

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

5^e Législature

PREMIERE SESSION ORDINAIRE DE 1973-1974

COMPTE RENDU INTEGRAL — 67^e SEANCE3^e Séance du Vendredi 16 Novembre 1973.

SOMMAIRE

1. — Loi de finances pour 1974 (deuxième partie). — Suite de la discussion d'un projet de loi (p. 5909).

Santé publique et sécurité sociale (suite).

MM. Blanc, rapporteur pour avis de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, pour la santé publique; Bisson, rapporteur spécial de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan, pour la sécurité sociale; Legrand, rapporteur pour avis de la commission des affaires culturelles, pour la sécurité sociale.

MM. Poniatowski, ministre de la santé publique et de la sécurité sociale; Dubedout, rapporteur spécial de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan; Mme Dienesch, secrétaire d'Etat auprès du ministre de la santé publique et de la sécurité sociale.

MM. Narquin, Rossi, Desanlis, Millet, le ministre, Blanc, rapporteur pour avis; Morellon, Benoist.

Renvoi de la suite de la discussion budgétaire.

2. — Opposition à la constitution d'une commission spéciale (p. 5933).

3. — Ordre du jour (p. 5933).

PRESIDENCE DE M. MARCEL ANTHONIOZ,
vice-président.

La séance est ouverte à quinze heures.

M. le président. La séance est ouverte.

— 1 —

LOI DE FINANCES POUR 1974 (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 1974 (n^{os} 646, 681).

SANTÉ PUBLIQUE ET SECURITE SOCIALE

(Suite.)

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

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

M. Jacques Blanc, rapporteur pour avis. Permettez-moi, monsieur le ministre, madame le secrétaire d'Etat, de faire un aveu, d'exprimer des remerciements et de faire une constatation.

Un aveu, car je ne cacherai pas que c'est avec une certaine inquiétude que j'ai découvert, pour la première fois, le fascicule budgétaire du ministère de la santé publique et de la sécurité sociale, commun avec celui du ministère du travail. J'avoue que la présentation des crédits m'a paru quelque peu hermétique.

Des remerciements, car j'ai trouvé auprès de vos services, non seulement toutes les informations que je souhaitais mais encore un accueil très chaleureux et une volonté manifeste de collaboration avec le Parlement.

Une constatation enfin : le budget de la santé publique augmente de 20 p. 100 alors que le budget général de la nation ne progresse que de 12 p. 100 ; les crédits d'investissement croissent de 30 p. 100, y compris les autorisations d'emprunt. Quand on songe que c'est à ce rythme que les dotations pour investissements augmentent depuis trois ans, force est de reconnaître que l'action sanitaire et sociale est bien une priorité dans l'esprit et dans les actes du Gouvernement.

Mais, surmontant ma perplexité, je me suis efforcé, dans mon rapport écrit, de présenter, dans un premier temps, l'évolution de ce budget et, surtout, d'analyser les grandes orientations qui se dégagent de cette évolution et qui traduisent une volonté délibérée d'action.

Dans un deuxième temps, j'ai voulu présenter les réflexions que nous inspirent certains aspects de la politique sanitaire et sociale et traduire les sentiments de tous ceux qui, comme nous, vivent au contact de la population, donc très près des vrais problèmes.

Après le tour d'horizon très complet que M. le rapporteur de la commission des finances a fait — et vous me permettrez ici de me féliciter de l'excellence de nos relations, même si notre analyse n'est pas toujours identique — je me contenterai d'aborder certains points qui me paraissent essentiels.

La réussite de toute politique, et en particulier celle de la santé, repose d'abord sur les hommes. Elle dépend des objectifs tracés et de l'outil donné aux hommes. Ce sont les trois points que je traiterai.

Les hommes. M. le rapporteur spécial en a parlé ce matin et je m'associe à ses propos. Monsieur le ministre, à travers ce budget, nous percevrons très nettement votre volonté de résoudre la crise grave que traversent vos services dans ce domaine.

C'est par des mesures quantitatives et qualitatives que vous y apportez des remèdes : 21 p. 100 d'augmentation de crédits pour la section commune, création de cent emplois au niveau de l'administration centrale et de cent quarante-sept emplois dans les services extérieurs — cent pour l'action sanitaire et sociale et quarante-sept pour la sécurité sociale.

Mais c'est surtout dans certaines initiatives que je vois votre volonté d'introduire des méthodes modernes de gestion dans votre ministère et dans les hôpitaux. J'en veux pour preuve la création de cellules de réflexion de cinq personnes chargées d'étudier les normes hospitalières de gestion et d'équipement. J'en veux pour preuve aussi la création de dix emplois au service de l'informatique, dont l'effectif est désormais porté à cent personnes, et un effort d'investissement de 6 millions de francs dans le même secteur. Signalons enfin le renforcement des cellules statistiques régionales.

Toutes ces mesures traduisent votre souci d'améliorer l'organisation même de vos services.

M. Maurice Nilès. D'après vous, tout va bien !

M. Jacques Blanc, rapporteur pour avis. Mais il ne suffit pas d'augmenter les effectifs, encore faut-il que ces personnels viennent. Or, vous l'avez déclaré devant la commission, vous avez constaté le désintérêt que manifestent les jeunes « énarques » pour votre ministère. Oh certes ! nous ne voulons pas le voir envahi par ces « énarques ». Mais cela est tout de même symptomatique.

Vous vous êtes engagé à reconsidérer les rémunérations et le déroulement des carrières pour rendre celles-ci plus attractives. Vous appliquez, par ailleurs, le nouveau statut du corps des médecins de la santé. La commission d'intégration a terminé ses travaux en juillet dernier et 285 médecins sont aujourd'hui intégrés.

Je regrette, quant à moi, que rien n'ait été fait pour les pharmaciens. Aucune mesure nouvelle n'est prévue concernant les services pharmaceutiques, qui jouent pourtant un rôle important dans le contrôle des officines et de l'industrie pharmaceutique. Il suffit, pour s'en convaincre, d'évoquer les problèmes des visas des médicaments nouveaux, de l'inscription sur la liste des médicaments remboursables, du contrôle de la publicité. Monsieur le ministre, je vous demande de veiller à ce que l'effectif des pharmaciens soit complété : sur 88 postes de pharmacien, 75 seulement sont pourvus.

Mais on ne saurait se contenter de modifier les statuts, d'augmenter des effectifs, il faut encore, si je puis dire, « débroussailler » les maquis des règlements qui paralysent les hommes de vos services. Il ne faut plus multiplier ces commissions qui diluent les responsabilités et font perdre du temps. En simplifiant les textes et les règlements, vous donnerez à vos services un maximum d'efficacité.

Mais il n'y a pas que les hommes du ministère, il y a aussi ceux qui sont au service de l'action sanitaire et sociale, je veux parler des personnels sanitaires et sociaux. Trois cents millions de francs de crédits seront consacrés à la formation de ces personnels, accusant une augmentation considérable. Les crédits d'investissement passeront à quarante millions de francs, soit une progression de 70 p. 100 par rapport à l'année dernière. Il y a donc un désir d'améliorer ces formations.

Au sujet des médecins, ne laissons pas dire que nous pratiquons une politique malthusienne. Il y a, certes, aujourd'hui près de 70.000 médecins, mais en 1981 — M. le ministre de l'éducation nationale l'a indiqué récemment ici même — ils seront 120.000, alors que le chiffre optimum, d'après l'Organisation mondiale de la santé, est de 100.000.

Il faut savoir ce que l'on veut. Nous voulons que la formation des médecins repose sur une formation clinique. Pour ma part — et la commission m'a suivi — j'approuve l'arrêté interministériel du 22 octobre 1973 qui crée un concours pour l'entrée en deuxième année de médecine, le nombre des places retenues étant subordonné à celui des places disponibles dans les services hospitaliers.

Un problème se pose, cette année, pour les étudiants « reçus-collés ». Nous vous demandons, monsieur le ministre, de prendre des mesures pour qu'ils ne soient pas les victimes d'un malaise dont ils ne sont pas responsables. Pour l'avenir, vous avez résolu la difficulté.

M. Raoul Bayou. Et pour l'année en cours ?

M. Jacques Blanc, rapporteur pour avis. J'en viens au problème des infirmières qui, c'est vrai, est grave.

M. Raoul Bayou. Enfin !

M. Jacques Blanc, rapporteur pour avis. Il manque 15.000 infirmières dans les services hospitaliers et pourtant chacun ici connaît le cas de jeunes filles qui ont la vocation et qui, bien que reçues à leur examen, ne trouvent pas d'école pour les accueillir. Il faut donc multiplier ces écoles pour répondre à ces vocations.

Mais cela ne suffira pas non plus. Il faut aussi répondre aux questions que se posent les infirmières concernant leur statut leurs conditions de vie, de travail et de rémunération. Monsieur le ministre, vous avez annoncé à Lyon une série de mesures. Je vous demande de les confirmer officiellement ici. Ainsi, vous aurez répondu à la question que j'ai posée dans mon rapport écrit, avant d'avoir eu connaissance de votre déclaration de Lyon, et par laquelle je vous demandais de prendre d'urgence des mesures en faveur des infirmières. Celles-ci sont indispensables à la marche de nos services hospitaliers et nous devons leur rendre hommage.

Pour les professions paramédicales se pose le problème de la multiplicité des formations. La création du conseil supérieur des professions paramédicales devrait nous permettre de voir un peu plus clair et de codifier à la fois leur formation et leur statut.

Madame le secrétaire d'Etat, vous êtes présidente de ce conseil supérieur. J'espère qu'il fonctionnera sous peu et qu'il permettra de mettre un terme à certaines inquiétudes.

Quant aux personnels sociaux, personne ici ne conteste leur importance, qu'il s'agisse des assistantes sociales, des travailleuses familiales ou de tous ceux qui se consacrent et se dévouent à l'enfance handicapée. Ne disons pas que rien n'est fait dans ce domaine. Jamais un effort aussi important n'aurait été consenti : les statuts sont aujourd'hui définis, les formations directes sont prévues, les formations en cours d'emploi sont arrêtées, les crédits destinés aux formations d'adaptation sont dégagés. Il est donc permis de penser que bientôt tous ceux qui assument des positions pédagogiques éducatives auront reçu une formation.

Cependant, monsieur le ministre, il ne faudrait pas qu'une autoformation excessive ou qu'une tendance exagérée à l'intellectualisme fasse oublier aux personnels que nous voulons former ce que le bon sens insufflé spontanément à la plupart des parents, à savoir que ces fonctions éducatives ou pédagogiques passent très souvent par des tâches matérielles.

A quoi servent les personnels qui relèvent de votre ministère ? Et pourquoi cet effort de formation sanitaire et sociale ? A travers ce budget apparaissent, me semble-t-il, cinq objectifs prioritaires.

Le premier objectif, qui fait l'objet de mesures nouvelles importantes, concerne notre politique de prévention sanitaire et sociale de la famille, de l'enfance, et de l'adolescence, qu'il s'agisse de la poursuite du programme finalisé de périnatalité, qui me semble exemplaire car il associe à la recherche confiée à l'I. N. S. E. R. M. l'équipement de nos maternités rurales et de nos centres de P. M. I., ou qu'il s'agisse de l'action de dépistage à la naissance.

Les crédits accordés pour développer la P. M. I. ou la médecine scolaire restent insuffisants, malgré les mesures nouvelles et les efforts consentis pour relever les rémunérations, elles-mêmes insuffisantes. Je crois que notre P. M. I., dont les structures sont excellentes, souffre d'un manque de personnel médical ou paramédical. Au niveau de la santé scolaire, ce ne sont pas les quinze nouveaux emplois de médecin et les vingt nouveaux emplois de commis qui régleront le problème. Reconnaissons cependant que ce geste manifeste l'intérêt que vous portez à cette question.

Il faudrait avoir le courage de définir une véritable politique de prévention sanitaire des enfants et des adolescents. Comme vous l'avez dit, monsieur le ministre, cette prévention suppose l'institution d'un véritable carnet de santé à la tenue duquel participeraient non seulement les médecins et le personnel de la P. M. I., mais aussi les services de santé scolaire et le médecin de famille. Il établirait un lien entre les différentes actions de prévention et de contrôle et obligerait à un examen systématique, qui ne serait pas nécessairement annuel, à chaque étape de la vie. Les médecins, les assistantes scolaires ou les infirmières scolaires pourraient se consacrer plus particulièrement aux enfants qui présentent des risques ou des troubles d'adaptation. J'ai d'ailleurs noté, dans le budget, que des crédits étaient réservés pour les stages de recyclage, que suivent déjà les médecins et les personnels scolaires.

Il a souvent été question des crèches. Incontestablement, les promesses ont été tenues dans ce budget. Il est vrai que six millions de francs de crédits à ce titre disparaissent cette année. Mais que représente cette somme ? 3 p. 100 des frais de fonctionnement de ces crèches. En contrepartie, vous avez obtenu que les caisses d'allocations familiales fassent passer leur participation au fonctionnement des crèches de 20 p. 100 à 30 p. 100.

M. Gilbert Millet. Avec l'argent des autres !

M. Jacques Blanc, rapporteur pour avis. D'autre part, la majoration de l'allocation de frais de garde, et la modification des conditions d'attribution permettront une action sélective plus efficace qui soulagera les familles françaises qui en ont le plus besoin. Par ailleurs, le Gouvernement a choisi de subventionner leur construction. Trente millions sont prévus à cet effet. Jamais un tel effort n'a été fait. Vous entendez développer aussi les clubs et équipes de prévention dont M. Dubedout a parlé. Il y a là un exemple de ce qu'il faut faire pour prévenir la délinquance ou les troubles de l'adolescence.

Enfin, monsieur le ministre, vous créez des centres maternels qui pourront accueillir les mères célibataires avant leur accouchement et, après leur accouchement, avec leur enfant, et qui se préoccupent surtout de la réinsertion professionnelle. L'application de la loi Neuwirth permettra de développer une véritable information sur la régulation des naissances ; les crédits sont prévus à cet effet.

Voilà, me semble-t-il, un certain nombre de mesures importantes. Je regrette pour ma part qu'elles viennent un peu tard car elles constituent à mes yeux la meilleure arme pour faire disparaître ce fléau social que sont les avortements.

Le deuxième objectif prioritaire concerne les personnes âgées. Sur ce point, je serai bref, mais qu'il s'agisse de leurs

ressources ou de leur logement, il ne fait pas de doute qu'il faut encore aller de l'avant, et il ne faut pas oublier non plus le quatrième âge.

Cette année, les investissements sociaux pour les personnes âgées augmentent de 80 p. 100. Là encore il faut faire davantage, sans oublier, d'autre part, que l'humanisation des hospices est devenue urgente.

Troisième objectif ; les actions en faveur des handicapés. Vous nous avez annoncé une loi d'orientation que nous attendions avec beaucoup d'impatience. Nous nous contenterons ici de vous indiquer notre souci de voir simplifier les problèmes.

Beaucoup a été fait pour les enfants, madame le secrétaire d'Etat, et je vous en rends hommage. Mais il faut aussi s'occuper des adultes, prendre en charge, en abandonnant toute référence aux ressources familiales, les centres d'aide par le travail, créer des centres d'accueil et de soins pour les grands handicapés adultes.

Le quatrième objectif qui apparaît dans le budget concerne la lutte contre les fléaux sociaux.

Je me réjouis des succès obtenus dans la lutte contre la tuberculose et le cancer. Mais prenons garde, les maladies vénériennes connaissent une recrudescence. De même, bien que la drogue ait perdu la vedette, il n'en faut pas moins poursuivre notre action contre la toxicomanie.

Je voudrais appeler votre attention sur deux points qui concernent la lutte contre les maladies mentales. Les structures sont désormais en place puisque la sectorisation devient une réalité. Nous verrons ce qu'elle donnera. Il est encore trop tôt pour porter un jugement.

En revanche, si nous ne voulons pas nous jeter dans l'aventure que constituerait la « démedicalisation » de la psychiatrie, il faut, monsieur le ministre, créer un véritable corps d'enseignants universitaires de psychiatrie. On ne compte que cinquante-cinq professeurs universitaires. Il nous paraît indispensable de doubler au moins ces postes. Il s'agit là d'une mesure d'urgence dans une discipline médicale où le vagabondage des idées peut convenir à certains, mais jamais aux malades eux-mêmes.

Au niveau de la lutte contre l'alcoolisme, j'aimerais que vous nous précisiez les mesures de prévention, de traitement et de réadaptation des intoxiqués que vous envisagez.

Nous ne développerons pas ici le cinquième objectif qui concerne la poursuite et le renforcement de la recherche médicale que nous avons traité dans le rapport écrit.

Enfin, monsieur le ministre, « la politique de l'outil » apparaît surtout dans les autorisations de programme. On a discuté du principe de l'emprunt. Une analyse rigoureuse démontre que l'incidence de cette mesure sur le prix de journée des services hospitaliers sera minime. Mais il ne faudrait pas que les crédits diminuent pour autant. Toutefois si cette formule permet d'aller plus vite encore, nous ne pouvons que nous en féliciter.

Le Plan sera exécuté et même dépassé dans le secteur sanitaire mais il n'en est pas de même pour ses équipements sociaux. Je vous demande donc, au nom de la commission, de tout mettre en œuvre pour débloquer les 100 millions du fonds d'action conjoncturelle, ou si la chose n'était pas possible, de vous engager à majorer en 1975 ces crédits d'investissements sociaux de 100 millions au moins pour que soient atteints les objectifs du VI^e Plan. Nous notons qu'un effort particulier est déjà fait dans ce domaine où les crédits augmentent de 4 p. 100.

Votre politique évolue aussi concernant la politique d'équipement hospitalier. Les petites unités deviennent prioritaires ce dont nous nous félicitons. Les petits hôpitaux ruraux renaissent. Permettez ici à un représentant d'un département rural de plaider précisément la cause de ces départements ruraux qui, du fait de leur environnement naturel et humain, ont une vocation particulière d'accueil sanitaire et social. Ces départements s'interrogent ; ils ne veulent pas, monsieur le ministre, qu'une sectorisation abusive vienne freiner cette vocation et ils ne veulent pas non plus que la circulaire d'août 1973 sur les domiciles de secours fasse disparaître les centres d'aide par le travail ou les foyers de résidence qui ont été créés dans les régions rurales.

Telles sont, mes chers collègues, en m'excusant d'avoir peut-être un peu dépassé mon temps de parole, les observations que je voulais présenter sur notre politique sanitaire et sociale qui est un domaine qui nous passionne tous.

Dans mon rapport, j'ai rendu compte de la discussion intéressante qui s'est instaurée en commission et qui a conduit à un avis favorable, le reproche le plus fréquent que l'on m'a adressé est celui de faire preuve d'un trop grand optimisme. Je suis convaincu, monsieur le ministre, madame le secrétaire d'Etat, que votre action, en 1974, permettra à cet optimisme de se transformer en un enthousiasme communicatif qui envahira chacun d'entre nous, car quelle que soit notre place dans cet hémicycle nous souhaitons, comme vous, davantage de

justice sociale et une plus grande solidarité nationale. (Applaudissements sur les bancs des républicains indépendants et de l'Union des démocrates pour la République et de l'Union centriste.)

M. le président. J'indique que M. Blanc bénéficiait d'un crédit de cinq minutes que lui a accordé son groupe.

La parole est à M. Bisson, rapporteur spécial de la commission des finances, de l'économie générale et du plan, pour la sécurité sociale.

M. Robert Bisson, rapporteur spécial. Monsieur le ministre, madame le secrétaire d'Etat, mesdames, messieurs, comme je l'ai rappelé dans mon rapport écrit, la compétence de la commission des finances se limite, aux termes mêmes des textes qui régissent l'examen budgétaire, à l'étude des crédits inscrits au budget et destinés à la sécurité sociale.

Or ces crédits ne s'élèvent qu'à 2.335.300.000 francs pour l'ensemble des moyens des services et des interventions publiques, soit 1,06 p. 100 du budget général.

Mon intervention pourrait être très brève puisque ces crédits n'appellent que peu d'observations, encore que, si les sommes inscrites au chapitre 47-61 pour les rentes mutualistes des anciens combattants augmentent de 6,29 p. 100, cet accroissement ne doit pas faire naître de vains espoirs chez les bénéficiaires puisqu'il s'agit en fait d'une « mesure acquise », c'est-à-dire d'un ajustement aux besoins. Il n'y a donc aucune mesure nouvelle, ce que la commission des finances regrette, alors qu'il aurait suffi de majorer les crédits de 3.300.000 francs, soit de 15 p. 100, pour élever de 1.200 à 1.600 francs le plafond majorable par l'Etat de la retraite mutuelle des anciens combattants. C'eût été là une mesure de justice qui aurait été très appréciée. Peut-être pourrez-vous donner, monsieur le ministre, quelque espoir à ce sujet dans le cadre d'un collectif budgétaire ?

Mais le rôle de la commission des finances ne saurait se borner à l'examen de dotations qui n'ont aucune mesure avec le volume des dépenses sociales. En fait, le rapport de la commission des finances pour la sécurité sociale doit s'attacher à l'examen d'ensemble des régimes sociaux et il n'y a nul conflit de compétence à ce sujet entre la commission des finances et la commission des affaires culturelles, familiales et sociales. Il existe, en effet, une imbrication étroite entre le budget de l'Etat — ou même des collectivités locales — et les régimes sociaux sous le double aspect de la répartition de la charge et du poids des financements. Par ailleurs, la commission des finances et de l'économie générale se doit de s'interroger sur l'importance et le sens des transferts.

Il faut enfin souligner que le budget social de la nation pour 1974 peut être actuellement chiffré à 240 milliards, soit une somme supérieure au budget de l'Etat. C'est dire l'importance de notre discussion.

Le rapport écrit comporte trois titres : les régimes sociaux et le budget ; le poids économique de la sécurité sociale ; la réalisation du VI^e Plan en matière de prestations sociales. Je ne puis, à cette tribune, que mettre l'accent sur les conclusions essentielles de ces études.

Le déséquilibre des régimes spéciaux a conduit l'Etat à accorder des subventions d'équilibre et même à affecter directement le produit de certaines taxes : taxe sur les corps gras, part des droits sur les alcools, part de la T. V. A. au budget annexe des prestations sociales agricoles, taxe de solidarité aux régimes vieillesse et maladie des commerçants.

A l'inverse, la nécessité de contenir à un niveau acceptable la progression des dépenses de l'Etat conduit à débudgétiser certaines dépenses, ce qui explique les compensations démographiques.

Il est donc nécessaire d'unifier et de réexaminer les modes de financement. D'ailleurs, dans le rapport d'information établi en mai dernier par la commission des affaires sociales du Sénat, qui a fait suite à une mission d'information chargée d'étudier dans les pays membres de la Communauté économique européenne les divers régimes de protection sociale, j'ai relevé cette affirmation, que j'approuve : « Tant que chaque pays n'aura pas réussi à instaurer un régime unique au bénéfice de ses propres ressortissants, il serait illusoire d'espérer une meilleure réussite à l'échelle communautaire ».

Le Gouvernement s'engage, à juste titre, dans cette voie ; il contribuera ainsi à la construction de l'Europe économique et sociale.

Le rapport qui peut être établi entre le budget social et la production intérieure brute ressort à 21,46 p. 100 en 1971, à 22 p. 100 en 1972 et à 22,50 p. 100 en 1973. De tels pourcentages montrent l'importance de la ponction sociale et de la redistribution sociale. Sur cent francs de recettes du budget social, 16,72 proviennent des assurés ; 58,49 des employeurs et 19,01 de l'Etat, puissance publique, dont 2,25 au titre de la perte de recettes fiscales liée à l'existence du quotient familial intervenant dans le calcul de l'impôt sur le revenu. Deux francs proviennent

des collectivités locales; 2,44 des taxes affectées; 0,63 des revenus des capitaux; 0,71 de recettes diverses. Ces chiffres méritent d'être médités.

La cotisation des assurés présente la double caractéristique d'être proportionnelle et plafonnée, ce qui signifie que la charge est proportionnellement plus lourde sur les bas salaires que sur les rémunérations élevées.

En matière de prestations sociales, le rapport sur l'exécution du Plan s'exprime ainsi: « Si les conditions économiques générales des années 1971 à 1973, en s'écartant des prévisions du VI^e Plan — hausse des revenus et des prix très supérieure à la moyenne retenue par les projections — ont entraîné une progression de la masse des prestations sociales nettement plus rapide, en valeur nominale, que celle prévue, l'accroissement annuel calculé en francs constants devrait être conforme aux objectifs du Plan, soit 8 p. 100 en moyenne de 1971 à 1974. »

Le Gouvernement poursuit sa politique sociale en faveur des familles et des personnes âgées conformément au programme de Provins, et il faut s'en réjouir.

Dans mon rapport écrit, j'ai présenté une étude sur ce sujet, mais les résultats de cette politique seraient remis en cause si la hausse actuelle des prix des produits de consommation n'était pas jugulée.

Il reste d'ailleurs à faire disparaître bien des injustices. Je citerai, par exemple, le cas des veuves d'accidentés du travail dont le remariage fait perdre le droit à la rente qu'elles percevaient du chef de leur premier mari. Mais si le nouveau mariage est rompu, elles ne recouvrent pas ce droit.

Plusieurs questions écrites vous ont été posées à ce sujet et vos réponses laissent prévoir à bref délai une décision favorable par une modification de l'article L. 454-A, quatrième alinéa, du code de la sécurité sociale. Il eût été facile d'introduire une telle disposition dans l'actuel projet de loi de finances. Il en est encore temps, et je souhaite qu'il en soit ainsi.

Quant aux dépenses de santé, leur freinage apparaît difficile. Toutefois, la modification de l'arrêté n° 25-502 du 5 avril 1973 réglementant les prix des produits pharmaceutiques remboursés par la sécurité sociale pourrait entraîner à moyen terme une déflation des dépenses globales de la sécurité sociale.

Cet arrêté a institué le système dit « de la grille des prix » pour la fixation du prix des spécialités pharmaceutiques. Il a créé une véritable ségrégation en distinguant les produits en fonction de leur date de commercialisation. Il existe ainsi sur le marché deux catégories de produits: les médicaments commercialisés avant l'arrêté et ceux créés après l'arrêté. Certes, l'article 2 de cet arrêté permet des dérogations individuelles, mais les délais de réponse sont longs, ce qui remet souvent en cause, et parfois même annule l'avantage partiel ainsi obtenu, car, entre-temps, de nouvelles augmentations des prix de revient sont intervenues. C'est ainsi qu'ont disparu des spécialités anciennes — en deux ans 477 d'entre elles sont devenues inexploitable, dont l'efficacité thérapeutique était reconnue — entraînant la fermeture de certains laboratoires de fabrication. C'est ainsi que le produit cher a chassé le produit bon marché. Il serait relativement facile de remédier à cette situation dans l'intérêt des malades et de l'équilibre du budget de la sécurité sociale.

Les professionnels vous ont, monsieur le ministre, fait parvenir des propositions très sérieuses et fort raisonnables à cet égard. Je souhaite que M. le ministre de l'économie et des finances et vous-même les preniez en considération.

Un autre moyen très simple de limiter les dépenses serait d'abaisser le taux de la T.V.A. — 20 p. 100 — qui frappe les produits pharmaceutiques. Il en résulterait évidemment une perte de recettes pour l'Etat qui exigerait un transfert de charges sur le budget général. Il s'agit là d'une option que le Gouvernement connaît bien; il a, seul, compétence pour exercer ce choix.

La commission des finances a fait siennes cinq observations à l'occasion de l'examen de ce budget.

La première concerne la majoration des rentes mutualistes servies aux anciens combattants; j'en ai dit un mot au début de mon intervention, je n'y reviens pas.

En deuxième lieu, la commission souhaite, par souci de cohérence, un regroupement des concours budgétaires aux divers régimes sociaux, actuellement éparpillés dans divers fascicules.

En troisième lieu, la commission a estimé qu'il conviendrait de faire figurer dans le rapport économique et financier annexé à la loi de finances la situation prévisionnelle des principaux régimes sociaux. Il est en effet regrettable que le Parlement ne dispose pas, dès l'examen de la loi de finances, de documents officiels sur les prévisions de recettes et de dépenses et les soldes des dix ou douze régimes sociaux principaux.

En outre, la commission a été particulièrement sensible aux lacunes de l'information des parlementaires. Trois situations prévisionnelles du régime général, qui ne concordent pas, nous ont été fournies cette année; nous avons constaté une succession de chiffres, de soldes négatifs, puis positifs, et l'incompatibilité de ces situations avec les indications données pour la caisse

maladie dans l'annexe relative à la situation prévisionnelle des régimes sociaux recevant le concours de l'Etat ou d'un autre régime de sécurité sociale.

La commission des finances s'est vivement émue de ces disparités et m'a chargé d'insister sur cette observation.

La quatrième observation concerne le problème général du financement des régimes sociaux. Les soldes de trésorerie du régime général, les besoins de financement des régimes spéciaux doivent conduire à un réexamen d'ensemble des modes de financement des régimes sociaux, qui doit porter non seulement sur la recherche de nouveaux modes de financement, mais aussi sur la comparaison des charges et prestations des divers régimes. La commission des finances souhaite qu'une telle étude soit entreprise et qu'elle soit étayée, en dépit des difficultés, sur une analyse des transferts et flux économiques engendrés par les régimes sociaux.

La cinquième et dernière observation porte sur l'information du Parlement, non plus sur des situations prévisionnelles, mais sur les évolutions constatées. Lors du débat portant sur la ratification des ordonnances de 1967, le Parlement a adopté un amendement, dû à l'initiative de M. Joseph Fontanet, qui introduisait un article additionnel, devenu l'article 2, paragraphe III, de la loi du 31 juillet 1968, et ainsi rédigé:

« Le Parlement sera saisi, chaque année, lors de sa première session ordinaire, d'un rapport retraçant l'évolution financière des différentes prestations sociales lors de l'année précédente.

« Le rapport devra, le cas échéant, préciser les compensations à établir et les mesures à prendre de façon à ce que l'évolution ultérieure s'insère dans le cadre défini par le Plan, pour ce qui concerne tant chacune des grandes catégories de prestations sociales que les équilibres généraux économiques et financiers. »

En dépit du vote de ce texte, le Parlement a continué de recevoir, comme par le passé, le document sur le budget social de la nation, précieux certes, mais qui ne répond pas pleinement aux objectifs ainsi définis.

Lors de l'élaboration du VI^e Plan, le rapporteur de la sécurité sociale, qui était alors M. Icart, a donc obtenu du Gouvernement l'insertion dans la lettre rectificative de la disposition suivante:

« Chaque année, au cours du second trimestre, la commission des prestations sociales se réunira pour préparer l'examen auquel doit procéder le Parlement en application de la loi du 31 juillet 1968. A cette occasion, il sera procédé, notamment, au constat de l'évolution des prestations sociales, en vue de s'assurer que leur rythme de progression est conforme à celui défini par le Plan, compte tenu en particulier du taux de croissance de la production intérieure brute. »

Il semble bien que ces dispositions soient restées lettre morte.

Un tel état de choses est d'autant plus grave que le rapport sur l'exécution du Plan ne porte aucune indication chiffrée sur la part du prélèvement social sur la production intérieure brute, évalué à 15,6 p. 100 pour 1974, soit un demi-point de plus que la projection pour 1975.

Il est évident que cette situation aurait dû à la fois être soulignée et faire jouer les dispositions du deuxième alinéa de l'article 2, paragraphe III, de la loi du 31 juillet 1968, qui oblige le Gouvernement, je le répète, à prévoir les compensations à prendre pour que l'évolution ultérieure s'insère dans le cadre défini par le Plan.

La commission insiste donc très fermement pour que les dispositions liées à l'amendement Fontanet et à l'amendement Icart soient effectivement mises en œuvre.

D'ailleurs, les exigences du Parlement en la matière ont été réitérées, postérieurement à l'examen du budget par la commission, par le vote en première lecture de l'Assemblée nationale de l'amendement n° 123, devenu l'article 12 A nouveau du projet de loi de finances — sur les termes duquel le Gouvernement a d'ailleurs été d'accord — disposant que « l'ensemble des recettes et dépenses de tous les régimes de protection sociale est présenté chaque année au Parlement en annexe à la loi de finances ».

Ce texte va donc dans le même sens que la troisième observation de la commission des finances, que je viens d'analyser. Nous souhaitons que l'état annexé prévu par l'amendement n° 123 ne fasse pas masse des recettes et des dépenses des régimes sociaux mais les détaille par régime, tout au moins pour les principaux d'entre eux.

Il s'agit, en tout cas, monsieur le ministre, d'une volonté clairement exprimée et plusieurs fois confirmée qui est l'expression même du contrôle parlementaire, auquel vous étiez vous-même très attaché lorsque vous siégiez parmi nous. Cela est absolument légitime puisque — je le rappelle — le budget social de la nation dépasse en importance celui de l'Etat.

Sous le bénéfice de ces observations fort importantes, la commission des finances propose à l'Assemblée d'adopter sans modification les crédits destinés à la sécurité sociale.

J'ajoute, à titre personnel, que cette décision constitue à votre égard, monsieur le ministre, madame le secrétaire d'Etat, un témoignage de confiance et une invitation à poursuivre votre action, qui s'inscrit dans la ligne de conduite de vos prédéces-

seurs, pour une plus grande justice sociale. (*Applaudissements sur les bancs de l'union des démocrates pour la République, des républicains indépendants et de l'union centriste.*)

M. le président. La parole est à M. Legrand, rapporteur pour avis de la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales, pour la sécurité sociale.

M. Joseph Legrand, rapporteur pour avis. Mesdames, messieurs, l'examen de l'évolution des grandes branches de prestations sociales et du financement de notre régime de sécurité sociale nécessite de rappeler brièvement que l'ordonnance du 4 octobre 1945 instituant la sécurité sociale prévoyait de garantir les travailleurs et leur famille contre les risques de toute nature, de rapprocher dans un cadre commun l'ensemble des institutions de sécurité sociale et de les étendre à toute la population, et de permettre, au fur et à mesure des progrès économiques, l'harmonisation, puis la fusion dans un régime unique.

Les problèmes qui se posent aujourd'hui en matière de sécurité sociale ne proviennent pas du fait que les objectifs en 1945 ne correspondent plus aux aspirations de la population. C'est plutôt l'inverse qui est vrai : au lieu d'une amélioration progressive du système de protection, on s'oriente vers un régime d'assistance.

Le rapporteur pour avis et la commission se sont efforcés de répondre à une première question : la forte progression des prestations de santé est-elle anormale ?

Il ne s'agit pas d'un phénomène réservé à notre pays. Le phénomène est mondial. C'est ce qui ressort d'une conférence de l'association internationale de la sécurité sociale qui a étudié cette question du 26 octobre au 3 novembre 1973.

En cinquante années, précise le rapport de cette conférence, la médecine a connu non pas un perfectionnement, mais un bouleversement radical. Elle a véritablement changé de nature en entrant dans la sphère scientifique et technologique. Elle a gagné prodigieusement en efficacité. Et qui ne s'en féliciterait ?

Des experts de l'Organisation mondiale de santé ont précisé que « les considérations humaines et morales s'opposent souvent et violemment aux considérations économiques en matière de santé et de maladie, qu'il n'y avait pas moyen de réduire des dépenses consacrées aux prestations de santé et qu'il n'y avait en fait aucune justification pour une réduction éventuelle ».

Pour apprécier l'augmentation des dépenses de la caisse nationale d'assurance maladie, il faut donc tenir compte de ces appréciations et d'un certain nombre de facteurs : de l'allongement de la durée de la vie ; de l'augmentation du prix des produits pharmaceutiques et, bien entendu, de la T. V. A. au taux de 23 p. 100, qui s'est élevée à 1.530 millions de francs sur ce budget ; de l'augmentation du prix des journées d'hospitalisation, qui comptent pour 38 p. 100 du budget de la sécurité sociale ; du remboursement des consultations médicales, qui ont augmenté de 21 p. 100 en 1972.

A noter, d'abord, que le progrès thérapeutique médical a certainement contribué à la diminution de la part des indemnités journalières dans les dépenses totales ; ensuite, que le ticket modérateur est plus élevé dans notre pays que dans les Etats de la Communauté ; enfin, que le rapport de l'inspection des affaires sociales de l'année 1972 conduit à la suppression du ticket modérateur pour les assurés dont les salaires sont inférieurs au demi-plafond soumis à cotisation.

La commission a adopté cette première partie de mon rapport, en précisant que la progression des dépenses de santé ne résultait pas d'un excès général de la consommation médicale, qu'il n'était pas possible d'infléchir considérablement les dépenses médicales et qu'il était souhaitable :

Premièrement, d'accélérer la réforme de la tarification de l'hospitalisation publique ;

Deuxièmement, de normaliser les marges bénéficiaires des sociétés de produits pharmaceutiques — il convient de rappeler, à ce sujet, que les dépenses de publicité s'élèvent en moyenne à 17 p. 100 du chiffre d'affaires et que les capitaux étrangers dans les sociétés françaises représentent 35 p. 100 du chiffre d'affaires ;

Troisièmement, d'adapter la présentation commerciale des produits aux besoins des assurés sociaux ;

Quatrièmement, de créer un office national de la pharmacie, compétent notamment en matière d'information scientifique du corps médical.

Après examen des prestations de vieillesse, la commission a souligné la grande dispersion des régimes de vieillesse : 117 régimes spéciaux de retraite, 700 régimes et retraites complémentaires, 300 institutions d'entreprise, 120 caisses d'épargne et mutuelles, 30 caisses professionnelles.

L'existence parallèle de deux régimes de vieillesse est la conséquence d'un faible niveau des prestations servies. A cet égard, la France a un rang peu favorable par rapport aux pays de la Communauté économique européenne.

Sans doute le doublement du minimum de vieillesse est-il prévu en cinq ans. Cette revalorisation, à faire le plus rapidement possible, devrait suivre un indice réel des prix et l'augmentation des salaires.

Il serait souhaitable que les mères de famille salariées qui comptent trente-sept années et demie d'activité puissent bénéficier pour leur pension de la majoration des deux ans d'assurance.

La réforme du droit à pension de réversion devrait prévoir un taux supérieur à 50 p. 100. La plupart des pays de la Communauté économique européenne accordent un taux de 60 p. 100 avec des conditions moins sévères que dans notre pays.

La commission a adopté cette deuxième partie de mon rapport pour avis en insistant sur la revalorisation des pensions de vieillesse selon l'augmentation des salaires et des prix ; sur la fixation du taux de réversion à 60 p. 100, au moins, de la pension principale ou des ressources du ménage ; sur la possibilité pour les travailleurs de prendre leur retraite dès l'âge de soixante ans, avec une garantie à cet âge du bénéfice d'une pension de vieillesse égale à 50 p. 100 du salaire de base.

Au sujet des prestations familiales — troisième partie de mon rapport —, la commission constate une importante dégradation des allocations familiales et du salaire unique.

Selon les chiffres du ministère, le salaire horaire, de l'indice 100 en 1968, est passé à 181,6 et le S. M. I. C. à 184,2, alors que les allocations familiales ne sont qu'à l'indice 139.

Il serait donc nécessaire de revaloriser les prestations familiales et de les indexer sur le S. M. I. C. ; d'établir une véritable réforme du salaire unique et des allocations familiales, ouvrant les droits dès la venue du premier enfant ; accorder l'allocation de maternité aux femmes de travailleurs immigrés ; d'assouplir les conditions d'attribution de l'allocation d'orphelin en cas d'abandon de foyer par le père ou la mère.

J'ai fait remarquer à la commission que la modification du caractère des prestations familiales et l'existence de nombreuses prestations spécifiques conditionnées par un plafond de retenues leur donnait par conséquent un caractère d'assistance.

Il semble bien que l'on s'oriente vers une modulation en fonction des revenus, ce qui transformera le droit établi en 1945, avec un risque d'une harmonisation par le bas. Ce serait dommage pour les familles et pour notre pays qui, avec la Belgique, se place au premier rang des neuf pays de la Communauté économique européenne.

A noter que le taux des cotisations sur les salaires a été ramené de 16,75 p. 100 en 1951 à 9 p. 100 actuellement et que le prélèvement d'un point et demi du budget des allocations familiales réduira l'excédent à environ 42 millions de francs en 1974, ce qui compromet l'évolution des prestations familiales.

La commission n'a pas adopté ma position sur cette partie : il y a eu en effet partage égal des voix.

Quatrième partie : les accidents du travail ; cette branche est trop souvent négligée.

La législation a peu évolué : c'est ce qui explique le dépôt de nombreuses propositions de loi.

La commission a exprimé à l'unanimité le désir que soient réformées rapidement les conditions d'attribution des rentes aux victimes d'accident du travail et aux ayants droit du travailleur décédé par suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, et qu'une réforme du contentieux de la sécurité soit mise en place, comportant une procédure simple, rapide et gratuite.

J'insiste en outre sur la nécessité, compte tenu de la croissance du nombre des accidents graves et mortels, de renforcer les mesures de prévention et de modifier, pour les rendre plus efficaces, les textes sur la faute inexcusable de l'employeur au matière d'accident du travail.

Enfin, le problème du financement de la sécurité sociale est l'un des plus importants.

L'adoption de l'article 12 a de la loi de finances ne semble pas avoir modifié l'opposition à cette disposition des caisses nationales d'assurance maladie, de vieillesse et d'allocations familiales.

Les grandes confédérations générales du travail — C. G. T., C. F. D. T., C. G. T.-F. O., C. G. C., C. F. T. C. — m'ont fait connaître leur désaccord sur les mesures adoptées par l'Assemblée. Peut-être ne les ai-je pas citées toutes, mais leurs positions me semblent identiques, quelques nuances près.

Voici ce que m'a précisé la confédération générale des cadres :

« Si les pouvoirs publics estiment, par une décision politique, que le déséquilibre de certains régimes, une fois la part faite des raisons strictement démographiques, ne doit pas être supporté par les intéressés, il y a lieu, à notre avis, d'inscrire cette charge au budget de l'Etat et de le faire supporter par la collectivité tout entière et non par les seuls salariés du régime général. »

Il est donc nécessaire d'envisager ces mesures de financement à trois niveaux : au niveau de chaque régime ; au niveau interprofessionnel ; au niveau de la solidarité nationale.

Il est également urgent de clarifier les charges indues qui sont nombreuses.

Remarquons que le financement par l'Etat de l'ensemble des régimes de la sécurité sociale est plus faible dans notre pays que dans les autres Etats de la Communauté économique européenne : 7 p. 100 en France ; 8 p. 100 en Italie ; 7 p. 100 aux Pays-Bas ; 15 p. 100 en Allemagne ; 20 p. 100 en Belgique ; 22 p. 100 au Luxembourg ; 74 p. 100 en Islande ; près de 80 p. 100 au Danemark.

La commission ne m'a pas suivi sur cette cinquième partie, en raison du partage égal des voix.

Pour la même raison, la commission n'a pas accepté ma proposition de donner un avis défavorable à l'adoption du budget de la sécurité sociale. Par contre, elle a adopté les crédits du ministère de la santé publique consacrés à la sécurité sociale.

J'émettrai deux critiques pour terminer : d'une part, notre temps a été trop limité pour la présentation d'un rapport aussi important ; d'autre part, votre rapporteur a éprouvé des difficultés pour obtenir des réponses précises à ses questions. Certaines sont évasives et d'autres ont été tardives. Par exemple, s'agissant des charges indues, j'ai reçu des renseignements le 9 novembre alors que j'avais présenté mon rapport devant la commission le 7 novembre.

Je souhaite que l'on tienne compte l'année prochaine de ces deux observations.

Telles sont les idées essentielles qui ont été examinées par la commission des affaires sociales mais que je n'ai pu analyser comme il l'aurait fallu à cause d'un temps de parole trop limité. *(Applaudissements sur les bancs des communistes et des socialistes et radicaux de gauche.)*

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

M. Michel Poniatowski, ministre de la santé publique et de la sécurité sociale. Mesdames, messieurs, le budget social de la nation, comme l'a souligné M. Bisson, atteindra cette année 240 milliards de francs et sera donc supérieur de vingt milliards au budget de l'Etat.

Il représentera, pour la première fois, exactement le cinquième du produit national brut de notre pays, dont le montant prévu pour 1974 est de 1.200 milliards de francs.

Sur les 240 milliards du budget social de la nation, on peut estimer à plus de 200 milliards l'ensemble des prestations sociales : 90 milliards pour la vieillesse, l'invalidité et le décès ; 60 milliards pour la santé ; 50 milliards pour l'aide à la famille et à la maternité.

La plus grande partie de ces transferts sociaux, soit 180 milliards de francs, est gérée par les régimes obligatoires de base, c'est-à-dire par la sécurité sociale.

Ces 180 milliards doivent être rapprochés des 28 milliards de 1949, calculés en francs constants indexés sur le coût de la vie, et des 76 milliards de 1963, en francs constants, soit un taux moyen de progression de l'ordre de 8 p. 100 par an pendant vingt-cinq ans. Les prestations calculées en francs constants des régimes de la sécurité sociale ont donc augmenté de 650 p. 100 en vingt-cinq ans entre 1949 et 1974.

Les dépenses de sécurité sociale, qui représentaient 9,5 p. 100 du produit national brut en 1949 et 13 p. 100 en 1963, représenteront plus de 15 p. 100 de celui-ci en 1974. Elles corresponderaient à 18,4 p. 100 du revenu des ménages en 1963, et elles seront égales à plus de 22 p. 100 en 1974.

L'importance de ces chiffres témoigne de l'ampleur de la politique sociale qu'applique et qu'entend poursuivre le Gouvernement.

Les prélèvements opérés sur notre économie pour réaliser cette politique de transferts sociaux ont pu être progressivement accrus grâce à la vigueur de notre système économique.

Le Gouvernement a choisi de favoriser activement la transformation de cette richesse économique en progrès social, et mon ministère a la responsabilité de cette transformation.

Le projet de budget du ministère de la santé publique que j'ai l'honneur de soumettre à votre approbation atteint cette année le total de 10,5 milliards de francs, contre 8,7 milliards en 1973.

Ces chiffres traduisent une augmentation de 20,7 p. 100, sensiblement supérieure à l'augmentation moyenne de l'ensemble des dépenses publiques en 1974, qui seront de l'ordre de 12 p. 100.

L'accroissement qui vous est proposé marque donc clairement le caractère prioritaire que le Gouvernement entend accorder à sa politique sociale.

Ces 10,5 milliards de francs se répartissent en deux grandes masses, dont la première est représentée par les dépenses ordinaires, c'est-à-dire les crédits consacrés au fonctionnement des services et aux interventions de caractère sanitaire et social, pour un montant de 9,5 milliards de francs, dont 800 millions de mesures nouvelles.

Ces crédits seront affectés à deux grands types de missions : d'une part, l'action sanitaire et sociale, qui disposera de 7,2 mil-

liards en 1974, dont 6,1 milliards pour subventionner les collectivités locales au titre des dépenses obligatoires d'aide sociale et de prophylaxie ; d'autre part, la sécurité sociale, dont les crédits à ce titre s'élèveront à 2,3 milliards, consacrés pour l'essentiel, soit 2,2 milliards, à des subventions pour certains régimes.

C'est d'ailleurs pour moi l'occasion de rappeler que le total des subventions de l'Etat aux régimes de sécurité sociale s'élèvera par ailleurs à 10,3 milliards de francs, et sur ce point je rejoins les observations unanimes des rapporteurs, qui souhaitent que soient regroupés dans un document unique le budget social de la nation et les subventions de l'Etat aux dépenses de la sécurité sociale. Je rappelle en passant que les dépenses de la sécurité sociale sont approuvées, chaque année, par votre Assemblée mais qu'on ne les retrouve pas dans un document qui permettrait d'appeler des observations, voire un débat annuel.

La seconde grande masse comorend les dépenses d'équipement, pour lesquelles je demande 986 millions en crédits de paiement et 1.020 millions en autorisations de programmes, auxquels il faut ajouter 230 millions de possibilités d'emprunt pour parvenir au total de 1.350 millions consacrés aux équipements sanitaires et sociaux, soit une augmentation de 28 p. 100 par rapport à 1973. Je reviendrai tout à l'heure sur ces chiffres en vous parlant précisément de l'emprunt.

J'envisage de répartir cette dotation de l'équipement, si vous en êtes d'accord, en accordant une priorité très nette au secteur social : 1.030 millions iront au secteur sanitaire, contre 814 millions en 1973, soit une augmentation de 26,5 p. 100. En revanche, 293 millions iront au secteur social, contre 203 millions en 1973, soit une augmentation de 44 p. 100.

Ces grandes masses posées, je ne voudrais pas entrer plus avant dans le détail des chiffres qui sont mentionnés dans le fascicule budgétaire et dans un document que je me suis permis de vous faire remettre. En effet, à l'occasion d'un tel débat, c'est bien la discussion des grands principes qui importe, plutôt que celle des chiffres qui ne font qu'exprimer les principes. C'est pourquoi je voudrais proposer à votre réflexion et à votre examen les grands axes de la politique sanitaire et sociale que le Gouvernement entend développer à l'échelle de la nation, puis les moyens qu'exige la réalisation de cette politique en ce qui concerne la recherche, les équipements, les personnels et notre système de protection sociale.

Les lignes de force de la politique sanitaire et sociale du Gouvernement sont commandées par l'évolution de la médecine et par les besoins toujours accrus d'une protection sociale améliorée. C'est pourquoi le Gouvernement s'attache à renforcer son action dans les domaines principaux que sont la lutte contre les principales causes de mortalité, le renforcement de la politique de prévention sanitaire et sociale, enfin la réduction systématique des retards et des zones d'ombre.

Le Gouvernement s'est attaché à renforcer son action contre les quatre principales causes de mortalité, c'est-à-dire les maladies cardio-vasculaires, le cancer, l'alcoolisme et les accidents tant de la circulation que du travail.

Les maladies cardio-vasculaires causent en France plus de 200.000 décès par an, soit 37 p. 100 de la mortalité générale, et entraînent, par l'octroi du régime des soins de longue durée, une charge sociale considérable pour la collectivité.

Le Gouvernement considère donc comme prioritaire de renforcer son action en vue de prévenir et de guérir ces maladies. C'est pourquoi la recherche sera développée, notamment en ce qui concerne l'athérosclérose et l'hypertension artérielle, et des moyens accrus seront donnés aux centres de dépistage qui ont été créés à partir de 1967.

Une augmentation des crédits de la recherche cardio-vasculaire vous est donc proposée. Elle ne constitue d'ailleurs qu'une partie de l'effort total supporté à ce titre par le budget. En effet, la sécurité sociale finance les soins de longue durée et les opérations chirurgicales, souvent lourdes, qui sont pratiquées. En outre, il vous est proposé dans ce budget de construire deux hôpitaux cardiologiques de pointe, d'un coût unitaire de 50 millions et d'une capacité de 300 lits, à Bordeaux et à Lille.

La lutte contre le cancer est évidemment dictée par le nombre élevé de décès qui peuvent raisonnablement être attribués à cette maladie, soit environ 110.000 par an.

Le Gouvernement a donc décidé d'intensifier son action dans trois directions :

Le développement des consultations avancées du cancer, dont la charge incombe à l'Etat dans la proportion de 83 p. 100 en moyenne et aux départements pour le solde. Aux 120 postes de consultations avancées qui existent déjà s'ajouteront, dès 1974, une douzaine d'unités ;

L'accroissement des moyens mis à la disposition des centres régionaux de lutte contre le cancer, qui recevront les malades dépistés par les consultations avancées ;

La coordination et le contrôle des établissements et services publics et privés recevant les malades.

La lutte contre l'alcoolisme participe des mêmes préoccupations. L'alcoolisme est, en effet, dans notre pays une importante cause de mortalité : 5.000 décès directs, 18.000 décès par cirrhose du foie, et il entraîne de très lourdes charges pour la collectivité.

Je rappellerai à cet égard que, en moyenne, 40 p. 100 des services généraux des hôpitaux sont occupés par des malades hospitalisés pour une affection déterminée ou aggravée par l'alcool, et que le coût total pour la santé publique est passé, entre 1969 et 1973, de 7,5 à 10 milliards de francs.

L'étendue et le développement du mal exigent donc une politique énergique.

La prévention de l'alcoolisme sera intensifiée par un développement de l'information de l'enseignement de l'alcoolologie aux futurs médecins, qui n'existe pas à l'heure actuelle.

Quant aux soins, je souhaite renforcer des services pilotes de désintoxication dans les hôpitaux, dans certains sanatoriums reconvertis et dans des centres départementaux spécialisés à créer.

J'envisage également le remboursement à 100 p. 100 des cures de désintoxication, ce qui n'est pas le cas présentement, ainsi que la création de services de suite qui aideront à la réinsertion du malade dans la vie active, en liaison notamment avec les organisations antialcooliques.

Dernière ligne d'action, le renforcement de l'organisation des secours d'urgence, qui permettra de porter remède à la quatrième grande cause de décès constituée par les accidents de la circulation ou du travail.

Il faut savoir qu'il y a en France, chaque année, plus de 16.000 morts et 320.000 blessés graves sur les routes et 3.000 morts par accidents du travail. Autrement dit, en vingt ans, 320.000 Français disparaîtront par accident sur la route et 7 millions de personnes seront grièvement blessées.

Le coût pour la collectivité est considérable. C'est pourquoi j'ai donné la priorité à la prévention dans ce domaine, mais aussi à l'amélioration des soins et des secours d'urgence. On estime, en effet, qu'une intervention et un traitement rapides permettraient d'atténuer le tiers des blessures et d'éviter le tiers des décès.

J'ai donc décidé de hâter l'application des mesures inscrites au programme gouvernemental de sécurité routière et même d'amplifier certaines d'entre elles.

La mise en place des S. A. M. U. — systèmes d'aide médicale urgente — sera accélérée en 1974. D'ici à la fin de l'année prochaine, chaque région — il y en a actuellement onze — devra être dotée de ce système d'alerte, de communication et d'intervention médicales nécessaires pour que les victimes d'accidents soient secourues avec la plus grande efficacité. De nombreux S. A. M. U. départementaux commencent déjà le dispositif. Leur nombre sera augmenté et la formation d'ambulanciers sera renforcée.

C'est pourquoi je vous propose de doubler les crédits d'investissement affectés aux secours d'urgence — ils passeront de 10 à 20 millions pour le seul programme de sécurité routière — et d'augmenter sensiblement les crédits de fonctionnement correspondants.

La lutte contre les grandes causes de mortalité a déjà montré l'importance d'une politique de prévention, qui constitue d'ailleurs la seconde ligne de force de la politique du Gouvernement.

Nous nous trouvons en effet, aujourd'hui, à un tournant qui rend désormais nécessaire le développement d'une vaste politique de prévention sanitaire et sociale.

En matière sanitaire, notre médecine a longtemps été une médecine d'accompagnement, ainsi que l'a souligné M. Legrand. C'est celle que nous avons connue pendant plusieurs siècles et jusqu'à la guerre. Puis, avec l'apparition des antibiotiques, dans l'immédiat après-guerre, la médecine est devenue une médecine de guérison. Je crois que nous entrons maintenant dans une troisième période, celle de la médecine de prévention, laquelle répond à de fortes motivations psychologiques et financières.

Sur le plan social, la France s'est urbanisée et industrialisée dans des délais beaucoup plus brefs que ses voisins. Je rappelle, en effet, que chez nous l'industrialisation s'est développée en quelques décennies, alors qu'en Grande-Bretagne et en Allemagne elle a commencé vers la moitié du siècle précédent. Il résulte de cette célérité des traumatismes pour les individus et les groupes transportés dans l'espace restreint et vertical des villes. D'où le développement d'adaptations nouvelles et souvent psychiques, aussi bien chez les adolescents que chez les adultes. En raison de conditions de logement, de travail ou de transport qui ne sont pas toujours optimales, et c'est un euphémisme.

Il est donc apparu indispensable de mettre à la disposition de la population des équipements, des services et du personnel destinés à prévenir la naissance de l'inadaptation. C'est pourquoi le Gouvernement a décidé de donner une priorité budgétaire significative aux équipements sociaux de prévention, et notamment aux centres sociaux.

L'état de développement sanitaire et social auquel nous sommes parvenus, le besoin de sécurité qui caractérise notre époque, la nature spirituelle et morale de notre civilisation conduisent chacun de nous à revendiquer un droit à la prévention sanitaire et sociale. Du désir d'être soigné, nous en sommes venus au droit d'être guéris et nous en viendrons bientôt à celui de ne pas tomber malade. Ainsi voulons-nous protéger nos capacités créatrices, notre culture et nos loisirs.

Sur le plan financier, d'ailleurs, prévenir coûte généralement moins cher que guérir.

Il est vrai que cette prévention peut être définie de différentes manières. On peut la concevoir comme s'appliquant systématiquement à tous les groupes sociaux, à tous les âges et pour toutes les affections.

Tel est l'esprit des mesures visant à fixer les normes de qualité du milieu environnant et à exercer des contrôles réguliers pour vérifier que la qualité de ce milieu ne soit pas altérée. C'est pourquoi j'ai en particulier veillé au renforcement des contrôles de l'état sanitaire des plages et des eaux publiques, et je vous propose la création, à ce titre, de nouveaux postes d'ingénieur sanitaire, afin qu'en 1975 chaque région en soit dotée.

Dans le même esprit, le Gouvernement a déposé sur le bureau de votre Assemblée un projet de loi relatif à la pharmacie vétérinaire, et j'espère que la première lecture en sera terminée avant la fin de cette session.

Le Gouvernement déposera prochainement deux autres projets, concernant l'un les produits cosmétiques, l'autre les produits d'hygiène ménagers.

Il reste cependant que le choix d'une politique de prévention globale impliquerait un effort trop considérable dans l'état actuel de nos possibilités économiques. Je suis convaincu qu'en réalité cette prévention doit se situer d'abord aux âges charnières de la vie et pour les groupes sociaux à hauts risques, notamment pour l'enfance et l'adolescence, les environs de la cinquantaine et enfin l'approche du grand âge.

La politique suivie par le Gouvernement, notamment en matière de vaccination ou en matière psychiatrique, s'inspire de ces principes et vise à prévenir certaines affections précises. Tel est l'objet de la campagne de vaccination contre la rubéole. Cette vaccination, qui n'est pas encore obligatoire, concerne surtout des jeunes filles de treize ans. Cent mille d'entre elles en ont bénéficié cette année et je vous propose de voter les crédits nécessaires au doublement de ce chiffre en 1974. Vous savez l'importance que peut avoir, quelques années plus tard, une telle vaccination en cas de grossesse.

La vaccination a permis de vaincre la plupart des atteintes biologiques subies par l'homme et je tiens à rappeler que l'absence de vaccination d'un individu est dangereuse pour ses concitoyens. La vaccination est devenue une règle d'hygiène sociale et l'on ne saurait aujourd'hui invoquer la liberté individuelle contre son obligation.

En ce qui concerne la psychiatrie, le Gouvernement entend poursuivre la prévention par le développement de la politique dite de sectorisation. La mise en place d'équipes pluridisciplinaires dans le milieu de vie des malades permet d'éviter le régime asilaire et de remettre les malades dans un circuit de vie normale, grâce au soutien et à l'attention dont il sont désormais l'objet en dehors du milieu hospitalier.

L'action des membres de l'équipe auprès des familles permet de désamorcer les conflits et de prévenir une aggravation de l'état de santé du malade. Cette politique préventive est évidemment directement opposée aux concentrations asilaires qui étaient jadis de règle en la matière.

Au-delà de ces quelques séries d'actions préventives, je voudrais maintenant souligner l'importance qu'attache le Gouvernement au développement rapide de ce qui est le domaine d'élection de la prévention sanitaire et sociale, la protection de l'enfance, de la mère et de la famille.

Le Gouvernement entend, en effet, développer de manière décisive leur protection par toute une série de moyens, notamment par le renforcement de la politique de planification familiale, par le développement de la médecine périnatale, par la protection maternelle et infantile, par la médecine scolaire et par la garde des jeunes enfants dans le cadre d'une aide accrue aux familles.

Mme le secrétaire d'Etat développera ceux de ces moyens qui relèvent plus particulièrement de ses attributions. Je me bornerai donc à survoler les principes qui guident l'action gouvernementale en ces domaines.

La planification familiale est un facteur de santé de la population et d'harmonie du groupe familial. Il apparaît, en effet, aujourd'hui avec certitude que l'état de santé physique, psychique ou moral de la femme et, par voie de conséquence, du foyer est lié au nombre, à la chronologie et à l'espacement des naissances.

Dans le domaine de l'information sexuelle, déjà plus de quatre cents établissements d'information, de consultation ou de conseil familial ont déposé la déclaration d'ouverture qu'impose la nouvelle réglementation. Dans le domaine de la contraception, le Gouvernement porte un effort sur l'ouverture de centres de planification et d'éducation familiale dans les services hospitaliers et les dispensaires. Déjà plus de cent sont créés.

Ces centres sont intégrés progressivement dans le dispositif de la P. M. I., ce qui conduira à la constitution de véritables centres de problèmes de la naissance, comprenant des consultations prénuptiales, prénatales et de grossesses à risques, des consultations de lutte contre la stérilité, des consultations de génétique et des consultations sur la régulation des naissances.

Ainsi seraient réunis tous les éléments d'une protection médico-sociale complète de la famille qui est un objectif prioritaire du Gouvernement.

Le développement de la médecine périnatale permettra de réduire le taux de mortalité périnatale qui était encore en 1972 de 21,2 p. 100 tandis que la mortinatalité était, elle, déjà tombée à 16 p. 100.

Le Gouvernement a donc décidé de faire porter de larges efforts sur la recherche dans le domaine de la périnatalité, sur la formation et le perfectionnement du personnel paramédical et médical, sur l'amélioration des maternités publiques pour laquelle un crédit de 6 millions de francs serait proposé et sur celle des maternités privées désormais soumises à des normes qualitatives renforcées. Le Gouvernement a en outre décidé de développer la surveillance prénatale, notamment celle des grossesses à hauts risques. A cet égard, des centres de grossesses à hauts risques seront ouverts avant la fin de 1974 dans la quasi-totalité des centres hospitaliers régionaux.

Dès l'an prochain, l'action d'éducation sanitaire auprès des futures mères sera renforcée et un carnet de surveillance médicale de la maternité sera mis au point.

Enfin, des crédits sont prévus pour commencer la construction d'un institut de la naissance, où seront concentrés les services de recherche aujourd'hui dispersés et concernant la génétique, la conception, la grossesse, l'accouchement et les risques des huit premiers jours suivant la naissance.

En matière de protection maternelle et infantile, sur laquelle M. Blanc, rapporteur pour avis, a insisté tout à l'heure, des certificats de santé, véritables bilans du développement physique, sensoriel, psychomoteur et affectif de l'enfant ont été institués par la loi et doivent servir notamment à la protection médicale infantile, au contrôle des vaccinations et au dépistage de certains inadaptes.

Trois certificats de santé sont aujourd'hui prévus : à la naissance, au neuvième mois et au vingt-quatrième mois. Les procédures relatives au premier seront opérationnelles au début de 1974.

Un tel système de surveillance médicale pourra par la suite être étendu aux enfants d'âge scolaire et un décret en préparation prévoit son application aux enfants des écoles maternelles.

En outre, des centres d'action médico-sociale précoce pourront dépister et soigner les enfants dont l'état requiert une action pluridisciplinaire dépassant le cadre des consultations spécialisées ou des consultations de nourrissons. Les handicaps seraient ainsi systématiquement prévenus chez le jeune enfant et l'on sait quelle est l'importance d'une intervention précoce en ce domaine.

Un effort d'éducation et d'aide sanitaire auprès des jeunes mères sera, d'autre part, fait par la diffusion de brochures de puériculture et par le développement des visites à domicile des puéricultrices. Le recrutement de ces puéricultrices sera accéléré, plusieurs écoles seront créées en 1974 et un statut sera prochainement établi qui améliorera les conditions d'exercice de leur vie professionnelle. De telles mesures sont absolument indispensables si l'on veut réaliser l'important programme de création de crèches pour les quatre prochaines années.

M. Robert-André Vivien. Très bien !

M. le ministre de la santé publique et de la sécurité sociale. Le Gouvernement a enfin décidé de renforcer le système actuel de santé scolaire. Au-delà des mesures proposées dans le présent budget, ce renforcement passe par une réforme plus importante qui aura pour objet de parvenir à un système unifié de prévention par l'élargissement de l'actuel service de santé scolaire en un service de la protection de l'enfance et de l'adolescence, lequel prolongerait la surveillance exercée au titre de la P. M. I. et dépendant de la direction départementale de l'action sanitaire et sociale. Ce service surveillerait aussi les enfants handicapés ou en danger d'inadaptation.

La protection du milieu familial et de son épanouissement implique enfin une amélioration des conditions faites à la mère de famille et un accroissement du pouvoir d'achat des familles.

Deux séries de facilités seront développées au profit des mères de famille. Celles-ci se verront d'abord reconnaître un véritable

statut avec deux annuités de retraite par enfant qu'elles auront élevé et le droit de recevoir des aides adéquates leur permettant d'exercer une profession.

Les moyens mis à la disposition de la mère pour garder ses enfants jusqu'à trois ans seront, d'autre part, accrus par la création en 1974 de nouvelles tranches de crèches prévues par le programme de Pro vins. Dès à présent, un effort important a été réalisé. Je vous rappelle qu'au moment où le discours de Pro vins a été prononcé, il y avait en France 875 crèches traditionnelles ou familiales, alors qu'il y en aura 1.076 à la fin de cette année. (Applaudissements sur les bancs des républicains indépendants et de l'union des démocrates pour la République.)

La garde des enfants est sans doute un problème majeur dans une société urbaine où presque une femme sur deux en âge de travailler exerce une activité professionnelle à temps complet ou partiel. C'est pourquoi le Gouvernement a voulu, en accord avec la caisse nationale d'allocations familiales, faciliter le financement de la construction et du fonctionnement des crèches. Ce disant, j'espère répondre en partie à la préoccupation de M. Dubout.

La construction sera désormais financée à concurrence de 40 p. 100 par l'Etat, de 40 p. 100 par les caisses d'allocations familiales et de 20 p. 100 par les collectivités locales concernées.

Vous savez que, depuis 1971, le financement était suspendu, en dehors du crédit de 100 millions qui avait été ouvert après négociation avec les caisses d'allocations familiales. Ce nouveau financement devrait permettre à de nombreuses collectivités locales de s'engager dans un programme de construction de crèches. Nous nous préoccupons non seulement de la construction, mais aussi du fonctionnement des crèches, dont nul n'ignore ce qu'il coûte tant aux parents qu'aux collectivités locales. Les caisses d'allocations familiales ont accepté de prendre à leur charge 30 p. 100 des dépenses de fonctionnement et non plus 20 p. 100 comme actuellement.

Concurremment avec l'inscription d'un crédit de 30 millions au budget d'équipement, le crédit de 6 millions inscrit au budget de fonctionnement a été remplacé par un autre crédit de 18 millions correspondant au passage de 20 à 30 p. 100 du taux de la prise en charge des dépenses de fonctionnement des crèches.

Les aides financières accordées aux familles seront rapidement augmentées dans le cadre du renforcement de la politique du « contrat de progrès » qui avait été annoncé par M. le Président de la République.

C'est ainsi que le pouvoir d'achat des prestations familiales sera garanti puisque désormais les prestations familiales croîtront plus vite que les prix. Il y aura chaque année, avec les partenaires sociaux et les organisations syndicales, une négociation pour fixer, en fonction de l'augmentation des prix, le niveau du pouvoir d'achat supplémentaire des prestations familiales. (Applaudissements sur divers bancs.)

Le plafond de ressources au-dessous duquel l'allocation pour frais de garde des enfants est servie sera relevé.

L'allocation de salaire unique a été revalorisée.

Enfin une allocation de rentrée scolaire sera servie à partir de la prochaine rentrée aux familles les plus modestes, pour un montant de cent francs par enfant scolarisé.

J'évoquerai maintenant les efforts du Gouvernement pour réduire systématiquement les retards et les zones d'ombres en matière médicale comme en matière sociale.

Dans le domaine médical, le Gouvernement s'attache à intensifier la politique d'humanisation des hôpitaux, à rééquilibrer les équipements et les implantations de médecins et à harmoniser les équipements par l'accélération de la préparation de la carte hospitalière et sanitaire.

En ce qui concerne l'humanisation des hôpitaux, c'est-à-dire la suppression des salles communes et l'amélioration de l'accueil et de l'environnement hôtelier, l'objectif essentiel qui sera poursuivi en 1974 sera d'accroître la résorption des lits en salles communes. Le programme financier que j'ai mis sur pied pour les cinq ans à venir devrait pratiquement assurer la disparition de ces salles communes.

Les efforts importants déployés ces dernières années ont d'ores et déjà permis de réduire le nombre de lits en salles communes dans les hôpitaux généraux, c'est-à-dire les salles de plus de quatre lits. Le nombre des lits en salles communes est ainsi tombé de 70.700 au 1^{er} janvier 1971 à environ 59.200 au 1^{er} janvier 1974.

Il faut, en effet, résorber maintenant rapidement les salles communes des hôpitaux qui ne présentent pas des conditions de soins acceptables. Un effort sensiblement accru sera fait en faveur de cette humanisation, puisque je vous demande à cette fin 50 millions de francs pour les hôpitaux généraux et les établissements sanitaires pour personnes âgées.

Le rééquilibrage régional des équipements s'est manifesté lorsque ont été fixées les enveloppes régionales du V^e Plan.

Aussi, dans le projet qui vous est soumis, a-t-il été tenu le plus grand compte des propositions qui traduisent au niveau du budget le contenu des P. R. D. E. Un effort particulier a été consenti en faveur des régions pour lesquelles le taux d'exécution était particulièrement faible. En effet, nous constatons à l'heure actuelle de fortes disparités d'exécution du Plan entre les régions, et un effort de rattrapage s'impose en particulier pour trois régions — Aquitaine, Midi-Pyrénées et Nord — afin de réduire leurs écarts avec la moyenne nationale.

Quant au rééquilibrage des implantations de médecins, des réunions de travail sont en cours, sous l'égide de mon département, afin de déterminer la matière, le montant et les sources de financement des aides qui pourraient être données aux médecins qui décideraient de s'implanter en zones sous-médicalisées, c'est-à-dire dans les zones défavorisées ou récemment urbanisées. Cette étude sera faite de concert avec les représentants de la profession médicale et ceux des caisses d'assurance maladie.

J'ai enfin prescrit la mise en œuvre rapide de la préparation et de l'adoption des cartes hospitalières et sanitaires régionales qui précèdent la réalisation de la carte nationale. Ces cartes seront achevées au début de l'année prochaine et seront la base d'une collaboration entre les établissements d'hospitalisation publics et privés. L'absence de ces cartes était génératrice d'incertitude sur l'implantation des équipements publics et privés et d'arrière-pensées préjudiciables aux uns et aux autres. L'établissement définitif de ces cartes permettra, dès 1974, la connaissance objective des réalisations et des besoins en équipements hospitaliers qui est nécessaire à la définition des programmes d'investissements sanitaires publics départementaux et régionaux.

Dans le domaine social, le développement continu du niveau de vie moyen de nos concitoyens et la prospérité d'ensemble rendent chaque jour moins tolérable et plus injustifiée la persistance de véritables « zones de détresse », non seulement financières, mais aussi morales et psychologiques, où se trouvent souvent les handicapés, ceux du « quart monde » et aussi les veuves et les personnes âgées.

Notre société leur doit non seulement son aide et sa solidarité, mais aussi sa compréhension et sa considération.

Le Gouvernement a entrepris un vigoureux effort pour aider les handicapés en élaborant un projet de loi d'orientation qui leur sera entièrement consacré et qui tracera pour l'avenir des étapes d'une politique dynamique et réaliste. Ce projet, dont vous aurez à délibérer au cours de la prochaine session, répondra, en outre, au souci de simplifier et d'alléger des procédures qui sont à juste titre ressenties comme lourdes.

Nous avons, d'autre part, constaté que l'insertion sociale des handicapés était souvent difficile et que les échecs n'étaient pas rares. Il est nécessaire que des équipes de travailleurs sociaux soient constituées en vue d'apporter un soutien aux handicapés dans le milieu naturel de vie et de travail. Des équipes de réadaptation et de suite seront donc constituées à partir de 1974.

Un autre projet de loi sera soumis prochainement à votre examen et aura pour objet d'élargir la formule actuelle des centres d'hébergement en une véritable politique de lutte contre l'inadaptation sociale et contre la pauvreté qui sont le lot quotidien de ce « quart monde » qui campe aux portes de nos cités. Ce texte permettra de garantir un minimum de sécurité et de bien-être matériel à ceux qui n'en ont jamais eu jusqu'ici et apportera aux enfants de ces familles marginales les moyens de sortir de l'engrenage de la misère.

Le Gouvernement a, d'autre part, décidé de renforcer la protection sociale des veuves que M. Bisson, rapporteur spécial, a évoquée tout à l'heure. Celles-ci ont souvent dû affronter des difficultés financières et matérielles importantes au moment même où elles devaient assumer le déchirement du chagrin et le poids de la solitude.

Les veuves salariées étaient jusqu'ici victimes d'une injustice. Au moment de la disparition de leur époux, elles devaient choisir entre la pension qui leur revenait personnellement du fait de leurs droits propres et celle qui leur revenait du chef de leur mari. Le Gouvernement a décidé de supprimer cette interdiction de cumul. (Applaudissements sur les bancs des républicains indépendants, de l'union des démocrates pour la République et de l'union centriste.)

Une première étape interviendra dès le 1^{er} janvier 1974 et représentera un relèvement de 15 à 35 p. 100 des pensions des veuves concernées. Il en résultera une dépense d'environ 500 millions de francs en 1974 et les ressources des veuves les plus démunies en seront améliorées d'autant.

Un autre progrès essentiel à réaliser dans notre système de protection sociale concerne les personnes âgées. L'augmentation du nombre de celles-ci est un phénomène nouveau et d'une ampleur qui traduit un phénomène de civilisation. Il y a aujourd'hui dans notre pays, 2 millions de personnes âgées de

plus de soixante-quinze ans. En 1980, elles seront 3 millions. Il y a actuellement 350.000 personnes âgées de plus de quatre-vingt-cinq ans. Ce chiffre doublera en trois ans.

Il faut donc mettre en place des moyens nouveaux pour soigner cette population et des moyens accrus pour lui donner de plus larges ressources.

Le Gouvernement a mis en œuvre une politique évitant de placer systématiquement en hospices et maisons de retraite les personnes âgées et maintenant au contraire, dans toute la mesure du possible, celles-ci à leur domicile et leur fournissant pour ce faire l'aide et le soutien de services d'intervention à domicile ainsi que des équipements légers de quartier.

Tel est l'objet du programme finalisé dont l'application permettra de créer en 1974 une centaine de « secteurs » supplémentaires. En outre je m'efforcerai de développer l'aide ménagère qui est l'élément essentiel du programme finalisé.

C'est pourquoi les crédits qui sont proposés pour le financement du programme de maintien à domicile des personnes âgées sont en très net accroissement : de 50 p. 100 pour le fonctionnement, de 85 p. 100 pour les investissements.

Une action particulière en faveur des maisons de retraite en milieu rural et un développement rapide des foyers-logements médicalisés sont également prévus.

Je propose enfin à votre approbation des crédits destinés à l'humanisation des hospices en vue de leur transformation progressive en maisons de soins et de cure médicale prévues par la loi hospitalière. La caisse nationale d'assurance vieillesse contribuera également à cet effort de rénovation en accordant de son côté des prêts pouvant aller jusqu'à 60 p. 100 de la dépense de création de ces maisons médicalisées.

Les nouvelles maisons assureront ainsi l'hébergement et les soins aux personnes âgées qui ont perdu leur autonomie de vie.

Il paraît normal que les caisses de sécurité sociale prennent progressivement en charge les frais médicaux de fonctionnement de ces maisons. C'est pourquoi j'ai demandé l'étude d'un système de tarification particulier faisant clairement apparaître les frais relatifs à l'hébergement et les coûts d'origine médicale.

Sur le plan financier, le Gouvernement a décidé la revalorisation du minimum vieillesse des personnes âgées dont le calcul sera en outre simplifié et les conditions d'octroi plus largement ouvertes.

Toutes les allocations existantes seront fusionnées et réunies en une seule allocation constituant le minimum social garanti pour les personnes âgées (Applaudissements sur les bancs des républicains indépendants, de l'union des démocrates pour la République et de l'union centriste) qui évoluera dans les conditions prévues par le Premier ministre dans le discours de Provins, c'est-à-dire qui doublera d'ici à la fin de la législature.

Cette réforme sera mise au point en liaison avec les régimes de retraite et sera présentée au Parlement avec la loi-cadre sur les personnes âgées, au printemps 1974. Elle entrera en vigueur le 1^{er} janvier 1975.

Par ailleurs, la référence à l'obligation alimentaire dans le calcul des ressources sera supprimée en ce qui concerne le fonds national de solidarité dès le 1^{er} janvier 1974. (Applaudissements sur les mêmes bancs.)

Enfin, le plafond d'exonération de récupération sur succession sera porté de 40.000 à 50.000 francs. Un décret est en préparation à cet effet.

Mesdames, messieurs, les grands axes de la politique sanitaire et sociale du Gouvernement que je viens de proposer à votre réflexion, exigent l'adaptation de la recherche médicale des personnels, des équipements et de la sécurité sociale, tant à une médecine d'avenir qu'à une protection sociale accordée aux exigences du temps présent.

La recherche médicale prend aujourd'hui un nouveau visage. Depuis quelques années, d'importants efforts ont pu être faits pour doter la France des équipements et du personnel nécessaires.

L'action dans le domaine de l'équipement doit être poursuivie au regard de besoins toujours croissants et c'est pourquoi je vous propose d'accorder près de 50 millions d'autorisations de programme à l'I. N. S. E. R. M., ce qui correspond à un accroissement de 232 p. 100 par rapport à 1971.

Il est apparu indispensable de donner à une grande partie de l'activité de la recherche médicale des objectifs variés qui couvrent toutes les grandes disciplines de la médecine et des sciences fondamentales qui lui sont nécessaires.

Ces objectifs se traduisent par le choix d'actions dites actions thématiques programmées, parmi lesquelles il faut signaler en particulier les recherches qui seront engagées en 1974, telles que celles concernant la myopathie pour laquelle une percée peut être espérée dans les années qui viennent, la sclérose en plaques, la cardiologie, l'immunologie qui doit faire progresser les possibilités de greffes d'organes.

Les dépenses de fonctionnement que je propose à votre approbation permettront aux effectifs de l'I. N. S. E. R. M. de dépasser pour la première fois le chiffre de mille chercheurs

qui travaillent dans le cadre d'unités de recherche souples, de plus en plus décentralisées et qui connaissent de larges succès et une audience internationale.

Le Gouvernement agira pour adapter les équipements à l'évolution de la politique sanitaire et sociale, en ce qui concerne aussi bien les normes que la qualité technique de la construction.

Je dirai d'emblée à cet égard que je ne partage pas le pessimisme exprimé par M. Dubedout. Non seulement les crédits budgétaires d'équipement du ministère de la santé publique et de la sécurité sociale croîtront en 1974, et j'ai rappelé sur quelles bases importantes, mais encore les possibilités d'emprunt qui ont été accordées permettront d'accentuer fortement l'effort d'équipement du département de la santé publique.

Les modalités pratiques de cet emprunt ne sont pas encore arrêtées, mais je puis préciser que la caisse nationale d'assurance maladie vient de proposer un prêt dont les conditions avantageuses m'incitent à considérer celui-ci avec le plus grand intérêt.

En effet, trois modalités peuvent être envisagées : émission d'un emprunt sur le marché qui serait, en effet, très coûteux ; emprunt contracté auprès d'une source traditionnelle telle que la Caisse des dépôts et consignations qui serait encore assez coûteux, et le président de la commission de la Caisse le sait ; enfin — et ce serait la solution normale — prêt de la caisse d'assurance maladie à la Santé publique, afin que nous puissions procéder aux constructions nécessaires. Je pense même que le remboursement pourrait être très légèrement supérieur à celui qui résulte du placement par la caisse d'assurance maladie de fonds à la Caisse des dépôts et consignations.

Les réalisations qui seront faites désormais appliqueront les nouvelles normes d'équipement qui visent à créer, dans les grands secteurs de l'action médicale, des établissements à fonction déterminée et liés entre eux de manière à constituer des ensembles cohérents et complets, comportant tous les moyens d'équipement nécessaires à l'action médicale, depuis le stade de la prévention jusqu'à celui des soins en milieu hospitalier.

Ce caractère spécifique des équipements, c'est-à-dire cette séparation des fonctions, et la notion de chaîne sont à la base des nouvelles normes d'équipement actuellement à l'étude et ont le triple avantage de permettre une meilleure adaptation des équipements à leur clientèle, une meilleure desserte de la population et une meilleure utilisation des fonds publics.

M. Hubert Dubedout, rapporteur spécial. Me permettez-vous de vous interrompre, monsieur le ministre ?

M. le ministre de la santé publique et de la sécurité sociale. Volontiers.

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

M. Hubert Dubedout, rapporteur spécial. Monsieur le ministre, ma question comportait deux volets.

Vous me répondez que vous espérez, et je forme le vœu que cet espoir sera confirmé, obtenir un prêt de la caisse nationale d'assurance maladie.

Mais, à partir du moment où un hôpital obtiendrait un prêt, celui-ci aurait-il le même effet qu'un arrêté de subvention pour déclencher les emprunts réglementaires et complémentaires auprès des caisses régionales d'assurance maladie et de la Caisse des dépôts et consignations ?

M. le ministre de la santé publique et de la sécurité sociale. Dans la mise au point de l'utilisation des sommes dégagées, ces emprunts se substitueront à une dotation budgétaire normale. C'est pourquoi je les ai associés, dans le calcul que j'ai fait tout à l'heure au montant des crédits d'équipement.

J'ajoute que ce n'est pas le seul emprunt prévu puisqu'une négociation portant sur une somme importante est en cours en ce qui concerne l'assistance publique. Un autre emprunt, également de nature privée, permettrait le lancement d'un certain nombre de constructions en dehors des normes de crédits budgétaires que j'ai rappelées.

La spécialisation des équipements décidée par la loi hospitalière a pour objet de soigner les malades aigus dans les centres hospitaliers et les malades de moyen ou de long séjour dans des centres de convalescence, de cure ou de réadaptation.

Deux modèles d'hôpitaux pour malades aigus ont été mis au point : l'un de trois cents lits, type Beaune, Provins, Melun, Martignes, l'autre de 500 lits.

Pour le moyen et le long séjour, des unités de soins normalisées, industrialisées sont de plus en plus fréquemment construites. C'est ainsi que je vous propose un crédit qui devrait permettre de lancer en 1974 quinze maisons de soins ou de cure médicale pour personnes âgées, en constructions industrialisées de 120 lits, soit au total 1.800 lits.

Les nouvelles normes d'équipement traduisent la politique d'humanisation des hôpitaux, en ce qui concerne, d'une part, les

salles communes qui seront transformées dans les bâtiments existants, et, d'autre part, les unités de soins normalisées évitant la constitution de services trop vastes et déshumanisés. Enfin, et dans le même esprit, la capacité des hôpitaux neufs a été limitée, ce qui facilite la gestion hospitalière.

En ce qui concerne la qualité technique des constructions, les normes prévues ont pour objet d'améliorer le confort des malades, les conditions de travail des personnels, l'adaptation des locaux à l'utilisation du matériel, la relation entre le prix de l'investissement et le coût de l'exploitation. Tous ces impératifs ont orienté les choix vers des constructions industrialisées qui peuvent être commandées en série, donc à des prix avantageux, et de réalisation rapide.

L'efficacité de ces équipements dépendra néanmoins largement de l'adaptation des personnels à une médecine d'avenir.

L'application d'une politique sanitaire et sociale dynamique implique que les équipements soient utilisés par un personnel nombreux et compétent.

Le Gouvernement a pris à cet égard une série de décisions qui concernent le corps médical, le personnel de direction des hôpitaux, les hospitaliers et notamment les infirmiers et infirmières, ainsi que les personnels sociaux et les personnels des services extérieurs du ministère.

En ce qui concerne le corps médical, évoqué par M. Blanc tout à l'heure, je poserai d'abord clairement le problème des effectifs et de la formation.

Il existe actuellement en France environ 69.000 médecins en exercice, ce qui représente une densité médicale de 133,5 médecins pour 100.000 habitants, densité comparable à celle de la plupart des pays développés d'Europe.

Cependant, le respect des normes de l'Organisation mondiale de la santé, la nécessité de compenser les disparités régionales et d'assurer le développement de la médecine scolaire, de la médecine du travail et de l'encadrement administratif médical établissent l'optimum à atteindre en 1985 à un chiffre légèrement supérieur à 100.000. Le retard que nous devons combler d'ici là est donc de l'ordre de 30.000 médecins.

Encore faut-il que nous combions ce retard de manière progressive et saine. Ce n'est pas ce qui se passe aujourd'hui.

Il y a une dizaine d'années, environ 8.000 étudiants commencent chaque année des études médicales. Cette année-ci, nous en comptons 32.000.

L'expérience enseigne que, sur ces 32.000 étudiants, à peu près le quart arrivera en fin d'études, ce qui correspond à une formation de 8.000 médecins environ chaque année.

Si l'on estime qu'une carrière médicale moyenne dure trente ans — et en réalité elle dure souvent davantage — on arrivera, à ce rythme, à un corps médical de 240.000 médecins, c'est-à-dire plus de deux fois le chiffre nécessaire en France.

Dans leur propre intérêt, doit-on laisser des jeunes s'engager dans une carrière où au-delà de 120.000 médecins ils trouveront difficilement des débouchés.

Quant à la formation des médecins, le Gouvernement estime nécessaire que se développe la formation continue, puisque le médecin doit toujours prodiguer des soins consciencieux, éclairés, attentifs et conformes aux données actuelles d'une science qui évolue très vite. Malheureusement, si un médecin doit renouveler la moitié de ses connaissances tous les cinq ans, nous constatons que moins d'un tiers du corps médical prend une part active aux actions de formation continue. Il a donc été décidé de charger un comité national de coordination d'étudier les moyens à mettre en œuvre pour animer la formation médicale continue et encourager les initiatives déjà prises par la profession.

Je terminerai ces remarques à propos du corps médical en soulignant combien il est clair que le développement de la médecine préventive va nécessiter une réhabilitation du médecin généraliste. Cela a d'ailleurs été l'une des préoccupations exprimées par les rapporteurs.

Le rôle du généraliste est primordial en matière de prévention, tant en ce qui concerne la recherche, puisqu'il est le mieux placé pour découvrir les facteurs de risque et effectuer le dépistage, que pour assurer l'animation de l'éducation sanitaire qui est l'arme de la prévention au stade primaire.

Il a donc été décidé d'associer désormais étroitement les médecins généralistes à la définition et à la mise en place d'une politique de prévention, ainsi qu'au fonctionnement des services de médecine préventive, notamment scolaire, de l'enfance et de l'adolescence.

En ce qui concerne le personnel de direction des hôpitaux, la politique suivie tend à résorber le déficit et à donner aux futurs administrateurs la formation adaptée à la complexité et à l'importance des établissements qu'ils gèrent. Les programmes et la croissance des effectifs de l'école nationale de la santé publique reflètent cette action et devraient répondre, dans les années qui viennent, aux préoccupations qui ont été exprimées.

En ce qui concerne le personnel hospitalier, et notamment infirmier, une série de mesures viennent d'entrer en application et j'en soumetts d'autres au Gouvernement. Elles auront pour effet d'améliorer sensiblement la situation matérielle et psychologique dans laquelle se trouvent ces personnels, et d'accroître leur nombre, notamment en ce qui concerne les infirmières, afin de répondre aux besoins qui croissent très rapidement étant donné la création de nombreux hôpitaux et unités de soins, la mise en place de services hautement spécialisés qui exigent un personnel beaucoup plus nombreux que les services normaux, le développement de l'humanisation des hôpitaux et, enfin, étant donné que la carrière des infirmières est souvent brève — quinze ans en moyenne, 60 p. 100 des effectifs d'une promotion n'étant plus en service après cinq ans d'activité — à cause de la difficulté du travail, de l'usure, de la fatigue et aussi, bien souvent, en raison de considérations qui ont trait à la vie de famille. (Applaudissements sur les bancs des républicains indépendants et sur divers bancs de l'union des démocrates pour la République et de l'union centriste.)

Parmi les nombreuses mesures qui viennent d'être décidées — elles sont au nombre de soixante et un, et je vous en épargnerai l'énumération — je citerai les trois suivantes : le reclassement des infirmières dans la catégorie B de la fonction publique, qui comprend notamment les instituteurs ; la mise en place du travail à temps partiel, qui n'existait pas dans nos hôpitaux, alors qu'il représente 20 p. 100 du travail hospitalier en Grande-Bretagne, par exemple ; la prise en compte, pour les infirmières, de la dernière année d'études, dans la carrière, ce qui leur permet de gagner un échelon dans la rémunération de début.

En outre huit nouvelles écoles d'infirmières seront créées, et une augmentation du nombre d'élèves formées dans les écoles d'infirmières est envisagée. Une promotion exceptionnelle sera d'ailleurs recrutée dès le mois de février prochain.

Enfin nous avons décidé la création d'instituts régionaux de formation et de promotion professionnelle des personnels de santé, qui seraient financés par l'Etat et par les employeurs publics et privés de ces personnels, cela pour remédier à la situation dans laquelle se trouve l'Etat qui, seul, par l'intermédiaire des hôpitaux publics, finance la formation du personnel de santé.

Je saisis enfin le Gouvernement de mesures pour améliorer les rémunérations et primes de ces personnels, pour permettre la création d'un grade d'infirmière générale et pour créer un cadre d'aides hospitalières qui, au même niveau indiciaire que les aides soignantes, seraient chargées de l'accueil et de l'hôtellerie dans l'hôpital public.

Je crois que c'est mettre en œuvre une évolution importante que de séparer la fonction de soins de la fonction d'accueil afin de faire progresser très sensiblement cette dernière.

En ce qui concerne le personnel social, la politique d'action sociale arrêtée par le Gouvernement est fondée sur l'étroite association de la prévention et de la promotion aux actions curatives ou thérapeutiques. Cela implique une formation et des statuts de personnels renouvelés en fonction de leur rôle.

Une prévention efficace repose sur le travail en équipe de tous les travailleurs sociaux, ce qui implique une politique de formation coordonnée autour des instituts régionaux de formation des travailleurs sociaux. Ceux-ci assurent une formation de base commune à tous les travailleurs sociaux, la formation permanente, les formations supérieures et la recherche. Après ceux de Poitiers, de Bordeaux et de Rennes, les centres de formation de Caen et de Lille seront prochainement mis en chantier.

Le Gouvernement a suivi une politique active en matière de formation des travailleurs sociaux : 14.450 personnes étaient en formation en 1972 et plus de 18.000 en bénéficieront en 1974, soit une progression de 30 p. 100. Les crédits affectés à ces formations devront d'ailleurs progresser d'environ 35 p. 100 en 1974, et ceux qui ont été obtenus par le fonds de la formation professionnelle et de la promotion sociale ont été multipliés par six entre 1971 et 1973.

Enfin la coexistence, dans le domaine de l'action sociale, d'un secteur privé — d'ailleurs essentiellement financé par des ressources publiques ou parapubliques — et d'un secteur relevant de l'Etat ou des collectivités locales a engendré des disparités de carrières et de rémunérations qui ont nui au recrutement dans le secteur public. C'est pourquoi le Gouvernement a décidé une série de mesures en vue d'améliorer la situation des personnels sociaux de ce secteur et d'atteindre la gratuité complète des études de formation.

Pour le personnel des services extérieurs de mon département, force est de constater qu'en face du développement considérable de l'action sanitaire et sociale, les moyens en personnels n'ont pas été suffisamment augmentés.

L'abnégation et le travail acharné des fonctionnaires de ces services extérieurs auxquels je tiens à rendre l'hommage qui leur est dû ne peuvent plus désormais suffire. Je vous propose donc



la création, dans une première étape, de 152 emplois nouveaux, dont 107 dans les directions départementales de l'action sanitaire et sociale et 45 dans les directions régionales de la sécurité sociale.

Ces renforcements d'effectifs et la volonté du Gouvernement de mettre en œuvre une politique de plein emploi des postes budgétaires permettront l'amélioration de fonctionnement de ces services et la réforme des structures qui sera préparée en 1974.

L'adaptation des mécanismes et des procédures, de la sécurité sociale au régime de protection médicale et sociale qu'exige notre temps, passe par une solidarité accrue entre les régimes sociaux et par une autonomie renforcée.

Dans un pays développé comme le nôtre, dans lequel le niveau de protection sociale est l'un des plus élevés du monde, il n'est plus possible de laisser subsister des îlots de moindre protection. Le Gouvernement est, à cet égard, convaincu de la nécessité de mettre en œuvre une solidarité sans cesse accrue entre les différents régimes, sur la base d'un minimum social général garanti qui doit d'ailleurs aller en se développant. Une étape importante sur la voie de cette harmonisation progressive vous a donc été proposée.

Diverses dispositions législatives avaient déjà institué des mécanismes de solidarité financière entre le régime général de la sécurité sociale et des régimes spéciaux caractérisés par un déséquilibre démographique important — régime des salariés agricoles, de la S.N.C.F., des mines, des marins et de la R. A. T. P. — mais ces mesures étaient fragmentaires et généralement limitées à l'une ou l'autre des branches de la sécurité sociale.

Le projet de loi de finances soumis à votre approbation a prévu l'institution, pour les trois branches de la sécurité sociale et pour l'ensemble des régimes, d'une solidarité générale.

Il s'agit, sans modifier l'organisation ni les attributions des régimes, d'éliminer les conséquences des mutations économiques et sociales sur leur équilibre financier et de garantir à chaque Français, quel que soit son régime de rattachement, une protection sociale minimale.

De larges débats ont déjà eu lieu devant votre assemblée à l'occasion de l'examen de l'article 11 du projet de loi de finances, et vous avez, par amendement, souhaité l'institution progressive d'un régime de base unique de protection sociale applicable à tous les Français. Il s'agit là d'une orientation fondamentale marquant la nécessité d'une plus grande solidarité et d'une plus grande égalité en matière de protection sociale.

Ainsi seront éliminées, pour chaque régime, les conséquences financières d'une situation démographique défavorable.

La contrepartie de cet accroissement de la solidarité doit être une autonomie renforcée de chaque régime et une plus grande efficacité des procédures.

La tutelle de l'Etat sur les organismes de sécurité sociale s'exerçait dans des conditions permettant d'annuler toute décision des caisses pour motif d'illégalité aussi bien qu'en raison de ses incidences financières. Or beaucoup de ces annulations ponctuelles étaient perçues comme des entraves au fonctionnement des caisses.

Le système a été modifié afin de donner à la tutelle un caractère moins étroit et tatillon et plus global, renforçant le dialogue entre l'administration et les caisses nationales.

Cet allègement de la tutelle doit s'accompagner de la modernisation de la gestion des caisses, notamment par la rationalisation des méthodes de travail, des imprimés et par le développement de l'informatique.

Et puis cette modernisation a un autre objectif : accroître la qualité des services fournis aux assurés. C'est pourquoi les règlements seront accélérés, notamment en ce qui concerne les pensions dont les modalités de calcul seront simplifiées. Des expériences de paiement mensuel de ces pensions seront en outre entreprises.

Par ailleurs, une politique de rapprochement des guichets et des usagers doit être énergiquement menée. C'est ainsi par exemple qu'en ce qui concerne la caisse d'allocations familiales de la région parisienne de la rue Viala, j'ai décidé une décentralisation en quinze caisses-guichets. La mise en place des deux premières est en cours.

Le Gouvernement a enfin entrepris de simplifier de nombreuses formalités et notamment les conditions d'ouverture des droits aux prestations sociales, c'est-à-dire la suppression de l'envoi de bulletins de salaire chaque fois qu'il s'agit d'ouvrir un droit. Le nombre des bulletins de salaire envoyés chaque année à la sécurité sociale est d'environ 240 millions. Dans le nouveau mécanisme mis en place, l'envoi d'un seul bulletin de salaire par an sera exigé, ce qui permettra de ramener à 20 millions le chiffre que je viens de citer. De même, le Gouvernement entend alléger la procédure d'exonération du ticket modérateur en cas de maladies longues et coûteuses, alléger et redéfinir le contrôle médical, simplifier et harmoniser la réglementation des accidents du travail.

Ainsi renforcée et simplifiée dans ses structures et dans ses procédures, la sécurité sociale pourra adapter efficacement des prestations à l'exécution des grands problèmes sociaux que je viens de définir.

Elle contribuera notamment au renforcement des structures familiales, à l'élimination des zones d'ombre et au financement de plus en plus large des mesures de prévention.

Mesdames, messieurs, au-delà de l'analyse comptable d'un budget de la santé publique et de la sécurité sociale qui est en très nette progression, j'ai voulu vous soumettre les grandes orientations d'une politique de santé et de progrès social.

C'est sur elles autant que sur les chiffres budgétaires que je souhaite connaître votre opinion.

En bien peu d'années, d'immenses progrès ont été réalisés, des progrès qui situent la France à un rang éminent.

Certes, d'autres progrès, également importants, restent à faire ; c'est l'ouvrage de demain, qui appelle trois réflexions :

La première, c'est que ces progrès doivent rester à la mesure de ceux de notre économie, dont l'heureux fonctionnement est la condition première du progrès social.

La deuxième, c'est qu'une priorité absolue doit être donnée aux moins favorisés, qu'il s'agisse d'inadaptés ou de personnes âgées.

Enfin, la troisième, c'est que la santé et le progrès social ont un prix. Ce prix, il faut le payer, parce que la finalité de toute société est l'homme. Dans la réalisation de son bonheur et de son équilibre, la santé et le respect social ont une place à part.

C'est cette dignité humaine qui est la vraie mesure de toute civilisation. (Applaudissements prolongés sur les bancs des républicains indépendants, de l'union des démocrates pour la République et de l'union centriste.)

M. le président. La parole est à Mme le secrétaire d'Etat auprès du ministre de la santé publique et de la sécurité sociale.

Mme Marie-Madeleine Dienesch, secrétaire d'Etat. Monsieur le président, mesdames, messieurs, l'action sociale prête à de multiples interprétations.

Certains ne la considèrent que comme un ensemble de bonnes œuvres, qui fait appel au « bon cœur » des individus — ce qui est d'ailleurs tout à leur honneur — et ils englobent dans la même condescendance apitoyée ceux qui la définissent, ceux qui la mettent en œuvre et ceux qu'elle concerne.

D'autres rêvent d'une prise en charge intégrale de l'action sociale par un Etat omnipotent et omnipotent, selon une conception qui date de cinq cinquante ans.

Nous avons à lutter contre les excès de ces deux positions et nous devons affirmer la place primordiale de cette action, pendant trop d'années considérée comme un simple appendice de l'action sanitaire.

Plus encore que dans d'autres secteurs culturels ou économiques, il est nécessaire de situer cette action dans les perspectives d'une démocratie authentique et non pas verbale.

Quelle est donc, pour nous, cette action sociale qui se voit dotée de crédits budgétaires toujours insuffisants certes, mais chaque année en nette progression ?

Devant l'ampleur des déséquilibres engendrés par le progrès dans l'ordre de la technique et de la transformation, par l'homme, de son environnement naturel, elle a pris, elle aussi, dans toutes les sociétés développées, une dimension nouvelle.

Depuis qu'elle m'a été confiée, au moment de la création de ce secrétariat d'Etat, je n'ai cessé, avec vous, d'en vouloir la rénovation profonde, d'en rechercher la meilleure efficacité, de jeter les bases d'une action permanente fondée sur la participation de tous pour sauvegarder, ou même retrouver, ce qui aujourd'hui est si menacé : une véritable intégration sociale, c'est-à-dire l'instauration de rapports harmonieux entre tous, et l'autonomie des personnes, qui n'est rien d'autre que l'aptitude intérieure à gouverner sa vie soi-même.

Cette action va bien au-delà de l'assistance à des catégories particulières et de la résorption, coup par coup, des déséquilibres les plus flagrants. Sans doute y aura-t-il toujours des personnes qui, plus que d'autres, auront besoin d'une intervention privilégiée et d'une aide momentanée ou durable.

Mais les usagers de l'action sociale constituent aujourd'hui une clientèle bien plus vaste. Aucun d'entre nous ne peut se targuer de demeurer toujours à l'abri des accidents, des déviations, des déséquilibres et des crises d'adaptation que suscitent les évolutions accélérées de notre monde.

Ces accidents, ces déviations, ces déséquilibres, ces crises, il faut d'abord en prévenir, autant que faire se peut, la survenance. Il faut ensuite, si possible, en pallier les effets par une action d'ensemble de réinsertion et de promotion des personnes et des groupes. Il faut enfin former des hommes doués des qualités d'adaptabilité, d'ouverture à autrui et de sens de la mesure, nécessaires pour réaliser ces objectifs.

Prévention, réinsertion et promotion, formation des hommes, telles sont bien les priorités gouvernementales que je vous demande, cette année encore, de confirmer à travers le vote du budget de mon secrétariat d'Etat.

La prévention — M. le ministre de la santé publique en a parlé — comporte différents aspects selon les facteurs de handicap ou d'inadaptation dont elle s'efforce d'empêcher la parution, de limiter l'extension ou d'atténuer les séquelles. Elle est à la fois médicale et sociale.

Dans le domaine médical, il s'agit aujourd'hui, avant tout, de la prévention périnatale.

Je rappelle que c'est au mois de février 1970 que j'avais annoncé, dans un discours programme prononcé à Avignon, l'importance de ce problème et l'ensemble des mesures de tous ordres qui devaient être prises.

En 1971, un programme finalisé a été établi. Il prévoyait que, toutes sources de financement confondues, 257 millions de francs devaient être consacrés à la périnatalité au cours du VI^e Plan.

Et la progression des crédits budgétaires se poursuit d'année en année, et, pour une fois, monsieur Dubedout, on a largement réalisé les prévisions du Plan ! En effet, de 10.350.000 francs en 1971, les crédits sont passés à 18.350.000 francs en 1974. Grâce à cette action nous sauvons chaque année, depuis 1971, près de 3.000 vies d'enfants. Nous faisons reculer la morbidité, et la progression est constante.

M. Pierre Lepage. Très bien !

Mme Marie-Madeleine Dienesch, secrétaire d'Etat. La vaccination contre la rubéole, elle aussi, s'accélère : 30.000 fillettes ont été vaccinées en 1971. C'est peu ! Mais au cours de cette première année où nous avons défini tant d'actions d'ensemble, où nous avons pris un tournant nouveau, comment pouvions-nous trouver tous les crédits nécessaires ? En 1973, M. le ministre l'a rappelé, ce chiffre a atteint 100.000, et, en 1974, il sera sans doute de 200.000. Oui, le programme sera réalisé !

Parmi toutes les mesures nécessaires, que je n'énumérerai pas puisque j'ai eu souvent l'occasion de le faire devant vous, j'attache une importance particulière, du point de vue de la prévention, à la surveillance de la grossesse et de l'accouchement. C'est dans cet esprit que j'avais pris, le 27 août 1971, un arrêté relatif aux examens médicaux prénataux et post-nataux.

Les femmes présentant des grossesses à risques peuvent bénéficier d'examen complémentaires dans les services hospitaliers. La gratuité est assurée pour toutes les visites nécessaires puisque la part des frais résultant de ces examens, qui n'est pas couverte par la sécurité sociale, est prise en charge au titre de la protection maternelle et infantile, c'est-à-dire, en fait, à la fois par les collectivités locales et, en très grande part, par l'Etat. Une vingtaine de conventions de ce type ont déjà été mises au point. Une trentaine, je l'espère, le seront avant la fin de l'année. Il est essentiel aussi de veiller à ce que l'accouchement se passe dans les meilleures conditions possibles. Nous connaissons trop les accidents dramatiques dus à ces quelques minutes d'asphyxie qui peuvent peser sur une naissance. Dès 1971, j'ai fait établir des normes pour les maternités publiques et privées. A cette époque, la réussite de ces mesures qui paraissaient à certains un peu effrayantes, était envisagée parfois avec un certain scepticisme.

Des crédits importants ont permis de rénover un certain nombre de services de génie-obstétrique. Ils sont passés de 1.760.000 francs en 1971 à 5.000.000 en 1973 et à 6.000.000 en 1974.

Après la naissance, le relais est pris par le dépistage systématique des handicaps. Il est impossible de mener une politique rationnelle contre le handicap si nous n'arrivons pas à préciser au moins les risques que nous avons à couvrir, et cela à l'avance, car ni les équipements ni le personnel ne se préparent en un jour.

La loi du 15 juillet 1970 relative aux certificats de santé est apparue aussi à ce moment, comme une mesure sévère dont on prédisait l'impopularité. Eh bien ! elle a permis aujourd'hui de mettre en œuvre une phase essentielle de la politique de périnatalité. L'application commencée en Bretagne et dans la région parisienne s'étend aujourd'hui à tous les départements. Il s'agit là d'une politique parfaitement efficace, donc les effets peuvent être sans délai très sensibles ; c'est pourquoi il faut que la population et les caisses de la sécurité sociale partagent cette foi dans la politique de prévention.

Cette efficacité peut être illustrée par un exemple classique. Le traitement dès les premiers jours de la vie de la luxation congénitale de la hanche — c'est d'ailleurs seulement à ce moment-là qu'elle est facilement décelable — ne revient pas à plus de cent francs et est de nature à supprimer les trois mille luxations qui apparaissent chaque année et à plus longue échéance les 120.000 coxarthroses, si douloureuses et si coûteuses : songez au prix de journée des hôpitaux !

Les centres d'action médico-sociale précoce permettent de donner une suite à ces examens. Après avoir dépisté, il faut en effet soigner, mais il convient de privilégier les traitements sous forme de cures ambulatoires. Dès lors que nous avons affaire à de petits enfants, il faut éviter les ségrégations et l'éloignement de leur milieu naturel si traumatisants pour eux.

A cet égard, j'ai fait préparer un décret actuellement étudié par la caisse nationale d'assurance maladie, qui créera ce nouveau type d'établissements de dépistage et de soins.

Vous me permettrez de ne pas passer sous silence les difficultés de recrutement des obstétriciens et des pédiatres. Il est essentiel que les universités aujourd'hui autonomes prennent bien conscience de l'importance de l'enjeu. Je souhaite que les créations de postes en médecine prénatale figurent en tête de listes des demandes universitaires.

Mais la prévention ne peut être limitée à un aspect sanitaire qui est d'ailleurs, il faut le reconnaître, le plus aisé à définir. L'importance de la prévention sociale est capitale. L'an dernier, j'indiquais déjà l'importance des centres sociaux dans la prévention des inadaptations familiales qui risquent de naître des migrations internes et externes et des phénomènes d'urbanisation. Les nouveaux quartiers comme les agglomérations rurales peuvent en tirer grand profit pour leur animation.

Pour la première fois une ligne budgétaire leur était consacrée en 1970.

Cette année, un effort tout particulier a été fait en leur faveur par un accroissement de crédits de 865.000 F.

Dans la même optique, les foyers de jeunes travailleurs contribuent à la fois à aider les jeunes à se préparer à leur vie d'adulte dans un cadre approprié et à prévenir les inadaptations.

C'est dans cet esprit que je souhaite qu'ils répondent à leur vocation d'accueillir les plus jeunes travailleurs et ceux qui ont le plus besoin d'être aidés.

Le foyer n'est pas un hôtel, il est le substitut de la famille.

Il n'en demeure pas moins que les 54.000 places actuellement réparties dans 517 foyers existants ne suffisent pas à faire face à l'ensemble des besoins. Je le regrette, mais, encore une fois, qui avait parlé de ces problèmes avant que nous ne prenions nous-mêmes l'initiative de les inscrire dans nos budgets ?

Mme Jacqueline Chonavel. Les communistes !

Mme Marie-Madeleine Dienesch, secrétaire d'Etat. Mais c'est surtout le fonctionnement que nous avons cherché à aider.

Les aides individuelles aux apprentis et aux jeunes travailleurs poursuivant leurs études ont été complétées par la prise en charge partielle de la rémunération d'animateurs.

Un arrêté récent institue, grâce au financement de la caisse nationale d'allocations familiales, deux nouvelles prestations de services. L'une permet de couvrir une partie des frais d'animation socio-culturelle, l'autre est versée aux jeunes de moins de vingt ans touchant l'allocation de logement.

Je dois reconnaître que les différentes aides et prestations de service ont été créées successivement et qu'il convient aujourd'hui de les rationaliser et de les harmoniser. J'ai créé, à cet effet, un groupe de travail qui doit déposer ses conclusions d'ici à la fin de l'année.

Mais certains jeunes, avant même leur entrée au travail, sont marqués par des troubles de la personnalité et du comportement. C'est pourquoi nous avons aussi renforcé l'action sociale en faveur de l'enfance et de l'adolescence en danger.

Les clubs et équipes de prévention sont apparus il y a un peu plus de vingt ans. Depuis dix ans, ils se sont multipliés dans les grands centres urbains et ont été structurés.

Ils poursuivent leur action, en milieu ouvert, auprès des jeunes « marginaux » parfois regroupés en bandes, qui ne veulent ou ne peuvent s'intégrer dans les organisations existantes qu'ils jugent trop contraignantes ou qui sont inadaptés, associabilité due souvent à une carence affective au foyer familial, à un retard scolaire, à l'instabilité professionnelle, à la délinquance, à la toxicomanie.

Une étude récente de rationalisation des choix budgétaires, dont nous avons pris l'initiative il y a quelques années, montre la « rentabilité » des clubs et équipes de prévention, dont l'action est bien moins onéreuse, sans être nécessairement moins efficace, que le placement en milieu fermé, c'est-à-dire en établissement qu'ainsi elle évite. Elle serait d'un coût environ dix fois moindre !

Aussi, les crédits qui leur sont affectés sont plus que doublés. Ils passent de 2.150.000 francs à 4.700.000 francs. Il convient d'apporter une aide particulière à la région parisienne. D'autres crédits plus importants sont consacrés à ce domaine par le biais de l'aide à l'enfance. Ces crédits du budget départemental sont remboursés par l'Etat à 83 p. 100 ne l'oublions pas.

D'autre part, pour les mères et futures mères célibataires qui ne trouvent pas de milieu d'accueil, il importe d'augmenter le nombre d'hôtels maternels et de les intégrer dans notre système de protection. Comme pour l'enfance en danger, les prises en charge dans le cadre de l'aide sociale seront possibles et permet-

tront un contrôle renforcé sur l'important rôle éducatif que ces établissements ont à jouer, en mettant l'accent sur la formation professionnelle ou scolaire des jeunes mères — qui n'avaient pas toujours été suffisamment développée — à côté de l'enseignement de la puériculture et de l'enseignement ménager, qui sont d'ailleurs également nécessaires.

En 1974, il est envisagé de consacrer 1,5 million de francs de crédits d'investissements à cette catégorie d'équipements sociaux de prévention.

Pourrais-je dire un mot d'une action qui me paraît jouer un rôle primordial et véritablement préventif dans la vie et l'équilibre des familles, je veux parler des travailleuses familiales ?

Qu'elles viennent suppléer la mère de famille malade, ou débordée ou incapable, la travailleuse familiale empêche le recueil temporaire des enfants pendant la maladie de la mère ou leur retrait par voie autoritaire lorsqu'ils sont mal soignés, mal alimentés. N'oublions pas non plus les dépenses que nous évitons de ce fait.

La rentabilité de leur action est grande sur tous les plans, puisqu'elle évite la prise en charge des placements en milieu fermé et préserve les enfants des séparations traumatisantes d'avec la famille.

L'augmentation des crédits demandés, 52.000 francs, permettra un financement accru des interventions de travailleuses familiales dans les foyers qui ne peuvent bénéficier de prise en charge par les organismes de sécurité sociale.

Mais il faut remonter encore plus avant pour donner à la prévention sa vraie place, sa pleine efficacité qui se situe avant la conception de l'enfant, avant la création de la famille.

Cette prévention initiale, ce sont l'éducation sexuelle, familiale et sociale et la régulation des naissances dont M. Poniatowski, ministre de la santé publique et de la sécurité sociale, vous a parlé à un autre titre.

Les enfants mal accueillis et « mal aimés » souffrent dans leur développement physique et psycho-moteur et se retrouvent bien souvent parmi les délinquants, ainsi que toutes les statistiques le montrent. Améliorer l'harmonie des relations conjugales ou le climat affectif d'un foyer, c'est faire remonter aussi loin que possible la prévention des causes de dissociation des familles et des troubles de la personnalité chez l'enfant.

Si les naissances surviennent au moment où elles sont désirées et souhaitées, il y a non pas toutes les chances, mais de meilleures chances pour que les enfants soient bien soignés, pour qu'ils se développent normalement, dans un milieu favorable. La santé de la famille tout entière en bénéficiera.

Les établissements d'éducation conjugale aideront aussi à préparer les jeunes à la vie d'adulte et aux responsabilités familiales et conjugales. Ces centres pourront soutenir les jeunes parents dans la tâche difficile de l'éducation des enfants, apprendre aux couples ayant des difficultés à les surmonter et à trouver leur épanouissement.

La régulation des naissances permettra aussi, par l'espacement des naissances, d'assurer à la mère et aux enfants une meilleure santé. Mais elle peut aussi faciliter les naissances et résoudre ainsi les douloureux problèmes posés par la stérilité, pouvant aller jusqu'à la dissociation du couple.

C'est sous cet angle également de prévention que j'envisage l'éducation sanitaire et sociale dont j'ai la charge.

Comme M. le rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales l'a souhaité, vous savez l'importance que j'y attache, qu'il s'agisse de la mise en œuvre de notre politique de prévention sanitaire et sociale en faveur de la mère et de l'enfant ou de l'éducation sexuelle, familiale et sociale dont je viens de parler.

Un projet de décret prévoit la création d'un conseil national d'éducation sanitaire et sociale, conseil consultatif auprès du ministre de la santé publique pour étudier les programmes d'action qui devront être réalisés par le comité français d'éducation pour la santé.

Pour permettre la réalisation par le comité français des actions définies par le conseil national, la subvention du ministère de la santé, de 580.000 francs en 1973, doit être portée à 830.000 francs.

Aussi paradoxal que cela puisse paraître, une grande partie des actions menées en faveur des personnes âgées relève de la prévention.

Celle-ci d'ailleurs, devrait s'exercer pendant toute la vie comme l'a fort judicieusement souligné Mme Anne-Marie Guillo-mard. C'est tout au long de la vie que se prépare la vieillesse, et l'esprit de curiosité, de culture ne se retrouve au troisième âge que s'il a été préparé antérieurement et — il faut le dire — dans une société de travail mieux organisée.

Encore faut-il que ce besoin de culture et de rapports humains trouve un aliment. A cet égard les initiatives se multiplient. J'ai observé avec un grand intérêt la création d'universités du troisième âge, dont le succès montre que le désir d'apprendre ne s'arrête pas à vingt ans. Il semblerait même inversement proportionnel à l'âge, si nous en croyons certains articles de presse.

Il y a aussi, d'une façon peut-être moins spectaculaire mais déjà plus généralisée, les activités des clubs dont je traiterai ultérieurement.

La politique de prévention ne peut, en effet, être la plus souvent dissociée des actions sociales et médicales particulièrement en ce qui concerne le troisième âge. C'est encore un aspect qu'il convient de souligner.

Après la prévention, j'ai dit que tout notre effort visait à rendre l'action sociale plus efficace en la traitant d'une façon globale.

Autant, en effet, la politique sociale doit éviter d'être simplement curative pour privilégier une prévention à tous les niveaux, autant elle doit, lorsqu'il s'agit de réinsérer et de promouvoir, éviter l'action au coup par coup pour prendre les problèmes dans leur ensemble, tant il est vrai que notre société se caractérise toujours davantage par l'interdépendance et la complexité croissante de tous les problèmes auxquels chacun de nous est confronté.

C'est bien de cette double constatation que procède la tâche qui a été confiée au secrétariat d'Etat que j'ai l'honneur de diriger, celle de donner une dimension nouvelle et plus globale à l'action sociale, de lui assigner des objectifs plus exigeants, en un mot plus authentiquement humains. Sans doute cette détermination repose-t-elle sur des choix politiques des pouvoirs publics, à qui il revient en démocratie de déterminer ce qui apparaît à un moment donné comme l'intérêt général. Mais il faut aussi que cette action se fonde sur la participation active et constamment suscitée des intéressés. C'est notamment dans cet esprit que nous nous sommes efforcés de rassembler et de coordonner les mesures prises en faveur des principales catégories pour lesquelles s'exerce l'action sociale : les handicapés, les personnes âgées, les familles.

Deux grands projets de lois cadres concernant les handicapés et les personnes âgées seront soumis à votre vote au cours de la prochaine session parlementaire.

Dans le même temps, un contrat de progrès, annoncé par M. le Président de la République, permettra la mise en place progressive d'un ensemble de mesures sociales.

Considérons d'abord les handicapés — dont le rapporteur pour avis, M. Blanc, a si longuement traité, ce dont je le remercie — et les personnes âgées. Je tiens à souligner que si les dispositions particulières que devront comporter les deux lois cadres dont vous serez saisis seront évidemment différentes, l'esprit qui anime ces deux textes est la même et cela pour trois raisons.

Il faut d'abord définitivement passer de l'assistance individuelle, qui met en position d'infériorité le bénéficiaire, à l'établissement d'un ensemble de droits.

Ensuite, je ne me lasserai pas de le répéter, le problème des ressources est essentiel : il faut dans les deux cas d'abord les augmenter et ensuite les garantir et nous n'avons pas encore pu, dans ce domaine, aller aussi loin que nous le jugeons nécessaire.

Enfin, il faut considérer les besoins de la personne humaine dans leur ensemble et non pas seulement le problème des ressources. Un faisceau de services, modelés selon les âges et les aptitudes, doit être mis à la disposition de ceux qui en ont besoin : les handicapés et les personnes âgées.

L'action menée par mon secrétariat d'Etat en faveur des handicapés intéresse un nombre important de Français. Vous me permettrez de citer quelques chiffres. Certains prétendent qu'ils sont un million, d'autres beaucoup plus. Un syndicat, après un recensement très exhaustif, est même arrivé au chiffre de douze millions.

Tant que notre politique du certificat de santé, définie il y a déjà trois ans, n'aura pas produit ses pleins effets, les statistiques ne nous permettront pas d'arrêter, avec une exactitude absolue, le nombre des handicapés et force est de nous contenter, pour l'instant, de ces approximations.

En tout cas, nous englobons dans cette catégorie à la fois la débilité la plus légère et l'arriération la plus profonde, en passant par les troubles du comportement qui peuvent être très passagers.

Il y a aussi un degré différent de gravité chez les handicapés physiques et les handicapés sensoriels que comprend également ce chiffre.

Nous évaluons à 400.000 les enfants et adolescents handicapés graves.

A côté des invalides du travail, des invalides de guerre et des invalides civils, qui sont couverts par une législation qui leur est propre, nous comptons 300.000 infirmes et grands infirmes relevant actuellement de l'aide sociale.

Quoi qu'il en soit, des principes communs doivent diriger l'action d'ensemble que prévoit la loi d'orientation.

Disons quelques mots d'abord des handicapés sociaux. Aux handicapés atteints d'une incapacité physique ou mentale, il faut ajouter tous ceux qui connaissent, à un titre ou à un autre, des problèmes particulièrement aigus d'insertion dans notre société,

sans qu'ils soient pourtant atteints d'un handicap physique ou mental particulièrement caractérisé.

Isolés ou membres de « familles à problèmes » — comme on dit peu élégamment — ils sont, selon les estimations et le critère retenu de l'inadaptation, entre 500.000 et 2 millions.

La prise de conscience de leurs problèmes particuliers est récente. Elle est aussi imparfaite, je le reconnais, et beaucoup reste à faire pour briser un cercle vicieux qui semble enfermer dans un processus héréditaire d'inadaptation et d'exclusion économique, sociale et culturelle un nombre important de personnes, de génération en génération.

Au moins cet effort est-il aujourd'hui entrepris et cela sur des bases d'ores et déjà solides pour ce qui concerne l'action du ministère chargé du logement comme celle de mon secrétariat d'Etat.

Un projet de loi, qui a été examiné cette semaine par le Conseil d'Etat, prévoit l'extension de la vocation des centres d'hébergement des seuls isolés aux familles connaissant des problèmes d'inadaptation sociale qui pourront y être accueillies pendant une durée maximale de deux ans et l'ouverture, à la sortie des centres d'hébergement, des établissements de travail protégé aux handicapés sociaux.

Notre politique doit s'appuyer et s'appuiera sur l'action, à laquelle je tiens à rendre l'hommage qu'elle mérite, des associations qui, sur divers plans, ont d'ores et déjà affronté ces problèmes, comme Programme d'action contre le taudis, la fédération des centres d'hébergement, Aide à toute détresse, etc.

Mon département ministériel contribue d'ores et déjà à l'action de ces associations par un effort de subvention de leurs interventions qui constituent, en liaison avec l'action des services sociaux de mes directions départementales, les formes les mieux adaptées de travail social auprès des inadaptés sociaux. Les crédits qui y sont affectés doublent pratiquement cette année.

Par contre, dans le domaine de l'action en faveur des handicapés physiques ou mentaux, l'effort entrepris depuis plusieurs années arrive, sinon à son terme, du moins à maturation, contrairement à ce qu'affirment trop de propagandes complaisantes. Le budget pour 1974 est à la fois un budget de continuation des efforts entrepris depuis plusieurs années et de préfiguration des actions nouvelles que la loi d'orientation pour les handicapés va nous permettre, je l'espère, de mettre en œuvre.

Je rappellerai d'abord les principaux progrès accomplis cette année, puis j'exposerai les perspectives ouvertes par le budget et enfin je vous donnerai la primeur des mesures de la loi d'orientation.

M. Franck Cazenave. Très bien !

Mme Marie-Madeleine Dienesch, secrétaire d'Etat. Je donnerai ainsi plus particulièrement satisfaction aux deux rapporteurs et aussi — du moins je l'espère ! — à toute l'Assemblée.

Les principaux progrès accomplis cette année concernent l'augmentation et la simplification des allocations versées aux handicapés et une recherche de plus grande rationalité — donc d'économie et d'efficacité — dans l'ensemble des interventions en leur faveur.

Pour ce qui concerne les allocations, l'effort a également porté sur les mineurs et sur les adultes.

Les allocations aux mineurs handicapés ont suivi l'augmentation non négligeable des prestations familiales, ce qui constitue, je le répète, un réel progrès.

Pour les adultes, le minimum de ressources de l'aide sociale est passé de 4.500 francs à 4.800 francs au 1^{er} juillet 1973. Il continuera d'augmenter en 1974 au rythme qui convient pour la réalisation de l'objectif de doublement en 1978 des ressources garanties aux handicapés comme aux personnes âgées, retenu par M. le Premier ministre au début de cette année.

J'ouvre ici une parenthèse : certains s'irritent de cette similitude des minima de ressources. Il faudra pourtant un jour que la nation comprenne que le handicap, quelle qu'en soit la cause, reste un handicap pour tous, et qu'un même degré de handicap exige une satisfaction sensiblement identique des besoins. On peut difficilement dissocier le handicap dû à l'âge de celui de naissance.

L'allocation aux handicapés adultes est passée, à compter de la même date du 1^{er} juillet 1973, de 1.200 francs à 1.320 francs par an. La part du revenu du handicapé attribuée sans prise en compte des ressources de la famille reste donc stable.

A ce propos, je ne défendrai pas l'impossible. Je reconnais que le système actuel d'allocations aux adultes est complexe et demeure très peu compris des intéressés, mais j'espère que la loi d'orientation établira une formulation plus compréhensible pour l'ensemble des intéressés.

L'augmentation des taux des allocations aux mineurs et aux adultes s'est accompagnée d'un effort important de simplification et d'amélioration des règles applicables, qu'ont illustré le décret du 8 mars et la loi du 10 juillet 1973. C'est déjà un progrès et vous devez nous en féliciter quelque peu pour nous inciter à poursuivre dans cette voie de la simplification,

si difficile en raison de la très grande complexité de la législation.

Une plus grande rationalisation de l'ensemble des interventions en faveur des handicapés sera l'œuvre du projet de loi sociale et médico-sociale.

Les dispositions de ce projet sont particulièrement importantes dans ce domaine, en ce qui concerne la coordination des implantations des établissements spécialisés, la coordination des actions des services sociaux, la création de fonds régionaux d'investissement, l'affirmation de l'autonomie des instituts médico-pédagogiques publics.

C'est dans la ligne de cette politique de solidarité, de prévention et de rationalisation que s'inscrivent les principales actions concrétisées par ce projet de budget.

Pour l'équipement, dans l'enveloppe « action sociale », qui connaît une progression exceptionnellement importante, passant de 218 millions de francs en 1973 à 297.500.000 francs en 1974, les crédits pour les handicapés appellent les observations suivantes :

D'abord, il faut noter une continuation de la progression globale de ces crédits : plus de 128 millions de francs d'autorisations de programme, y compris celles affectées aux établissements nationaux à caractère social. Le niveau de progression retenu permettra une égale exécution du Plan, fin 1974, dans les différents secteurs de l'action sociale.

A ce point, revenant sur un problème soulevé par vos commissions des finances et des affaires sociales, je dirai qu'il est vrai que les autorisations de programme ouvertes durant les quatre premières années d'exécution du VI^e Plan risquent de ne pas permettre la réalisation, en fin de Plan, pour le secteur de l'action sociale, de l'hypothèse dite haute, mais seulement de l'hypothèse dite normale, sauf effort exceptionnel consenti en 1975.

Mais les propositions des régions ne correspondent pas exactement aux priorités qui avaient été arrêtées au niveau national lors de l'élaboration du Plan. Cela ne nous a pas aidés. La déconcentration, que nous souhaitons tous, ne va pas sans poser de problèmes.

M. Hubert Dubedout, rapporteur spécial. Me permettez-vous de vous interrompre, madame le secrétaire d'Etat ?

Mme Marie-Madeleine Dienesch, secrétaire d'Etat. Je vous en prie.

M. le président. La parole est à M. Dubedout, rapporteur spécial, avec l'autorisation de Mme le secrétaire d'Etat.

M. Hubert Dubedout, rapporteur spécial. Vous dites, madame le secrétaire d'Etat, que les propositions des régions ne vont pas dans le sens des priorités qui ont été arrêtées au niveau national.

J'ai participé à l'élaboration d'un programme régional de développement et il est de fait que le programme arrêté, après avis des élus, est celui de l'administration et non pas celui des élus.

Si les régions ne vous suivent pas sur les orientations, c'est très probablement parce que votre administration a sa propre politique. Mais les élus des régions sont prêts à engager le dialogue, sur ce point, avec le ministre et avec le secrétaire d'Etat. (Applaudissements sur les bancs des socialistes et radicaux de gauche.)

Mme Marie-Madeleine Dienesch, secrétaire d'Etat. Monsieur le rapporteur, l'administration est une et indivisible au plan des régions et au plan national.

Les éléments de concertation ont été assez nombreux pour que les choix s'établissent dans le sens défini au plan national.

Mais la régionalisation qui demain s'ébauchera d'une façon plus satisfaisante, permettra sans doute, je le souhaite en tout cas, une meilleure synchronisation des efforts.

En tout cas, le Gouvernement a clairement montré qu'il a pleine conscience de l'enjeu en affectant, cette année, une part exceptionnellement importante des autorisations de programme du ministère de la santé aux investissements d'action sociale, soit 26,7 p. 100 du total de l'enveloppe du VI^e Plan par rapport aux 18,6 p. 100 qui étaient proposés par les régions. L'effort sera poursuivi l'an prochain.

Ensuite, on relève dans le budget une meilleure répartition des crédits d'équipement pour les handicapés. Nous pouvons noter — je pense que M. le rapporteur de la commission des affaires culturelles l'enregistre avec satisfaction — l'équilibre établi entre les équipements pour adultes et ceux pour les enfants.

De plus, une dotation spécifique est prévue pour les équipements destinés aux enfants sur-handicapés, équipements dont la nécessité demeure particulièrement pressante.

Enfin, comme beaucoup en ont émis le vœu l'an dernier, la part des crédits pour les équipements traditionnels est prépondérante, de même qu'en 1973 : environ 34 millions de francs sur 128 millions de francs sont consacrés aux équipements industrialisés.

En ce qui concerne le fonctionnement, des mesures nouvelles intéressent les enfants et les adultes. Elles portent d'abord sur l'augmentation des subventions aux associations qui progressent de 10 p. 100. Ensuite, les crédits de fonctionnement des établissements sociaux nationaux — vous l'avez noté — sont considérablement augmentés — ils dépassent 9.600.000 francs — pour tenir compte de la nationalisation des instituts départementaux d'Asnières et de Saint-Mandé.

Enfin, des crédits sont dégagés pour le contrôle des établissements. Il s'agit là d'une mesure nouvelle qui est riche de perspectives d'avenir. Cela permettra la création des dix premiers emplois d'un corps qui, à terme, devrait comprendre une centaine d'agents environ. Je l'aurais demandé depuis longtemps et cette année nous avons pu dégager des crédits.

Pour les adultes handicapés, je mettrai d'abord l'accent sur l'action de préparation et de suite du reclassement. Un crédit nouveau de 1.170.000 francs permet la prise en charge partielle du financement de neuf équipes dont l'action devra faciliter l'insertion professionnelle et sociale des handicapés. Le budget préfigure ainsi la loi d'orientation qui devrait mettre en relief le rôle fondamental de ces équipes. Je suis heureuse de constater que cette idée force, que j'avais émise à maintes reprises, trouve aujourd'hui sa première traduction budgétaire, après le dépôt des conclusions du groupe de travail dont je vous avais annoncé la constitution l'an dernier.

Notons, en second lieu, un effort de subvention pour financer les formes les mieux adaptées de travail social auprès des handicapés et inadaptés.

Je noterai essentiellement l'effort de financement des services sociaux complémentaires en faveur des catégories les plus défavorisées, tels ceux assumés par l'association des paralysés de France, les crédits passant de 800.000 à 900.000 francs.

L'aide aux organismes de coordination des établissements de travail protégé permet un financement partiel par l'Etat des services communs nécessaires à ces établissements.

L'aide au développement des aides techniques pour les handicapés moteurs constitue une intervention financière nouvelle de l'Etat.

Enfin, l'aide de mon département au logement des handicapés moteurs se poursuit cette année en faveur de l'association pour le logement des grands infirmes.

Les études menées par cette association rejoignent une des grandes orientations de la loi d'orientation pour les handicapés dont l'élaboration se termine et qui illustrera, je l'espère, un approfondissement et un renouvellement important de l'action en faveur des handicapés.

De cette loi d'orientation, je voudrais rappeler les axes essentiels, d'ailleurs déjà exposés en partie devant votre commission des affaires culturelles, familiales et sociales et confirmés et précisés par les travaux effectués depuis lors.

Il s'agit, essentiellement, de sortir définitivement de l'assistance et d'instituer un dispositif d'ensemble de compensation du handicap, pour les enfants comme pour les adultes, par les moyens suivants :

J'entends, d'abord, que soient assurées, dans tous les cas, la gratuité de l'éducation et la compensation effective des charges qu'entraîne pour la famille la présence d'un enfant handicapé.

Pour y parvenir, la loi posera le principe de la gratuité des dépenses d'éducation et celle des dépenses de réadaptation et de soins directement liées à l'éducation. Elle instituera une prestation familiale spécifique unique comportant un taux majoré lorsque l'enfant imposera des dépenses particulièrement coûteuses.

Le second objectif de la loi sera l'institution d'un système nouveau de garantie de ressources pour les handicapés adultes. Ainsi, nous simplifierons les deux ou trois allocations diverses qui sont aujourd'hui accordées et nous améliorerons le revenu de base des handicapés, qu'il s'agisse des non-travailleurs ou des travailleurs. Comme je l'ai déjà annoncé, et de la même manière que cela sera fait par la suite pour les personnes âgées, on ne tiendra pas compte de l'obligation alimentaire des familles, mais seulement des ressources du handicapé.

Pour les non-travailleurs, il faudra instituer un minimum garanti indexé sur le minimum vieillesse — dont le Premier ministre a prévu le doublement en 1978 — et dégager définitivement de l'obligation alimentaire et des récupérations tous les handicapés, quelle que soit leur situation, par ailleurs affiliés à un régime unique d'assurance maladie.

Je veux rappeler que, par rapport à leur famille, les handicapés sont dans une position un peu différente des personnes âgées. Il est donc naturel que pour eux l'action aille jusqu'à la suppression de certaines récupérations.

Pour les handicapés travailleurs, sera prévue une garantie de ressources provenant du travail. Ce sera un des éléments de l'autonomie, dont chacun pourra avoir conscience.

Il faut ensuite compenser tous les surcoûts entraînés par les handicaps, qu'il s'agisse de ceux que nécessitent l'assistance d'une tierce personne — dont la réglementation d'attribution est

aujourd'hui trop rigide — ou de ceux qu'impose l'exercice professionnel.

Ce sera l'objet d'une majoration de l'allocation, modernisée dans sa conception — faudra-t-il encore l'appeler la « tierce personne » ? nous en discuterons — et attribuée dans des conditions telles que l'incitation au travail soit effective.

Pour en terminer avec les problèmes du travail des handicapés — et je réponds à la demande de M. le docteur Blanc — je suis prête à réexaminer les règles posées par la circulaire récente sur le domicile de secours, si ces règles sont vraiment de nature à entraver le développement des centres d'aide par le travail.

Cet ensemble, complété par la possibilité d'attribuer des aides personnelles pour les différents frais, notamment d'équipements liés à l'exercice professionnel du handicapé, paraît constituer, — dans l'attente de l'institution d'un régime de prestations sociales harmonisé pour tous les handicapés, qu'ils soient actuellement bénéficiaires de l'aide sociale, invalides de la sécurité sociale ou victimes d'accidents du travail, qui pourrait être un objectif essentiel du VII^e Plan — un système plus simple et logique que l'actuel écheveau extrêmement complexe des prestations.

Le troisième objectif essentiel de la loi sera la mise en place d'un dispositif amélioré pour la mise au travail et l'accueil des handicapés adultes, que nous avons mis au point avec le ministre du travail.

Pour ce qui est de la mise au travail, les mesures principales concerneraient notamment, outre la garantie de ressources déjà évoquée : une réforme profonde des commissions départementales d'orientation des infirmes ; des mesures d'encouragement à l'emploi des handicapés par les entreprises ; l'extension de la possibilité de gestion des ateliers protégés aux entreprises ordinaires.

Pour ce qui est de l'accueil et de la vie sociale, la loi pourrait apporter les principaux progrès suivants : une amélioration notable des ressources minimales laissées aux handicapés hébergés ou hospitalisés ; l'accessibilité progressivement généralisée des locaux d'habitation et des bâtiments ouverts au public — et là, notre action a été menée en accord avec le ministre de l'équipement ; des mesures visant à faciliter l'accès aux moyens de transports collectifs ; enfin, pour les plus atteints, la création d'établissements spécialisés adaptés à leur état et agréés par la sécurité sociale, établissements dont M. Blanc a rappelé l'importance.

Le quatrième grand axe de ce texte est celui d'une poursuite de l'effort que j'ai entrepris pour la coordination et l'harmonisation des actions en faveur des handicapés.

L'institution de commissions départementales de l'éducation spéciale et de commissions techniques d'orientation, plaques tournantes dans chaque département de l'éducation ou du reclassement professionnel et disposant d'équipes pluridisciplinaires appelées à connaître de l'ensemble des problèmes qui se posent aux handicapés, constituera un progrès fondamental. La conjonction des interventions des différents ministères intéressés, déjà réalisée au niveau national par l'institution du comité interministériel pour les handicapés, se poursuit donc au plan départemental. Si ce comité ne s'est pas réuni plus souvent, c'est parce que l'entente régnait au sein de la commission permanente.

Enfin, le projet de loi que j'aurai l'honneur de vous soumettre prévoira la participation des handicapés à toutes les actions menées en leur faveur à la fois dans la prise des décisions individuelles qui les concernent et par leur représentation organisée auprès des pouvoirs publics.

Pour les décisions individuelles, la loi leur donnera la possibilité d'un dialogue effectif avec les diverses instances qu'elle instituera.

La représentation organisée auprès des pouvoirs publics sera consacrée par l'institution auprès du comité interministériel d'un conseil consultatif — les associations l'ont depuis longtemps demandé — où seront représentés les différents organismes représentatifs des intérêts des handicapés et de leurs familles. Sans attendre l'institution officielle de cette concertation, j'ai engagé avec eux le dialogue. Si l'élaboration de ce projet a été un peu longue, c'est parce que j'ai voulu qu'il fasse l'objet d'une consultation interministérielle approfondie et d'une concertation effective avec les organismes et associations représentant les handicapés et leurs familles.

Non, il n'y a pas une « honteuse carence » de l'Etat, même si l'action menée n'a pas pu être complète, si sa réalisation a connu parfois quelques aléas. Pour tous ceux qui font preuve d'un minimum d'information et d'objectivité, il y a eu une prise en main de ce problème si longtemps ignoré, et nous pouvons sans mentir faire naître chez les familles le réconfort et l'espérance. (Applaudissements sur les bancs de l'Union des démocrates pour la République, des républicains indépendants et de l'Union centriste.)

Comme pour les handicapés, l'idée directrice de toute ma politique vis-à-vis des personnes âgées est avant tout le respect et le maintien de l'autonomie de la personne.

Il faut que la personne âgée prenne elle-même sa vie en main. C'est ainsi que nous nous efforçons de maintenir le plus longtemps possible les personnes âgées à leur domicile, de leur donner une information complète qui leur permette de faire valoir leurs droits et de choisir les aides qu'elles désirent, de leur offrir un hébergement humain et digne dans le grand âge.

J'ai donc lancé en 1970 un programme finalisé de maintien à domicile des personnes âgées. La caractéristique de ce programme, c'est que les crédits de fonctionnement qui permettent d'utiliser les équipements sont prévus année par année simultanément.

Pour 1974, je vous demande donc, au titre du programme finalisé, une augmentation de crédits de fonctionnement de 50 p. 100, puisque ceux-ci doivent passer de 8 millions en 1973 à 12 millions en 1974, et une augmentation de crédits d'équipement de 86 p. 100, puisqu'ils vont passer de 37 millions en 1973 à 69 millions en 1974.

Grâce à ces crédits, une centaine de secteurs comprenant des clubs, des restaurants, des foyers-logements, le cas échéant des centres de jour, seront créés en 1974.

J'attache une importance prioritaire à l'aide ménagère. J'envisage, au vu des études actuellement poursuivies à ce sujet avec le concours de l'inspection générale des affaires sociales et dans le cadre des réunions préparatoires de la loi cadre relative au troisième âge, de faire de l'aide ménagère une prestation légale.

Le programme finalisé prévoyait, parmi les services médicaux, la création de centres de jour pour personnes âgées. Ceux-ci ont fait l'objet de réalisations expérimentales.

Compte tenu des enseignements que j'ai pu en tirer, j'ai fait établir une circulaire donnant un cadre général à ces actions, dont le texte est actuellement soumis à la consultation des caisses nationales de sécurité sociale.

En ce qui concerne les crédits d'hébergement prévus par le programme finalisé, non seulement nous respectons la programmation prévue — 40 millions de francs — mais encore nous ferons face à des besoins de modernisation de quelques maisons de retraite et à quelques réalisations nouvelles qui se révèlent indispensables.

La loi cadre sur les personnes âgées, qui est en préparation, assurera la pérennité de ces services et en groupera de nouveaux. Je fais étudier, dans ce cadre-là, différentes propositions concernant en tout ou partie l'exonération du ticket modérateur, la gratuité des transports, l'amélioration du logement, l'adaptation des règles d'attribution de la tierce personne.

Je le répète, il faut aussi offrir des services d'information aux personnes âgées qui doivent être traitées en véritables citoyens. La politique d'information est un des moyens principaux pour éviter la dépendance.

Depuis septembre 1969, j'ai mis en place des comités départementaux d'information des personnes âgées qui ont un rôle essentiel de coordination, puisqu'ils regroupent des représentants des organismes sociaux, des personnes âgées, de l'Etat, des syndicats et tous ceux qui concourent à cette politique globale en faveur des personnes âgées.

Le crédit prévu pour cette action va susciter, je l'espère, des initiatives complémentaires. D'ores et déjà, il a permis l'impression d'une brochure, qui sera mise à la disposition de ceux qui sont chargés de l'information des personnes âgées. Le texte en a été établi à ma demande par une commission du comité national d'information des personnes âgées présidée par M. Robert Prigent, avec la précieuse collaboration de la caisse nationale d'assurance vieillesse.

Il convient enfin de prendre des dispositions pour maintenir la plus grande autonomie possible — elle n'est plus toujours très grande — et surtout une plus grande humanité pour les plus âgés, pour ce qu'il est convenu maintenant d'appeler le quatrième âge. Cet objectif entraîne la nécessité d'un hébergement social ou médical.

C'est pourquoi j'ai favorisé le lancement, par la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, d'un programme de treize établissements de soins agréés pour la réadaptation fonctionnelle mais comportant des lits de long séjour.

C'est dans cet esprit aussi que les crédits d'équipement destinés aux maisons de santé pour personnes âgées passera de 56,3 millions de francs en 1973 à 70,9 millions en 1974. Nous voulons des maisons de santé agréables pour nos grands vieillards. La caisse nationale de vieillesse accordera pour l'humanisation des lits pouvant aller jusqu'à 60 p. 100, au lieu de 40 p. 100 actuellement, et le Gouvernement, à l'initiative de M. le ministre de la santé publique et de la sécurité sociale, lance un emprunt destiné à l'équipement hospitalier dont une part importante sera consacrée à l'humanisation des établissements qu'on appelait jadis les hospices, avec un léger mépris.

Quant aux familles, M. le ministre a déjà exposé les mesures prises en leur faveur. Je n'y reviens donc pas.

Ces mesures constituent un environnement amélioré pour la protection de la mère et de l'enfant, dont j'ai plus particulièrement la responsabilité. Je dirai seulement qu'il existe des

querelles de mots, qui me paraissent bien vaines, sur la valeur respective de ces différents modes de garde. A notre avis, ils doivent être diversifiés pour répondre aux besoins, non théoriques mais concrets, des mères de famille qui travaillent loin de leur foyer. Il convient de tenir compte de la situation démographique, de la situation de l'emploi féminin, de l'implantation des équipements sociaux : placements dans une crèche collective, placements dans une crèche familiale, entrée à l'école maternelle pour les plus grands, placements nourriciers.

Nous ne devons négliger aucune de ces possibilités : dont l'ensemble, finalement, couvre une fraction non négligeable des besoins : 40.000 places en crèches collectives, 178.000 en crèches familiales et chez des nourrices agréées, 370.000 en école maternelle. J'ai déjà pris de nombreuses mesures pour assurer le contrôle de leur valeur et la qualité des gardiennes.

Nombre de pédiatres et, non des moindres, ont démontré que l'ambiance familiale est meilleure en soi pour le développement affectif et psychomoteur des tout petits. Nier cette conclusion, c'est véritablement faire marche arrière. Cela n'empêche nullement de reconnaître la valeur éducative pour la mère et l'enfant des crèches collectives. M. le ministre en a déjà parlé.

La mise en place de crèches familiales demande un effort particulier de formation des personnels nécessaires.

Je dirai, au sujet de ces personnels, dont j'ai la responsabilité, que trop de constatations voient le jour qui semblent ignorer totalement un passé très récent.

Faisons le point. Depuis 1970, un effort progressif a été poursuivi. En effet, il y a quelques années, tous les jeunes qui poursuivaient leur formation paramédicale ou sociale devaient payer leurs études, à quelques exceptions près, dont les éducateurs spécialisés qui ont certes une tâche très difficile mais qui ont, par rapport aux autres travailleurs sociaux, une avance du point de vue des rémunérations et des bourses. Il y a quelques années aussi, les travailleurs sociaux n'avaient pas le bénéfice de la sécurité sociale des étudiants, pas plus que les infirmières, et n'étaient pas admis dans les restaurants universitaires.

Depuis lors, j'ai obtenu la gratuité des études pour les infirmières et pour l'ensemble des travailleurs sociaux dont le montant des frais de scolarité sera ramené à 200 francs en 1974, alors qu'en 1972 certains étudiants devaient payer, pour leur formation, des sommes importantes atteignant 2.000 francs et plus par an, sans que les écoles puissent pour autant faire face à leurs obligations.

M. le ministre a parlé de l'action en faveur des puéricultrices. J'ai demandé aux préfets de la région parisienne, où les besoins sont les plus urgents, de créer deux et si possible trois écoles nouvelles dès 1973. Nous avons donc rattrapé, en trois années, un retard important, et la plupart des objectifs que je m'étais assignés ont été atteints, de même qu'en ce qui concerne l'augmentation des effectifs en formation et la modernisation des programmes.

Le doublement des effectifs d'infirmières en formation a été obtenu en moins de dix ans et le fait que 50 p. 100 d'entre elles sont recrutées aujourd'hui parmi des bachelières prouve que la profession n'a pas tout à fait perdu son attrait pour une jeunesse généreuse. Il importe de leur assurer une carrière qui leur permette de soutenir leur foyer et leur ouvre les perspectives d'avenir dont a parlé M. le ministre.

L'ensemble des mesures que nous avons mises au point, contribuera, j'en suis certaine, à marquer, dès l'an prochain, un net progrès. Mais peut-être faudra-t-il un jour poser la question d'une rémunération exceptionnelle tenant suffisamment compte de la pénibilité du travail et, particulièrement, des astreintes du dimanche et de la nuit. Il est vrai que cela risque d'entraîner un bouleversement, auquel je ne verrai personnellement aucun inconvénient, de la hiérarchie des rémunérations fondée aujourd'hui essentiellement sur les diplômes, conformément à une tradition nationale très solidement installée.

Il faudra en outre que l'effort du Gouvernement soit accompagné d'un effort de toutes les professions pour que la vie professionnelle de l'hôpital soit plus humaine. Le mot « paramédical » ne veut pas dire « subalterne » et les médecins les meilleurs savent bien le prix irremplaçable d'une infirmière dans l'équipe de santé. Je suis en train d'entreprendre une étude sur les responsabilités réelles qu'est amenée à prendre l'infirmière et qui dépassent bien souvent celles que leur attribuent les textes.

A une époque où la multiplication des techniques conduit à la parcellisation des formations et des professions, le conseil supérieur des professions paramédicales, que j'ai créé, rendra plus facile la mise au point des passerelles et des équivalences entre les professions. Je le réunirai bientôt. Je pense ainsi rassurer M. le rapporteur pour avis, le docteur Blanc.

Pour les travailleurs sociaux, le retard par rapport aux crédits dont bénéficient les autres étudiants commence à être rattrapé. Ils ont plus que doublé de 1972 à 1974. Désormais, toutes les

catégories de travailleurs sociaux bénéficient non seulement de la gratuité, mais encore de bourses. C'est ainsi que les éducatrices de jeunes enfants, anciennes jardinières d'enfants, pourront percevoir une bourse.

Les personnels de l'enfance inadaptée bénéficient, eux, d'un régime plus avantageux.

Le fonds national des bourses qui résulte d'un protocole entre employeurs, leur alloue des bourses de formation qui étaient l'an dernier de 500 francs par mois. Des études sont actuellement entreprises pour aboutir à la prochaine rentrée scolaire à un système plus rationnel d'aide aux étudiants sociaux en formation.

Les crédits accordés au fonds de la formation professionnelle ont sextuplé depuis 1971, puisqu'ils sont passés de 3 millions 600.000 francs à 21.500.000 francs en 1974. Ils étaient de 18 millions de francs en 1973.

Grâce à l'appui du Premier ministre, le quota des bourses du fonds national de l'emploi a été presque doublé pour 1974. Trois mille élèves et travailleurs sociaux bénéficient d'une rémunération au titre de la promotion sociale.

A ces actions s'ajoutent celles des fonds d'assurance formation qui sont créés dans les services et établissements du secteur social. Nous formons 3.200 personnes au titre de l'action d'adaptation.

En 1972, on recensait 14.147 étudiants travailleurs sociaux en formation alors qu'il y en aura plus de 18.000 en 1974.

Ces travailleurs sociaux doivent participer ensemble à une action sociale non parcellaire et c'est pour briser les cloisons trop étanches, pour apprendre aux futurs agents de l'action sociale à travailler ensemble, qu'il faut d'abord les former en commun, les perfectionner en commun, les promouvoir en commun. Tel sera le rôle des instituts régionaux de formation des travailleurs sociaux dont j'ai préconisé la création et qui depuis deux ans sont progressivement mis en place.

De cette formation en commun de dégagera un nouveau profil du travailleur social aussi éloigné des conceptions historiques de l'assistance individuelle curative que des conceptions irréalistes jointes à un vocabulaire à la mode. L'action sociale est faite, par priorité, vous l'avez dit monsieur Blanc, pour les individus qui nous entourent, que l'on côtoie. Elle n'est pas au service d'une abstraction. Néanmoins, il est certain que la nature de leur travail et l'évolution d'une société — dont nous voulons tous qu'elle se réforme profondément — entraînent de légitimes préoccupations chez les travailleurs sociaux. Je m'attache à mettre en place des structures de dialogue pour leur permettre de faire part de leurs expériences et de leurs suggestions dans ce domaine.

Je reconnais, avec MM. les rapporteurs, que l'effort considérable que vous avez consenti depuis plusieurs années en faveur de la formation des travailleurs sociaux exige une vérification plus approfondie et plus fréquente de la qualité des personnels.

Comme le souhaite M. Blanc, des groupes de travail doivent rapidement m'apporter leur réponse.

Je ne parlerai pas de l'amélioration des carrières des infirmières, sujet traité par M. le ministre de la santé publique et de la sécurité sociale.

Mon propos a peut-être été un peu long, monsieur le président, mais l'action sociale occupe une place qui n'est pas mineure.

Nous avons fait face, et je m'en réjouis, à une accélération du rythme de formation des travailleurs sociaux. Nous veillerons à mieux définir, avec eux, leurs conditions de travail et leurs objectifs.

A travers tous ces développements, j'espère vous avoir fait mieux ressentir combien l'action sociale était fondamentale pour affirmer concrètement le respect dû à l'individu, quel qu'il soit, quel que soit son degré de capacité productive, quelle que soit sa capacité d'assumer les changements, quels que soient sa force et son pouvoir.

A ce titre, elle constitue un élément essentiel dans la recherche d'une société moins cloisonnée et plus ouverte, moins soumise aux contraintes de toute nature et plus libre, moins égoïste et plus solidaire.

Quels que soient nos philosophies propres et nos engagements divers, ne sont-ce pas là des objectifs que nous pouvons tous faire nôtres ? N'y a-t-il pas, en définitive, dans cette convergence même, l'un des plus sûrs garants de l'harmonie et du renouvellement de notre société et de notre foi dans le destin de l'homme ? (Applaudissements sur les bancs de l'union des démocrates pour la République, du groupe des républicains indépendants et de l'union centriste.)

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

M. Jean Narquin. Monsieur le ministre, j'enchaînerai immédiatement sur l'un des chapitres les plus préoccupants, vous en êtes vous-même convenu, du discours optimiste que vous avez prononcé. Il s'agit de la situation des infirmières, que les rapporteurs, MM. Dubedout et Blanc, et à l'instant Mme le secrétaire d'Etat, ont évoqué avec gravité.

Les mesures que vous présentez, pour positives qu'elles soient, n'épuisent pas le débat. Au contraire, elles nous donnent l'occasion de l'élargir car elles marquent la prise de conscience tardive d'un problème dont on commence enfin à débattre largement.

Le déficit des effectifs atteint véritablement une cote d'alerte. Aujourd'hui la place de l'infirmière dans l'équipe médicale gagne en importance, ce qui pose aussi le problème de sa qualification, qui doit s'accroître en fonction des matériels compliqués et coûteux qu'elle utilise, des traitements complexes qu'elle administre et qu'elle surveille.

Les causes de cette situation sont bien connues.

C'est d'abord le niveau des salaires qui ne semble tenir compte, ni de la formation indispensable ni de la responsabilité assumée. Essentiellement féminine, la profession d'infirmière subit tout naturellement la dépréciation qui touche bien souvent les emplois occupés par les femmes.

Qui pourrait comprendre que leur indemnité horaire de nuit soit quatre fois inférieure à celle que perçoivent les balayeurs des P. T. T. ? Qui peut admettre que le service du dimanche et des jours de fêtes ne soit compensé que par deux heures de salaire supplémentaire alors que la majoration est de 50 p. 100 à 100 p. 100 dans la métallurgie et la chimie ?

Cette désaffection pour le métier d'infirmière est due également aux conditions de travail, et notamment aux horaires. Au moment où l'unanimité semble enfin se faire sur la nécessité d'aménager prioritairement les horaires de travail de la femme active, dans tous les secteurs, les infirmières sont victimes d'une carence vraiment inadmissible.

Enfin il y a ce manque de considération qui fait que là, plus qu'ailleurs, aucune concertation n'existe. La plupart du temps tenues à l'écart des comités techniques paritaires, les infirmières ne participent pas aux délibérations où leur contribution serait pourtant essentielle.

Les conséquences de cet état de choses sont illustrées par cette constatation : le métier d'infirmière est le plus instable de tous et vous avez vous-même souligné, monsieur le ministre, qu'avec une durée de carrière qui bat tous les records de brièveté, il est maintenant devenu une activité de transit. Les raisons d'y entrer sont inversement proportionnelles aux motifs d'y rester.

Monsieur le ministre, nous connaissons vos solutions — tout au moins dans la mesure où nous lisons les journaux. J'admets qu'elles représentent la première tentative globale de régler ce délicat problème, sans pour autant dissiper l'inquiétude qui subsiste.

D'abord, vous souhaitez la promotion professionnelle des aides soignantes qui devront pouvoir accéder plus largement à la profession d'infirmière. Je partage ce souhait, mais il faut qu'il s'agisse d'une promotion véritable et non d'une intégration hâtive qui, généreusement présentée, n'aurait d'autre résultat qu'un nivellement par le bas au moment où, au contraire, l'évolution générale des techniques médicales doit conduire à une formation de plus en plus poussée.

Veillons alors à ne pas nous engager dans une évolution qui compromettrait la sécurité des malades et qui irait à l'encontre de l'évolution enregistrée dans tous les pays européens.

Il existe, en effet, vous le savez, une tendance qui préconise la réduction de la durée des études, avec ses conséquences inévitables sur le niveau du diplôme. Or j'observe que l'accord européen sur la formation du personnel infirmier nous révèle que le niveau des études est, en France, inférieur au minimum établi.

Sur ce point de la formation, je prends note du projet de création d'écoles d'infirmières dans des hôpitaux de 200 à 250 lits. Mais je ne suis pas certain que le terrain de stage ainsi offert aux étudiantes permettra une formation véritablement polyvalente dans des unités qui ne comprennent jamais plus de 150 lits de médecine vraie, et je crains une qualification au rabais.

Ensuite, vous voulez augmenter la capacité numérique de formation dans les écoles d'infirmières. Monsieur le ministre, cette initiative est bonne, mais elle ne répond pas exactement au problème posé. Nous avons formé dans le passé beaucoup d'infirmières. Ce qu'il faut, c'est stabiliser les effectifs, sinon les 23.000 candidates infirmières qui sont en cours d'études s'enfuieront, elles aussi, comme les précédentes. Il me paraîtrait logique d'essayer d'arrêter l'hémorragie plutôt que de transfuser en permanence, compte tenu des dépenses que comporte ce choix.

L'engagement pris en ce qui concerne la réforme de la catégorie B est également un élément positif. Il aurait été souhaitable qu'elle ininterrompue plus tôt au lieu de la repousser au 1^{er} janvier 1974.

Mais il faut aller plus loin encore dans l'amélioration de la condition des infirmières.

D'abord, en permettant une véritable participation à la vie de l'hôpital. Actuellement les comités techniques paritaires sont constitués par des membres désignés — toutes catégories confondues — suivant les résultats obtenus aux commissions administratives. Cette formule a une conséquence, en quelque sorte mathématique : écrasées numériquement par les personnels de

service, les infirmières sont exclues des comités techniques, ce qui est profondément anormal car l'hôpital, c'est d'abord de la médecine. L'équité et l'efficacité des comités exigeraient que les infirmières disposent d'une représentation spécifique et protégée.

D'autre part, il serait utile que la concertation existe vraiment entre les médecins, l'administration et le personnel médical. Une commission ad hoc permettrait de traiter les problèmes vraiment médicaux de l'établissement et rendrait aux infirmières le minimum d'audience, de considération et d'influence auxquelles elles ont droit.

Mais je voudrais essentiellement insister sur la structure du temps de travail, car c'est sans doute le point fondamental.

Toutes les études, analyses et sondages ont révélé la faveur que connaît, chez les femmes professionnellement actives, la formule du travail à mi-temps. Une initiative timide a été enfin prise. Mais elle est assortie d'un si grand nombre de conditions et de précautions qu'elle n'a pas une véritable valeur probatoire.

Il est nécessaire et urgent de faire, à l'hôpital notamment, une expérience exemplaire de travail à mi-temps. Une écrasante majorité des infirmières y est favorable. On opposera, à défaut des arrière-pensées de ceux qui sont hostiles par principe à cette solution, les préférences des malades. Mais ceux-ci doivent savoir que le choix, pour eux, n'est déjà plus entre une infirmière à plein-temps ou à mi-temps, mais entre une infirmière à mi-temps et pas d'infirmière du tout.

Je me réjouis, monsieur le ministre, de votre souci d'aborder globalement le problème, mais je crois qu'il faut aller encore plus loin que les initiatives que vous avez prises.

Un personnel hautement qualifié ne peut pas indéfiniment accepter une situation dégradée, mal payée, peu considérée, au motif qu'il ne constitue pas une puissante force d'intimidation capable d'imposer par elle-même ses solutions.

La profession vous suggère des mesures raisonnables dont la portée technique et psychologique est capable de renverser la tendance.

Je souhaite que vous y prêtiez attention avant qu'il ne soit trop tard. (Applaudissements sur les bancs de l'union des démocrates pour la République et du groupe des républicains indépendants.)

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

M. André Rossi. Monsieur le ministre, notre groupe a examiné avec beaucoup d'attention les différents budgets du projet de loi de finances pour 1974. Il note avec satisfaction que le vôtre est l'un des rares qui marque une augmentation sensible de ses crédits et renferme un certain nombre d'initiatives diverses et intéressantes.

C'était d'ailleurs nécessaire dans la mesure où l'on veut essayer de rendre l'espoir à un secteur délaissé depuis trop longtemps, pour ne pas dire abandonné, de l'équipement public.

On peut d'ailleurs se demander quelle est la raison de cette absence d'intérêt. Probablement tient-elle au fait qu'il n'existe pas de lobby des hôpitaux, ni de groupe de pression comme il en existe pour d'autres équipements publics. De même, leurs personnels, qui ne relèvent ni de l'Etat, ni des municipalités, sont quelque peu cloisonnés dans leurs revendications et, de ce fait, ont beaucoup plus de mal à faire entendre leur voix.

Je n'ai pas besoin de développer longuement ce qu'on appelle « la grande misère des hôpitaux de France », tant au niveau des bâtiments et des équipements techniques qu'au niveau de l'insuffisance numérique du personnel. Le rapporteur de la commission des finances, M. Dubedout, a estimé que 60.000 lits d'hôpitaux et 100.000 lits d'hospice seraient à rénover. Je crois que ces chiffres valent un long commentaire. Vingt pour cent d'augmentation globale, voilà un pourcentage qui mérite d'être noté.

Je n'insisterai pas, faute de temps, sur les dépenses de fonctionnement. Leur accroissement tient surtout à l'augmentation des dépenses d'aide sociale et des subventions accordées à certains régimes spéciaux de retraite et d'assurance.

En revanche, je m'étendrai davantage sur les crédits d'investissements. Certains secteurs ont, je l'ai constaté, particulièrement retenu votre attention, monsieur le ministre, notamment les C. H. R. et les hôpitaux généraux non C. H. R., qui bénéficient d'une augmentation de crédits de 59 p. 100.

Bien que je me sois promis de ne pas personnaliser mon propos, puisque j'interviens au nom de mon groupe, je n'ai pu que m'en réjouir.

Je voudrais cependant, une fois de plus, faire une double observation sur les remarques qui ont été présentées par le rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, qui estime qu'à cette cadence nous allons dépasser l'hypothèse haute du VI^e Plan lorsque celui-ci s'achèvera.

Il faut d'abord se demander — première observation — si la régionalisation de ces crédits a été bien assurée car les expériences que l'on peut faire ici et là ne démontrent pas nécessairement qu'on arrivera partout à l'hypothèse haute. Il faut aussi se demander si, compte tenu de la hausse des prix,

cette hypothèse haute ne doit pas, en définitive, être considérée comme l'hypothèse basse de 1971.

Je crois d'ailleurs qu'il faut compter là, non pas en millions de francs mais en nombre d'établissements réalisés.

Pour reprendre l'ensemble des différentes catégories d'établissements où l'augmentation des crédits se chiffre alors en moyenne à 29 p. 100, il faut tenir compte des 230 millions de francs de possibilités d'emprunt. Sans contester l'intérêt de tout complément de crédits, quelle qu'en soit la nature, il convient toutefois de constater que cet emprunt va se traduire par un relèvement des prix de journée. J'ai noté avec intérêt qu'il était permis d'espérer un prêt de la caisse nationale d'assurance vieillesse. J'espère que ce prêt ne viendra pas en déduction des compléments généralement apportés par les caisses régionales au financement des établissements hospitaliers. Les prix de journée sont déjà très lourds et rien ne nous assure qu'ils seront acceptés d'ici quelques années, faute de quoi, les hôpitaux seraient alors contraints de réduire les crédits affectés à d'autres postes, tels que le personnel ou la modernisation des équipements. C'est pourquoi cet emprunt, dont nous ne contestons pas le principe, nous apparaît plutôt comme un demi-avantage.

En réalité, il ne faut pas se contenter d'apprécier un budget en pourcentages d'augmentation, tant il est vrai que les dotations antérieures étaient insuffisantes. Nous sommes en effet dans un domaine un peu comparable à celui du téléphone, c'est-à-dire un secteur où la sous-estimation des besoins a été presque systématique au moment de la préparation du VI^e Plan. C'est pourquoi j'estime que ce sont les objectifs mêmes de ce Plan qu'il faudrait revoir avant son achèvement si l'on ne veut pas attendre quinze ans pour donner à ce pays un équipement sanitaire normal.

En ce qui concerne l'action sociale, je me bornerai à trois brèves observations.

Première observation : un projet de loi sur les handicapés mineurs et adultes est annoncé. Il était temps en effet de regrouper et de coordonner une action qui s'est exercée au fil des années par bribes et sans plan d'ensemble.

Ma deuxième observation, elle aussi, favorable, concerne l'augmentation des crédits destinés au maintien à domicile des personnes âgées valides. C'est une politique qu'il convient effectivement de poursuivre pour limiter la ségrégation à laquelle on avait pris l'habitude de condamner le troisième âge.

Ma troisième observation est plus interrogative et porte sur le fonctionnement des crèches. Certes l'Etat envisage d'augmenter les subventions des communes pour la construction et vous avez donné des précisions fort intéressantes à ce sujet. Mais en fait le fonctionnement est très lourd même si la subvention est portée au niveau des 30 p. 100 annoncés. C'est probablement ce qui explique le nombre encore trop limité des crèches en France.

La cause, d'ailleurs, n'est pas seulement d'ordre budgétaire. Elle tient aussi aux difficultés de recrutement du personnel, et plus spécialement des puéricultrices. Cette observation me conduit au problème plus général du personnel hospitalier.

Vous avez bien voulu annoncer récemment à Lyon — je l'ai lu dans la presse — un nombre de mesures intéressantes, qui vont de la promotion des aides soignantes — qui devraient fournir 30 p. 100 au moins des élèves infirmières — jusqu'au travail à mi-temps, en passant par le règlement de certains problèmes catégoriels.

Vous avez fait, à cette occasion, une excellente analyse des causes de la désaffection du personnel paramédical en constatant que 40 p. 100 des infirmières abandonnent dans les premières années de la profession, ce qui suffit à décrier, sans autre commentaire, l'ampleur du malaise qui règne parmi le personnel paramédical.

Mais je voudrais ajouter à votre analyse un autre élément qui me paraît important. C'est le problème de la rémunération.

On ne réglera pas le problème des effectifs en faisant accéder les aides soignantes au rang d'élèves infirmières si, à la sortie de l'école, celles-ci ne touchent que 1.400 francs par mois dans la région parisienne — c'est-à-dire au plus haut niveau — et moins encore en province.

L'importance et la lourdeur des sujétions doit se rémunérer surtout lorsqu'on connaît la concurrence acharnée à laquelle se livre le secteur privé vis-à-vis de nos hôpitaux, eux-mêmes astreints à des règles précises. Il ne faut pas omettre non plus, pour ajouter à ce malaise, les appels au personnel occasionnel, qui créent des discriminations de traitement, souvent à l'intérieur d'un même établissement, et pour des travaux absolument identiques.

Ce problème de la rémunération présente d'ailleurs un grand nombre d'aspects catégoriels, et plus particulièrement pour le personnel d'entretien où l'on assiste à une sorte de « balkanisation » des grilles d'origine. En fait, à ce stade des manipula-

tions successives suivies par les classements d'origine, je crois, monsieur le ministre, que le moment est venu d'envisager la grande révision d'ensemble de la grille hospitalière.

Si j'ai évoqué, monsieur le ministre, le secteur privé, c'est parce que la longue désespérance qui atteint tous ceux qui s'intéressent à l'hospitalisation publique les amène souvent à craindre qu'on ait voulu, en refusant de régler à temps ses problèmes, favoriser ainsi le secteur privé. Les mesures que vous avez prises nous rassurent, d'autant que ne pouvait pas durer plus longtemps cette situation scandaleuse où le secteur privé s'assure de substantiels profits en traitant les cas qui n'exigent pas d'investissements techniques importants, tandis que le secteur public se voit confier la charge des traitements dispendieux, autrement dit les malades que les cliniques privées n'ont pas voulu accueillir.

Telles sont, monsieur le ministre, les principales observations qu'au nom de mon groupe je tenais à présenter.

Ce budget est encourageant. Il reflète le dynamisme du ministère et il apparaît, tant en crédits qu'en initiatives diverses, comme le signe d'une volonté de prendre en considération ce secteur mal aimé de l'équipement public, car chacun reconnaît que c'est probablement le secteur le plus sacrifié du VI^e Plan.

Nous souhaitons donc qu'en ce domaine vous puissiez bénéficier, au lieu de plans quinquennaux, de plans triennaux, de plans glissants même, comme il en existe, pour rattraper le retard, en faveur des constructions scolaires.

Vous seriez ainsi, monsieur le ministre, libéré de bien des contraintes et vous pourriez sans doute vous détacher de certaines références dont j'ai dit qu'elles étaient insuffisantes. Ce serait le moyen d'assurer un véritable rattrapage du retard pris. (Applaudissements sur divers bancs.)

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

M. Jean Desanlis. Mesdames, messieurs, pour la seconde fois en moins d'une semaine, de cette tribune, il me faut évoquer les difficultés que rencontre l'organisation de la médecine scolaire dans de nombreuses régions. En effet, de nombreux postes se trouvent vacants par suite de départs à la retraite. Certaines régions scolaires sont dépourvues de médecins, et de nombreux élèves n'ont pas été examinés depuis plusieurs années.

Les troubles de la croissance ne sont pas toujours assez évidents, aux yeux des parents, pour que le médecin de famille soit consulté systématiquement chaque année. Or la visite médicale annuelle confie les enfants aux mains d'un spécialiste compétent, dont l'œil averti décele ce que les parents ne peuvent pas toujours découvrir, par habitude ou par négligence.

Puisqu'on parle beaucoup de prévention à notre époque, nous insistons pour que celle qui doit être pratiquée en milieu scolaire ne soit pas oubliée. Les trop nombreux postes vacants doivent être pourvus dès que possible.

La santé, c'est un peu comme la liberté ; il n'y a que ceux qui en sont privés qui en connaissent vraiment le prix.

L'effort solidaire de tout pays doit se porter vers les malades, mais aussi vers les invalides et les handicapés physiques ou mentaux qui, parfois, sans souffrir, n'en connaissent pas moins les difficultés de vivre, qu'il leur faut apprendre, avec le temps, à supporter. La médecine et la pédagogie ont réalisé, ces dernières années, beaucoup de progrès dont nous devons faire bénéficier tous les infirmes physiques ou mentaux, surtout les enfants que le destin fatal a fait naître dans des conditions que nous ne devons pas nous contenter de regretter.

Nous devons, actuellement, réaliser un véritable quadrillage du territoire par des établissements spécialisés, à buts et à moyens diversifiés. Certaines régions de France sont encore sous-équipées ; les directions départementales d'action sanitaire et sociale ne peuvent pas, sans les crédits nécessaires et le personnel compétent, satisfaire tous les besoins. Des œuvres charitables, des organismes spécialisés se dépensent chaque jour au service des invalides de toutes conditions ; or il nous a semblé que les subventions qu'on leur accorde ne sont pas en proportion de leur dévouement.

Avant de conclure, je vous rappelle, monsieur le ministre, que je vous ai posé le 7 juillet dernier une question écrite à laquelle je souhaiterais obtenir prochainement une réponse. En effet, à la suite d'un accident, les tribunaux décident parfois le partage de la responsabilité entre la victime et l'auteur de l'accident. Dans ces nombreux cas, les services de sécurité sociale, auxquels le partage de responsabilité n'est pas opposable, se remboursent automatiquement de l'intégralité des prestations versées sur l'indemnité revenant à la victime, indemnité déjà réduite par le partage de responsabilité. Très souvent, l'indemnité accordée aux victimes, y compris la part relative au *premius doloris*, sert dans sa totalité à rembourser la sécurité sociale. En fin de compte, ces victimes se retrouvent souvent diminuées physiquement, moralement et économiquement, leurs seules ressources restant la maigre pension versée par l'organisme de sécurité sociale. Elles ne peuvent même pas disposer du capital qui devrait avoir pour objet de compenser le trouble apporté à leur situation.

Il devrait être admis que le partage de responsabilité est applicable aux caisses de sécurité sociale et que le remboursement des frais engagés par la sécurité sociale ne puisse être imputé sur la compensation financière du *pretium doloris* subi par la victime.

Monsieur le ministre, nous tolérons difficilement cette injustice flagrante et nous attendons les mesures équitables, tout simplement humaines, qui conviennent en pareils cas. (*Applaudissements sur divers bancs.*)

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

M. Gilbert Millet. Nice, Caen, Rennes, Nîmes, Saint-Etienne, Tours, Clermont-Ferrand, Lyon, Paris et sa région avec la Salpêtrière, Lariboisière-Saint-Louis, Cochin, Henri Mondor, l'Institut Pasteur, voilà quelques villes ou quelques établissements, parmi beaucoup d'autres, où se sont déroulées ces tout derniers mois et ces jours-ci encore des luttes sous des formes diverses, pour des objectifs différents, mais toutes centrées sur la défense de la santé.

Ce sont les étudiants qui réclament des conditions de travail correctes tandis qu'on légalise officiellement le *numerus clausus* par un concours, alors que cette sélection aggravée est contraire à l'intérêt national. Il faut souligner d'ailleurs que ces étudiants reçoivent l'appui de leurs parents qui se sont organisés pour revendiquer le droit à l'étude et au métier de leurs enfants.

Leurs aînés ne sont pas mieux partagés. Laissons la parole au professeur Fournier, doyen de la faculté de médecine de Lariboisière-Saint-Louis :

« Pour les troisième année, en dehors de locaux souvent très vétustes, dangereux, malsains — caves, soubertes, amphithéâtres proches de l'effondrement — nous n'avons rien, absolument rien. »

Et plus loin :

« Trois ans d'attente dans des conditions abominables vont se prolonger indéfiniment si nos difficultés ne sont pas considérées comme une urgence. C'est la seule raison de notre inquiétude et de notre colère. »

C'est le personnel hospitalier qui revendique ; or chacun connaît les difficultés accrues qu'il rencontre tant au point de vue des salaires que des conditions de travail, difficultés qui constituent l'un des facteurs déterminants de la pénurie en infirmières.

Ce sont les médecins de prévention et notamment des centres de protection maternelle et infantile qui réclament un statut et des conditions de travail et de rémunération correctes.

Ce sont les internes des hôpitaux qu'on vient de priver de leur droit de grève, qui leur assure la défense de leurs revendications.

Ce sont des doyens de faculté de médecine qui démissionnent.

Ce sont des centres de santé menacés dans leur fonctionnement. Ce sont des praticiens libéraux dont ont a profilé l'activité qui voudraient bien prendre en main le problème de leur formation permanente.

C'est tout le domaine de la psychiatrie, où la sectorisation pratiquée n'est qu'une caricature des besoins et où les problèmes du personnel tout médical que paramédical ne sont pas non plus résolus.

Ce sont les aides-anesthésistes des hôpitaux, toujours dépourvus de statut, ou encore ces laborantines dont le travail à la chaîne, profondément déshumanisé, s'apparente de plus en plus aux conditions des O.S.

Pourquoi tous ces gens en colère monsieur le ministre ?

Est-ce à mettre au compte de la morosité naturelle des Français ? Manque-t-il un supplément d'âme à tous ces professionnels de la santé, qui font pourtant, partout où ils se trouvent, preuve de compétence et de dévouement ?

Comment expliquer que toutes ces formes de mécontentement exposent précisément en cette période, et avec une telle force ?

Où faut-il croire, monsieur le ministre, ceux qui vous disent que vous n'avez pas de politique de santé ?

Nous, nous ne partageons ni la première explication, ni la deuxième. Car, ce n'est pas, en réalité, ne pas avoir de politique de santé qu'on peut vous reprocher : vous en avez effectivement une, cohérente et logique, que vous avez minutieusement, patiemment mise en place depuis longtemps. C'est son orientation fondamentale qui est en cause, car elle se trouve en divorce croissant avec les besoins du pays.

Il vous faut en effet répondre aux besoins qui grandissent dans le secteur de la santé. Cette croissance est liée aux impératifs du progrès des connaissances et techniques médicales, mais aussi aux résultats de votre politique. Qui ne voit que les problèmes de la vie chère, les conditions de travail dégradées, les transports, les problèmes du logement, les soucis concernant l'éducation des enfants, la culture, le manque d'équipements sportifs, ont des répercussions directes sur l'équilibre physique et psychique des individus ?

Vous devez d'autant plus répondre à ces besoins que le mécontentement croît et que vous avez été rudement malmené au printemps dernier. Mais vous ne pouvez y répondre qu'au travers des impératifs liés à la crise qui secoue votre système, notamment à l'impératif de maintenir le profit maximum des grosses sociétés capitalistes.

Dans ce but, il vous faut de plus en plus, par de multiples moyens, faire appel aux capitaux publics pour les transférer dans le secteur privé, ce qui limite d'autant les possibilités d'équipement du pays, notamment dans le domaine de la santé.

En même temps, il vous faut reporter sur les assurés eux-mêmes et sur les collectivités locales l'essentiel des dépenses de santé ; c'est ce que nous appelons le transfert des charges, qui aboutit à une exploitation renforcée des travailleurs, notamment au niveau de leurs salaires indirects que constituent les prestations sociales.

Enfin, le capital bancaire trouve aussi dans le secteur de la santé des possibilités de fructifier, et vous avez pour objectif de lui laisser le champ libre.

Tout cela, parfaitement cohérent et logique, est marqué par de grandes étapes.

D'abord, les ordonnances de 1967 : sécurité sociale enlevée aux travailleurs, augmentation des dépenses restant à leur charge, renforcement progressif du contrôle médical avec, à la limite, la mise en cause de leurs droits.

Ensuite, la convention nationale avec le corps médical, permettant de contrôler l'activité de celui-ci, autorisant largement les dépassements d'honoraires, ce qui correspond à de nouvelles charges pour les travailleurs.

Enfin, la réforme hospitalière, à l'esprit centralisateur et autoritaire, avec introduction massive du capital privé dans le domaine de la santé.

Cependant, il vous fallait aller plus loin, aller plus vite, nécessité rendue impérieuse par l'aggravation des contradictions de votre régime dans tous les domaines. C'est ainsi que 1974 verra une étape supplémentaire et grave de la mise en place de votre dispositif.

Le fameux article 11 de la loi de finances, d'abord, source de difficultés et de troubles dans vos propres rangs — et pour cause — ne légalise pas seulement l'institution du pillage des caisses du régime général de la sécurité sociale, au nom de la solidarité nationale ; c'est aussi le premier échelon d'un régime d'assistance qui, à son terme, remettra en cause le salaire indirect des travailleurs et les contraindra à recourir aux assurances privées.

Le budget de santé que nous discutons aujourd'hui est bien dans la même lignée.

Il apparaît que vous avez renoncé à réaliser avec les crédits d'Etat les prévisions du VI^e Plan, dont 43 p. 100 seulement ont été accomplies après trois ans. Pour 1974, 6,9 p. 100 d'augmentation en autorisations de programme et 1,7 p. 100 en crédits de paiements, c'est peu. Mais si l'on regarde la part réservée à l'équipement hospitalier, votre orientation apparaît en pleine lumière : 11 millions de francs de moins qu'en 1973, 7 millions pour les C.H.R., 4 millions pour les autres hôpitaux. Même l'humanisation des hôpitaux, dont vous aimez beaucoup à évoquer les principes, sera freinée, en tout cas dans les C.H.R.

Rappelons les besoins en la matière : quelque 60.000 lits d'hôpitaux et 100.000 lits d'hospices seraient à rénover. Tout le secteur hospitalier est en cause, notamment le développement des hôpitaux de petite dimension, à proximité du domicile des malades, de type hôpital rural, qui n'existe que très partiellement.

C'est dans ces conditions que vous avez recours à l'emprunt, recours non fortuit, non occasionnel, mais dans la ligne de ce qui précède. Qui paiera en définitive ces 230 millions de francs et relatera l'Etat infidèle à ses engagements, sinon la sécurité sociale, c'est-à-dire les salariés ? Bel exemple de transfert de charges, n'est-il pas vrai ?

En cumulant les crédits proposés et le produit de l'emprunt, il vous est possible de masquer le recul que représente votre budget, mais cela relève en dernière analyse de la mystification.

Pendant ce temps, les établissements privés de grande dimension se multiplient et font des profits sur la santé, au détriment des médecins parfois, du personnel et des malades souvent.

A cet égard, monsieur le ministre, êtes-vous au courant du projet de construction, fruit d'une initiative privée, d'un établissement hospitalier de sept cents lits environ prévu à Marne-la-Vallée ? Ce projet, qui « privatise » l'hospitalisation, est déjà très avancé et la tranche singulièrement avec votre mutisme sur le projet de C.H.U., lui aussi de sept cents lits, prévu par le V^e Plan à Aubervilliers, proche de Marne-la-Vallée, et toujours remis.

Parallèlement, des secteurs de l'hospitalisation publique sont remis au secteur privé : c'est le cas de services de blanchisserie, de chaufferie, de restauration et même d'entretien, ce qui

constitue une « reprivatisation » partielle et progressive du secteur public.

Voici quelques observations supplémentaires sur ce budget.

Trois domaines sont l'objet cette année d'un effort particulier, mais tous les trois avaient accumulé un retard, dont la politique menée depuis quinze ans est pleinement responsable.

D'abord, en ce qui concerne les vieillards, 21,9 p. 100 du Plan seulement sont réalisés pour les établissements de soins. Il n'est pas inutile de rappeler l'état de vétusté dans lequel sont encore plongés un trop grand nombre d'entre eux : 37,87 p. 100 de ces établissements datent d'avant 1900 et 22 p. 100 ont été construits entre 1900 et 1945. Ces chiffres parlent d'eux-mêmes ; derrière eux se profilent des conditions de vie bouleversantes, souvent inhumaines.

Ensuite, la formation du personnel infirmier est la grande oubliée du Plan : 18 p. 100 seulement du programme sont réalisés, mais l'augmentation de crédits prévue pour 1974 sera en partie épongée par la prolongation des études ; en outre, elle ne sera qu'un coup d'épée dans l'eau si l'on ne règle pas en même temps les problèmes de rémunération et les conditions de travail du personnel, qui ont atteint les limites du possible.

Il semble, à ce propos, que vous n'avez pas été insensible aux luttes engagées par le personnel, à en juger par vos déclarations à Lyon. Mais nous sommes en droit de vous demander aujourd'hui des précisions et quelles sont vos intentions au sujet des équipements sociaux à destination du personnel enseignant.

Plus fondamentalement, nous mettons en doute l'efficacité de mesures qui, dès maintenant, n'apparaissent que trop limitées.

Enfin, pour les adultes handicapés, la réalisation du Plan n'est effectuée qu'à 31 p. 100. Le contentieux à leur égard est lourd, tant pour leurs ressources, qui attendent toujours leur indexation sur le S.M.I.C., que pour leur reclassement, la loi de 1957 n'étant jamais entrée dans les faits.

Or les crédits d'équipement qui leur sont attribués sont prélevés pour partie sur les crédits destinés à l'enfance handicapée. Il est vrai que, dans ce domaine, nous a dit le docteur Blanc, rapporteur de la commission, « nous sommes pour l'essentiel à jour ». Laissons à son auteur la responsabilité de cette appréciation ; c'est, en définitive, aux familles qu'il appartient de juger.

Je voudrais simplement verser une pièce au dossier qui, au travers des chiffres, comme tout ce qui concerne les handicapés, est lourd en souffrances, en sacrifices et en inquiétudes pour de nombreuses familles. Trente mille enfants en France sont touchés par la myopathie, c'est-à-dire par une forme de paralysie qui les transforme en véritables infirmes. Or, grâce aux travaux d'un chercheur français éminent, la prévention de cette terrible maladie peut entrer dans le domaine des possibilités. Des études sont poursuivies par ailleurs pour en connaître la thérapeutique. De quel appareil dispose ce chercheur mondialement connu ? D'une laborantine et d'un biologiste rémunérés par les parents de ces jeunes malades regroupés en association !

L'unité de recherche et de prévention prévue à cet effet pour le V^e Plan n'est toujours pas en voie de réalisation.

M. le ministre de la santé publique et de la sécurité sociale. Me permettez-vous de vous interrompre, monsieur Millet ?

M. Gilbert Millet. Volontiers, monsieur le ministre.

M. le président. La parole est à M. le ministre de la santé publique et de la sécurité sociale, avec l'autorisation de l'orateur.

M. le ministre de la santé publique et de la sécurité sociale. Je suis particulièrement sensible au problème que vous venez de soulever. En France, en effet, 25.000 enfants myopathes, sont condamnés à subir une maladie redoutable et pénible.

La personne à qui vous vous êtes référée est le professeur Demos, qui est un chercheur tout à fait remarquable, mondialement connu. Nous avons décidé de lui accorder les moyens propres à favoriser la poursuite de ses travaux.

M. Jacques Chambaz. Il était temps !

M. le ministre de la santé publique et de la sécurité sociale. A Meaux, à la fin de l'année prochaine, sera établi un centre de recherche qui sera mis à sa disposition. Ce centre sera financé par la Croix-Rouge, mais son fonctionnement sera à la charge des crédits publics.

M. Jacques Blanc, rapporteur pour avis. J'ai indiqué que nous étions pratiquement à jour pour ce qui concerne les enfants handicapés, sauf pour les grands handicapés, c'est-à-dire les arriérés profonds et les enfants myopathes en particulier.

M. Gilbert Millet. Je prends acte de votre déclaration, monsieur le ministre, mais reconnaissez que cette réalisation était inscrite au V^e Plan ; or nous en sommes maintenant à la moitié du VI^e Plan. Il y avait tout de même un grand retard !

M. Jacques Chambaz. Très bien !

M. Gilbert Millet. Nous voyons donc mis en cause par cet exemple à la fois votre démarche en faveur de l'enfance handicapée et la politique de prévention et de recherche de

ce pays. En effet, leur place dans votre budget n'est pas des plus brillantes.

La prévention voit une régression de 56 p. 100 par rapport à 1974 des crédits accordés pour les dispensaires, les sanatoriums et les centres de P.M.I.

Et ce qui concerne la recherche, les autorisations de programmes en faveur de l'I.N.S.E.R.M. ne progressent seulement que de 1,2 p. 100.

Cent-trente postes de chercheurs sont sur le point d'être supprimés à l'Institut Pasteur. Pourtant, cette prestigieuse institution, en raison des services rendus, est profondément populaire en France. La renommée de ses travaux, dans notre pays et à l'étranger, comme j'ai pu le constater d'ailleurs moi-même à l'Institut Pasteur de Leningrad, aurait mérité un meilleur sort de la part des pouvoirs publics. L'importance pour l'avenir de la santé de la population du développement des connaissances en immunologie nous fait un devoir de sauvegarder ce capital intellectuel, tout en garantissant une indépendance à laquelle cette institution est profondément attachée. En réalité, vous avez traité l'Institut Pasteur de la même façon que l'affaire Lip ou l'imprimerie Larousse.

Mais le Gouvernement est moins regardant quand il s'agit d'accorder les fonds de l'Etat aux trusts de la sidérurgie et de l'automobile.

Pour le secteur de la lutte contre les maladies mentales, les crédits sont en diminution : 138 millions de francs contre 164, et cette diminution est mise au compte de la sectorisation.

Or le retard dans la mise en place et la généralisation d'un dispositif dont tout le monde reconnaît le bien-fondé est justement lié au problème de l'insuffisance des moyens.

Tout se passe comme si les nombreux obstacles auxquels se heurte ce dispositif de lutte visaient à le défigurer, à le discréditer, à tout le moins à le rendre inapplicable.

Qui prendra en charge, et sur quelles bases, la politique psychiatrique du secteur ?

Le bilan actuel, vous le connaissez : environ 700 psychiatres hospitaliers attendent leur classement définitif voté il y a cinq ans.

Les initiatives locales et régionales sont en cause, faute d'effectifs, même quand les moyens financiers ont été dégagés.

La très grande majorité des deux cent cinquante psychiatres qui figurent sur les listes d'aptitude ne peuvent entrer dans le service public, les bureaux ministériels n'ayant pas créé les postes nécessaires.

La quasi-totalité des internes psychiatres sont dans l'incapacité de faire carrière dans le service public.

La très grande majorité des équipes sectorielles en sont réduites à un médecin avec un ou deux internes, sans psychologue, souvent sans assistante sociale.

Tous ces problèmes sont rendus plus aigus encore par les conditions de salaire et de travail du personnel spécialisé en psychiatrie. On comprend mieux, dans ces conditions, les luttes qui se déroulent au centre des Murets, hôpital pilote de la santé mentale comme le qualifiait récemment le préfet du Val-de-Marne. Sur trois cents agents des services médicaux, on compte en moyenne cinquante démissions par an. Tel est le résultat, là aussi, de votre politique.

Monsieur le ministre, vous avez une politique de santé, mais elle est en décalage croissant avec les besoins du pays. Elle pèse lourd, de plus en plus lourd sur les conditions de vie de la population qui place la santé en tête de ses préoccupations. Elle pèse lourd, de plus en plus lourd, sur les conditions de vie et de travail des techniciens de toutes les branches de la santé.

L'écho que nous entendons partout et qui va grandissant reflète l'idée que cette situation est intolérable et que cela ne peut continuer ainsi.

Parallèlement, se développe l'idée que la défense du droit à la santé des travailleurs, des salariés, des autres couches de la population — droit mis en cause par vos projets de démantèlement de la sécurité sociale — rejoint la lutte des médecins, des étudiants, des infirmières, pour leurs conditions de vie et de travail.

C'est qu'une autre politique de santé est possible : en faisant sauter le verrou que le profit plaque sur toutes les affaires de ce pays, nous mettrons la politique directement en rapport avec la satisfaction des besoins de la nation.

Vivre mieux, changer la vie — l'objectif du programme commun — c'est pratiquer une politique de santé.

Nous disons aux travailleurs, aux élus, aux techniciens de la santé : élaborons ensemble, à tous les niveaux, les solutions démocratiques de demain. A partir de ce qui existe, des traditions propres de notre pays, par le débat de tous les intéressés, nous créerons les conditions d'une grande politique nationale de santé coordonnée, globale et diversifiée, articulée étroitement aux besoins qui en seront à la fois le moteur et le résultat.

Une véritable politique de protection sociale permettra à tous de se soigner correctement et de s'acheminer progressivement vers la gratuité des soins. L'individu ne sera plus morcelé, mutilé, écartelé entre les différentes branches d'un appareil de santé insuffisant et fonctionnant suivant vos normes de rentabilité.

Bien au contraire, il sera pris dans sa totalité; l'hôpital, la prévention, la psychiatrie, la médecine générale ou spécialisée, la recherche seront des secteurs non plus isolés, cloisonnés, mais complémentaires, coordonnés, dotés de moyens suffisants, en rapport avec les besoins grandissants.

Les luttes dont nous pouvons constater le développement, dans ce domaine comme dans les autres, créent à coup sûr, et c'est ce qui vous inquiète, les conditions du changement.

De plus en plus la conviction prend corps que la première mesure de santé à prendre dans ce pays est de débarrasser du pouvoir de l'argent et des hommes qui l'incarnent.

En étudiant votre budget, je pensais, monsieur le ministre, au tableau du grand peintre flamand Jérôme Bosch, évoquant un illusionniste qui montre devant les spectateurs médusés un objet tout à fait médiocre!

Eh bien! nous, élus communistes, nous repousserons un budget qui, malgré un enrobage dont vous avez le secret, ne peut qu'aggraver les conditions de vie et d'accès aux soins de nos concitoyens. (Applaudissements sur les bancs des communistes et des socialistes et radicaux de gauche.)

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

M. Jean Morellon. Monsieur le ministre, le groupe des républicains indépendants m'a demandé d'être son porte-parole dans la discussion du budget de la santé publique. C'est avec plaisir, mais aussi avec inquiétude, que j'ai répondu à l'appel de mes amis.

Avec plaisir parce que c'est l'un des nôtres qui a la responsabilité de ce département ministériel, et qu'il l'a marqué en peu de temps de son empreinte, d'une façon très positive.

Avec inquiétude pourtant, car c'est un ministère difficile, où les besoins sont immenses, les retards manifestes et, partant, les insatisfactions nombreuses.

L'amitié que nous vous portons n'exclura pas les critiques exprimées avec franchise.

Je ne reprendrai pas l'étude financière de votre budget puisque les rapporteurs l'ont analysé avant moi avec compétence et en détail. Je rappellerai simplement, après vous, que l'effort social accompli en France est le plus important d'Europe: 240 milliards de budget, social en 1974 pour un produit national brut de 1.200 milliards et un budget d'Etat de 220 milliards, c'est une participation considérable pour assurer la protection des Français.

Vous avez donné la priorité au secteur sanitaire et social. Nous nous en réjouissons et nous vous en félicitons. Cependant, en dépit d'un accroissement de 20,7 p. 100 par rapport à 1973, ce projet de budget n'est pas entièrement satisfaisant, et ce, pour des motifs autant politiques que financiers.

Relever le bilan favorable de votre action, déplorer l'insuffisance de vos moyens, vous faire part de nos choix pour l'avenir, tel sera l'objet de mon intervention.

Trois actions sociales prioritaires ont, à notre sens, dominé vos préoccupations depuis sept mois: la famille, les veuves, les personnes âgées.

En créant des droits propres à la mère de famille, vous avez pris conscience du rôle irremplaçable qu'elle tient dans notre société. Nous souhaitons que le statut annoncé par le Premier ministre et par vous-même devienne une réalité juridique. Redonner sa place à la mère de famille, en l'aidant financièrement et en reconnaissant son existence en tant que telle, c'est contribuer à rendre son rôle — bien déchu aujourd'hui — à la famille, mais c'est aussi encourager la natalité.

Les veuves ont également été l'objet de mesures dont nous avons apprécié d'autant plus l'importance que le groupe des républicains indépendants les demandait depuis de nombreuses années. C'est ainsi qu'en 1971, à cette même tribune, notre ami Hubert Martin avait longuement exposé notre sentiment à M. Robert Boulin. Nous sommes heureux de constater que le Gouvernement a retenu nos suggestions et qu'il persévère dans la voie du progrès.

C'est aussi dans le domaine des personnes âgées que l'amorce d'une politique est enfin apparue. Leur nombre ne cesse de croître dans notre pays, et vous l'avez précisé tout à l'heure.

Deux mesures financières leur permettront de mieux atteindre la fin de leur vie: l'harmonisation des ressources et la création d'un minimum social garanti.

Nous souhaitons également qu'un effort fût fait en faveur de l'hébergement social et médical, et de l'aide à domicile. Vous nous avez promis de le faire et nous en prenons volontiers acte.

La loi-cadre que vous nous demanderez de voter devra être audacieuse et définir une véritable politique du troisième et du quatrième âge. Nous serions heureux de connaître les décisions qui ont été prises à ce sujet.

Il est assez remarquable de constater — et cela mérite d'être souligné — que votre action accorde une place de choix à la protection de la femme. On découvre en effet, à travers votre budget, diverses mesures, dont les femmes seront les bénéficiaires privilégiées, en vue de rendre plus humaines et mieux adaptées à leur genre non seulement leurs conditions de travail à temps plein ou à mi-temps, la garde de leurs enfants, la maternité et la natalité, mais aussi la régulation des naissances, les possibilités d'adoption, les carrières essentiellement féminines, la réversion de pension pour les veuves, en attendant la création, que vous avez annoncée, de centres de consultation prénuptiale, prénatale et de grossesse à haut risque.

Si votre budget nous satisfait sur ces points, il en est d'autres où notre optimisme est plus tempéré.

En premier lieu, grande est notre inquiétude en ce qui concerne l'exécution du VI^e Plan et le retard pris en matière d'investissements, qui a été dénoncé par les rapporteurs et par plusieurs orateurs.

En second lieu, permettez-moi simplement d'évoquer la pénurie du personnel sanitaire et, souvent, la modicité de sa rémunération, l'insuffisance des équipements ou leur implantation géographique inégale ou disproportionnée.

Il est un autre point que nous ne pouvons passer sous silence: l'urgence qu'il y a à revoir la répartition des charges d'aide sociale entre l'Etat et les collectivités locales.

Même si la protection sociale est de mieux en mieux assurée, tous les cas ne sont pas couverts. Les départements et les communes doivent faire face, chaque année, à une progression importante d'un budget qu'ils consacrent par obligation à ce chapitre.

Depuis longtemps, une réforme nous est promise. Son urgence n'est plus à démontrer et personne ne peut en douter. Nous aimerions aussi sur ce point obtenir des assurances de votre part.

Le groupe des républicains indépendants souhaite également que vous accentuiez à l'avenir vos efforts dans plusieurs secteurs: l'enfance inadaptée, la médecine scolaire, les études médicales, la recherche, le thermalisme, la psychiatrie, les secours routiers d'urgence.

Il s'agit là d'un vaste programme, certes, mais chacun de ces points nous semble conditionner pour demain la vie de nos enfants. L'abandon ou la négligence de l'un d'eux serait une atteinte à la qualité de la vie, à laquelle nous vous savons attaché.

Je reconnais volontiers, madame le secrétaire d'Etat, que les priorités que vous avez dégagées pour guider votre action sont unanimement approuvées, notamment en ce qui concerne la prévention.

Nous vous remercions aussi de nous avoir annoncé le dépôt d'une loi d'orientation patiemment élaborée.

J'appelle tout particulièrement votre attention sur les grands handicapés âgés de plus de vingt ans, qui devraient être hospitalisés dans des services créés spécialement pour eux. Ils sont 60.000 dans les hôpitaux psychiatriques et dans les hospices. Nous partageons entièrement l'avis de M. Blanc quand il déclare que « nous sommes dans l'impasse pour l'immense majorité d'entre eux ».

Même sous une « forme compliquée », selon vos propres termes, il faut reconnaître des droits à ces handicapés et leur garantir un minimum de ressources en complément de leur salaire, sans aucune référence au revenu familial; car lorsque la sécurité sociale ne peut prendre en charge leur hospitalisation, qu'elle considère comme un hébergement, ce sont les familles qui, actuellement, doivent en supporter le poids et, vous savez les sacrifices que cela représente pour elles.

Les déclarations que vous nous avez faites il y a quelques instants doivent-elles balayer nos craintes?

Mme Marie-Madeleine Dienesch, secrétaire d'Etat. Mais oui! Sinon je ne les aurais pas faites, monsieur le député!

M. Jean Morellon. Merci, madame!

J'aurais aimé vous parler de la situation des personnels sociaux, notamment des éducateurs spécialisés et des moniteurs-éducateurs.

La formation de cadres spéciaux relève d'ailleurs autant d'une pédagogie spécifique que de qualités humaines indispensables.

Pour former ce personnel, il existe des écoles spéciales, dont un grand nombre sont dues à des initiatives privées et qui ont fait l'objet d'une reconnaissance de fait ou d'une reconnaissance contractuelle; mais l'état de ces engagements, qui semblent très variables selon les régions et les établissements, est actuellement très imprécis, et leur situation financière est des plus instables.

L'importance de ces instituts et écoles de formation pour les inadaptes n'est pas négligeable puisqu'il en existe environ soixante-dix. Il serait souhaitable que l'Etat précise par des conventions les conditions contractuelles qui le lient avec les divers établissements ou avec les personnels, aussi bien ceux qui reçoivent l'enseignement que ceux qui le donnent, et ce à tous les niveaux.

La médecine scolaire nous semble être un autre domaine où doit s'exercer par excellence cette action.

L'ordonnance du 10 octobre 1945 dispose que les élèves des divers établissements d'enseignement et d'éducation, publics et privés, doivent être soumis à des examens médicaux périodiques. Or on ne peut qu'être frappé par la disproportion flagrante entre le nombre considérable des missions confiées au service et les moyens dont il peut disposer.

Le souci de l'amélioration de la santé de nos jeunes et l'augmentation de la population scolarisée ont rendu de plus en plus difficiles les tâches du service de santé scolaire, mais les moyens n'ont pas crû en proportion du nombre des enfants à contrôler, comme de la qualité des contrôles à effectuer.

Les instructions données en 1969 prévoyaient que chaque secteur scolaire de l'ordre de 5.000 à 6.000 élèves devrait disposer d'une équipe composée d'un médecin, de deux assistantes sociales, de deux infirmières et d'une secrétaire médico-sociale. Nous sommes très loin du compte et la situation se détériore chaque jour davantage.

En dépit même du recrutement d'un certain nombre de médecins et d'infirmières, il semble qu'une grave lacune reste encore à combler dans le domaine préventif.

J'ajoute que si ce service est tant bien que mal assuré dans les villes, dans de nombreuses zones rurales il est à peu près inconnu, comme vient d'en porter témoignage M. Desanlis.

Les conséquences de cette insuffisance sont graves, notamment en ce qui concerne le dépistage des anomalies physiques et des inadaptations de nature à provoquer des échecs scolaires.

Pour les mêmes raisons, la surveillance du milieu scolaire, de l'hygiène des locaux, la surveillance diététique, l'adaptation au milieu scolaire, les tâches médico-pédagogiques, la participation au conseil des établissements ne sont pas correctement assurées.

Il apparaît souhaitable que la coopération du médecin de famille avec le médecin scolaire s'exerce en permanence. Le carnet de santé scolaire peut créer ce lien. Le rôle du médecin scolaire, qui est de dépister et de contrôler, est utile et nécessaire ; celui du médecin de famille, qui est de traiter et de guider, reste primordial et indispensable.

Nous vous félicitons, monsieur le ministre, de nous avoir fait part des projets du Gouvernement en ce domaine. Nous souhaitons très vivement que votre réponse, sur cette notion essentielle pour la santé des enfants d'âge scolaire qu'est le dépistage précoce des maladies, fût aussi précise que possible, et nous sentions votre détermination d'améliorer une situation qui ne pouvait se prolonger. Le service de protection de l'enfance et de l'adolescence répond en partie à notre attente.

J'en viens à la médecine proprement dite.

Responsable de la santé publique, vous êtes aussi responsable de la médecine. Vous nous avez donné ce soir des indications encourageantes pour que les Français aient le droit d'être soignés mais aussi d'être guéris.

Personnellement, j'apprécie les mesures envisagées pour les implantations médicales dans des régions défavorisées, de campagne ou de montagne.

Examiner un malade, établir un diagnostic et prescrire un traitement, c'est souvent difficile. C'est l'art de la médecine, c'est la science du généraliste. Je vous demande de veiller à lui assurer une bonne formation et une bonne rémunération.

La réorganisation des études médicales aura abouti à l'introduction de la sélection quantitative — le *numerus clausus* dont il a été déjà question — dans la tradition universitaire française. Tel a été l'objet de la loi du 12 juillet 1971 : former des praticiens de qualité. Certains ont pu craindre qu'on instaurât ainsi une politique malthusienne. Il n'en sera rien s'il est vrai que, d'ici à 1981, on sera passé de 69.000 à 123.000 médecins en exercice.

Or il ne faut pas abattre l'enthousiasme de la jeunesse, car il y a encore beaucoup de jeunes épris de leur futur métier, dans toutes les professions et particulièrement chez les étudiants qui ont la vocation médicale.

L'amertume ou l'indignation de certains étudiants en médecine — ou de leurs parents — appartenant à la catégorie des « reçus collés » a provoqué des réactions dont on a eu l'écho dans cette Assemblée, à cette tribune même. Un de nos collègues, médecin et ancien ministre de la santé de surcroît, n'a pas craint d'en saisir le médiateur. Je ne reviendrai sur ce sujet que pour regretter, malgré les explications fournies ici même par M. le ministre de l'éducation nationale avant-hier, qu'on n'annonce pas claire-

ment que les étudiants sont candidats à un concours pour un nombre de places limité, et non plus à un examen. On aurait ainsi évité des querelles autour d'un texte ou des demandes de dérogations.

Si vous devez harmoniser les études médicales dans le cadre de l'Europe et étudier l'équivalence des diplômes, vous devez aussi, monsieur le ministre, prêter une attention toute particulière à la formation et à l'avenir des généralistes qui sont la base de la médecine française. Votre déclaration nous a donné l'assurance que tel est bien votre sentiment. Vous avez raison. Car le problème des omnipraticiens, de leur formation et de leur recrutement doit être, à l'heure présente, l'une des préoccupations importantes du Gouvernement.

J'en viens maintenant à la recherche.

Que serait le rôle des médecins s'ils n'avaient à leur disposition les découvertes incessantes de la science ?

En tant que généraliste, je suis amené, monsieur le ministre, à vous demander d'aider encore davantage la recherche. La lutte que vous voulez entreprendre pour la prévention, le dépistage et le traitement des fléaux sociaux et de certaines affections cardio-vasculaires ou cancéreuses est de nature à apaiser mes craintes.

La mission de l'I. N. S. E. R. M. comporte, mes chers collègues, deux aspects essentiels, car il est à la fois institut national de la santé et institut national de la recherche médicale.

Institut national de la santé, il doit, en liaison avec la direction générale de la santé, tenir le Gouvernement informé de l'état sanitaire du pays, en orienter le contrôle, entreprendre toutes études sur les problèmes intéressant la santé.

Institut national de la recherche médicale, il effectue, suscite, encourage tous travaux dans ce domaine et apporte son concours au fonctionnement des enseignements préparatoires à la recherche médicale.

Le budget de l'I. N. S. E. R. M. n'a augmenté cette année que de 12,4 p. 100. Ne faisons pas de nos chercheurs les « prolétaires » du xx^e siècle ! Ne les décourageons pas ! Aidons-les, car tous les objectifs de l'I. N. S. E. R. M. font l'objet de travaux de recherche très variés, avec toutefois un effort spécial dans quatre domaines : l'immunologie fondamentale et appliquée, la pharmacologie clinique, la périnatalité et le comportement.

Si j'ai bien compris vos propos, monsieur le ministre, il faut y ajouter les recherches sur la sclérose en plaques, la cardiologie et la myopathie.

La lecture du rapport écrit de mon ami le docteur Blanc révèle que l'institut Pasteur, organisme de droit privé, connaît une crise financière qu'il a parfaitement analysée. Les ressources propres de cet établissement, fournies par la vente des vaccins, ne pouvaient à elles seules assurer son budget de fonctionnement. L'apport important de fonds publics — 19,6 millions de francs — s'avère également insuffisant et n'empêchera pas des mesures de compression de personnel.

La direction a mis sur pied un plan de sauvetage de l'institut Pasteur sur lequel je n'insiste pas. Mais j'estime que le maximum doit être entrepris pour sauver cet institut, à la condition qu'un contrôle rigoureux soit exercé par l'Etat. Que comptez-vous faire, monsieur le ministre, pour résoudre ou aider à résoudre la crise qui sévit actuellement à l'institut ? C'est un point sur lequel nous souhaitons connaître votre sentiment.

Aider la recherche, c'est aller de l'avant. Mais votre rôle est aussi de préserver les bienfaits du passé et je ne puis, à ce sujet, que redire comme l'an dernier, monsieur le ministre, qu'avec 100 stations thermales, 136 établissements thermaux et 1.200 sources, le capital thermal français est certainement l'un des plus riches d'Europe.

Elu d'un département éminemment thermal, je connais les difficultés de ces stations et je puis attester que ces ressources sont malheureusement mal exploitées. Les causes de la situation catastrophique de notre pays dans ce domaine sont bien connues. Elles sont dues à la politique de la sécurité sociale, à l'absence de l'enseignement obligatoire de l'hydrologie dans les facultés de médecine, ainsi qu'à l'équipement vétuste de trop nombreux établissements thermaux et souvent de l'hôtellerie.

Je sais bien que le VI^e Plan a prévu une enveloppe de 25,3 millions de francs pour des opérations de rénovation de stations thermales et que, pour pallier l'insuffisance d'enseignants d'hydrologie, des chargés de cours ont été nommés dans un certain nombre d'U. E. R. Mais tout cela est notablement insuffisant.

Vous devez, monsieur le ministre, tirer les conclusions de la science et de l'évolution qui se produit chez nos voisins. Les médecins ont chaque jour davantage conscience des possibilités mais aussi des limites de la chimiothérapie ; les praticiens de l'Europe de l'Ouest et de l'Est l'ont bien compris, eux qui conjuguent si étroitement et si parfaitement chimiothérapie et crénothérapie.

Je souhaite vivement que soient menées des actions concrètes capables de relancer le thermalisme français et, pour ma part, je vous en propose trois.

D'abord, il est nécessaire de créer un véritable statut des hôpitaux thermaux, dont on attend toujours la parution.

Ensuite, il faut rétablir et adapter, si besoin est, la commission du thermalisme social dont la disparition, à la suite des ordonnances de 1967, a été préjudiciable à la fréquentation de nos stations par une clientèle de condition modeste.

M. Gabriel Péronnet. Très bien !

M. Jean Morellon. Cet organisme serait d'une grande utilité. Il pourrait se prononcer sur la durée des cures fixées immuablement à trois ans — on ne sait pourquoi — sur leur fréquence, sur leur remboursement, bien entendu, mais aussi sur ces techniques de traitement et d'autres sujets de sa compétence.

Enfin il faut trouver des moyens de stimulation et des aides spécifiques pour les villes thermales en difficulté ou en perte de vitesse. Ce n'est peut-être pas possible pour toutes ; mais ce serait en tout cas souhaitable pour celles qui affirment, en plus, une vocation touristique. Il y a là un aspect qui mérite votre attention, me semble-t-il, et une action concertée avec celle de votre collègue M. le secrétaire d'Etat au tourisme. Une relance dans cette direction pourrait avoir des « retombées » bénéfiques pour l'économie des régions.

En vous suggérant de telles améliorations, je pense être l'interprète de mes collègues des départements thermaux et de leur président, M. Péronnet, député de l'Allier, qui a d'ailleurs abordé ce problème lors du débat sur le budget du tourisme.

Ne laissez pas mourir le thermalisme français ! En le faisant revivre, vous préserverez notre patrimoine naturel par ailleurs si menacé.

Vous avez également pour devoir d'aider ceux qui ont perdu la santé morale et psychique à la retrouver. Avec brio, mon confrère et collègue M. Blanc vous a tout à l'heure parlé en homme de l'art. Mais, puisque je fais allusion à la psychiatrie, je voudrais souligner la nécessité d'humaniser le service, comme cela sera fait dans les autres hôpitaux normaux, ainsi que vous venez de le préciser. Car, s'il est un domaine où l'humanisation doit entrer dans la réalité, c'est bien celui-là.

Compte tenu de la nouvelle organisation de la lutte contre les maladies mentales, qui évite la « concentration asilaire » — selon vos propres termes — la sectorisation psychiatrique est entrée en application. Or l'expérience montre les inconvénients de ce système, lequel a, par ailleurs, des effets bienfaisants, qu'il ne faut pas méconnaître, dans les domaines du dépistage, des soins à domicile et aussi de la postcure. Mais, dans la pratique, la sectorisation tend à supprimer le libre choix du psychiatre et entraîne des promiscuités regrettables dans de nombreux cas d'hospitalisation.

Nous vous demandons instamment de pallier cet état de choses en donnant des instructions précises aux établissements concernés.

Je termine sur un dernier point : l'organisation des secours routiers d'urgence. Les secours d'urgence, dans le cadre de la sécurité routière, sont organisés dans chaque département par le préfet, en application d'instructions données initialement par le ministère de la santé publique et suivies par d'autres instructions émanant du ministère de l'intérieur.

Plusieurs centres hospitaliers régionaux et universitaires sont dotés de services d'aide médicale urgente. Il est, fort heureusement, prévu de multiplier le nombre de ces services.

Votre souci doit être — et il l'est déjà — d'accentuer cet effort pour essayer de diminuer l'hécatombe qui se produit sur les routes, ce massacre qui transforme les jours de fête tels que Noël, Pâques et la Pentecôte ainsi que les jours de départ en vacances en jours de deuil pour des milliers de familles.

Les services d'action médicale urgente, les S. A. M. U., doivent connaître un développement rapide — un par région de programme, soit onze. Ces S. A. M. U. sont, à notre époque, indispensables, si l'on veut sauver, par des soins immédiats appropriés, le maximum de vies humaines menacées aussi par des accidents aigus et variés qui vont de la crise cardiaque au suicide. C'est le cas une fois sur deux. Cela justifie amplement l'intérêt que vous portez à la création et à la multiplication de tels services. L'annonce que vous nous avez faite cet après-midi nous a réconfortés.

J'ai été très heureux, monsieur le ministre, et je vous demande de m'en excuser. En vous félicitant pour votre action passée, en vous faisant part de nos inquiétudes pour les urgences du moment et en vous exposant nos choix pour l'avenir, je me suis efforcé de vous montrer que le groupe auquel vous appartenez lorsque vous siégiez dans cette Assemblée suit avec attention les efforts que vous déployez pour mettre une administration qui travaille avec des moyens, hélas ! très insuffisants et fort peu à la mesure de sa tâche à même d'accomplir la mission de si grande importance sociale qui lui est confiée.

En votant les crédits de votre budget, qui est un bon budget, le budget d'un ministre dynamique, vos amis républicains indépendants ont conscience de vous aider à œuvrer utilement

pour l'avenir de la santé de chaque Français. (Applaudissements sur les bancs des républicains indépendants et de l'union des démocrates pour la République.)

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

M. Daniel Benoist. Monsieur le ministre, mes propos seront bien sûr différents de ceux que vous venez d'entendre, puisque je représente ici un groupe de l'opposition.

J'ai particulièrement retenu le troisième volet de votre discours, qui avait trait à un problème qui nous préoccupe depuis plusieurs années : les retards et les zones d'ombre du budget de la santé publique. Je connais vos bonnes intentions. Je vois les efforts que vous faites depuis quelques mois. Mais vous butez systématiquement contre l'analyse incomplète qui est faite de ce problème à l'échelon du Gouvernement, lequel dans aucun domaine, notamment celui de la santé publique, n'élabore une politique globale.

Il est dérisoire et vain de comparer les budgets d'année en année si l'on n'établit pas les chiffres en francs constants, car on est dès le départ dépassé par l'inflation. Si on le faisait, on s'apercevrait que, dans tous les domaines, il n'y a en réalité que stagnation et récession.

Vous avez, d'autre part, fait état de sommes importantes engagées hors du budget discuté par le Parlement, en particulier les emprunts destinés à financer les investissements hospitaliers. C'est un problème très grave que mon collègue et ami M. Dube-dout a évoqué ce matin. Or vous avez été assez évasif dans votre réponse sur la qualité, la quantité et l'origine de ces emprunts. Considérons cependant le problème des hôpitaux, qui vous est cher et voyons ce que cela signifie pour eux en réalité.

A partir du moment où votre politique d'investissements sera fondée sur des emprunts, les dettes des hôpitaux s'accroîtront. Des pratiques déjà existantes, auxquelles votre prédécesseur avait d'ailleurs voulu mettre un terme en créant le « profil médical » réapparaîtront. En effet, tant à l'extérieur qu'à l'intérieur des hôpitaux, ce profil médical n'est malheureusement pas appliqué puisque certains de vos inspecteurs font parfois pression sur les chefs de service pour multiplier les actes en K, PC et C. De telles pratiques accroîtront encore le déficit de la sécurité sociale.

En fait, le drame de la santé publique dont le budget est, comme chaque année, évoqué un vendredi alors que beaucoup de députés ont déjà regagné leur circonscription et que d'autres assistent aujourd'hui à un congrès national, c'est l'absence de politique à long terme. Nous souhaiterions que la logique serve de fil conducteur à votre politique.

Comme l'a signalé le rapporteur spécial, une étude de rationalisation des choix budgétaires récemment effectuée au sein de votre ministère a montré l'intérêt des dépenses de prévention pour atténuer à terme les dépenses de traitement. Cela faisait l'objet du deuxième volet de votre exposé, et à juste titre, car toutes les autorités médicales confirment que l'action préventive doit être celle de demain en matière de santé. Mais, hélas ! quand on examine votre budget, on s'aperçoit qu'il ne met pas ce principe en application.

Le syndicat national professionnel des médecins du travail s'alarme du nombre croissant de mesures négatives prises à leur encontre et des entraves apportées à leur action.

Les médecins de la santé publique et du service de santé scolaire, auxquels a fait allusion M. Morellon, n'ont obtenu qu'une très partielle satisfaction de leurs revendications et leur recrutement se tarit.

Le service public de protection maternelle infantile se dégrade de plus en plus et risque de disparaître.

Où est alors la logique de l'action ? Pour qu'une vraie politique de santé, préventive et curative, se développe, il faut de nombreux cadres et, en particulier, de nombreux médecins.

Les perspectives évoquées par plusieurs orateurs sur le nombre des médecins qui exerceront en 1985 reposent, en réalité, sur des prévisions qui, malheureusement, ne semblent pas devoir se réaliser dans la mesure où, contrairement à ce qu'a dit M. Morellon, il y a actuellement un malthusianisme et un barrage dans les études médicales. Dans beaucoup de domaines nous manquons de médecins spécialisés. C'est ainsi que nous manquons de médecins « sportifs » au moment où nous voudrions connaître des succès en la matière. C'est ainsi que nous manquons de médecins anesthésistes et de gynécologues accoucheurs.

Dans votre propre ministère, vous êtes entouré de conseillers médicaux qui ont souvent partie liée — il faut bien le dire — avec le conseil de l'Ordre et qui sont « hypermalthusiens » par une conception passéiste de la médecine. D'où ce drame des étudiants « reçus collés » ; d'où l'hyperselection des étudiants en médecine et de plus uniquement — ou presque — sur les sciences mathématiques.

Vous savez en particulier que 1.527 étudiants sont inscrits en D. C. E. M. 3 et D. C. E. M. 4 pour les deux semaines de stages rémunérés aux C. H. U. de Broussais, de l'Hôtel-Dieu, de la Pitié et de la Salpêtrière et qu'il a fallu les manifestations que vous savez pour dégager seulement trente postes valables en faveur de ces étudiants. Là encore, où est la politique, où est la logique ?

Prenons d'autres exemples ! Vos prédécesseurs et vous-même avez fait un effort en matière de formation du personnel paramédical. Cependant la pénurie persiste. Des hôpitaux construits ne sont pas ouverts, faute de personnel.

C'est le cas en particulier d'un grand centre psychiatrique des Yvelines dont on devrait bien parler tant le scandale est énorme quoique dissimulé.

Il y a aussi le scandale de l'hôpital Henri Mondor. Or vous connaissez la position des syndicats des travailleurs de cet hôpital. La marche des services exigerait environ 500 personnes de plus — dont 230 qui manquent sur l'effectif prévu par le cadre budgétaire actuel et 270 jugées nécessaires selon les syndicats pour faire face aux vrais besoins — et cela tout simplement parce que, dans une très forte proportion, les infirmières soignantes abandonnent leur profession avant cinq ans d'exercice.

Monsieur le ministre, vous avez, comme un de vos collègues, donné la préférence à la presse plutôt qu'au Parlement pour annoncer des dispositions heureuses dont nous nous félicitons et que nous réclamions depuis fort longtemps, en faveur du cadre des infirmières.

Cependant, ces mesures ne suffisent pas. Au statut, aux avantages matériels, sur lesquels nous voudrions d'ailleurs obtenir des précisions, notamment en ce qui concerne l'exercice à temps partiel de la profession, il faut ajouter la considération.

Or je dois dire à contrecœur que ce sont souvent les médecins eux-mêmes qui ne considèrent pas leurs collaboratrices comme elles devraient l'être.

M. Pierre Bourson. Ce n'est pas vrai !

M. Daniel Benoist. Mon cher collègue, j'ai été chef de service pendant vingt-sept ans dans un hôpital public et, toujours, j'ai fait en sorte que les infirmières soient des collaboratrices et non pas des domestiques.

M. Pierre Bourson. Pourquoi voulez-vous que les autres médecins agissent différemment ?

M. Daniel Benoist. Je pourrais citer des hôpitaux de Paris, où, à l'heure actuelle, les infirmières soumises à de rudes cadences de travail, n'ont aucun contact avec les chefs de service, qui les négligent, ne voient en elles que des employées qui vont et qui viennent, alors que devrait exister une étroite collaboration.

M. Pierre Lepage. C'est la faute des « patrons » !

M. Pierre Bourson. Donnez des exemples précis !

M. Daniel Benoist. Je suis persuadé qu'en cherchant un peu vous trouverez de tels cas !

Et souvent lorsque les médecins se soucient des infirmières, c'est pour leur adresser des reproches. Vous savez bien qu'un chirurgien se « défoule » en critiquant son infirmière, que même, parfois, il la fait pleurer. Cela m'est arrivé, hélas ! et j'ai le courage de l'avouer.

M. Pierre Lepage. Vous êtes un bourreau !

M. Daniel Benoist. De plus, il faut que, dans l'opinion publique, les infirmières jouissent d'une respectabilité qui ne leur est pas toujours reconnue.

Il faut enfin que le statut des infirmières reconnaisse leur valeur et leur technicité.

Autre question, monsieur le ministre : qu'advient-il des assistants, qui n'ont pas l'espoir de devenir chefs de service ?

Les chefs de clinique, payés avec trois ou six mois de retard, tant par l'assistance publique que par l'université à laquelle ils sont rattachés sont, eux aussi, dans une situation difficile. Malgré les promesses qui leur ont été faites, ils ne bénéficient pas des avantages du plein temps. Alors, ils « font de la clientèle » en ville ou sont salariés dans des cliniques privées, et sont ainsi dans l'illégalité. Il faudrait que les arrêtés ministériels définissent leur position.

L'affaire du plein temps constitue un scandale, monsieur le ministre. Je ne vous cite pas les services : on les connaît bien dans la région parisienne ! Une ségrégation est établie entre les malades. D'un côté, il y a les chambres particulières avec le téléphone, la télévision, la moquette ; de l'autre, la salle commune, que vous voulez d'ailleurs supprimer.

M. François Grussenmeyer. On aurait dû le faire depuis longtemps !

M. Daniel Benoist. Cette situation est choquante et ne doit pas se perpétuer.

Enfin, j'évoquerai un problème que nul n'a encore traité dans ce débat, celui de la responsabilité de l'industrie pharmaceutique dans le déficit de la sécurité sociale.

Faut-il vous rappeler, monsieur le ministre, que la consommation française de médicaments qui, avec 3.520 millions, en 1980, avoisinait la consommation du tabac et des allumettes et celle des fruits, a quadruplé en 1970 pour atteindre 13.175 mil-

lions ? Je gage qu'il y aurait là des économies à faire ! Sans vouloir ouvrir une polémique à propos des programmes politiques, je dois dire que j'ai retrouvé dans *La Revue du praticien* du mois de novembre 1972 un article émanant de l'industrie du médicament et de la recherche privées : il apporte des précisions révélatrices qui devraient vous faire réfléchir sur ce problème économique important que pose la recherche pharmaceutique.

D'après cet article, il apparaît que la dispersion du secteur privé est coûteuse et inefficace et que la concurrence étrangère contribue à l'augmentation des coûts. Je lis :

« Ainsi, entre laisser écumer notre économie du médicament par l'étranger — toujours dynamique et conquérant — et supporter des situations dépassées sous prétexte qu'elles sont enrobées dans du tricolore, nous aurions peut-être trouvé une solution de progrès.

« En provoquant une communication entre les différents laboratoires de l'industrie pharmaceutique tant française qu'étrangère — bien entendu, sans empiéter sur le secret des firmes — n'a-t-on pas vu récemment trois grands laboratoires étrangers découvrir en une semaine, le même médicament, chacun ayant travaillé à l'insu des autres pendant dix ans ! ».

Je pense, monsieur le ministre, que vous pourrez en tirer vous-même la philosophie.

Cela démontre, une fois de plus, la nécessité de créer, comme nous l'avons demandé avant les élections législatives, un grand organisme national de la recherche, tel que nous l'avons conçu, et auquel il faudra bien venir.

Toutes vos bonnes intentions ne pourront pas se concrétiser car votre projet de budget ne vous en donne pas les moyens et c'est pourquoi, bien sûr, le groupe du parti socialiste et des radicaux de gauche ne le votera pas.

La santé est le bien le plus cher pour tous les Français et, n'ayant pas le temps de traiter à fond du problème capital de la recherche médicale — mais je pense qu'un de nos collègues, de la majorité ou de l'opposition, le fera — je me contenterai, pour conclure, de citer le créateur d'un institut dont on a beaucoup parlé récemment. Louis Pasteur a dit : « Prenez intérêt, je vous en conjure, à ces demeures sacrées que l'on désigne du nom expressif de laboratoires. Demandez qu'on les multiplie et qu'on les orne. Ce sont les temples de l'avenir, de la richesse et du bien-être. C'est là que l'humanité grandit, se fortifie et devient meilleure. » (*Applaudissements sur les bancs des socialistes et radicaux de gauche et des communistes.*)

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

— 2 —

OPPOSITION

A LA CONSTITUTION D'UNE COMMISSION SPECIALE

M. le président. J'informe l'Assemblée que cinquante-trois députés ont demandé la constitution d'une commission spéciale pour l'examen du projet de loi complétant et modifiant le titre I^{er} du livre III du code rural sur la chasse et la loi n° 68-918 du 24 octobre 1968 sur la chasse maritime, distribué le 16 novembre 1973. (N° 753.)

Cette demande a été affichée aujourd'hui à 18 heures et notifiée.

Mais une opposition déposée par le président de la commission de la production et des échanges est d'ores et déjà parvenue à la présidence.

Conformément à l'article 31, alinéa 4 du règlement, l'Assemblée sera appelée à statuer sur cette demande à la suite de l'ordre du jour de lundi prochain.

— 3 —

ORDRE DU JOUR

M. le président. Ce soir, à vingt et une heures trente, quatrième séance publique :

Suite de la discussion de la deuxième partie du projet de loi de finances pour 1974 (n° 646). (Rapport n° 681 de M. Maurice Papon, rapporteur général, au nom de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan.)

Santé publique et sécurité sociale (suite).

La séance est levée.

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

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

MARCEL CHOUVET.