des réunions de travail vont permettre de définir, dans les deux ou trois mois prochains, la formation et la fonction d'animateurs.

Car il ne servirait évidemment à rien de prévoir des équipements, si ceux-ci ne pouvaient recevoir ou héberger ceux qui ont à faire face aux lourds fardeaux de l'âge sans les soutenir et les aider.

Les autorisations de programme proposées pour les équipements en faveur des personnes âgées s'élèvent à 33.400.000 francs.

J'en viens aux handicapés.

L'action en faveur des handicapés a continué à se développer en 1972 conformément aux options retenues par le Parlement lors du vote du Plan et confirmées par l'adoption de la loi du 13 juillet 1971, options fondées sur les trois idées majeures de l'autonomie du handicapé, de son intégration sociale et de la substitution de la solidarité comme fondement des droits qu'il détient sur la collectivité.

Le budget de 1973 se traduit par des crédits d'équipement qui passent de 100 à 112 millions de francs et des crédits de fonctionnement limitatifs qui augmentent de 2.647.000 francs au titre du budget de la santé, à quoi il y a lieu d'ajouter une mesure nouvelle de cinq millions au titre de la prise en charge des frais de transport des handicapés placés en semi-internat.

J'insiste sur l'intérêt que représente ce crédit qui avait été si souvent demandé et qui va permettre aux handicapés de rentrer le soir dans leur famille. Ces crédits représentent au total 7.647.000 francs.

Je rappelle que nous avons, cette année, fait un effort prioritaire sur la formation du personnel puisque les crédits nouveaux se montent à plus de vingt millions de francs.

A ces chiffres, s'ajoutent, ne l'oublions pas, les crédits évaluatifs au titre de l'aide sociale aux infirmes, aveugles et grands infirmes, soit une dotation de 640 millions, les crédits de cotisations d'assurance-volontaire, soit 523,5 millions, et les crédits de dépenses afférentes aux centres d'hébergement, soit 29,5 millions.

Ainsi, c'est un total de 1.350 millions de francs qui sera affecté par l'Etat aux besoins des handicapés relevant de mon secrétariat, auxquels s'ajoutent les crédits pour la formation des personnels spécialisés.

Les mesures essentielles que nous nous étions fixées l'an dernier pour objectif sont aujourd'hui prises.

En premier lieu, les textes d'application de la loi du 13 juillet 1971 sont tous parus et s'il y a quelque retard, je rappelle que nous avons prévu un effet rétroactif au début de l'année pour que les familles ne pâtissent pas de cette lenteur.

En ce qui concerne les hospitalisés de plus de trois ans, l'article 18 de la loi de finances rectificative pour 1971 a permis de régler le problème en supprimant le « butoir » des trois ans d'hospitalisation. Ainsi, les handicapés adultes sont aujourd'hui des assurés sociaux à part entière et on peut affirmer qu'une page est tournée dans la progression du droit social français.

Nous avons annoncé l'an dernier la constitution de groupes de travail. Leurs travaux sont sur le point d'aboutir, particulièrement en ce qui concerne la fonction publique, le travail protégé et les équipes de préparation et de suite.

D'autres actions amorcent des développements nouveaux ou approfondissent des actions antérieures. Je n'en citerai que quelques exemples.

Dans le domaine du revenu des handicapés, sans revenir sur la loi du 13 juillet 1971 que nous avons très longuement exposée ici, je tiens à rappeler que nous avons obtenu, au cours de ces derniers mois, quelques avantages supplémentaires : un relèvement non négligeable du montant de l'allocation aux mineurs handicapés qui passe à 66 francs par mois avec la suppression des abattements de zone à partir du 1^{er} janvier ; l'augmentation, un peu plus restreinte malheureusement mais réelle tout de même, de l'allocation pour les handicapés adultes qui passe à un peu plus de 100 francs par mois.

Vous savez que M. le ministre des affaires sociales et moi-même poursuivons notre effort pour qu'en 1973 le minimum

vieillesse — et donc le minimum de revenu des grands infirmes qui est aligné sur lui — progresse à la mesure du mouvement des prix et de celui des salaires.

D'autre part, j'ai saisi le Gouvernement de propositions qui vont dans le sens de l'instauration d'un véritable revenu minimum de l'handicapé, indépendamment des ressources des familles. C'est un progrès fondamental dont nous avons entrepris la réalisation et nous devons poursuivre notre effort. L'objectif est de parvenir en fin de plan à ce que tout ou partie importante du minimum garanti soit attribué dans ces conditions d'indépendance des handicapés par rapport à la famille.

Dans le domaine de l'équipement, la situation est satisfaisante pour l'essentiel. Elle l'est surtout, je dois le dire, pour le secteur des enfants. En effet, la progression des autorisations de programme au total est passée de 100 à 112 millions de francs, non comprises celles affectées au fonds d'action conjoncturelle. Cette progression nous permettra de réaliser le plan à plus de 51 p. 100 dans le secteur des équipements pour l'enfance et l'adolescence.

D'autre part, la diminution des réévaluations nous permettra de créer davantage de places nouvelles et de réaliser un nombre plus important qu'en 1972 de « projets traditionnels ».

Il s'agit également de développer les équipements pour les handicapés adultes. Nous nous heurtons là à une difficulté à laquelle il est bien malaisé d'apporter des solutions, car il nous faut rendre compatible le principe de la déconcentration des décisions en matière d'investissements et la réalisation des objectifs fixés à l'échelon national.

Nous avons donné des instructions aux régions pour qu'un effort soit fait en matière d'équipements pour handicapés adultes. Cela n'a malheureusement pas été entièrement suivi. Il serait nécessaire que la politique menée au plan national trouve son répondant au plan régional.

La coordination, si importante dans le domaine des actions en faveur des handicapés, a progressé. Une circulaire du 16 mars 1972, sur le service unifié de l'enfance, apporte des indications particulièrement utiles pour l'action en faveur des handicapés.

L'instruction du 14 mars 1972 relative aux programmes départementaux de lutte contre les maladies et déficiences mentales des enfants et des adolescents apporte l'assurance que l'articulation indispensable entre la réadaptation des enfants déficients intellectuels ou atteints de troubles mentaux et le dispositif général d'hygiène mentale infantile sera toujours prise en considération.

Une rationalisation plus achevée des moyens mis en œuvre demeure néanmoins indispensable. C'est l'objet du projet de loi sociale et médico-éducative actuellement à l'étude dans mes services qui vise à coordonner et à harmoniser à tous les échelons les efforts du Gouvernement et ceux de l'initiative privée en matière d'équipement et d'action sociale et à permettre à l'Etat de jouer pleinement son rôle nécessaire de garant de l'intérêt général.

J'ai déjà cité le crédit de 5.000.000 de francs pour le ramassage des enfants placés en semi-internat dans les I. M. E.

L'insertion sociale enfin est un objectif prioritaire. Pour cela, nous devons, dès cette année, continuer à développer les établissements d'accueil pour les enfants et les adolescents, sans négliger pour autant l'action que nous menons dans le milieu naturel de vie.

Il faut avant tout donner une formation professionnelle aussi précoce et approfondie que possible. A cet égard, je suis heureuse d'annoncer à M. le président Fouchier et à ses collègues que la proposition de loi qu'ils avaient déposée pour faire bénéficier les établissements ou actions d'apprentissage ou de formation professionnelle et technologique des infirmes des versements effectués en exonération de la taxe d'apprentissage, va connaître très prochainement la suite positive qu'elle mérite. M. le Premier ministre, à qui je n'avais pas manqué de souligner l'intérêt de cette proposition, vient de m'informer que la circulaire d'application de la loi du 16 juillet 1971, relative à l'apprentissage, prévoit expressément son application aux premières formations dispensées aux handicapés en vue de préparer leur insertion dans la vie professionnelle normale ou dans le secteur du travail protégé.

C'est un progrès très important réalisé en faveur des handicapés.

M. Jacques Fouchier. Je vous remercie.

Mlle Marie-Madeleine Dienesch, secrétaire d'Etat. L'action en faveur de la mise au travail des handicapés adultes se poursuit selon les modalités prévues par les programmes finalisés relatifs

à l'orientation et au placement des handicapés insérés dans le programme appelé marché de l'emploi. En raison du nombre des handicaps qui, du fait des accidents de la route, s'ajoutent malheureusement à ceux que nous connaissons déjà, ces mesures deviennent de plus en plus importantes et nécessaires.

La mise en place prochaine des équipes de préparation et de suite du reclassement relevant de mon département contribuera à accroître les possibilités de réinsertion professionnelle en milieu normal que la poursuite de l'effort d'information des partenaires sociaux intéressés doit également faciliter. Pour les plus atteints, la parution du statut des établissements de travail protégé permettra à ce secteur, sur la base d'une claire définition de la vocation et des règles de fonctionnement de chaque type d'établissement, de se développer conformément aux besoins.

Pour ce qui est du logement des handicapés, l'application de la loi du 16 juillet 1971 relative à l'allocation logement d'une part, l'instauration à l'étude d'un financement complémentaire, au titre du plan d'équipement social, aux près consentis aux organismes construisant des logements sociaux spécialement aménagés d'autre part, doivent donner une impulsion nouvelle, en attendant que, dans les années à venir, soient définies les normes minimales d'accessibilité applicables à toutes les constructions neuves actuellement étudiées par le ministère de l'équipement.

Pour les handicapés adultes les plus gravement atteints, notamment certains débilés et les arriérés profonds, une mise au travail véritable, fût-elle en secteur protégé, n'est pas possible dans tous les cas, c'est évident. Mais il convient d'éviter à l'avenir, comme vient de le dire M. le ministre, le placement de ces personnes dans les hôpitaux psychiatriques où elles n'ont pas, en général, leur place. Des études vont m'être remises pour définir quel serait le type d'établissement plus spécialement adapté à leurs besoins. Je pense répondre ainsi au vœu nettement exprimé dans le rapport de la commission des affaires sociales.

Nous ne saurions trop souligner, une fois encore, les grands principes de notre politique.

Les problèmes du handicapé ne sont pas différents de ceux des autres, qu'il s'agisse du handicapé physique ou du handicapé mental qui peut parfaitement exprimer sa personnalité dans la voie du travail ou de l'affectivité ou dans la voie des relations authentiques entre les personnes.

Si les mesures spécifiques que nous venons d'exposer sont nécessaires, elles n'ont jamais eu pour effet, ni dans leur esprit, ni dans leur application, de créer des ghettos, des structures asilaires dont nous ne voulons à aucun prix. Nous devons, certes, éviter l'écueil du rejet, mais il ne faut pas méconnaître pour autant les données spécifiques du problème et surtout la réalité de ceux qui sont auprès de nous et qui, quelquefois, sont bien différents de l'image qu'en donnent les théories faites à leur sujet.

Toute cette politique ne peut être fondée que sur la connaissance du réel, ce qui implique une concertation étroite et constante avec les représentants des handicapés et leurs familles qui ont déjà pris en main leurs problèmes. Cela n'est pas méconnaître le rôle de l'Etat qui doit jouer pleinement son rôle d'animation et d'arbitrage, ni celui du secteur public de l'adaptation qui doit continuer à recevoir en 1973 les moyens de son nécessaire développement. Mais, je le répète, l'action des familles est indispensable pour l'amélioration des conditions d'existence de chaque handicapé.

J'en viens aux problèmes de la formation, et d'abord de la formation du personnel para-médical.

L'augmentation des crédits concernant ce personnel a été soulignée. Depuis l'an dernier d'ailleurs, la gratuité des études d'infirmières est totale. Cette année, des décisions ont été prises qui concernent leurs études ; mais elles ne se traduisent pas dans le présent budget puisque leur incidence financière n'interviendra qu'à la fin des études, la scolarité étant prolongée de vingt-quatre à vingt-huit mois. Cette mesure tend à améliorer l'enseignement théorique, à mieux le coordonner avec les stages et à le mettre au niveau des techniques médicales les plus modernes.

On croit quelquefois que cette profession est dépourvue d'attraits. Or les candidates ont été beaucoup plus nombreuses cette année que les années précédentes : elles étaient 20.000 à l'examen de mai 1972 contre 17.000 en 1971. Le recrutement s'accroît aussi bien pour celles qui doivent subir l'examen d'entrée dans les écoles que pour les bachelères qui en sont dispensées.

Le conseil supérieur des professions para-médicales que je dois mettre bientôt en place permettra d'ailleurs de rationaliser les formations para-médicales et de faciliter les conversions en cours d'emploi.

Je tiens à souligner le rôle essentiel de ces professions dans la politique de la santé publique.

Les crédits prévus pour la formation des travailleurs sociaux passent de 48.300.000 francs en 1972 à 82.100.000 francs en 1973, soit une augmentation d'environ 70 p. 100. Ce pourcentage considérable est le signe du choix gouvernemental d'une nouvelle orientation : il faut à la fois donner à ces formations des moyens équivalents à ceux qui sont utilisés dans l'Université et mettre en place pour l'avenir des méthodes et des structures qui les rendent adaptées à notre temps et aux aspirations de la jeunesse.

En 1973, nous rattraperons d'abord un retard que nous avions progressivement comblé en matière de gratuité des études — il s'agit en effet d'un effort déjà amorcé les années précédentes.

Il était paradoxal que les travailleurs sociaux qui répondent à des besoins de plus en plus importants dans notre société ne voient pas leur rôle reconnu. Cette année, la plupart des travailleurs sociaux obtiendront pratiquement la gratuité des études et n'auront plus à supporter que des frais d'inscription équivalents à ceux des étudiants en université. Il s'agit notamment des assistants de service social et des moniteurs-éducateurs pour lesquels le taux moyen de subvention de l'Etat par élève atteindra 4.250 francs en 1973, ce qui correspond à une progression de 110 p. 100. J'insiste sur l'intérêt de cette mesure car les moniteurs-éducateurs rendent les plus grands services pour la préparation au travail.

Les crédits obtenus permettent aussi de faire face à l'augmentation progressive des effectifs formés : le nombre des assistants sociaux augmente de 400 en 1972-1973 et celui des éducateurs spécialisés de 900 par rapport à l'année précédente.

Je rappelle que la formation des travailleurs sociaux est une formation professionnelle comprenant de nombreux stages actifs dans le milieu où les futurs travailleurs auront à exercer leurs compétences ; le Gouvernement entend maintenir le double caractère d'une formation générale de haut niveau et d'une formation pratique et concrète. C'est ce dont notre pays a besoin au moment où les équilibres naturels de la société sont ébranlés par des mutations rapides, et nous ne voulons sacrifier ni l'un ni l'autre des deux aspects de cette formation.

Il s'agit en outre de donner une dimension nouvelle à la formation des travailleurs sociaux. Les structures et les méthodes doivent changer profondément au cours des prochaines années, et nous voulons que l'essentiel de cette formation incombe à l'avenir, dans toutes les régions, aux instituts régionaux de formation de travailleurs sociaux qui regrouperont des formations actuellement dispersées. Ces établissements répondent à trois objectifs : rationaliser la formation par le regroupement des moyens et la mise en place de tronc communs ; en élever le niveau par un meilleur statut des personnels, l'appel à des techniciens de haut niveau et la conclusion de conventions avec les universités qui permettront l'obtention d'équivalence et une ouverture indispensable vers l'extérieur ; favoriser les contacts entre les personnels sociaux appelés à l'avenir à travailler ensemble. Cette formation commune rendra plus faciles les conversions en cours d'emploi entre professions voisines, conversions si souvent souhaitées par les étudiants.

La mise en place des instituts régionaux de formation des travailleurs sociaux s'inspire de formules juridiques souples — notamment les associations régies par la loi de 1901 — qui n'excluent pas la possibilité — je le dis parce que c'est souvent méconnu — pour la puissance publique de vérifier que l'institution n'est pas détournée de sa fin. Une formule de ce type a été mise au point pour Poitiers.

La construction des instituts régionaux de Rennes, Rouen et Bordeaux est entreprise et sera, je l'espère, achevée l'an prochain. En outre, les crédits inscrits par les régions pour 1973 permettront de lancer des opérations de constructions nouvelles à Lille, Montpellier, Caen et Metz.

Je tiens à souligner que toutes les réformes importantes qui vont être mises en place dans ce domaine seraient impossibles sans une concertation permanente, que je veux poursuivre, d'une part des travailleurs sociaux entre eux et, d'autre part, du Gouvernement avec leurs représentants.

Cette concertation est la marque propre des conventions de formation continue passées entre les partenaires sociaux et le Gouvernement notamment pour l'application de la loi du 16 juillet 1971.

Avec l'aide de crédits relevant du fonds de la formation professionnelle placé auprès du Premier ministre, nous aurons fait un effort tout à fait considérable dans ce domaine.

De 1971 à 1972, les crédits affectés au ministère de la santé publique ont pratiquement doublé passant de 12.600.000 à 24.900.000 francs.

Le nombre des stagiaires dans le secteur social est passé de 3.000 en 1970 à 8.150 en 1972 grâce à une cinquantaine de conventions.

L'importance donnée à la formation permanente met d'emblée le travail social au niveau des conceptions les plus modernes en matière d'éducation.

Les crédits que nous vous demandons de voter répondent aux vœux de nombreux jeunes gens et jeunes filles qui souhaitent avoir une formation et des carrières au niveau de leurs compétences, tout en ayant la certitude de remplir des fonctions particulièrement utiles à notre société.

Cette aspiration n'est-elle pas, finalement, commune à tous ? Tel est bien, en effet, le sens profond de notre action : au-delà d'une législation complexe et de l'addition des chapitres budgétaires, c'est la vie quotidienne des hommes qui est en question.

Prévention, lutte contre la ségrégation, promotion humaine, voilà ce qu'à travers chaque budget nous essayons d'atteindre et qui va bien au-delà de la seule garantie des ressources, pour-tant toujours nécessaire, voilà ce qui peut susciter l'adhésion des jeunes au moment où nous constatons l'échec des systèmes collectivistes qui minimisent l'autonomie et la valeur de la personne, et alors qu'au cœur de chacun on sent, à notre époque moderne, plus pressante que jamais, l'exigence d'une communauté nouvelle plus accueillante aux hommes. *(Applaudissements sur les bancs de l'union des démocrates pour la République, du groupe des républicains indépendants et du groupe Progrès et démocratie moderne.)*

M. le président. Dans la discussion des crédits, la parole est à M. Narquin, premier orateur inscrit.

M. Jean Narquin. Mesdames, messieurs, dans son rapport, le docteur Peyret a très opportunément nuancé le paragraphe optimiste qu'il a consacré aux infirmières, en disant « combien il est capital, non seulement d'accroître le nombre des élèves mais de prendre toutes mesures de nature à freiner le départ des membres de cette profession, soit vers le secteur privé, soit vers d'autres activités professionnelles ».

Cette observation elliptique évoque en fait un malaise qui se mesure aux résultats. Puisque nous sommes aujourd'hui dans un temps fort de la revendication, comme vous l'avez dit, monsieur le ministre, je suis tenté de traiter plus à fond ce sujet.

Le manque d'infirmières est un problème mondial, mais il a pris, en France, une acuité particulière : le chiffre total de 135.000 infirmières en service fait apparaître un déficit qui oscille entre 25 et 40 p. 100 suivant que l'on retient l'hypothèse basse de l'Organisation mondiale de la santé ou les travaux du VI^e Plan.

Or le rôle de l'infirmière deviendra chaque jour plus important dans l'équipe médicale et vous avez bien voulu, monsieur le ministre, en convenir. Elle est passée du rôle d'agent domestique avec lequel on la longtemps confondue au rang de technicienne supérieure qui doit accumuler connaissances et expérience pour surveiller ses malades, administrer les traitements, utiliser des matériels complexes et coûteux.

Face à ce problème, le Gouvernement a choisi des solutions qu'on peut qualifier de facilité, car elles ne vont pas jusqu'aux causes profondes, même si elles comportent des mesures heureuses, et d'ailleurs onéreuses.

On a cherché à élargir le recrutement en abaissant le niveau exigé pour l'entrée dans les écoles.

Mlle Marie-Madeleine Dienesch, secrétaire d'Etat. On ne l'a pas abaissé !

M. Jean Narquin. En 1972, 42 p. 100 des candidates sont considérées comme étant au niveau du baccalauréat, ce qui constitue un progrès par rapport aux années précédentes. Par ailleurs, un effort méritoire, que je reconnais, a été fait pour augmenter le nombre des places dans les écoles, pour prendre en charge les frais de scolarité et augmenter les bourses d'études.

Comme vous l'avez vous-même souligné, madame le secrétaire d'Etat, nous avons davantage de candidates, mais, malheureusement, je crains que ces mesures rassurantes ne soient sans effet, car elles ne résolvent pas le problème essentiel qui est l'évasion en cours de carrière, évasion qui s'accroît à l'heure actuelle.

Le paradoxe, c'est que nous aurons de plus en plus de candidates mais probablement de moins en moins d'infirmières.

Cette évasion se résume en deux chiffres : une infirmière sur cinq abandonne son métier ; alors que la durée du travail pour une Française professionnellement active est de vingt-deux ans, pour l'infirmière elle est de cinq ans et quatre mois.

La preuve est donc objectivement établie qu'il y a dans ce métier une rupture totale entre les motivations théoriques d'y entrer et les raisons pratiques d'y rester.

Il n'est pas logique de consentir un effort financier appréciable pour recruter et former des infirmières et de les laisser partir faute d'avoir voulu s'attaquer à leurs problèmes de carrière et d'organisation du travail.

Le recrutement doit être de qualité, ce qui exige que la complaisance ne soit pas une pente naturelle que l'on descend faute de mieux. Le niveau des examens doit être maintenu avec rigueur, et il n'aura pas d'effet dissuasif si la carrière est traitée avec l'équité et la considération qu'elle mérite.

A ce sujet, je voudrais évoquer trois questions précises, et d'abord l'intégration des infirmières dans la catégorie B à laquelle elles ne sont pour l'instant qu'« assimilées », ce qui les place dans une situation ambiguë et explique sans doute que les propositions de réforme les concernant ne correspondent pas au niveau technique de la profession et se limitent à une revalorisation symbolique.

Je voudrais savoir, monsieur le ministre, si vous êtes d'accord pour proposer l'intégration des infirmières en catégorie B au niveau qui leur revient, c'est-à-dire au niveau de technicien supérieur.

Ensuite, la réforme des comités techniques paritaires me paraît devoir être envisagée.

Ces comités, qui sont consultés sur l'organisation du travail dans les hôpitaux publics, devraient comprendre obligatoirement des infirmières. Or le mode de désignation à travers le filtre de la commission paritaire et le droit de désignation au profit des organisations syndicales dites « représentatives » aboutissent souvent à l'élimination des personnels techniques médicaux écrasés par la masse des personnels de service.

Il n'est pas question d'enlever à ceux-ci la place qui leur revient, mais un centre hospitalier fait d'abord de la médecine. Il est donc regrettable que les personnels techniques médicaux et en premier lieu les infirmières, qui représentent à ce niveau les prestations de service médicales, puissent être évincés par la loi du nombre et le jeu des nominations. Les infirmières devraient avoir une représentation catégorielle protégée, car c'est pour elle la seule garantie d'une véritable participation indispensable pour tous.

Nous retrouvons d'ailleurs le même problème au niveau du conseil d'administration de l'hôpital où la même technique donne les mêmes résultats.

Enfin, je voudrais évoquer l'aménagement du temps de travail, qui est certainement un élément essentiel pour revaloriser la carrière de l'infirmière.

Tout a été dit et écrit sur la faveur que connaît le travail à mi-temps chez les femmes actives. Malgré les prétentions de ceux qui se sont attribué une fois pour toutes le droit de faire leur bonheur malgré elles, je pense que les femmes ont de bonnes raisons de savoir ce qui leur convient. Chez les infirmières notamment, une expérience exemplaire est à faire dans ce sens. D'ailleurs le principe a été retenu dans le corps de la santé publique avec l'extension aux infirmières des établissements d'hospitalisation du bénéfice du mi-temps accordé à la fonction publique.

Malheureusement, les textes d'application ne sont pas promulgués et cela retarde encore la mise en œuvre d'un projet bien timide, bourré de restrictions et de conditions, qui ne correspond ni pour la fonction publique, ni surtout pour la fonction hospitalière, au minimum indispensable pour organiser en profondeur les conditions de travail dans le sens des souhaits du personnel et des nécessités d'un service moderne et efficace.

Monsieur le ministre, recruter une infirmière au niveau du baccalauréat, lui faire faire des études difficiles pendant trois ans, lui confier des responsabilités considérables, sans parler des contraintes spécifiques à sa fonction, le tout pour un peu plus de 1.100 francs par mois, ce n'est pas une réussite.

Si l'on accède à cette situation matérielle médiocre, le malaise psychologique qui naît d'un sentiment d'incompréhension et de mise à l'écart, c'est tout le problème de la condition des infirmières hospitalières qui est posé. Et je rejoins dans mes conclusions les observations faites par MM. les rapporteurs tout à l'heure. Je crois que nous ne pourrions pas éviter plus longtemps de traiter ce problème au fond et sous tous ses aspects. *(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. Daniel Benoist.

M. Daniel Benoist. Monsieur le président, monsieur le ministre, madame le secrétaire d'Etat, mes chers collègues, un bon moyen d'apprécier la valeur du budget pour 1973 est de prendre un chapitre déterminé de ce budget et de l'examiner pour savoir quel est l'effort réel de l'Etat dans ce domaine.

Pour être objectif, il faut prendre un secteur pour lequel le Gouvernement prétend avoir fait un effort particulier, celui des hôpitaux, par exemple.

Nous sommes à même d'en apprécier les besoins et les insuffisances : les salles communes, la pénurie de personnels, le problème des secours d'urgence.

Or le Gouvernement prétend avoir fait un effort spécial dans ce domaine.

Voyons cela de plus près, particulièrement en ce qui concerne les constructions hospitalières, les personnels, les problèmes de l'urgence.

En ce qui concerne les hôpitaux, d'après le projet de budget, la progression des autorisations de programme est de 32 p. 100 et de 47 p. 100 si l'on tient compte du fonds d'action conjoncturelle. Cela semble une belle augmentation, mais que représente l'effort de l'Etat ?

Avec les centres hospitaliers régionaux, la déception commence. On sait combien sont nécessaires les constructions de C.H.R. modernes, non seulement pour les soins aux malades graves, pour le développement de la médecine de pointe, mais aussi pour l'enseignement des étudiants des C.H.U. Or, on a constaté récemment les difficultés de la rentrée scolaire dans les C.H.U. et la pénurie des postes pour les étudiants hospitaliers.

Au total, il est prévu à peu près 150 millions de francs d'opérations nouvelles. Quand on sait qu'un lit neuf de C.H.U. coûte en moyenne 120.000 francs, ce crédit représente environ 1.250 lits nouveaux, mais il est vrai que l'Etat ne fait que subventionner ; on peut donc dire que cet effort, présenté comme important, se traduira au bout du compte par la création de 3.500 lits nouveaux grâce à l'apport des collectivités locales et des caisses de sécurité sociale. Par rapport à l'urgence des besoins, cela est tout à fait insuffisant.

Si on y regarde encore de plus près, on voit qu'il n'y a que deux opérations nouvelles : Tours et Strasbourg pour toute la France !

M. le ministre de la santé publique. Non !

M. Daniel Benoist. Le reste n'est que le complément d'opérations engagées. Rien pour Lyon ou Marseille, rien pour le Sud-Est.

A ce propos, monsieur le ministre, je voudrais vous poser deux questions : qu'advient-il du C.H.U. de Besançon déjà inscrit au V^e Plan ? Situé en plein centre de la ville, il est, vous le savez, vétuste. Pouvez-vous nous dire s'il figurera enfin au VI^e Plan ?

D'autre part, dans le département de la Nièvre, on attend la création à Decize d'un hôpital de 250 lits depuis le V^e Plan. Je vous pose la question : verra-t-il aussi le jour au cours du VI^e Plan ? Pour Paris, un complément de financement est prévu pour Bichat et le Kremlin-Bicêtre, opérations déjà engagées : cela signifie donc que rien ne sera fait pour des hôpitaux aussi vétustes que Lariboisière, Necker ou Saint-Louis et que l'hôpital d'Aubervilliers, dont les terrains sont acquis, ne sera pas financé.

Il est vrai, cependant, qu'un effort spécial est fait à Villejuif, à l'hôpital Paul-Brousse, pour un seul service ; on comprend mieux l'urgence de cette dépense quand on sait que le chef de service est le professeur Mathé.

Mais quand on s'arrête à la ligne budgétaire concernant l'« humanisation », on passe de la misère à la dérision.

19,7 millions y figurent. Quand on sait que l'humanisation consiste surtout à supprimer les salles communes et à les remplacer par des chambres et qu'il en coûte environ 50.000 francs par lit, on constate qu'on pourra transformer en 1973, pour toute la France, 400 lits au total.

Bien sûr, s'il s'agit uniquement de mettre des plantes vertes, tout change : pour chaque lit de C.H.R. en salle commune, on peut mettre un petit palmier de 200 francs !

Si l'effort nécessaire n'a pas été fait pour les C.H.R. peut-être a-t-il été fait pour le reste de l'équipement hospitalier ?

Mais si l'on évalue le coût du lit neuf ou rénové à 90.000 francs, on s'aperçoit que le crédit de 249 millions représente 2.700 lits ou, grâce aux subventions des communes et de la sécurité sociale, 7.000 lits.

A ce rythme, l'humanisation et la modernisation resteront des thèmes perpétuels de discours ministériels car dans les hôpitaux spécialisés pour les personnes âgées et les malades mentaux, les insuffisances sont largement aussi grandes. Elles empêcheront non seulement une rénovation normale mais aussi la mise en œuvre d'équipements de types nouveaux et adaptés à ces catégories spéciales.

Quant au financement dans ce domaine, comme dans d'autres, le Gouvernement essaye de limiter l'effort de l'Etat en le reportant sur les usagers par le biais du prix de journée d'hôpital qui est supporté par la sécurité sociale, donc par les salariés.

Pour cela, il propose un financement supplémentaire par le lancement d'emprunts nationaux.

Ces emprunts seront, de plus, d'un taux sans doute très élevé et très onéreux pour les hôpitaux. Mais pour les rembourser il faudrait encore que les établissements puissent dégager des ressources suffisantes sur leur budget et pour cela prévoir un amortissement convenable. Or on dit que pour 1973, le Gouvernement a décidé de limiter à un maximum de 5 p. 100 les dépenses non médicales, c'est-à-dire le linge, la nourriture, l'entretien. Ce taux est inférieur à celui de la hausse des prix, monsieur le ministre.

Ces hôpitaux auront donc le choix entre nourrir plus mal leurs malades, changer moins souvent le linge et payer les annuités d'emprunt ou développer l'autofinancement, ou bien maintenir le confort des malades au prix de la suppression des ressources d'amortissement ou de la modernisation.

Une mesure plus odieuse serait même préconisée qui limiterait à 4 p. 100 l'augmentation des dépenses médicales : c'est le rationnement des médicaments, la suppression des examens de laboratoires et de radio que le Gouvernement souhaite, soit un singulier profil médical en faveur des malades ! Et tout cela pour donner l'impression que, d'ici au mois de mars 1973, les tarifs publics seront bloqués.

En fait, on accule les hôpitaux au déficit et, par là, on empêche leur modernisation.

En ce qui concerne les personnels, les insuffisances dans ce domaine sont bien connues, non seulement dans les hôpitaux, mais aussi dans d'autres services, par exemple celui de la santé scolaire, dont on reparlera.

Sans traiter du problème des rémunérations et des effectifs, dont M. Narquin vient de vous entretenir, il faut tout de même rechercher quelle est la réalité qui se cache derrière « l'effort de formation du personnel et de gratuité » que le Gouvernement vient d'annoncer.

Sur le plan des investissements, on constate d'abord qu'il n'est prévu que 12 millions de francs, soit le prix de deux écoles de cadres ou d'infirmières. Là aussi, c'est dire que toute la charge repose sur les hôpitaux et les communes.

Sur le plan du fonctionnement, le Gouvernement se vante d'avoir rendu gratuites les études dans les écoles d'infirmières. Mais, permettez-moi de vous dire, monsieur le ministre, que c'est inexact. En fait le Gouvernement refuse de prendre en charge les frais de fonctionnement des écoles et la rémunération des enseignants ; il se contente de verser une subvention minime par élève, qui est loin de couvrir les dépenses d'enseignement.

Les mesures nouvelles de subvention aux écoles ne doivent pas faire illusion : par exemple, le crédit nouveau de 2.500.000 francs pour les subventions aux écoles d'infirmières ne représente, au taux de subvention actuel de 3.500 francs par élève, qu'une possibilité d'augmenter le nombre des élèves de 700. De plus, aucun compte n'est tenu du fait que la scolarité vient d'être portée à 28 mois. Quand on connaît les besoins et les pénuries, cet effort est dérisoire.

Ce qu'il faudrait, c'est une prise en charge intégrale des dépenses, une politique résolue d'augmentation du recrutement des élèves, la construction d'écoles nouvelles, et assurer dans la hiérarchie un avenir aux jeunes filles et aux jeunes femmes qui s'engagent dans cette carrière.

Quant à la situation des élèves, l'augmentation des crédits de bourse est si faible qu'elle ne peut donner aux élèves les moyens de faire leurs études souvent loin de leur famille avec les frais que cela comporte. Ces futures infirmières sont donc obligées de signer un contrat les liant avec un hôpital, en contre-partie d'une bourse donnée par l'établissement qui supplée ainsi, mais pas à fonds perdus, la carence de l'Etat.

Quant aux urgences, si l'on passait en revue tous les chapitres de ce budget, on constaterait partout les mêmes insuffisances. On peut en retenir un dernier, simplement parce que, dès votre prise de fonction, monsieur le ministre de la santé, vous aviez déclaré que vous y attacheriez une importance toute particulière : il s'agit de l'urgence et des services mobiles d'urgence, les S.A.M.U.

Il faudrait d'abord demander combien de S.A.M.U. fonctionnent, où et avec quels moyens ? On constaterait qu'on en est encore aux balbutiements, même en région parisienne, alors que les accidents de la route représentent une véritable hécatombe.

Tout est à faire. Que propose-t-on au pays en 1973 ?

En investissements, un crédit de dix millions de francs pour l'urgence et la réanimation ; en ambulance et en matériel, 2.300.000 francs ; en personnel, y compris la formation, 2.010.000 francs. Au total, un effort de 14.310.000 francs, c'est-à-dire pour la totalité du secours d'urgence, 25 centimes par Français.

Cet effort spécial pour la mise en place prioritaire des S.A.M.U. n'est au niveau de l'Etat qu'un thème de discours. Les collectivités locales et les hôpitaux, une fois de plus, paieront.

Ainsi, de quelque côté qu'on se tourne, on arrive toujours à la même conclusion : dans ce budget de la santé publique, pour lequel un effort d'expansion tout particulier aurait été fait, on ne trouve que misère ou bluff ! On y trouve aussi une volonté délibérée d'éluider les devoirs qui incombent à la puissance publique, pour les services de sécurité, comme pour la formation des hommes, pour les constructions d'hôpitaux comme pour l'humanisation, et de faire porter la charge sur d'autres collectivités : communes, départements, hôpitaux, sécurité sociale.

Il sera facile, après les avoir accablées de charges, parce qu'elles acceptent les devoirs qu'elles ont à l'égard des Français, de railler ou de condamner leur gestion financière, et on parlera alors de leurs « déficits ».

Je ne saurais, monsieur le ministre, terminer cet exposé sans vous rappeler le scandale du plein temps hospitalier actuel : comme l'a signalé la cour des comptes, le respect du taux de 5 p. 100 des lits n'est pas effectif. En principe, on assiste à l'exercice de la médecine privée à l'intérieur des hôpitaux publics. Mais ce n'est pas tout !

Vous avez évoqué tout à l'heure — et nous entrons dans les faits — la grève des chefs de clinique et assistants. Il y a là un véritable scandale. Sans statut, sans savoir ce qu'elle deviendra au bout de sept ans d'exercice, la fine fleur des médecins français est abandonnée, une fois de plus, par le Gouvernement. D'ailleurs, ces praticiens sont en grève actuellement et cette situation devrait vous préoccuper, monsieur le ministre.

D'autre part, permettez-moi de vous rappeler qu'au moment de l'élaboration de la loi hospitalière, nous avions dit que celle-ci serait inapplicable. Nous nous en apercevons aujourd'hui et vous avez reconnu vous-même, monsieur le ministre, vous qui êtes un spécialiste des affaires juridiques, ancien garde des sceaux, que vous auriez les pires difficultés pour mettre noir sur blanc les décrets d'application que nous attendons encore longtemps. Selon que, dans l'application de cette loi hospitalière, vous favoriserez le secteur privé ou le secteur public, nous apprécierons votre position.

Si votre budget a fait un effort, celui-ci reste encore absolument insuffisant. Il ne donne satisfaction qu'à quelques privilégiés en matière de constructions hospitalières.

Une fois encore, votre gouvernement n'aura pas réglé, pour cette année, ce qui est essentiel pour la vie des Français : une organisation rationnelle et démocratique de l'exercice de la médecine avec son application tant dans le secteur hospitalier privé ou public que dans celui de l'exercice de la médecine praticienne.

C'est pourquoi, nous, socialistes, nous ne voterons pas votre budget. (Applaudissements sur les bancs des groupes socialiste et communiste.)

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

M. Jean Morellon. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, s'il est un budget qui intéresse particulièrement les parlementaires médecins, c'est évidemment celui qui traite de la santé des Français. Les problèmes sanitaires et médicaux sont trop nombreux pour qu'en quelques minutes il soit possible d'en évoquer à fond plusieurs. Aussi mon intervention sera-t-elle limitée au thermalisme, et encore je m'efforcerai d'être bref sur ce sujet.

J'ai le privilège, monsieur le ministre, de représenter le département du Puy-de-Dôme qui est fier de compter cinq stations thermales de réputation mondiale : Royat, La Bourboule, Châtelguyon, Le Mont-Dore et Saint-Nectaire. Les trois premières, avec Aix-les-Bains et Luchon, sont dans le peloton de tête des stations françaises qui comptent plus de 20.000 curistes annuels. J'ajoute que le thermalisme vient au troisième rang de l'activité économique de mon département.

On entend souvent dire ici que le budget est le reflet d'une politique. On serait tenté de croire que le Gouvernement n'a pas de politique thermique puisqu'il ne fournit pas au thermalisme les moyens financiers dont il a besoin.

Vous affectionnez, monsieur le ministre, les formules latines. Il m'en vient une à l'esprit en ce moment : *Timeo Danaos et dona ferentes*. Mais nous n'avons rien à redouter puisque, si je peux me permettre ce méchant jeu de mots, vos présents dans ce domaine sont singulièrement absents.

M. le ministre de la santé publique. *Danaos non sum ! (Sourires.)*

M. Jean Morellon. Aucune dotation, en effet, n'est prévue au VI^e Plan à ce chapitre, et c'est grand dommage, car le thermalisme est en péril.

Mais, après tout, on peut s'interroger sur la définition actuelle du thermalisme et sur sa vocation. Est-ce un médicament, une médication de luxe, un remède de thaumaturge ou de bonne femme, un traitement de dernier recours, de la psychothérapie, de la détente, ou encore un alibi pour des vacances supplémentaires, un séjour traditionnel deux fois renouvelable dans une existence ?

On est aussi en droit de se demander si le rôle de l'Etat est de s'en préoccuper ou d'en laisser l'exploitation à l'initiative des communes ou, pourquoi pas, de certains promoteurs utilisant les sources et les ressources offertes par un sous-sol généreux et bénéfique pour la santé.

Il me semble que le thermalisme est une thérapeutique spécifique administrée dans des conditions où le dépassement et l'environnement doivent jouer un rôle d'adjuvant. L'Etat, gardien de la santé, a le devoir de s'inquiéter des soins dispensés dans ces stations et d'exiger qu'ils soient de qualité.

Or, où en sommes-nous actuellement ?

Les difficultés du thermalisme français sont bien connues car elles ne sont pas nouvelles. Elles méritent néanmoins d'être rappelées car elles sont constantes, même en 1972. Elles portent sur la fréquentation des stations, l'insuffisance des investissements, l'évolution du nombre des médecins installés.

Les stations sont moins fréquentées : depuis longtemps s'est amincie la clientèle étrangère ou française qui en faisait la prospérité. La relève, numériquement assurée par le thermalisme social, n'a pas suffi à combler le vide progressivement installé.

Les investissements sont insuffisants : au lendemain de la deuxième guerre mondiale, on a vu disparaître les palaces, faute d'une clientèle, elle-même disparue. Certains hôtels, et le phénomène est bien connu en Auvergne, ont été transformés et vendus en appartements. La capacité hôtelière s'en est trouvée diminuée et nos stations n'installent guère de nouveaux hôtels de classe internationale qui pourraient plaire à une clientèle de luxe attirée par le thermalisme italien par exemple.

Un troisième indice est constitué par l'évolution du nombre des médecins installés dans les villes d'eau. Ils sont moins nombreux qu'avant la guerre. Le nombre de spécialistes hautement qualifiés n'a cessé de décroître. Une enquête faite cette année dans le département du Puy-de-Dôme a montré que la moyenne d'âge des médecins thermalistes oscillait autour de cinquante ans.

D'autres raisons d'ordre matériel ont été relevées qui constituent un obstacle aux vocations médicales thermales.

J'en viens aux causes de la crise du thermalisme.

Au risque de faire des redites, il faut les dénoncer, elles aussi : elles restent de deux ordres : économique et médical.

Elles sont économiques. Il est évident que la guerre de 1939-1945 a tout bouleversé. La clientèle étrangère s'est éclipisée, les dernières statistiques de 1971 montrent que son apport est peu important. A Aix-les-Bains, en 1971, 385 étrangers pour 39.545 curistes ; à Vichy, 1.368 étrangers pour 21.806 curistes ; à La Bourboule, 433 pour 22.968 ; à Luchon, 212 pour 21.302 ; à Châtelguyon, 1.260 pour 21.344 ; à Royat, 518 pour 20.047, et je n'ai cité que les principales stations thermales.

Le thermalisme français est devenu complètement dépendant de la réglementation sociale qui connut, du reste, dès 1967, les vicissitudes que l'on sait, avec les ordonnances. Il est privé, le plus souvent, des moyens qui lui permettraient de soutenir la concurrence avec le thermalisme étranger et de reconquérir la clientèle aisée.

Mais les causes médicales revêtent aussi une importance capitale.

Déjà, en 1970, lors du congrès annuel de la fédération thermale d'Auvergne, M. Valéry Giscard d'Estaing n'avait pas craint de déclarer : « La clé de l'avenir du thermalisme est entre les mains du corps médical ».

C'est vrai, car jusqu'en 1939 la médecine thermale jouissait d'un grand prestige. Les chefs d'école, les patrons manifestaient leur intérêt pour les eaux thermales, inspiroient des travaux et des thèses ; d'éminents spécialistes exerçaient dans les stations.

Après la guerre, on a assisté à une modification radicale : la médecine française, fortement impressionnée par la médecine américaine qui avait accompli de prodigieux progrès, s'est peut-être éloignée de la crénothérapie en apparence moins scientifique. Le scepticisme s'est installé alors dans les milieux médicaux français. Le snobisme aidant, le sort du thermalisme a été compromis ; compromis aussi par la réprobation de médecins, et non des moindres ; aggravé enfin par l'apparition de la chimiothérapie.

A ce point, le renouveau est-il possible ? A quelles conditions ?

La France bénéficie d'un patrimoine thermal important et enviable : plus de cent stations dont une douzaine de vocation internationale. L'Auvergne, pour sa part, je vous l'ai dit, en compte de très classiques. En 1971, la France a accueilli 450.000 curistes, à peine 30.000 de plus qu'en 1970, soit vingt fois moins qu'en U. R. S. S., cinq fois moins qu'en Italie, trois fois moins qu'en Allemagne fédérale et la moitié de l'effectif de la Tchécoslovaquie.

La région Auvergne, qui avait reçu 128.34 curistes en 1965, n'en a accueilli que 116.410 en 1971.

Ces chiffres sont inquiétants. Savez-vous, monsieur le ministre, que la situation de Saint-Nectaire est plus catastrophique encore, puisque la fréquentation de l'établissement thermal de cette station a baissé de moitié en quatorze ans ?

Différentes mesures peuvent endiguer cette récession. Elles sont d'ordre économique, réglementaire ou financier selon les cas.

Le thermalisme social d'abord doit être protégé et même favorisé car tout ce qui irait à son encontre serait funeste au thermalisme. C'est pourquoi le bénéfice du remboursement des cures thermales devrait être accordé aux artisans et aux commerçants comme il l'est aux salariés.

Il faudrait également reconsidérer le plafond des ressources, en raison de l'ancienneté de la référence. J'ai quelques raisons de supposer que M. le ministre de l'économie et des finances n'y serait pas hostile.

Les crédits du F.D.E.S. sont insuffisamment utilisés. Une revalorisation des tarifs des établissements thermaux serait justifiée pour compenser les efforts d'investissement.

La liste des incitations à la relance du thermalisme n'est pas épuisée. Mon ami M. Michel Duval en énonçait un certain nombre il y a deux ans à cette tribune et votre prédécesseur M. Boulin semblait les accueillir favorablement.

Il s'agissait de la réduction des taux de la T.V.A., de l'extension du champ d'application de la prime d'équipement hôtelier, du remboursement de cures dont la durée est inférieure aux trois semaines fatidiques, de l'octroi de subventions aux municipalités dans le cadre du Fonds d'action locale, plus communément appelé F.A.L.

A l'échelon régional, la situation est pour le moins préoccupante. L'Auvergne thermale doit entreprendre un effort de modernisation et de rénovation du thermalisme, tant en ce qui concerne les méthodes que les équipements ou l'infrastructure d'hébergement.

Amorcée dans plusieurs stations, la rénovation des établissements thermaux s'impose. Elle nécessite d'importants moyens de financement publics. Malheureusement, ceux-ci ne sont que très faiblement prévus dans le plan régional de développement et d'équipement. En effet, l'enveloppe nationale a retenu en catégorie I seulement deux opérations relatives à Saint-Nectaire — établissement thermal et centre d'hémodialyse — pour deux millions de francs. Je crois savoir que ces crédits, nettement

insuffisants pour assurer la couverture des besoins, ne seront même pas attribués. Pourriez-vous me le confirmer, monsieur le ministre ?

Pour pallier cette carence, les partenaires thermaux — municipalités, médecins, hôteliers et commerçants — ont à faire face, souvent seuls, ou en recourant au conseil général, à leurs soucis d'équipement, de rénovation, de promotion et d'animation. Ils s'appliquent à diversifier leurs activités économiques, à adapter leur infrastructure d'accueil qui, dans la plupart des cas, servira de support à des activités touristiques.

De telles activités complémentaires sont parfaitement compatibles avec le thermalisme et peuvent être à l'origine d'une certaine prospérité, surtout lorsqu'elles sont mises en œuvre par des stations à double vocation saisonnière, comme Le Mont-Dore et sa voisine, La Bourboule.

M. le président. Vous avez dépassé votre temps de parole !

M. Jean Morellon. Mais l'Etat n'a-t-il pas un sentiment de culpabilité dans cette affaire ? Ne pourrait-il consentir un effort, lui aussi ?

Dans le domaine de l'enseignement, par exemple, il faut que les pouvoirs publics sachent et fassent savoir que le traitement thermal joue un rôle de prévention, de réparation, de consolidation ou de réadaptation. Il faut que ces notions, évidentes pour certains d'entre nous, deviennent crédibles pour d'autres.

Aussi est-il indispensable de donner à l'hydrologie sa vraie place dans les disciplines universitaires, d'organiser des stages ou des congrès à l'usage des omnipraticiens et des médecins des caisses de sécurité sociale.

De véritables économies pourraient être réalisées si une statistique publiait les résultats obtenus par les cures thermales. On en démystifierait le coût et on en apprécierait les bienfaits. Je ne suis pas de ceux qui croient que la santé n'a pas de prix. Hélas ! elle en a un. Mais qu'on le chiffre !

Est-il vrai que les médecins conseils aient reçu des directives strictes pour refuser des dépôts en cure ? J'aimerais connaître votre réponse sur ce point. Je n'ignore pas non plus que des omnipraticiens, voire des spécialistes, ne sont pas convaincus des vertus des eaux thermales. Mais je sais également que des médecins sont persuadés de la nocivité de médicaments réputés actifs, tels les corticoïdes.

Il est non moins indispensable de justifier scientifiquement la crénothérapie, car c'est le seul moyen d'asseoir définitivement son crédit. C'est pourquoi, là aussi, les pouvoirs publics ont le devoir de favoriser les équipements pour disposer d'un thermalisme de qualité.

La recherche scientifique est indispensable, certes, mais elle ne doit pas être une réhabilitation du thermalisme. Elle est relativement onéreuse. C'est pourquoi on évitera les suréquipements. Il faut créer dans les stations une antenne du centre hospitalier universitaire le plus proche, avec le minimum de personnel et affecter les crédits nécessaires à son fonctionnement.

M. le président. Monsieur Morellon, vous avez largement dépassé votre temps de parole. Je dois vous demander de conclure.

M. Jean Morellon. Je conclus, monsieur le président.

La qualité de l'environnement de nos stations est indispensable au thermalisme moderne. Le cadre d'autrefois ne suffit plus aux malades devenus plus exigeants d'année en année. C'est sans doute une des raisons de l'attrait exercé sur nos concitoyens par certaines stations étrangères.

Nous entrons en effet dans la civilisation des loisirs. Sa nécessité se fait sentir chaque jour davantage, au moment où les conditions de vie professionnelle active apparaissent de plus en plus inhumaines, dans nos grandes villes en particulier, par les nuisances diverses et les difficultés de tous ordres.

Si les progrès de la médecine permettent l'allongement de la durée de la vie, si la mécanisation entraîne la réduction de la durée du travail, l'homme doit disposer de plus de temps pour se préoccuper de sa santé, pour la protéger ou la rétablir. Il fait déjà appel à des formules variées pour se mettre ou se remettre en condition, que ce soit la kinésithérapie, la climatothérapie, le repos, la détente, la diététique.

Pourquoi ne pas l'aider, monsieur le ministre, à revenir aux sources, à cette thérapeutique naturelle que représente le thermalisme ? (Applaudissements sur les bancs du groupe des républicains indépendants et de l'union des démocrates pour la République.)

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

M. Georges Bustin. Monsieur le ministre, madame le secrétaire d'Etat, votre budget s'inscrit dans une politique d'ensemble dont le VI^e Plan définit les objectifs.

Il s'agit d'une politique cohérente, certes, mais néfaste. Vous mettez l'accent sur certaines augmentations de crédits d'équipement pour donner une réponse aux besoins les plus criants et éviter que les effets de la crise profonde du secteur de la santé ne soient trop voyants en cette année pré-électorale.

Dans l'ensemble, le budget demeure très décevant. Les dépenses ordinaires n'augmentent que de 9,6 p. 100, c'est-à-dire une croissance inférieure à la progression du budget général. Pour les dépenses d'équipement, l'augmentation de 16 p. 100 des autorisations de paiement est loin de correspondre aux retards accumulés.

Ce budget ne saurait donc ni permettre d'atteindre les objectifs du VI^e Plan, pourtant considérés comme insuffisants par l'ensemble des organisations intéressées, ni satisfaire aux besoins les plus urgents dans le domaine de la santé.

Des postes essentiels sont en diminution. Ceux relatifs aux auxiliaires médicaux, aux infirmières, par exemple, ne seront dotés que de 3.550.000 francs contre 9.700.000 francs en 1972. Ainsi on ne soutient même pas le maigre effort de l'an passé.

Le secteur sacrifié de ce budget — qui est pourtant déjà un secteur en détresse — est celui des handicapés. Ainsi, le chapitre « action en faveur de l'enfance handicapée » ne comporte que 817.000 francs supplémentaires contre 18.300.000 francs l'an passé.

Les crédits alloués aux jeunes sourds et aveugles comprennent 1.360.000 francs supplémentaires, soit un effort moins important que l'an dernier où ils avaient atteint 4.800.000 francs.

Parmi les points particulièrement noirs, signalons une fois de plus :

- la médecine scolaire, qui ne cesse de se dégrader. Chaque année, le nombre des enfants examinés diminue ;

- la section de la psychiatrie, qui reste toujours inférieure aux besoins et où la mise en place de la sectorisation connaît d'énormes difficultés par manque de crédits et de personnel ;

- l'équipement sanitaire et social pour les personnes âgées, où les crédits, en dépit d'une augmentation sur l'an dernier, marquent une sensible diminution par rapport à 1971. Pourtant, il s'agit d'un domaine où le taux de réalisation du V^e Plan était particulièrement bas.

Il est scandaleux que le sérodiagnostic de la rubéole pratiqué pendant la grossesse ne soit pas remboursé et reste à la charge des futures mères. Il s'agit d'une grave anomalie dans la prévention des malformations.

Pour les centres hospitaliers, il est vrai que les autorisations de programme s'élèvent à 581 millions de francs, soit un accroissement non négligeable par rapport à l'année précédente. Il serait vain toutefois de se satisfaire de simples pourcentages. Remarquons en effet que l'accroissement des autorisations de programme en 1973 ne compensera pas le retard pris au cours des années passées.

Le fait que les autorisations de programme n'augmentent que vers la fin du Plan repousse la date des réalisations au-delà de 1975 et obère déjà le VII^e Plan :

D'une part, le montant des autorisations de programme actuel confirme que vous entendez vous en tenir à l'hypothèse basse.

D'autre part, l'augmentation des autorisations de programme ne règle pas la question du financement du Plan, l'Etat ne subventionnant que 35 p. 100 des équipements alors qu'au cours du V^e Plan la subvention atteignait 40 p. 100.

Les limites de ces mesures, liées à une réforme hospitalière que nous avons combattue, apparaissent clairement dans trois domaines décisifs.

En premier lieu, alors que la France ne se trouve pas dans les pays les mieux lotis quant à la proportion de médecins par rapport aux habitants, on limite systématiquement de manière malthusienne le nombre d'étudiants en médecine.

En deuxième lieu, les chefs de clinique, pour prendre une catégorie de médecins hospitaliers dont le rôle est fondamental, se trouvent actuellement confrontés à des conditions de travail, de rémunération et d'avenir professionnel incompatibles avec leurs responsabilités et néfastes pour la bonne marche de ce secteur public.

Enfin, la recherche scientifique, avec 18 millions de francs, marque une diminution par rapport à 1972 où les crédits représentaient 17,8 millions de francs, et à 1971 où ils s'élevaient à 21,2 millions de francs.

Il est une question à laquelle je souhaiterais obtenir une réponse précise, c'est celle du transfert et de l'extension de l'institut du cancer Gustave Roussy à Villejuif.

Dans ce domaine, l'Etat avait fait des promesses. Il avait été prévu initialement qu'il participerait à 50 p. 100 des dépenses. Or le Gouvernement ne veut plus donner aujourd'hui que 5 millions de francs, soit moins de 5 p. 100 des dépenses. C'est un exemple typique des charges indues infligées à la sécurité sociale pour l'accabler ensuite en parlant de son déficit financier.

Je voudrais illustrer mon propos par la situation dramatique des équipements sanitaires du Nord, situation soulignée à la page 28 du rapport de M. Peyret qui ajoute l'Aquitaine au Nord.

Voici quelques chiffres relevés dans le rapport sur le développement et l'équipement de cette région au cours du VI^e Plan : avec trois lits pour cent personnes, la région du Nord se place au dernier rang pour l'équipement hospitalier public. Ce rapport souligne également que l'indice de fréquentation hospitalière dans le Nord, 50,7 p. 100, est inférieur à la moyenne nationale : 59,1 p. 100.

Tous les hôpitaux sont surechargés et, en particulier, un établissement que vous connaissez bien, monsieur le ministre, celui de Valenciennes, où les malades sont placés dans les couloirs et les vestibules. L'hôpital psychiatrique d'Armentières, conçu pour recevoir 1.400 malades, en accueille 2.600, soit près du double. Précisons que les projets de construction de trois hôpitaux psychiatriques dans le département du Nord, dont les études sont terminées, les plans approuvés, le terrain — pour celui de Maubeuge — acheté, sont abandonnés, alors qu'ils ont déjà coûté des sommes extraordinaires.

Pendant de nombreuses années encore, les malades — les malades mentaux plus particulièrement — continueront d'être soignés dans des conditions inhumaines.

La construction de l'hôpital d'Avesnes est toujours retardée. Pourquoi ? Nous voudrions connaître à ce sujet les mesures que vous comptez prendre pour doter le département du Nord de l'équipement sanitaire indispensable.

Il est vrai que le budget n'est qu'un des aspects de la politique de santé du pouvoir et qu'il faut chercher ailleurs ses orientations fondamentales : transfert des charges sur le budget des assurés, développement de la mainmise des grandes sociétés sur les secteurs rentables de la santé. Les crédits sont insuffisants, mais les trusts de l'industrie chimique, de l'électronique et du matériel hospitalier lourd — un document significatif de l'association des grandes entreprises françaises vient de le confirmer — continuent de prélever une dime sur la maladie et sur la mort.

Le programme commun de la gauche propose une profonde réforme du secteur de la santé afin de mettre à la portée de tous une médecine de qualité englobant la prévention, le diagnostic, les soins et la réadaptation dans un ensemble coordonné et humanisé où les besoins de la santé ne seront plus soumis à la loi du profit.

Une organisation rationnelle et démocratique de toutes les structures sanitaires sera mise en place dans le respect du secret médical, de la liberté de prescription et du libre choix du médecin par le malade.

A cette fin, dans le cadre du Plan, seront précisés, pour chaque étape, les objectifs et les moyens d'une politique active de la santé : équipements, implantation des services sanitaires, formation en nombre suffisant de médecins et d'auxiliaires médicaux hautement qualifiés, révision des conditions de travail et des rémunérations des personnels infirmiers, perfectionnement post-universitaire des praticiens, etc.

Une structure hospitalière unifiée, de caractère public, sera mise sur pied.

Un effort prioritaire sera consenti pour améliorer et développer le secteur hospitalier public et en démocratiser la gestion.

Il sera mis un terme aux pratiques qui ont cours dans l'industrie des produits pharmaceutiques. Ces derniers seront exonérés de la T. V. A. Les trusts pharmaceutiques seront nationalisés et un office national de la pharmacie sera créé afin de promouvoir la recherche pharmaceutique et de contrôler la fabrication.

Dans le domaine de la santé, comme dans les autres, un gouvernement démocratique aura les moyens matériels de ses objec-

tifs. Il suffit de penser aux possibilités offertes par la nationalisation des industries pharmaceutiques et des géants de l'électronique, pour ne prendre que ces seuls exemples.

Un gouvernement démocratique assurera la participation de tous les intéressés à l'élaboration et à la mise en œuvre de sa politique. A la différence de ce qui se passe aujourd'hui, où l'Etat ne respecte pas ses engagements à l'égard des médecins, les conventions passées entre les représentants du corps médical et ceux des assurés sociaux seront démocratiquement élaborées.

Ainsi le programme commun permettra-t-il au corps médical et aux personnels de santé de contribuer pleinement à la réalisation d'une politique moderne de la santé. *(Applaudissements sur les bancs des groupes communiste et socialiste.)*

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

M. Jacques Fouchier. Monsieur le ministre, madame le secrétaire d'Etat, l'intervention que je me propose de faire dans le cadre du budget de la santé publique concernera exclusivement l'action en faveur des handicapés.

Avant de présenter les diverses remarques que m'a suggéré l'examen de la situation en général et celui du présent budget en particulier, je rappellerai très brièvement ce qui a le mieux illustré l'action gouvernementale en faveur des handicapés au cours des récentes années.

Le rapport Bloch-Lainé avait été, en son temps, le révélateur efficace d'un état de choses que trop de Français ignoraient, par manque d'information approfondie, ou refusaient de considérer, par négligence ou pure indifférence.

Il constituait la charte précieuse des réformes, des recherches, des orientations et des plans d'action que la situation des handicapés exigeait car, selon ses propres termes « une nation avancée se doit à elle-même de ne pas laisser subsister des misères qui contrastent avec une aisance quasi-générale. »

En juillet 1971, le projet relatif à diverses mesures en faveur des handicapés, a constitué de son côté la première action d'importance proposée par le Gouvernement dans la ligne du rapport précité.

Avant toute chose, cette loi avait le mérite d'affirmer et de définir à la fois un principe et une orientation. Les handicapés, quelle que soit la forme que revêtait leur problème, devaient le plus rapidement possible bénéficier de l'autonomie la plus large, autonomie qui ne pouvait être conçue et adaptée qu'en tenant compte de toutes les situations particulières.

Un grand pas avait été franchi pour sortir de l'assistance et entrer dignement dans la solidarité. C'était le premier d'une marche délibérée vers une conception moderne et réaliste de la réinsertion sociale des handicapés, la réinsertion professionnelle ne pouvant à elle seule constituer une ambition pleinement satisfaisante. Mais, pour que cette nouvelle conception de la réinsertion porte ses fruits, il fallait prendre des décrets d'application, s'assurer de moyens financiers suffisants et garantir la continuité de l'initiative.

Les décrets se firent quelque peu désirer, mais quand on connaît la complexité des problèmes posés et le chevauchement des régimes sociaux, force est d'admettre qu'il fallait du temps pour assurer la bonne élaboration des textes.

Les moyens financiers ont certes été prévus mais leur adaptation est évidente. Il convient de déplorer aussi la distribution tardive des imprimés nécessaires à la constitution des dossiers. Je signale au passage que les centres de la région parisienne, entre autres, ne semblent pas avoir été approvisionnés.

Le système retenu pour l'établissement et le versement des allocations est, lui-même indiscutablement compliqué et le montant de ces allocations est notoirement trop modeste, compte tenu de la hausse continue du coût de la vie.

Par ailleurs, le minimum servi aux handicapés et aux personnes âgées au titre de l'aide sociale et du fonds national de solidarité ne représentait, hélas ! au 1^{er} juillet 1972, que 50 p. 100 environ du S. M. I. C.

Nous aimerions savoir, monsieur le ministre, madame le secrétaire d'Etat, où en sont tous les projets que vous avez élaborés en vue d'améliorer une telle situation.

Personnellement, j'avais déjà suggéré la création d'un fonds national des handicapés. Votre prédécesseur, monsieur le ministre, avait enregistré cette proposition avec intérêt. Je sais qu'un tel projet soulève beaucoup d'objections. Quelle solution pensez-vous pouvoir adopter ?

Les handicapés adultes, en particulier, connaissent une situation difficile : l'allocation supplémentaire du fonds national de solidarité leur est toujours attribuée selon les règles appliquées par l'aide sociale.

Ne devrait-on pas envisager, en la circonstance, d'abandonner ces règles, et d'opérer, comme pour les autres prestations, une revalorisation logique par un système d'indexation qui permettrait d'adapter l'allocation versée aux handicapés adultes au salaire minimum ?

Faut-il rappeler à ce sujet que les intentions du Plan ne semblent pas avoir été respectées ?

Le revenu minimum assuré par l'aide sociale, c'est-à-dire l'allocation supplémentaire du fonds national de solidarité complétée par l'allocation versée aux aveugles et grands infirmes, connaît heureusement des ajustements progressifs. Il est franchement anormal que l'allocation attribuée au titre de la loi du 13 juillet 1971 ne soit pas aménagée de la même façon.

La situation des handicapés adultes face aux règles contraignantes de l'aide sociale m'amène à vous poser, monsieur le ministre, une seconde question. Quelle sera la nature du projet de réforme de l'aide sociale dont votre prédécesseur avait abordé l'étude et dont vous venez d'annoncer l'aboutissement au cours de la prochaine législature ? S'agira-t-il d'une refonte totale d'un système qui a certes rendu de très éminents services, mais qu'il faut considérer aujourd'hui comme désuet, trop souvent injuste et profondément inadapté ? Entendez-vous vous inspirer très largement des recommandations contenues dans le rapport Bloch-Lainé ?

Il faut rappeler à cette occasion que la loi de 1971 a, fort heureusement pour les handicapés, ouvert une brèche dans le sacro-saint principe de la référence absolue à l'obligation alimentaire. C'est là une orientation qu'il convient de codifier définitivement et surtout de renforcer.

Mes observations sur le budget pour 1973 porteront uniquement sur les crédits d'équipement en raison des inquiétudes qu'ils suscitent.

A la fin de 1973, on peut admettre que le Plan, en ce qui concerne les équipements pour enfants, se trouvera réalisé à peu de choses près à 51 p. 100. Si cette évolution semble convenable à première vue, il faut cependant constater que les 70.350.000 francs prévus au présent budget ne permettront d'augmenter que de 3.000 places environ la capacité d'accueil pour l'enfance puisque la hausse des coûts de construction viendra corriger en baisse la progression des crédits.

Notons au passage qu'il serait souhaitable d'autoriser les associations privées, lorsqu'elles le désirent, à devenir promotrices d'établissements sous forme industrialisée.

Mais si l'on observe la situation des équipements prévus pour les handicapés adultes, celle-ci apparaît fort différente et particulièrement préoccupante.

Les crédits prévus à l'article 20 du chapitre 66-20 font apparaître une évolution que je me dois de souligner. Les 40.510.000 francs inscrits cette année sont inférieurs aux crédits qui avaient été votés au budget de 1971 et qui étaient alors de plus de 49 millions de francs.

Le taux de réalisation du Plan est franchement insuffisant, et cette année les sommes inscrites au budget ne permettront évidemment pas de rattraper le retard. De plus, il apparaît que dans les deux dernières années du Plan, l'effort devra être tel que les censeurs des finances, je le crains, n'accepteront pas aisément pareille inscription budgétaire.

Alors, monsieur le ministre, je voudrais à la fois exprimer une crainte et vous soumettre deux suggestions.

Nous savons que dans la plupart des régions c'est l'hypothèse basse qui a été retenue en matière d'équipements pour handicapés adultes. Or ma crainte serait que, malgré cette situation déjà particulièrement défavorable, les crédits prévus dans le budget à ce titre ne soient en partie détournés afin d'assurer, dans le même chapitre, les réalisations d'actions insuffisamment dotées.

Rassurez-nous, monsieur le ministre, en confirmant qu'aucun transfert n'est envisagé au détriment des crédits d'équipement pour les handicapés adultes.

Voici maintenant mes suggestions. Le Gouvernement serait à mon avis particulièrement bien inspiré en décidant d'affecter, sur la réserve dont il dispose dans le budget, un crédit supplémentaire aux équipements dont je viens de parler. Ainsi pourrait-on envisager l'avenir avec moins de souci. Pourquoi ne pas prendre cette décision avant la deuxième lecture à l'Assemblée nationale ?

De plus, un nouveau plan intérimaire devrait être établi comme ce fut fait voici quelques années par votre prédécesseur lorsqu'il lança son opération en faveur des handicapés mineurs.

Chaque région économique française, à cette époque, put, dans un temps record, se voir dotée d'un nouvel établissement de type industrialisé.

Je souhaite vivement que vous puissiez nous donner des assurances dans ce domaine.

Avant de conclure, je voudrais rappeler brièvement deux sujets auxquels j'attache personnellement depuis longtemps un intérêt tout particulier.

Il s'agit d'abord de l'utilisation qui est faite de la taxe d'apprentissage par les établissements professionnels pour handicapés.

Vous venez, madame le secrétaire d'Etat, d'annoncer que l'idée que j'avais lancée, sous forme de proposition de loi, pouvait prendre forme par voie réglementaire et que des mesures appropriées seraient prises très prochainement. Je tiens à vous exprimer ma très vive gratitude et celle de mes collègues qui s'étaient associés à cette proposition.

Ainsi pourront être mis à la disposition des établissements de nouveaux moyens financiers de fonctionnement.

Je vous remercie d'avoir tenu à suivre personnellement cette affaire.

Il s'agit, d'autre part, des charges fiscales qui pèsent sur les handicapés et sur leur famille.

En ce qui concerne la fiscalité, nous sommes nombreux à souhaiter un allègement de l'impôt sur le revenu et des droits de mutation.

Puissiez-vous être entendu de M. le ministre des finances et obtenir, en particulier, la non-imposition du produit de la rente survie.

Il serait logique, tout au moins, d'aménager les tranches de revenus pour les ayants droit de cette rente qui permet, il faut le signaler, de ne point recourir, en bien des cas, à l'aide sociale.

Il serait normal, aussi, que les transactions immobilières effectuées pour le logement des handicapés puissent bénéficier sinon d'une exonération totale, du moins d'une réduction importante des droits.

Depuis quelques années et tout spécialement depuis que vous êtes chargée, madame le secrétaire d'Etat, de l'action sociale et de la réadaptation, bien des choses ont évolué favorablement. Je tiens à rendre hommage une fois de plus à votre action persévérante.

Permettez-moi simplement de rappeler, en conclusion, ce que je disais en terminant mon intervention dans la discussion générale du projet de loi de juillet 1971 :

« Le texte que nous allons voter sans hésitation est important, certes, mais nous comptons sur des efforts ultérieurs et sur de nouvelles initiatives, car il faudra longtemps encore beaucoup de foi, de moyens et de persévérance pour donner aux handicapés toutes les raisons d'exister. » (Applaudissements sur les bancs du groupe Progrès et démocratie moderne, de l'Union des démocrates pour la République et du groupe des républicains indépendants.)

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

M. Lucien Neuwirth. Monsieur le ministre, permettez-moi de m'adresser d'abord à Mme le secrétaire d'Etat pour la remercier des efforts qu'elle dispense sans compter, notamment en faveur des handicapés.

Certes, nous le comprenons bien, on ne peut agir qu'en fonction des moyens dont on dispose. C'est pourquoi, au nom du groupe U.D.R. dont j'ai reçu mandat à cet effet, j'affirme qu'il est impossible de laisser les handicapés moteurs adultes dans la situation qu'ils connaissent aujourd'hui. Le groupe U.D.R. demande fermement l'adjonction au budget actuel d'un crédit minimum de 4 millions de francs pour la construction de foyers adaptés aux handicapés moteurs adultes et il souhaite que ce crédit soit mis à la disposition de M. le ministre de la santé publique pour décision d'attribution.

A ce stade de l'étude du budget, une telle opération se révèle possible : notre groupe estime qu'elle est nécessaire et il soutiendra vos efforts dans ce sens.

M. Robert Bisson, rapporteur spécial. Monsieur Neuwirth, me permettez-vous de vous interrompre ?

M. Lucien Neuwirth. Volontiers !

M. le président. La parole est à M. le rapporteur spécial, avec l'autorisation de l'orateur.

M. Robert Bisson, rapporteur spécial. La commission des finances s'associe volontiers à cette demande qui correspond d'ailleurs à un souhait qu'elle avait elle-même formulé.

M. Maurice Faure. Que faites-vous de l'article 40 de la Constitution ?

M. René Regaudie. Il est applicable !

M. Lucien Neuwirth. Cela dit, je tiens ensuite à remercier M. Herman qui, en raison de l'importance qu'il attache à ce sujet, a bien voulu me faire don de son temps de parole.

En étudiant votre budget, j'ai découvert avec intérêt, dans le chapitre 47-14, que les crédits affectés à la prévention de la pathologie de la création — c'est ainsi qu'on appelle la contraception — se montaient, en 1972, à 150.000 francs répartis entre six associations, dont l'une, l'association pour l'étude des problèmes de la naissance a pu, avec l'aide du bureau d'aide sociale de Paris, ouvrir huit consultations dans la capitale.

Quel est donc ce problème pour lequel un crédit si modeste a été ouvert ?

Lorsque, il y a six ans, sur la proposition du ministre de la santé publique et de son Premier ministre, le général de Gaulle acceptait que soit inscrit à l'ordre du jour de l'Assemblée nationale le texte que j'avais déposé, au-delà des commodités, il s'agissait de permettre à nos compatriotes d'en finir avec les aléas et les drames de la « maternité hasard », et d'entrer dans le système conscient de la maternité voulue, choisie quant au moment.

Dés lors, transmettre la vie devenait un acte lucide ; on donnait certes plus de liberté, mais aussi plus de responsabilités.

Or des attitudes retardatrices auront réussi à différer de plus de quatre années les décrets d'application, et, aujourd'hui encore, l'arrêté permettant l'agrément des centres d'information et de consultation n'est pas signé.

D'autre part, la rédaction de son article 3 paraît exclure la participation aux commissions régionales de mouvements pourtant spécialisés dans la régulation des naissances, alors même que tel est le titre, et le but, de la loi.

Ces moyens retardateurs subalternes seraient sans importance s'ils n'avaient pas de dramatiques conséquences.

Dérisoire victoire de ceux qui ont d'abord obtenu la suppression de l'article 3 de notre proposition de loi, qui ont réussi à différer indéfiniment la parution des décrets d'application, et peut-être même aujourd'hui à empêcher tout effort d'information et d'éducation généralisée.

Victoire, mais victoire sur qui ? Contre qui ? Sur des générations d'adolescentes et d'adolescents non avertis, informés le plus souvent dans des conditions déplorables, quelquefois dégradantes, au détriment de l'amour vrai. Et pourtant, vous le savez, monsieur le ministre, l'amour, cela existe, et c'est très beau.

Victoire aussi sur les couples accablés, vivant dans l'appréhension du dilemme : accouchement ou avortement. Oui, dérisoire victoire et pitoyables vies gâchées.

D'autre part, ce n'est pas en niant l'existence de la sexualité qu'on la fait disparaître ; la contraindre à la clandestinité lui donne les attraits du mystère, alors qu'elle n'a rien de mystérieux. Le rapport Simon vient de le démontrer.

Le résultat des observations faites dans le monde entier, à l'Est comme à l'Ouest, est identique : on ne diminue le nombre et la fréquence des avortements qu'en familiarisant les femmes avec les méthodes contraceptives, en leur apprenant que désormais elles possèdent la maîtrise de leurs maternités.

C'est d'abord l'ignorance qui conduit tant de femmes à l'avortement ; aucune d'entre elles n'avorte par plaisir, mais souvent par manque d'information et d'éducation sexuelle.

Je dois reconnaître que les hommes aussi ont besoin de cette information, de cette éducation. Trop longtemps, nombre d'entre eux, intéressés par leur seul confort personnel, se sont peu préoccupés de celles qui portaient tout le poids de la maternité ou se trouvaient — souvent de leur fait — contraintes aux tourments de l'avortement.

M. Daniel Benoist. Très bien !

M. Lucien Neuwirth. Fort heureusement, tout cela change et la femme acquiert progressivement sa juste place dans notre société.

Alors, parce que nous voulons entrer dans ce système conscient, nous devons faire connaître à chacun sa responsabilité à l'égard de soi-même, à l'égard des autres et à l'égard des enfants.

Il faut que l'on s'en persuade : l'avortement n'est pas une forme de contraception et tous les pays dont les législations ont commis cette confusion s'en repentent amèrement aujourd'hui.

M. Daniel Benoist. Voulez-vous me permettre de vous interrompre, mon cher collègue ?

M. Lucien Neuwirth. Volontiers.

M. le président. La parole est à M. Benoist, avec l'autorisation de l'orateur.

M. Daniel Benoist. Je remercie M. Neuwirth de m'avoir permis de l'interrompre et j'approuve ce qu'il vient de dire.

Mais, monsieur le ministre, comment un poste de radiodiffusion a-t-il pu annoncer récemment que la pilule contraceptive était cancérigène ? C'est ainsi qu'on paralyse l'action que vous-même et un certain nombre d'entre nous voulons voir se poursuivre dans le pays. Je pense que, sur ce point, vous avez votre mot à dire en tant que membre du Gouvernement.

M. Lucien Neuwirth. L'avortement est un tout et doit être traité d'une manière spécifique. Ce qui, aujourd'hui, avive les passions, c'est que notre vieille loi qui réglemente l'interruption de la grossesse est, par son inadaptation, la cause d'une injustice sociale criante qui pousse les plus démunies vers la désolante fosse commune des avortements clandestins et la barre des tribunaux, alors que les plus favorisées connaissent seulement les fausses couches de première classe.

Cette situation ne saurait durer indéfiniment, d'autant que les découvertes médicales et scientifiques concernant les maladies génétiques et les aberrations chromosomiques reposent, en dehors des problèmes d'éthique naturelle, celui de l'indication thérapeutique de l'interruption de grossesse.

Djà des médecins et des magistrats s'interrogent dans le silence de leur conscience. Demain, leurs voix s'élèveront mais pas en faveur de la loi d'hier.

Si vous ne consentez un effort exceptionnel d'information et d'éducation dès aujourd'hui, avant peu l'avortement libre et anarchique s'imposera à vous dans les pires conditions.

Persévérer dans l'attitude actuelle, accepter les pressions de l'obscurantisme drapé dans ses tabous, ses inhibitions et ses contradictions, c'est contribuer à l'échec de trop de vies.

Si l'on persiste à refuser la liberté, dans la méthode et dans l'acquisition des connaissances, c'est la licence qui se développera à travers une exploitation mercantile fructueuse et — songez-y — peut-être aussi politique. Quelle plus belle illustration du cheminement que l'on nous fait prendre que la liberté pour les sex-shops à côté de la limitation du nombre des centres de consultation et d'information !

Il n'est pas un hôpital, pas une maternité en France — et la France n'est pas seulement Paris — qui ne devrait avoir son service de consultation spécialisé. Pour relayer l'effort officiel, nous avons la chance — et nous devons l'utiliser — de pouvoir compter sur un certain nombre d'associations et de groupements qui, depuis des années, se consacrent à la mission qu'ils se sont assignée, celle d'informer, de conseiller, d'éclairer. Ils arrivent à la limite de leurs efforts, submergés qu'ils sont par une véritable explosion de la demande ; nous devons les aider.

Il apparaît à l'évidence que les structures administratives des ministères concernés sont dans l'incapacité d'assumer une telle mission, étant donné l'énormité de la tâche à accomplir et le manque de moyens en personnels et en matériels. D'ailleurs, sur un sujet qui concerne la vie personnelle de chacun, peut-on souhaiter que ce soient des organismes d'Etat qui interviennent ?

Notre pays a toujours été celui de la pluralité des courants de pensée. Il est donc bien certain que c'est par les moyens de diffusion adaptés que sont ces associations et ces groupements, que doit passer une information dont la véracité aura été indiscutablement établie et dont l'expression respectera l'éthique de chacun.

Par ailleurs, la réunion des dynamismes, l'addition des expériences respectives ne pourront qu'enrichir une action échappant à l'inévitable sclérose comme à l'insensibilité bureaucratique.

Nous avons pensé que là résidait la formule la plus souple, la plus efficace, et il faut être mal éclairé pour y voir un monopole d'Etat, alors que seuls les groupements et associations diffuseraient, dans leur langage, directement au public les informations et leur enseignement particulier, les formateurs étant leurs formateurs ; enfin, ils contribueraient à installer les structures nationales de l'office, le directeur étant pris sur une liste proposée par le conseil d'administration.

Je le dis clairement : peu m'importe qu'il y ait ou non un office d'information tel que je le souhaitais, et que la commission spéciale l'a envisagé. Je n'ai pas d'amour propre d'auteur. Ce qui compte, c'est que le mouvement soit amplifié et vite.

Monsieur le ministre, vous avez le droit de vous opposer à la discussion de cette proposition de loi, d'estimer que le petit train-train quotidien suffit, et même de considérer, à l'instar d'une association, qu'il s'agit de problèmes concernant exclusivement la famille, l'Etat n'ayant pas à s'en occuper.

Vous en avez le droit, mais mon devoir de législateur, qui étudie ce dossier avec passion depuis des années, est de vous dire : prenez garde ! L'application de la loi sur la régulation des naissances est non seulement inachevée mais abusivement freinée. Les conséquences d'un tel état de choses sont déjà catastrophiques, et demain vous ne pourrez plus les maîtriser.

Alors, les adversaires de la planification des naissances auront gagné : belle victoire de l'ignorance sur la connaissance, de la mort sur la vie, de la maternité brisée sur la maternité heureuse ! C'est aussi l'argent qui aura gagné, car c'est lui qui entretient et développe les névroses nées de la méconnaissance de vérités que l'on veut étouffer, comme c'est lui qui prospère des avortements clandestins qu'ils soient *made in Great Britain* ou effectués chez nous, sur les tables de cuisine.

La responsabilité de l'Etat est engagée, monsieur le ministre, et vous disposez de tous les moyens d'agir, depuis la discussion devant le Parlement jusqu'à la convocation, sans délai, d'une large table ronde, en passant par une meilleure orientation de votre budget.

Ce n'est pas par hasard, mes chers collègues, qu'en 1966 une loi fut mise à l'ordre du jour qui allait dans le sens d'un renouvellement nécessaire des structures et des attitudes pour conduire, dans la paix publique, à une société différente qui s'élabore peu à peu chaque jour.

C'est toujours le même combat, le seul qui vaille. L'homme reste encore à libérer. (Applaudissements.)

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

M. André Lebon. Monsieur le ministre, le 29 août dernier, je vous posais une question orale avec débat alors qu'éclatait, hélas, dans les Ardennes l'affaire du tale Morhange. Plus de deux mois se sont écoulés et, malgré l'insistance de mes amis à la conférence des présidents, vous n'avez pas accepté de dire à l'Assemblée nationale ce que vous entendez faire pour que l'hexachlorophène et autres produits nocifs ne puissent plus faire de victimes. Car plusieurs dizaines de bébés sont morts et, actuellement, des familles soignent des enfants atteints d'un mal qui ne doit plus se reproduire.

J'espère, monsieur le ministre, que vous accepterez ce débat et que vous ne me répondrez pas qu'une instance judiciaire est en cours. Celle-ci doit permettre de juger les erreurs du passé. Nous vous demandons, quant à nous, un engagement et des mesures pour l'avenir.

Ce matin, dans les cinq minutes qui me sont imparties, je dois vous entretenir d'un autre sujet.

A la date du 20 octobre 1972, près de deux ans après le vote de la loi du 31 décembre 1970 sur la réforme hospitalière, six décrets seulement ont été publiés, bien que votre prédécesseur n'ait cessé de souligner l'importance du texte adopté par le Parlement.

On peut se demander si cette réforme, imposée par la conjoncture, a été réellement acceptée. Vous avez davantage pressé le mouvement quand il s'est agi de l'application des ordonnances de 1967 sur la sécurité sociale. Aussi, est-ce avec une grande attention que j'ai écouté tout à l'heure vos promesses à ce sujet. Je vous en remercie.

Mais pour réussir cette réforme, il vous faut des hommes. Des administrateurs d'hôpitaux nombreux et qualifiés sont nécessaires. Il ne suffit pas de dire, comme nous l'avons entendu en avril dernier à la télévision, de la bouche même d'un de vos hauts fonctionnaires, qu'il y avait 2.300 hôpitaux et 2.300 directeurs et que tout allait donc pour le mieux dans le meilleur des mondes.

Or, chaque hôpital nécessite de deux à vingt cadres de direction. Nous ne les avons pas, et vous ne pouvez nous les donner ; vos avis de vacances de postes d'attachés de direction demeurent sans écho et nos hôpitaux fonctionnent grâce au dévouement de ceux qui s'épuisent à la tâche. Il y a quatre postes d'attaché au centre hospitalier de Charleville-Mézières, dont je préside la commission administrative ; deux seulement sont pourvus, un autre est vacant depuis seize mois !

Cette sous-administration des hôpitaux ne peut d'ailleurs que s'accroître puisque, récemment encore, pour des raisons budgétaires, vous n'avez pas voulu créer de nouveaux emplois à l'école de Rennes. Vous avez arbitrairement limité à 79 le nombre des lauréats, alors que 547 jeunes gens s'étaient présentés au concours, certains d'entre eux étant issus de la promotion sociale.

Vous préférez que les hôpitaux servent de voie de dégagement pour officiers supérieurs ou généraux et qu'ils soient un exutoire pour votre collègue chargé de la défense nationale. Un général n'a-t-il pas été nommé dernièrement à la tête d'un centre hospitalier régional ?

Dans votre budget, les crédits affectés à l'école nationale de la santé sont minimes. Or il avait été convenu, lors de sa création, que cette école serait financée par des crédits d'Etat et non par une contribution des hôpitaux dont l'augmentation des prix de journée est sans cesse déplorée.

Monsieur le ministre, pour le personnel de direction, pour les personnels paramédicaux et administratifs, je dois vous dire — avec peine, croyez-le — que votre budget est insuffisant. Or vous devriez avoir un grand ministère.

Vous êtes un homme de cœur, comme chacun de nous ici. Aussi souhaiterais-je vivement que vous preniez conscience de la pauvreté des moyens mis à votre disposition.

Un philosophe a écrit : « Tout préjudice porté volontairement à la santé est un péché physique ». Spencer, il y a un siècle, pensait-il à votre budget pour 1973 ? (Applaudissements sur les bancs des groupes socialiste et communiste.)

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

— 2 —

ORDRE DU JOUR

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

Questions d'actualité.

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

Suite de la discussion de la deuxième partie du projet de loi de finances pour 1973, n° 2582. (Rapport n° 2585 de M. Guy Sabatier, rapporteur général, au nom de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan.)

Affaires sociales et santé publique :

III. — Santé publique et article 51 (suite) :

(Annexe n° 25. — M. Bisson, rapporteur spécial ; avis n° 2586, tome XI, de M. Peyret, au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales.)

Transports :

I. — Section commune :

II. — Transports terrestres :

(Annexe n° 34. — M. Ruais, rapporteur spécial ; avis n° 2590, tome XVII, de M. Fortuit, au nom de la commission de la production et des échanges.)

Transports (suite) :

IV. — Marine marchande :

(Annexe n° 36. — M. Pierre Lucas, rapporteur spécial ; avis n° 2590, tome XIX de M. Miossec, au nom de la commission de la production et des échanges.)

A vingt et une heures trente, quatrième séance publique :

Suite de l'ordre du jour de la première séance.

La séance est levée.

(La séance est levée à douze heures quarante-cinq.)

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