

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

7^e Législature

PREMIERE SESSION ORDINAIRE DE 1982-1983
(72^e SEANCE)

COMPTE RENDU INTEGRAL

2^e Séance du Lundi 15 Novembre 1982.

SOMMAIRE

PRÉSIDENCE DE M. JEAN-PIERRE MICHEL

1. — **Loi de finances pour 1983 (deuxième partie).** — Suite de la discussion d'un projet de loi (p. 7175).

Santé.

M. Benoist, rapporteur spécial de la commission des finances.
M. Louis Lareng, rapporteur pour avis de la commission des affaires culturelles.

MM. Charles Haby,
Gréard,
Rossnot,
Hage,

M^{me} Lecuir,
MM. Chanfraut,
Jacques Blanc,
Couqueberg,
Le Foll,
Wilquin,
de Caumont.
Ralite, ministre de la santé.

MM. Jacques Blanc, le président.

Réponses de M. le ministre aux questions de :

MM. Frédéric-Dupont, Bourget, Mmes Sicard, Ellane Provost, M. Sueur.

Les crédits concernant le ministère de la santé sont réservés jusqu'à l'examen des crédits de la solidarité nationale.

Rappel ou règlement (p. 7198).

M. Jacques Blanc.

Suspension et reprise de la séance (p. 7198).

Environnement.

M. Rleubon, rapporteur spécial de la commission des finances.
M. Pinte, rapporteur pour avis de la commission des affaires culturelles.

M. René La Combe, rapporteur pour avis de la commission de la production.

Renvol de la suite de la discussion budgétaire à la prochaine séance.

2. — **Ordre du jour** (p. 7202).

PRÉSIDENCE DE M. JEAN-PIERRE MICHEL,

vice-président.

La séance est ouverte à quinze heures.

M. le président. La séance est ouverte.

— 1 —

LOI DE FINANCE POUR 1983 (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 1983 (n^{os} 1083, 1165).

AFFAIRES SOCIALES ET SOLIDARITE NATIONALE TRAVAIL-SANTE-EMPLOI (suite)

11. — Santé, solidarité nationale.

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

Les temps de parole prévus pour cette discussion sont de vingt-cinq minutes pour les commissions, une heure quarante pour les groupes et cinquante minutes pour le Gouvernement, interventions principales et phase des questions comprises.

Comme il a été convenu avec le Gouvernement, M. le ministre de la santé n'interviendra qu'après les orateurs inscrits.

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

M. Daniel Benoist, rapporteur spécial. Cette année encore, les crédits du ministère de la santé figurent dans la section II « santé. — solidarité nationale » du fascicule budgétaire relatif aux ministères sociaux, c'est-à-dire, depuis 1982, les ministères des affaires sociales et de la solidarité nationale, de la santé, du travail et de l'emploi.

Vos crédits, monsieur le ministre de la santé, ne sont pas mauvais mais ils auraient pu être meilleurs si l'on considère que la santé publique est une priorité pour les Français.

Si, dans cette section, on isole les dotations propres du ministère de la santé, on constate que, globalement, celles-ci s'élèvent pour 1983 à 5,8 milliards de francs, ce qui représente une progression de 14 p. 100 par rapport à 1982, année où elles avaient pourtant déjà enregistré une hausse de près de 30 p. 100, une fois neutralisés les effets de transfert de crédits en matière de recherche.

Cependant, l'impératif général d'une meilleure maîtrise des dépenses de l'Etat et de la sécurité sociale est pris en compte et si les priorités de l'an dernier restent valables, elles s'accompagnent d'un effort accru en matière de coordination et de rationalisation.

Les principaux axes restent donc les mêmes que l'an passé, ce qui prouve, monsieur le ministre, qu'un long chemin reste encore à parcourir pour réaliser votre programme.

Ainsi, les crédits consacrés à la protection générale de la santé publique et à la prévention s'élèveront à 3,9 milliards de francs en 1983, absorbant ainsi près des deux tiers du budget de la santé. Leur progression, de 21 p. 100 par rapport à 1982, devrait permettre la poursuite des efforts entrepris dès cette année.

Une des lignes d'action essentielles est la rénovation des missions des services de la protection maternelle et infantile.

Les grands fléaux tels que les maladies infectieuses et les troubles liés à des carences alimentaires qui sévissaient au lendemain de la guerre, en 1945, ont fait place à des nécessités nouvelles : prévention des accidents à la naissance, dépistage précoce et traitement des handicaps infantiles, planification et éducation familiales. A cet égard, monsieur le ministre, je me permets d'insister tout particulièrement pour que, dans les maternités publiques, vous modernisiez, avec les crédits dont vous disposez, les installations destinées aux grossesses à haut risque, car c'est là qu'on enregistre la plus forte mortalité à la naissance.

Un effort important doit également être consenti en faveur de la santé scolaire, pour laquelle 412 emplois supplémentaires avaient déjà été accordés par le collectif de 1981 et par la loi de finances pour 1982.

Parmi les priorités retenues figurent la réalisation à 100 p. 100 des trois bilans de santé prévus à des âges clefs de la scolarité ainsi que la possibilité, dans l'intervalle, d'examen complémentaires personnalisés pour les enfants les plus vulnérables.

Les moyens de lutte contre les fléaux sociaux sont réorganisés.

Les crédits destinés à la lutte contre la toxicomanie sont désormais regroupés sous l'égide du seul ministère des affaires sociales et de la solidarité nationale.

Ceux qui concernent la lutte contre l'alcoolisme sont fusionnés mais demeurent de la compétence du ministère de la santé.

La concertation nationale lancée sur les moyens de prévention et de lutte contre le cancer devrait s'achever à la fin de l'année et il conviendra alors d'en tirer les conclusions. Je pose en tout cas dès à présent la question, monsieur le ministre : jusques à quand les Françaises et les Français seront-ils obligés de faire la quête sur la voie publique pour aider à lutter contre le cancer alors que cette lutte est une affaire d'Etat ?

Enfin, dans le domaine de l'hygiène mentale, les dotations prévues, qui dépassent un milliard et demi de francs, devraient permettre de développer la politique de sectorisation, déjà accentuée cette année, et de limiter ainsi les hospitalisations à temps complet.

Par ailleurs, la régionalisation des crédits de prévention, amorcée l'an dernier, est poursuivie et les dotations inscrites à cet effet sont portées à 60 millions de francs. Ces crédits doivent favoriser, d'ici à la fin de 1983, l'implantation d'observatoires de santé dans toutes les régions et, par conséquent, l'amélioration de la collecte et du traitement des informations sanitaires ainsi que le développement des études épidémiologiques.

Enfin, un effort important est réalisé pour les transports sanitaires d'urgence : l'augmentation de 5,2 millions de francs des crédits inscrits au chapitre 47-13, article 50, doit permettre l'ouverture de huit nouveaux S.A.M.U., la création de cinq réseaux de télécommunications à fin sanitaire et l'augmentation du nombre des S.M.U.R., qui devrait atteindre 260 en 1983.

Il convient, monsieur le ministre, d'établir une coordination entre les différents services qui interviennent dans ce secteur : sapeurs-pompiers, ambulanciers privés ou publics et gendarmerie. Pour les maires de villes de plus de 30 000 habitants possédant un centre hospitalier régional, ce manque de coordination coûte en effet très cher et pose des problèmes souvent insolubles.

La rénovation des équipements sanitaires constitue un autre axe prioritaire de la politique de santé.

Les opérations de modernisation des établissements de soins et de cure se stabilisent à un niveau élevé : près de 500 millions de francs sont prévus en autorisations de programme.

Pour les autres opérations, les autorisations de programme demandées se répartissent ainsi : 630 millions de francs, soit une progression de 20 p. 100 par rapport aux dotations de 1982 avant blocage, pour la rénovation des centres hospitaliers

régionaux et des établissements d'intérêt national : 327 millions de francs, soit une augmentation de 9 p. 100 par rapport aux dotations initialement consenties pour 1982, pour la transformation des hospices — c'est insuffisant, monsieur le ministre ; 13,26 millions, soit une augmentation de 66 p. 100, pour l'amélioration des établissements et services de protection sanitaire, ce qui concerne notamment les dispensaires.

Les crédits permettront, outre des opérations de rénovation de locaux, l'amélioration des équipements en matériel. Dès cette année, des progrès non négligeables ont été réalisés. Ainsi, le nombre de scanographes autorisés a été porté de 54 à 99. Cependant, cet effort d'équipement doit être poursuivi. Permettez, monsieur le ministre, au maire d'une ville de 50 000 habitants de faire remarquer que le scanographe est indispensable aujourd'hui, quelle que soit la taille de l'hôpital, pour sauver les malades, découvrir leur maladie et permettre des interventions plus rapides.

C'est pour tenter de combler ce retard que des crédits accrus sont prévus pour 1983 en faveur du développement des industries biomédicales. La subvention accordée au centre national de l'équipement hospitalier enregistre une progression de près de 30 p. 100. Faites, monsieur le ministre, qu'il n'y ait pas de monopole en la matière !

La priorité reste donc accordée à la lutte contre les inégalités en matière de santé et à l'amélioration de l'équipement sanitaire. Elle s'accompagne d'un important effort de rationalisation et de coordination, même si celui-ci n'a pas toujours une traduction budgétaire directe. Ainsi, la réforme de la tarification hospitalière, par la mise en place en 1984 du budget global, devrait éliminer les inconvénients de l'actuel système de financement qui constitue, il faut bien le reconnaître, une incitation à la multiplication des actes et au prolongement des séjours, et représente un inévitable casse-tête pour les commissions administratives qui doivent élaborer les budgets.

De même est-il indispensable de mieux coordonner les différentes composantes de l'équipement sanitaire. Les cartes sanitaires — véritable serpent de mer ! — dont on parle depuis 1970 n'ont jamais été achevées, sauf pour les unités d'hospitalisation pour soins aigus. Encore faut-il constater que, lorsque des critères ont été fixés, ils se révèlent maintenant inadaptes. Il convient donc de les revoir et de parvenir rapidement à l'établissement des différentes cartes — qui devront être mises à jour en permanence — en tenant compte non seulement des structures hospitalières traditionnelles mais aussi des nouvelles formules qui se développent actuellement et qui sont complémentaires : hospitalisation à domicile, hospitalisation de jour ou de nuit, consultations externes, centres de soins intégrés, enfin, dont il faudra bien que vous nous parliez, monsieur le ministre.

Dans cet effort de rationalisation est également impliquée la politique menée à l'égard des professions de santé.

A cet égard, la suppression des lits privés dans les établissements hospitaliers publics représente un progrès incontestable et une mesure de justice.

M. Jacques Blanc. Un recul !

M. Daniel Benoist, rapporteur spécial. Cependant, le délai d'option accordé en vue de l'exercice temporaire d'une activité privée a été reporté d'un an par rapport à la date initialement prévue. Vous m'avez affirmé tout à l'heure que la question allait être réglée, et je m'en félicite, monsieur le ministre, mais pourquoi ne l'a-t-elle pas été avant que les décrets ne soient pris, ce qui a frappé de plein fouet les médecins à plein temps qui représentent actuellement dans notre pays, à part quelques mandarins, je le reconnais, l'excellente de la médecine française ?

Je terminerai mon propos par une critique, une question et un regret.

La critique touche aux conditions de détermination des effectifs d'étudiants en médecine et d'élèves infirmiers ou infirmières. La réduction d'effectifs — ou la stabilisation pour les infirmières — modulée selon les régions ne me paraît ni démocratique, ni réaliste, car rien n'empêchera les étudiants d'accomplir leurs études dans certaines régions où l'université accorde les diplômes plus facilement ou en plus grand nombre. Les étudiants en question pourront exercer la médecine sur tout le territoire alors qu'il reste des zones d'ombre où il n'y a pas, ou peu, de médecins.

M. Alain Bonnet. Très bien !

M. Daniel Benoist, rapporteur spécial. Ma question concerne le problème des internes et des chefs de clinique, qui est toujours pas réglé sur le fond. Il convient que leur situation soit rapidement éclaircie ; la réforme hospitalière, une de plus, que vous étudiez, monsieur le ministre, et c'est bien, pourrait

constituer le cadre de cette solution. Mais faites diligence car ces jeunes représentent la ligne montante de notre médecine française!

Mon regret porte sur les secteurs des industries de santé et de la recherche médicale. La politique du médicament semble relever d'un trop grand nombre de départements ministériels pour que puisse être assurée une véritable cohésion dans l'action. Quant aux crédits de recherche médicale, leur transfert au ministère de l'industrie et de la recherche inquiète la commission des finances car il laisse craindre que les impératifs de la santé publique ne passent au second plan. Soyez vigilant sur ce point, monsieur le ministre.

Cela étant, la commission des finances a approuvé ce projet de budget, tout en formulant cinq observations.

La première concerne la communication des dossiers médicaux.

La commission des finances, constatant que, bien souvent, le transfert d'un malade d'un établissement hospitalier, ou même d'un service hospitalier à un autre, entraîne le renouvellement de séries d'examen médicaux déjà effectués, s'inquiète des répercussions financières de telles pratiques sur l'équilibre des régimes d'assurance maladie. Elle exprime donc le vœu que soient étudiés les moyens d'instaurer une meilleure coordination en la matière, que la solution retenue consiste à remettre son dossier au malade ou à instaurer un système de communication des dossiers entre les services et les hôpitaux concernés. La télécommunication doit s'étendre également à la santé publique.

La deuxième observation a trait à la réforme du statut des médecins hospitaliers et constitue un résumé de ce que j'ai dit tout à l'heure.

Remarquant que, dans le cadre de l'examen du projet de loi modifiant l'article L. 880 du code de la santé publique relatif aux activités de secteur privé dans les établissements d'hospitalisation publique, le Gouvernement a reporté d'un an le délai d'option accordé aux médecins en vue de l'exercice temporaire d'une activité privée, la commission des finances souhaite vivement que ce délai soit mis à profit pour élaborer très rapidement un véritable statut du médecin hospitalier à plein temps.

Soulignant que l'élaboration à leur intention d'un statut spécial avait été annoncée dès avant les élections présidentielles, elle exprime le désir que les solutions retenues le soient en accord avec les intéressés et préservent pleinement la qualité reconnue actuellement au système de soins français.

La troisième observation est relative aux effectifs d'élèves infirmières et infirmiers.

En application du décret du 29 avril 1981, le quota annuel d'élèves admis à suivre des études d'infirmière et d'infirmier est fixé par le ministre de la santé. Par arrêté du 21 juin 1982, il a été recommandé un maintien global dans chaque région des effectifs enregistrés à l'entrée en 1981, sous réserve de légères hausses pour quelques régions.

La commission observe que, dans certains domaines, les besoins ne semblent cependant pas satisfaits, notamment pour ce qui concerne les S.A.M.U. ou des services nouvellement créés. Elle souhaite donc que l'on tienne compte de ces données techniques dans la détermination des effectifs d'élèves infirmières et infirmiers, et surtout, monsieur le ministre, que l'on favorise la promotion sociale des aides infirmières, qui ont quelquefois les qualités suffisantes pour être infirmières à part entière.

La quatrième observation est relative aux cartes sanitaires. La commission des finances note avec intérêt qu'une réflexion d'ensemble s'est engagée sur les critères utilisés pour les établir. Elle exprime le vœu que ces travaux soient rapidement menés à bonne fin.

Enfin, la commission des finances regrette le manque de coordination entre les différents modes de transports sanitaires. Observant que, selon leur nature, le patient se verra facturer ou non le service rendu et sera remboursé ou non par l'assurance maladie, elle estime indispensable d'instaurer un système plus cohérent, permettant une meilleure collaboration entre les diverses parties concernées et assurant ainsi une protection plus efficace du malade.

La commission des finances approuve votre projet de budget, monsieur le ministre. Elle attend cependant que vous répondiez de façon précise aux questions qu'elle vous a posées. (*Applaudissements sur les bancs des socialistes et des communistes.*)

M. le président. La parole est à M. Louis Lareng, rapporteur pour avis de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales.

M. Louis Lareng, rapporteur pour avis. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, les crédits propres du ministère de la santé s'élèveront à 5,847 milliards de francs

en 1983, contre 5,179 milliards en 1982, enregistrant une augmentation de 14 p. 100, taux supérieur à celui de l'ensemble du budget qui est de 11,3 p. 100 pour les dépenses définitives. Deux domaines bénéficient d'une priorité marquée : la prévention et la protection sanitaires, la rénovation et la modernisation des équipements hospitaliers.

Les inspirations de la politique de santé se concrétisent non seulement dans les choix budgétaires retenus mais encore par certaines inflexions dans la mise en œuvre de ces moyens : la régionalisation est l'une d'entre elles, sans doute la première ; on peut discerner aussi la réduction des inégalités, l'approfondissement de la connaissance de l'environnement sanitaire, le souci de permettre aux établissements de taille moyenne ou réduite de mieux faire face aux besoins, l'accroissement des possibilités de formation des personnels soignants, le développement de la branche biomédicale.

Jobserverai tout d'abord, s'agissant des orientations budgétaires proprement dites, que les crédits de protection et de prévention sanitaire sont constitués par les dépenses « obligatoires » de santé, ainsi qualifiées parce qu'elles correspondent à des remboursements aux collectivités locales d'une partie du coût de fonctionnement de divers services dont l'existence est obligatoire en vertu de la loi : contrôle sanitaire de l'environnement, vaccination, lutte contre les maladies épidémiques, planification familiale, activités de protection médico-sociale.

Les crédits augmentent de plus de 23,4 p. 100. Les principales majorations portent sur la lutte contre les maladies mentales — 34,1 p. 100 d'augmentation — et contre les toxicomanies : 35,8 p. 100 d'augmentation.

Jobserverai ensuite que le financement de programmes volontaristes — hygiène du milieu, maternité, enfance, prénatalité, secours d'urgence — est prévu.

Par ailleurs, des crédits sont consacrés, dans le cadre de ces nouvelles orientations, à des programmes de prévention de régionalisation.

Enfin, s'agissant de l'adaptation des structures hospitalières aux besoins de notre époque, ce sont 1 491,1 millions de francs de crédits qui seront programmés contre 1 348 millions de francs en 1982 et 1 014 millions de francs en 1981, répartis entre les centres hospitaliers universitaires, les autres établissements de cure ou de réadaptation et les établissements de taille moyenne, en vue de rapprocher les structures hospitalières de la population.

D'autres mesures sont prévues : la formation des aides-soignants pour développer les services infirmiers de soins à domicile en faveur des personnes âgées ; le passage de 2 millions de francs à 21 millions de francs de crédits pour la rénovation des équipements consacrés aux écoles de formation ; l'aide à l'équipement biomédical ; l'extension du laboratoire de santé à Montpellier ; le soutien des programmes à l'institut Marie-Curie ; la création d'une mission de recherche et d'expérimentation en santé publique, action sociale et protection sociale ; la titularisation, pour les personnels, d'un certain nombre d'agents de l'Etat.

En outre, 500 postes de personnels médicaux seront créés. Ce sont 4 000 postes de personnels non médicaux qui le seront immédiatement et 4 000 après le deuxième trimestre 1983 dans la mesure où les décisions prises par la sécurité sociale dans la maîtrise des coûts de santé porteront leurs effets.

La titularisation intéressera 10 000 agents.

Par ailleurs, la convention médicale permet une augmentation des honoraires médicaux de 14 p. 100 dont 9 p. 100 dans l'immédiat.

Certes, pour les personnels paramédicaux, des efforts sont à faire aussi bien sur le plan public que sur le plan privé. Le Gouvernement s'y emploie avec les organisations représentatives des différents corps.

Du point de vue de la politique générale de la santé, les crédits du ministère de la santé ne représentent qu'une très faible partie des moyens mis au service de la politique de la santé puisque, dans notre pays, l'assurance maladie et, accessoirement, l'aide médicale constituent le financement des dépenses de santé.

Mais, de toute façon, la valeur et la portée de cette politique ne se mesurent pas seulement aux moyens qui y sont consacrés. Les impulsions, les orientations, les choix nombreux à formuler dans ce domaine sont autant d'éléments essentiels qui permettent de caractériser l'action d'ensemble menée par le ministre de la santé et l'ensemble du Gouvernement.

En particulier, la reconquête du marché intérieur par l'industrie biomédicale est un objectif important pour un ministère social qui, en liaison avec celui de la recherche et de l'industrie, se fixe aussi des objectifs économiques. Les exemples d'action en ce sens sont nombreux.

Malgré bien des insuffisances, la valeur du système sanitaire français, justement appréciée par les citoyens, réside notamment dans la diversité des modes d'exercice et dans la place de la médecine libérale. Le Gouvernement, et son ministre de la santé l'a souvent dit, y est aussi sensible.

La perspective d'un bouleversement de cet équilibre, annoncée par certains comme une certitude, relève d'une agitation d'origine partisane qui ne correspond guère à la réalité. Certaines expériences, qui ont été bridées naguère, doivent pouvoir se développer sans entrave. Il n'est pas question qu'elles soient une menace pour les formes préexistantes de dispensation des soins.

Le rapporteur avait présenté l'année dernière les éléments explicatifs de la démographie de la profession médicale et la position d'attente adoptée alors par le ministre sur l'institution d'un *numerus clausus* à l'entrée des études médicales.

On comptait au 1^{er} janvier de l'année dernière 108 000 médecins. Si l'accroissement des effectifs permettra de mettre fin à la sous-médicalisation de certaines régions et évitera à certains praticiens une charge de travail excessive, il n'en reste pas moins qu'un tel accroissement présente des risques, tant pour les médecins eux-mêmes que pour l'assurance maladie.

Cependant, dans certains hôpitaux, le nombre des médecins est insuffisant. J'en donnerai pour preuve la menace dont j'ai eu connaissance ce matin et qui appellerait une vérification, concernant la fermeture du S. A. M. U. du Puy à la suite du départ du médecin militaire en place du fait du manque de personnel médical local.

Indépendamment de la réforme d'ensemble du troisième cycle des études médicales, des problèmes ponctuels doivent être évoqués, tels ceux qui touchent au sort des étudiants de certains certificats d'études spéciales de médecine et à la situation des internes.

En effet, le nombre des étudiants ayant subi plusieurs échecs à l'examen national d'un C. E. S. de médecine n'a cessé de s'accroître depuis plusieurs années en raison d'une attitude de plus grande sélectivité de la part des jurys.

Un problème comparable et aux conséquences tout aussi graves est posé par le refus d'accorder une équivalence de spécialité opposé par certains jurys nationaux à l'égard d'internes des hôpitaux de la région parisienne ayant pourtant présenté des dossiers strictement conformes. Les années précédentes, les internes, jugés dans des conditions absolument comparables en vertu de l'arrêté du 15 novembre 1976, avaient bénéficié de cette équivalence. Bien que les décisions des jurys soient souveraines, elles semblent, dans ce cas, en contradiction formelle avec les décisions antérieures ainsi qu'avec les assurances données aux candidats dans le courant de leurs études.

De plus, bien que l'arrêté du 1^{er} février 1982 élargissant aux internes de toutes les régions sanitaires de France la possibilité de postuler à une équivalence de C. E. S. n'ait pas été appliqué, il se révèle que beaucoup de services médicaux, considérés comme qualifiants jusqu'alors, ont été, depuis cette date, déclarés non validants, sans préavis. Là encore, en attendant l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions instituant l'internat obligatoire pour tous, une solution équitable doit être trouvée dans des délais rapides.

J'avais soulevé ce problème auprès de M. le ministre de l'éducation nationale mais il concerne aussi M. le ministre de la santé, car il aura de graves répercussions sur le fonctionnement des hôpitaux. Si cette situation de blocage persistait, il faudrait envisager des solutions consistant, par exemple, à modifier la composition des commissions de qualification.

La politique de relation conventionnelle entre les caisses d'assurance maladie et les professions de santé d'exercice libéral, malgré les tensions normales dues aux négociations rigoureuses à échéance fixe, constitue un acquis appréciable qui a, en outre, l'avantage de faire l'unanimité.

Pour les médecins, en particulier, la sortie du blocage des prix se pose en des termes délicats. On sait que, dans le domaine sanitaire, les honoraires sont restés gelés depuis bien avant le 11 juin dernier et les nouveaux tarifs négociés au début du mois de juin n'ont pu entrer en vigueur du fait de la survenance du blocage général. Les médecins en ont conçu une amertume justifiée.

MM. Jacques Blanc et André Rossinot. Tiens donc !

M. Louis Lareng, rapporteur pour avis. Il faut se féliciter de la mesure de déblocage qui vient d'être prise.

En ce qui concerne l'ensemble des autres professions de santé la situation est comparable. Les différences sont exposées dans mon rapport.

L'intérêt de la participation de ces professionnels aux soins à domicile doit être souligné. L'exercice en milieu hospitalier est évoqué dans le chapitre consacré aux établissements.

Il est de plus en plus évident qu'une politique de santé qu'il s'agisse du secteur public ou du secteur privé, passe par une collaboration toujours plus étroite entre toutes les professions de santé, le personnel non soignant compris.

S'agissant des établissements hospitaliers, la nécessaire réforme hospitalière qui interviendra vraisemblablement dans le courant de l'année 1983, sans bouleverser la structure d'ensemble des réseaux et établissements, permettra néanmoins de modifier profondément les règles de fonctionnement interne, tant administratif que financier. Sur ce dernier point, un pas important vient d'être franchi avec la disposition inscrite dans le projet de loi sur la sécurité sociale actuellement en cours de discussion, instaurant le budget global à partir de 1984.

La persistance inquiétante d'un taux élevé de croissance des dépenses hospitalières pose une question qui ne peut être éludée. La réponse que les partenaires sociaux, à commencer par les pouvoirs publics, doivent y apporter exige qu'aucun des moyens qui constitueront une solution, même très ponctuelle, ne soit négligé.

La recherche d'une complémentarité entre le secteur privé et le secteur public doit être privilégiée afin que tous les moyens soient pris en compte, dans une carte sanitaire, sans exclusive.

Le Conseil économique et social a adopté au mois de décembre 1981 un intéressant avis sur ces formules plus nouvelles que sont l'hospitalisation de jour et l'hospitalisation à domicile.

Evoquant les instances internes de l'hôpital public — conseil d'administration et commissions médicales consultatives — le rapporteur soulignait l'année dernière la nécessité de modifier leur composition dans le sens de la démocratisation et d'une plus grande ouverture de ces commissions médicales aux personnels. Dans la mesure où la perspective d'une réforme hospitalière d'ensemble se précise pour l'année 1983, il est logique que n'aient pas été prises d'une manière partielle de telles dispositions. Mais nous nous devons de rappeler l'importance qui s'attache à ces changements.

La structuration des établissements autour de « départements » et non plus exclusivement autour de « services » doit être un élément fondamental de la réforme hospitalière. De nombreux travaux, recherches et expériences ont montré la supériorité de ce type d'organisation.

Parallèle à la « départementalisation » des hôpitaux et condition de la généralisation de celle-ci, la réforme du statut des médecins à plein temps des hôpitaux non universitaires constitue un élément important d'adaptation de l'hôpital aux besoins actuels et à l'évolution rapide de ceux-ci. Il en est de même pour les C. H. U.

Enfin, pour les médecines douces, des règles d'exercice devront être étudiées pour l'ensemble de toutes les médecines considérées comme telles.

Un projet de budget, tel que celui que je vous ai présenté, mesdames, messieurs, m'amène à formuler deux observations : Tout d'abord, ce projet de budget traduit une politique.

A cet égard, il s'inscrit dans le cadre de la « rigueur », conjuguée en ce moment à tous les temps, mais il est néanmoins en augmentation de 14 p. 100 par rapport à l'an dernier.

Il incite à développer les mesures préventives, notre problème étant de considérer la santé selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé, c'est-à-dire l'homme bien portant. Nous voulons, certes, les moyens de soigner, mais nous ne sommes pas exclusivement orientés vers la réalisation de cet objectif.

Ce projet de budget décentralise puisque, par le biais des organismes régionaux et départementaux, il met en place de véritables observatoires d'évaluation permettant des évaluations de besoins et de moyens.

Je dirai ensuite qu'il manque un déphasage par rapport à sa perception dans les milieux professionnels de santé, en particulier dans certains milieux médicaux. Au sein de ces derniers, il existe un véritable climat d'« insurrection verbale » que je ne parviens pas à comprendre.

Le médecin est un homme de bon sens, pragmatique, rompu davantage par l'exercice de son métier aux dures et pénibles réalités de la vie et de la mort. Quand il est bon médecin — et nombreux sont les praticiens qui peuvent bénéficier de ce qualificatif —, il perçoit chez son malade le « mieux » comme l'« aggravation ».

Depuis que nous sommes au pouvoir, il ne peut être rien dit sans que les problèmes exposés ne soient bruyamment déformés. On nous conteste la volonté de laisser la liberté de choix au malade, de respecter le secret médical, la liberté de prescription du médecin. J'ai l'impression de me trouver, avec mes confrères, dans un monde affolé, inquiet et hostile. J'en suis extrêmement surpris.

Or, quand nous sommes arrivés au pouvoir, des lits étaient supprimés dans les hôpitaux et les embauches interrompues : bien que ce ne soit pas le Pérou, à chaque budget, nous créons des postes.

Les médecins privés voyaient depuis plusieurs années leur pouvoir d'achat se dégrader. Or on vient d'accorder une augmentation de 14 p. 100 à la médecine libérale !

Tout n'étant pas rattrapé en bloc, le niveau indispensable n'étant pas obtenu, il semble que tout se passe, chaque fois, comme si nous aggravions la situation.

Je ne conteste pas le droit à la critique et à l'opposition, mais on peut être opposant et objectif.

M. Jacques Blanc. Exactement, et c'est bien ce que nous sommes ! (*Exclamations et rires sur les bancs des socialistes et des communistes.*)

M. Louis Lareng, rapporteur pour avis. Faut-il en conclure que tout ce que nous faisons, même si c'est bien, doit être baptisé « mal fait » ? Notre information, votre information, monsieur le ministre, est-elle victime d'écrans ? Mais où sont donc ces derniers pour être aussi si habilement camouflés ?

Si l'on compare au phénomène biologique, je crains qu'en adoptant une telle attitude qui consisterait à considérer qu'un malade dont l'état s'améliore doit continuer d'être soigné comme si son état s'aggravait, niant la guérison on ne provoque, à terme, même involontairement, une aggravation irréversible.

Puissent ces milieux médicaux comprendre ce qu'ils enseignent à savoir que, dans la vie comme au chevet des malades, il faut collaborer avec tous pour traverser les phases critiques. (*Applaudissements sur les bancs des socialistes et des communistes.*)

M. le président. Dans la discussion, la parole est à M. Charles Haby.

M. Charles Haby. Monsieur le ministre, l'année dernière, vous nous faisiez part des impressions que vous aviez ressenties au cours de votre voyage à travers la France.

Vous nous parliez des problèmes que vous aviez rencontrés, des réflexions que vous aviez entendues et des réalisations que vous aviez vues. Puis vous nous avez brossé avec chaleur le programme que vous avait inspiré ce voyage. Vous nous avez cité un certain nombre de priorités à respecter dans plusieurs domaines, notamment en matière de prévention, de personnel et de recherche. La liste était longue !

Dans le temps qui m'est imparti, je ne pourrai reprendre point par point vos déclarations, d'autant plus que cela risquerait d'être fastidieux. Je ne m'attacherai qu'à examiner certains secteurs de votre projet de budget sur lesquels vous aviez particulièrement insisté en 1982.

Je parlerai, en premier lieu, du personnel hospitalier. Pendant sa campagne, le candidat François Mitterrand s'était engagé à faire créer 20 000 emplois en dix-huit mois. En six mois, vous nous annonciez, au cours du débat budgétaire, que vous aviez créé 12 500 emplois — 2 000 en juillet, 8 000 en octobre, auxquels vous ajoutiez 1 000 postes psychiatriques et 1 500 emplois médicaux. Vous espériez combler le retard rapidement. Aux dires des spécialistes, en décembre 1981, le déficit dans les établissements hospitaliers était de 5 000 emplois.

Dans le courant de l'année 1982, le Gouvernement a fait adopter des textes sociaux, tels que ceux concernant la semaine de trente-neuf heures, généralisant la cinquième semaine de congés et étendant les droits syndicaux. L'application de ces différentes mesures accroît le nombre d'emplois dont les hôpitaux ont besoin. Ainsi, ce sont quelque 13 500 emplois supplémentaires que vous devriez pourvoir en 1983. Compte tenu des 4 000 que vous inscrivez dans votre projet de budget, il manque 9 500 emplois ! De nombreux conseils d'administration d'hôpitaux sont inquiets : ils craignent que la qualité des soins ne se détériore, bien que le personnel déploie une intense activité pour pallier les absences. Les conditions de travail des agents se dégradent. Devant cet état de choses, un certain nombre d'hôpitaux envisagent de fermer des services.

J'ajoute que votre circulaire du 22 juillet 1982, relative aux budgets supplémentaires, ne fait qu'aggraver les choses. Le deuxième point que je tiens à aborder concerne la prévention.

C'était l'axe de votre politique de santé. Vous redécouvriez la prévention. Les crédits que vous inscrivez sur cette ligne budgétaire étaient élevés : vous avanciez le chiffre de 249 millions de francs. Cependant, à la lecture des documents budgétaires qui sont à notre disposition, on s'aperçoit que l'effort se ralentit ; on supprime même certaines actions importantes.

Il est curieux de constater que vous supprimez, au chapitre 47-14, les crédits consacrés à la lutte contre l'alcoolisme. Voilà une bien curieuse manière de faire de la prévention ! Alors que M. le ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale nous déclarait, il y a trois semaines dans cette

enceinte, que, par l'instauration d'une vignette sur les boissons alcoolisées, il entendait renforcer la lutte contre ce fléau social qu'est l'alcoolisme, vous supprimez les crédits qui permettent une action dans ce sens.

Vous prenez là une très grande responsabilité, à la fois devant le pays, car ces crédits permettaient d'informer sur la lutte contre l'alcoolisme, mais aussi en ce qui concerne les dépenses de la sécurité sociale.

Vous savez, monsieur le ministre, combien coûtent, chaque année, à la collectivité nationale les méfaits de l'alcool. Je suis très inquiet de vous voir accepter que l'on arrête la prévention en ce domaine. Vos explications seront d'une grande importance et elles seront écoutées avec attention, car c'est la crédibilité de votre action qui est en jeu.

Autre point où votre projet de budget n'est plus en concordance avec vos déclarations passées : les documents budgétaires montrent une stagnation des crédits en matière de santé scolaire. En outre, vos n'augmentez ni le nombre des postes de médecin ni celui des postes d'infirmière et d'assistante sociale. En ce domaine également, vos crédits stagnent. Auriez-vous, là aussi, monsieur le ministre, modifié vos intentions ?

Je parlerai maintenant des bourses et de la formation.

Là encore, vos déclarations passées ne sont pas en accord avec les projets que vous prenez en compte dans le projet de budget. Les crédits que vous consacrez aux bourses et aux actions de formation sont en régression par rapport à ceux de l'an passé. Ils n'augmentent que de 6,2 p. 100 et, dans ces conditions, il ne rattrapent pas l'inflation. Dans un secteur aussi fondamental que celui de la formation, il est indispensable de conduire une politique dynamique et active. Malheureusement, vos déclarations ne trouvent pas de traduction dans les chiffres.

L'inquiétude qui règne parmi les personnels en formation est grande ; votre projet de budget n'est pas de nature à les rassurer.

Un autre élément de votre projet de budget donne quelques soucis : ce sont les crédits que vous consacrez en personnel au C. N. E. H., le centre national de l'équipement hospitalier.

La reconquête du marché intérieur que vous prônez tant, et avec raison, permet certes une augmentation de crédit de 2,5 millions de francs en faveur du C. N. E. H., mais c'est bien maigre ! Les missions à l'exportation qui ont été confiées à cet organisme seront bien difficiles à réaliser dans un secteur où la concurrence est grande.

Enfin, je souhaite que vous puissiez expliquer quelles sont vos clés de répartition des crédits inscrits au chapitre 47-13. Consacrés aux nouvelles orientations constituées par les programmes régionaux de prévention, ils ont été augmentés de 5 millions de francs, passant de 55 à 60 millions. La manière dont sont répartis ces crédits dans les régions provoquent des réévaluations. Les critères que vous retenez semblent plus inspirés par des motifs politiques que par la qualité des actions proposées.

J'ajouterai des considérations relatives aux crédits destinés aux équipements hospitaliers. En effet, lors de votre audition par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, vous avez déclaré que leur montant augmenterait de 30 p. 100. Sera-ce suffisant pour compenser le blocage de 25 p. 100 de ces crédits intervenu au mois de mars 1982 ? Ils ne sont pas encore rétablis actuellement !

Par quels moyens comptez-vous rattraper les retards pris ainsi pour les projets de construction ou d'humanisation des hôpitaux ?

Précéderez-vous à de nouveaux blocages en 1983 ?

En définitive, bien qu'il se veuille un budget de gestion vigoureuse, votre budget n'est pas un bon budget. Vous comprenez donc, monsieur le ministre, que le groupe du rassemblement pour la République ne puisse le voter.

Pour nous, en effet, la politique de la santé — les orateurs de notre groupe vous l'ont dit lors de la discussion des différents textes que vous nous avez présentés — est une politique de liberté et de responsabilité, au service de l'homme, non au service de l'idéologie. (*Applaudissements sur les bancs du rassemblement pour la République et de l'union pour la démocratie française.*)

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

M. Léo Grézard. Monsieur le ministre, mes chers collègues, les quarante dernières années ont été marquées par la généralisation de l'accès aux soins.

La loi hospitalière du 21 décembre 1941, ainsi que le décret d'avril 1943, ont tenu compte de la prééminence donnée à l'hébergement sur la technicité, en fonction des possibilités du moment. C'est ainsi que notre pays s'est trouvé doté d'un grand nombre d'équipements hospitaliers, avec beaucoup de plateaux techniques, de valeur inégale d'ailleurs, mais avec l'avantage cependant de la proximité, pour ceux qui en avaient besoin.

A l'époque, un « paramètre » et un seul s'imposait : le nombre de lits. A l'origine, le critère était plaqué sur le concret, la capacité des hôpitaux. Ainsi, une fondation française au rayonnement international, les Quinze-Vingts, a perpétué depuis plusieurs siècles, par son nom même, le souvenir de sa propre capacité initiale de trois cents lits destinés à des malvoyants.

D'autres textes plus récents, la loi de décembre 1970 entre autres, ont tenté d'appréhender différemment le fait hospitalier, étendant la compétence de l'hôpital, avec la consultation externe, créant des services de jour ou l'hospitalisation à domicile.

Il s'agissait de recherches d'alternatives plus que de solutions à visée structurelle.

Ainsi dans une période d'expansion économique accélérée, et de progrès techniques, cliniques et thérapeutiques d'une rapidité foudroyante le « paramètre lit » est devenu un argument frappé d'obsolescence s'il est seul pris en considération comme unité technique d'hébergement, unité comptable, élément statistique, témoin d'activité et moyen de définition du grade d'un médecin, de la classe d'un directeur ou d'un quota de personnel.

Aussi au moment où le budget social de la nation devenait la plus lourde des charges de celle-ci, de multiples études ont-elles conclu que le critère du nombre de lits simple, certes, mais trop facile à « gérer », conduisait à un laxisme inquiétant et, en outre, difficile à combattre. Que d'habitudes enracinées, aussi bien médicales qu'administratives ! Et que de contradictions aussi ! Pour assurer un équilibre local, celui de l'établissement, on « faisait des journées » au détriment de l'équilibre des caisses, du budget consacré par l'Etat à l'aide sociale, ou des malades et de leurs proches en cas de prise en charge partielle.

L'opération arithmétique « occupation élevée multipliée par prix de journée », est inflationniste au premier degré. Au quotidien, il y avait donc création d'un premier tour de spirale. Un deuxième tour s'engageait aussitôt : la surestimation des investissements immobiliers nécessaires et les surcoûts de fonctionnement ainsi engendrés ; ils accroissaient les prix de journée. Et un troisième tour s'enclenchait allongeant les durées de séjour ; des goulets d'étranglement se formaient à la partie des services techniques lourds : d'investissements radiologiques nucléaires ou biologiques, par exemple.

Ces goulets étaient la conséquence d'un sous-équipement en matériel et d'une sous-dotation qualitative et quantitative en personnel. Pervers, ils suscitaient les critiques de chacun. Mais, en contrepoint, ils provoquaient, par les journées induites, des rentrées financières supplémentaires, superficiellement bienfaites au niveau local, nuisibles en réalité du point de vue de l'intérêt général, comme je viens de l'exposer. Ainsi, donner une explication purement conjoncturelle des difficultés rencontrées pour gérer le coût de la santé ne suffit pas. Les remèdes structurels sont les seuls qui valent.

Ce projet de budget n'a pas pour objet d'étendre la capacité d'hébergement des surfaces existantes, mais de les adapter aux besoins de notre époque. Cette orientation est satisfaisante. Il en va de même pour l'effort accompli en faveur des établissements de soins de moyenne et de petite dimension, par définition non universitaires : il ne faudrait pas qu'ils soient des « hôpitaux parkings », masquant les goulets d'étranglement de centres plus étoffés en moyens techniques.

Dans le domaine réglementaire, monsieur le ministre, vous êtes en train d'allier le « dire » et le « faire ». Vous élaborez la réforme du fonctionnement hospitalier en constituant des « départements » à la française, c'est-à-dire des départements à compétence fonctionnelle et géographique au sein d'un même établissement. Apportant de nouvelles dimensions à l'espace hospitalier, trop divisé par des cloisonnements, voire des échappelles non communicantes, les « départements » créés abandonneront le critère du nombre de lits, du moins je l'espère, pour constituer des unités médicales fonctionnelles dont l'axe sera une discipline suffisamment large pour que le malade, dans le cadre de son libre choix, puisse être approché de façon multipolaire. Ou bien, nous aurons des « départements » centrés sur des spécialités fortement cohérentes entre elles.

Ces unités, groupées dans un ensemble animé et géré par un coordonnateur élu, permettraient la prise en considération d'une nouvelle responsabilité médicale, au-delà de la responsabilité immédiate et personnelle du médecin par rapport à son malade : la responsabilité collective, moins connue, peu ou pas enseignée. Cette dernière, imparfaitement intégrée dans les mentalités, découle de l'utilisation du budget le plus important de la nation. Elle met en cause, à court terme, le système de distribution des soins et la solidarité nationale, à long terme les soins et la prévention, mais aussi l'évaluation des résultats, au sens large de l'expression.

C'est dire avec quelle satisfaction — mais non sans éprouver quelque appréhension — on peut enregistrer la création d'un

« département » voué à « l'information médicale » propre à chaque établissement. L'information sera destinée aux médecins de famille, qui auront accès aux dossiers, ainsi qu'aux médecins experts, dans le dessein de faciliter la réparation des dommages corporels. Nous sommes satisfaits que cette collecte, dans les centres hospitaliers généraux, puisse aboutir, en matière de données épidémiologiques, à des actions préventives actuellement déconnectées du service des soins.

Néanmoins nous éprouvons une appréhension. Il faudra avoir, en effet, les moyens de conduire à bien cette ambitieuse action, à la fois sur le plan budgétaire et sur celui de la formation des personnels qui y travailleront ; sans oublier, mais ce sera peut-être le plus difficile, qu'il conviendra de faire passer le message entre des structures de soins qui, jusqu'à présent, en dehors d'expériences isolées, n'ont pas été habituées à vivre et à travailler. (Applaudissements sur les bancs des socialistes.)

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

M. André Rossinot. Monsieur le ministre, j'interviens dans cette discussion budgétaire au nom du groupe de l'Union pour la démocratie française : j'espère qu'elle nous permettra d'apercevoir, mieux que par le passé, certaines intentions profondes du Gouvernement quant à l'avenir de notre système de santé.

En effet, par elle-même la présentation des crédits alloués à votre ministère ne nous apporte pas toute la lumière que nous aurions souhaitée dans ce domaine. Vous affichez pour votre budget une volonté de croissance soutenue. Mais soyons réalistes : il est à craindre que l'augmentation de 14 p. 100 des crédits que vous annoncez pour 1983 ne soit absorbée, ou quasiment absorbée, en dépit de l'optimisme affiché par M. le ministre de l'économie et des finances, par l'érosion monétaire.

C'est pourquoi il me semblerait plus juste de parler d'un budget de maintien.

Pour ce qui est du deuxième axe de votre orientation, et j'aborde ainsi le thème de la décentralisation si cher à votre Gouvernement, nous n'en sommes encore qu'à un avis consultatif des comités régionaux pour la promotion de la santé. Et en Lorraine, par exemple, une région que je connais bien, le comité compte cent dix membres, mais seulement vingt-huit représentants des professions de santé, dont dix-sept praticiens en tout et pour tout. Décidément, votre allergie à la représentation des professionnels de la santé se manifeste à tous les échelons !

C'est encore le cas dans le domaine de la prévention contre le cancer. Bien sûr, nous ne nous opposons en aucune façon à l'effort capital entrepris dans ce secteur, mais nous émettons les réserves les plus vives sur la manière dont les structures de concertation ont été désignées. Là encore, à aucun moment, la profession médicale organisée, qui représente les praticiens sur le terrain, n'a été consultée. Ces commissions de concertation ont été créées sans aucune coordination avec les structures existantes représentatives des intéressés.

Ce type d'organisation ne va-t-il pas plutôt alourdir, voire rendre inefficace toute forme de prévention ? On peut se le demander. Nous rappelons fermement qu'il ne saurait y avoir ni de concertation, ni de politique de prévention sans la participation coordonnée et harmonieuse des médecins libéraux et hospitaliers à toutes les structures concernées.

M. Jacques Blanc. Très juste !

M. André Rossinot. Dans le cadre de la prévention, j'aurais encore beaucoup à dire aussi sur l'aide médicale urgente, dont l'importance n'est plus à démontrer.

Nous prenons acte de la création, en 1983, de quatre S.A.M.U. Cependant, treize resteraient encore à installer. Quant aux « Centres 15 », il en existe actuellement sur le territoire. Pouvez-vous nous communiquer un planning pour l'installation d'autres centres dans d'autres régions ? D'une façon générale, pouvez-vous garantir que les praticiens libéraux, qui ont fait la preuve de leurs capacités de réponse et d'organisation dans ce domaine, seront les acteurs, à part entière, et donc à parité, des structures qui doivent être installées ?

En outre, vous annoncez la création de deux cent quarante-sept postes de médecin de la santé scolaire. Mais qu'en est-il de la titularisation des contractuels, de l'intégration des vacataires et, bien sûr, de l'évolution nécessaire de leurs rémunérations ?

Enfin, la situation des médecins des centres de P. M. I., notamment de ceux qui exercent moins de dix heures par semaine, reste difficile, car ils ne bénéficient d'aucune couverture sociale. Pourtant, ils sont au nombre de 5 000, ce qui n'est pas négligeable. Pour le moment, nous n'avons pas non plus de réponse à ce problème.

J'en viens à la formation médicale continue.

Dans ce domaine, vous cultivez le paradoxe, monsieur le ministre, puisque tout effort consenti sera forcément « amené » à cause des mesures prises par le Gouvernement auquel

vous appartenez, qu'il s'agisse de la taxe sur les frais de congrès, bien entendu, ou de la taxe sur la publicité des laboratoires pharmaceutiques.

La presse médicale et scientifique, vous le savez, est pour une large part tributaire de cette publicité. Elle ressent déjà gravement le contrecoup des dispositions prises. La disparition d'un grand nombre de revues médicales est à craindre. Or, actuellement, deux médecins sur trois assurent grâce à cette presse les deux tiers de leur formation continue.

M. Jacques Blanc. C'est vrai.

M. André Rossinot. Dans ces conditions, avez-vous, monsieur le ministre, l'intention d'aider financièrement la presse médicale pour lui permettre de continuer à assurer son rôle formateur ?

Vous réaffirmez sans cesse votre attachement à l'exercice libéral des soins, et je vous croirais volontiers si l'ensemble des mesures prises jusqu'à présent n'indiquaient pas une orientation contraire.

L'attachement à la médecine libérale suppose le respect de certains principes : indépendance des professions de santé dans l'exercice de leur mission, vie conventionnelle avec les caisses et garanties certaines pour la situation matérielle des praticiens.

A l'évidence, cette garantie passe en grande partie par l'évolution des honoraires conventionnels, par des mesures fiscales reconnaissant la spécificité des professions libérales et par des avantages sociaux acquis et réels.

Certes, vous ne remettez pas en cause la distribution libérale des soins. Pourtant, que d'attaques contre ce secteur !

Le blocage autoritaire des honoraires a complètement ébranlé les rapports conventionnels. Les conventions avec les chirurgiens-dentistes et avec les kinésithérapeutes, je vous le rappelle pour mémoire, ne sont toujours pas conclues.

Alors que les artisans ont pu bénéficier de mesures de modulation de la taxe professionnelle, les professions de santé sont exclues du champ d'application de ces dispositions. Or une surcharge fiscale délibérée peut aussi asphyxier l'exercice d'une profession libérale.

M. Jacques Blanc. Exactement.

M. André Rossinot. Le projet de loi de finances pour 1983 accroît l'inégalité et le déséquilibre entre les salariés et les non-salariés, en ne relevant pas le seuil de l'abattement fiscal accordé aux membres des associations de gestion agréées.

Dans ces conditions, vous comprendrez que je m'interroge sur la volonté politique du Gouvernement de préserver le pluralisme !

D'ailleurs quel pluralisme et à quel prix ? Voilà la vraie question à laquelle l'opposition tout entière répondra prochainement.

Malheureusement, le malaise et les inquiétudes qui pèsent sur l'exercice de la profession selon le mode purement libéral n'épargnent pas les hôpitaux publics et leurs médecins.

Leur statut est un premier sujet d'interrogation. Lors de la suppression du secteur privé à l'hôpital, vous avez annoncé, monsieur le ministre, une amélioration de la couverture sociale, des retraites et des traitements. Les modalités en sont toujours attendues ! Quant aux textes qui circulent officiellement sur le statut des médecins hospitaliers, ils ne concernent que les médecins exerçant à plein temps. Vous avez laissé de côté ceux qui travaillent à temps partiel.

Que cet oubli soit volontaire ou non, je tiens ici à vous le rappeler, ces médecins garantissent la même qualité de soins et ils sont soumis aux mêmes critères de mode de recrutement par concours que leurs collègues à plein temps. Leur coût est inférieur à celui de leur remplacement par des médecins à plein temps qui, en nombre plus réduit, ne pourraient assurer la même permanence médicale. Enfin, ces médecins reflètent l'esprit même de la liaison entre la médecine des hôpitaux et la médecine de ville, une liaison à laquelle vous avez vous-même déclaré être attaché. Ils doivent donc figurer à part entière dans le texte relatif au statut des médecins hospitaliers.

« J'en viens à la réforme de la tarification hospitalière. Elle n'est pas non plus sans susciter des questions. On parle de l'application d'un « budget global ». De quel budget global s'agit-il ? J'aimerais le savoir. Une expérimentation de budget global a été définie, en application de la loi de 1970, par un texte législatif de 1978.

Dans les expériences en cours, il s'agit d'un « budget global d'origine interne », établi en fonction de la demande prévisionnelle des soins et décidé à l'issue d'une discussion entre l'administration et chaque chef de service responsable, après chiffrage des moyens directs et indirects. La somme des coûts de chaque centre d'activité aboutit alors au budget de l'hôpital, dont le financement est réalisé mensuellement par douzièmes et révisable selon les critères de l'activité, de l'inflation et des densités réelles d'occupation.

Ce type de budget ne doit en aucun cas être confondu avec le « budget global d'origine externe » caractérisé par une enveloppe globale, aussi appelée « dotation globale », fixée par le Gouvernement sur le plan national, puis répartie par régions, départements, hôpitaux et services, selon des critères qui restent à définir. Mais, dans tous les cas, la dotation sera fixée selon les possibilités de financement et la « rigueur de gestion » aboutira, à brève échéance, à des restrictions de soins.

Malheureusement, je crains que ce ne soit vers ce type de budget global que le Gouvernement s'oriente. La définition des critères d'attribution de la dotation me donne déjà beaucoup à penser. L'interrogation est grande face aux desseins du Gouvernement. L'expérience vécue depuis un an et demi par les professionnels de la santé ne les incline pas à l'optimisme. L'hypothèque qui pèse sur leur avenir et sur leur statut n'est pas levée.

Mais au-delà des professionnels de la santé, les malades et l'opinion publique s'inquiètent aussi légitimement. La politique des socialistes, c'est la politique de l'argent. Plus d'argent, plus de politique ! (*Exclamations et rires sur les bancs des socialistes.*) Faute de pouvoir appliquer le dogme, on donne dans l'opportunisme. C'est ce que vous faites. Le ministre Ralite disparaît derrière le tour de vis et l'austérité de son collègue Bérégovoy. (*Protestations sur les mêmes bancs.*)

Naturellement, sans effort, monsieur le ministre, vous comprendrez que le groupe U.D.F. ne puisse vous suivre et voter votre budget. (*Applaudissements sur les bancs de l'union pour la démocratie française.*)

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

M. Georges Hage. Monsieur le ministre de la santé, le projet de budget que vous nous présentez traduit indiscutablement votre volonté de maintenir le cap sur le redressement.

Après l'effort budgétaire exceptionnel qui a été entrepris cette année, le budget pour 1983 maintiendra donc un objectif de croissance qui, si elle n'a pas l'ampleur souhaitée, constituera cependant un acte très positif dans la mesure où elle sera supérieure à celle du budget de l'Etat.

Etant donné la situation très préoccupante de certains secteurs de la santé, particulièrement frappés par la politique de casse de la droite, il convient effectivement de poursuivre l'effort, notamment en faveur de certains hôpitaux, des hospices, des centres de soins et de réadaptation, des centres de protection sanitaire, et de bien d'autres.

Le nouveau gouvernement a accompli une œuvre non négligeable au bénéfice des hôpitaux, puisque, depuis mai 1981, ce sont 16 000 postes de personnel hospitalier qui ont été créés, auxquels se sont ajoutés 1 600 postes de médecin et 1 000 postes d'infirmier en psychiatrie.

En 1983, les effectifs croîtront, puisque vous annoncez la création de 8 000 postes pour le personnel hospitalier, de 500 postes de médecin et d'emplois d'infirmier en psychiatrie. Ce sont là autant de décisions dont nous tenons à souligner le caractère positif et qui devraient améliorer très sensiblement la situation.

Cependant, je me dois de rappeler l'importance des besoins, et donc des problèmes qui demeurent.

Pour bien appliquer la réforme des études médicales, un grand effort doit être consacré, et rapidement, aux hôpitaux généraux. Or on est en droit de se demander si l'augmentation des crédits prévus à cet effet permettra de faire face aux besoins les plus pressants.

A propos des crédits alloués aux hôpitaux, nous ne pouvons qu'approuver la suppression du prix de journée qui a montré ses limites et dévoilé ses écarts.

Nous souhaitons vivement que la mise en place d'un nouveau système se fasse dans de bonnes conditions à partir de critères essentiellement liés aux besoins du malade, et donc aux nécessités médicales.

Beaucoup d'inquiétudes se manifestent à cet égard. C'est assez naturel, puisqu'il s'agit de modifications de taille. Pour les dissiper, il convient de discuter avec les intéressés et d'examiner minutieusement les divers aspects afin que ces derniers soient bien pris en compte et que les nouveaux critères qui seront retenus soient l'affaire de tous.

Vous avez, monsieur le ministre, placé la prévention au centre de vos préoccupations — ainsi que le souligne clairement la charte de la santé — et vous avez accompagné vos propositions de mesures concrètes très intéressantes qui devraient permettre à la décentralisation régionale de jouer pleinement son rôle.

Les deux tiers des crédits de votre budget seront consacrés à ce secteur, et nous nous en réjouissons.

Développer la prévention maternelle et infantile, mieux protéger les femmes enceintes à leur poste de travail, autant d'aspects qui doivent entraîner la diminution du nombre des

accidents qui sont à l'origine de décès ou de terribles handicaps.

Pour ce qui est de l'aide médicale urgente, le développement des « centres 15 » ainsi que leur mode de fonctionnement donnent lieu à une coopération efficace entre le secteur public et les médecins libéraux.

Plus préoccupante est la situation du service de santé scolaire, littéralement démantelé par la droite au pouvoir. Un effort significatif a été accompli dès le collectif de 1981 puis en 1982, avec la création de 247 emplois de médecin, de 65 postes d'infirmier et de 100 emplois d'assistante sociale. Il s'agit, bien entendu, d'un infléchissement sensible par rapport à la situation antérieure.

Nous apprécions, par conséquent, les neuf millions de francs de crédits que consacrera le budget à la médecine scolaire, ainsi que les objectifs que vous nous assignez.

Cependant, en tant qu'élu, je veux encore souligner devant vous les immenses besoins de ce secteur et l'importance qu'il revêt dans la médecine préventive en faveur de l'enfance.

En nette augmentation par rapport à cette année, les crédits particuliers qui seront accordés à la prophylaxie des maladies mentales devraient conduire à éviter les hospitalisations excessives qu'impose trop souvent encore le manque de moyens plus légers.

En outre, nous attendons beaucoup de l'application de la nouvelle loi sur les comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail. La fusion réalisée entre un tel comité et la C.A.C.T. — la commission d'amélioration des conditions de travail — favorisera une meilleure prise en compte du souci de « prévention intégrée », notion qui est à l'ordre du jour. Quant aux établissements dans lesquels les travailleurs bénéficieront de l'application de cette loi, le nombre s'en trouvera accru considérablement.

On dit chez nous, monsieur le ministre, que la santé commence à l'usine !

Vous avez tenu à engager une réflexion sur le cancer pour le dépister mieux et plus tôt, dans le cadre d'une politique de prévention et de lutte. Tout cela est très positif et témoigne d'un net changement par rapport à la politique antérieure.

La prévention, monsieur le ministre, — j'y reviens — doit être une des formes de la prudence, de la vigilance. Je dirai presque qu'elle doit être la providence d'une véritable politique de la santé.

Vous avez, à juste raison, approuvé la démarche des élus de la commune d'Auby, dans le Nord, qui ont demandé une étude statistique sur l'état de santé des enfants de leur commune et des communes environnantes proches de la compagnie royale asturienne des mines, où l'on fabrique le zinc, et de Penarroya, qui traite le plomb. Les résultats, que vous leur conseillez de recueillir auprès des services de la protection maternelle et infantile et des services de la santé scolaire qui ont mené l'enquête, sont attendus avec un intérêt mêlé d'inquiétude.

C'est encore dans le Nord que le professeur Voisin, chef de service de pneumophysiologie de l'hôpital Calmette, tire la sonnette d'alarme. « Si nous n'y prenons pas garde, nous risquons de voir persister encore des foyers de tuberculose » — maladie que l'on croyait disparue. « Nous ne pourrions l'éviter qu'en menant une politique cohérente de lutte antituberculeuse adaptée au caractère actuel de la maladie et poursuivie vigoureusement pour quelques années. »

Reste posée la question des moyens qu'il convient de dégager par rapport aux besoins, lesquels varient d'ailleurs d'une région à l'autre et que la décentralisation régionale permettra de mieux percevoir. De ce point de vue, la présence l'an prochain d'observatoires dans toutes les régions constituera un instrument précieux.

Concernant la formation, je veux souligner, outre l'effort consenti en faveur de la formation médicale continue, le caractère opportun de la formation d'aides-soignantes propre à développer les services de soins à domicile à l'intention des personnes âgées.

Il s'agit d'un besoin réel et grandissant. Je souhaite que cette mesure nouvelle, encore très modeste, soit développée afin que les intéressés qui veulent rester à domicile puissent le faire dans de bonnes conditions. Une telle mesure éviterait des hospitalisations pénibles tant pour ces personnes âgées que pour leurs familles.

Dans le domaine de la recherche, l'effort portera surtout sur les autorisations de programme, dont les crédits progresseront de 29 p. 100.

J'en viens à la pharmacie et au secteur biomédical. Vous vous êtes attaché à faire disparaître les excès tenant, en particulier, à certaines prescriptions médicales, excès qui engendrent des gâchis, du point de vue de l'économie, et, plus généralement, des difficultés. C'est une attitude heureuse et vous pouvez compter sur notre soutien total.

De la même façon, nous apprécions que vous vous attachiez à la reconquête du marché intérieur. Il s'agit là d'une question-clé, tant pour l'économie de notre pays que pour son savoir-faire et son niveau scientifique et technologique.

La politique d'abandon national qu'a conduite la droite au pouvoir a porté des coups très graves à notre industrie, en général, et dans ce secteur en particulier. L'action de tous — travailleurs de la santé, travailleurs des entreprises concernées — jointe aux actions gouvernementales est indispensable.

Un effort vigoureux peut encore redresser la situation. La France a d'ailleurs les moyens de produire du matériel médical de haute qualité: c'est son intérêt économique, c'est son intérêt scientifique et médical, en un mot, c'est l'intérêt national.

Monsieur le ministre, cette grande question est au cœur de nos préoccupations. Nous vous demandons, en conséquence, de conduire cet effort le plus loin possible et nous vous assurons de notre soutien sans réserve.

Toujours désireux de voir se développer la prévention, la recherche et la formation médicales, je réaffirme notre souci à propos de la médecine sportive, souci que nous avons exprimé lors du débat sur les études médicales et pharmaceutiques. On ne peut, en effet, vouloir que les activités physiques et sportives jouent un rôle important dans le développement de l'individu, et ce dès la plus tendre enfance, constater le nombre croissant de pratiquants sportifs de tous âges — licenciés ou non — en particulier le développement des pratiques individuelles, familiales et non organisées, se féliciter du développement du sport de haut niveau, on ne peut voir reculer sans cesse les limites des possibilités humaines sans développer la médecine sportive.

Avant de terminer, et tout en approuvant ce projet de budget au nom du groupe communiste, je souhaite évoquer brièvement quelques problèmes qui le préoccupent.

D'abord, le statut des médecins hospitaliers. Nous savons qu'il fait l'objet d'études approfondies dans votre ministère, de même que les textes relatifs à la réforme hospitalière. Beaucoup d'aspects essentiels sont en jeu. Nous vous demandons d'y être très attentif.

Concernant la médecine libérale, vous avez entrepris des actions permettant une meilleure maîtrise de la démographie médicale. Nous souhaitons que les mesures d'incitation à l'installation de médecins libéraux dans les zones où ils sont insuffisamment nombreux soient efficaces et qu'elles interviennent rapidement.

Lors du débat sur la réforme des études médicales et pharmaceutiques, j'ai, comme l'a fait M. le professeur Lareng, appelé l'attention sur ces dizaines de milliers de candidats qui préparent les certificats d'études spéciales et qui s'interrogent sur leur devenir. L'examen terminal est devenu un véritable concours qui pénalise des médecins déjà sélectionnés. Comme si nous avions trop de spécialistes !

Il convient également d'approfondir la réflexion pour régler au mieux les difficultés que rencontrent certaines professions paramédicales.

Enfin, je tiens à rappeler le fait que certains hôpitaux publics continuent à ne pas pratiquer les interruptions volontaires de grossesse, en dépit de la loi. Ils avancent des prétextes divers qui ne sont pas acceptables.

Je vous demande, monsieur le ministre, d'examiner attentivement cette question pour aider à la mise en place de ces services dans de bonnes conditions en les accompagnant toujours de structures de nature à orienter les familles en matière de contraception.

Tels sont les points que je souhaitais évoquer.

Ce projet de budget, je le répète, maintient le cap sur le redressement des structures de santé. Il met l'accent sur la décentralisation régionale et souligne les priorités, notamment dans le domaine de la prévention. J'ai dit quel sera le vote de notre groupe.

Toutefois, de grandes insuffisances demeurent, face aux besoins.

Élément essentiel de la qualité de la vie, la santé, monsieur le ministre, ne saurait être mesurée en termes de coûts, comme une marchandise. C'est pourquoi nous n'aurons de cesse que les moyens budgétaires nécessaires soient dégagés. (Applaudissements sur les bancs des communistes et des socialistes.)

M. le président. La parole est à Mme Lecuir.

Mme Marie-France Lecuir. L'épidémie de poliomyélite de 1955 a fait germer dans l'esprit des médecins anesthésistes réanimateurs l'idée que le médecin hospitalier devait sortir de ses murs pour aller au-devant de la détresse. A la même époque, on a assisté à la naissance des services de réanimation: les nouvelles techniques de ventilation artificielle ont fait leur apparition et remplaceront définitivement les techniques par manœuvres externes.

Les accidents de la route amèneront ces mêmes médecins à bousculer les vieux concepts de prompt secours et à confier à la vitesse la survie des malades en détresse, transformant ainsi le transport en course contre la mort.

Il aura cependant fallu à ces médecins beaucoup de persévérance pour que l'aide médicale urgente parvienne à s'organiser à partir de l'hôpital et s'articule avec les services de secours déjà existants. Il aura fallu passer outre aux réticences de l'administration hospitalière, à l'incompréhension des autres médecins hospitaliers, à l'hostilité à peine dissimulée des secouristes, qui occupaient alors le terrain, pour que les blouses blanches puissent assister leurs malades du pied de l'arbre au chevet du lit hospitalier.

Révolution sans doute, mais révolution du bon sens qui voulait que la prise en charge médicale de ces malades ne commence pas seulement au lit d'accueil.

En dépit d'une assise juridique encore précaire, les S. A. M. U. constituent aujourd'hui en France un système cohérent de secours et de soins extra-hospitaliers. Si leur mission de soins est la partie visible de l'organisation, ils constituent d'abord un service d'écoute médicale.

Cette écoute, assurée vingt-quatre heures sur vingt-quatre par un médecin régulateur, anesthésiste réanimateur de formation, est la pièce maîtresse du système. Elle permet, au terme d'une analyse rapide et précise de la demande, d'adapter les moyens, tant en ambulances qu'en médecins. Pour être efficace et rationnelle, elle doit s'appuyer sur l'ensemble des moyens, publics et privés, médicaux et paramédicaux participant aux secours et aux soins.

La diversification des moyens d'intervention des S. A. M. U. et l'apparition de la médecine de régulation ont apporté, ces dernières années, une solution efficace au problème de l'urgence et de la permanence des soins.

En effet, si les unités mobiles hospitalières du S. A. M. U., terrestres ou aériennes, servies par des médecins spécialisés, revendiquent le traitement des détresses, elles doivent dans les situations plus banales laisser la place à de systèmes moins « lourds ». La responsabilité de l'appel appartenant à celui qui le reçoit, les S. A. M. U. doivent maîtriser les structures, médicales ou paramédicales, qu'ils sont conduits à utiliser.

Cette maîtrise reste certainement à améliorer. En effet, en l'absence de textes et en dépit de certaines initiatives locales, persiste une certaine débauche de moyens.

Toute-puissance du ministère de l'intérieur, grogne des médecins libéraux, marginalisation des ambulanciers privés entraînent une situation paradoxale dans une période où les économies, en général, et en matière de santé en particulier, sont une préoccupation première.

Cette maîtrise a toutefois été partiellement acquise par le biais de l'enseignement des secours et des soins d'urgence. Revendiqué par les médecins du S. A. M. U., cet enseignement, largement diffusé à l'ensemble des professions médicales, paramédicales et aux secouristes, a permis des progrès importants dans la qualité des premiers gestes. Mais trop d'incertitudes subsistent.

Des services publics apparaissant comme complémentaires se livrent encore à une lutte d'influences dépassée sur le plan de la doctrine, et nuisible à l'efficacité du système.

Les moyens en hommes et en matériel, pourtant suffisants, sont parfois utilisés de manière irrationnelle. Le secteur libéral de soins est trop souvent timoré et semble à la recherche d'une vocation pour les urgences. C'est sans doute le résultat d'une absence de concertation au plus haut niveau. C'est pourquoi il faudrait que l'aide médicale urgente apparaisse comme une entité médicale indispensable au système de soins français et gérée, à ce titre, par une instance compétente du ministère de la santé. Cette instance, qui pourrait être une sous-direction de l'aide médicale urgente, évaluerait les besoins, coordonnerait les actions, révélerait les carences d'un système encore imparfait et trop souvent animé par la seule bonne volonté de ses créateurs, qu'ils soient des agents de l'administration ou des techniciens.

Le projet de loi en cours d'élaboration devrait apporter des solutions à des problèmes non résolus à ce jour, tels que le financement des S. A. M. U., la définition des missions, le statut des personnels et leur dotation en moyens modernes.

Enfin, je ne saurais conclure cette intervention sans rendre un hommage, que je veux à la fois reconnaissant et fraternel, au principal artisan de l'organisation de l'aide médicale urgente. Sa modestie dut-elle en souffrir, je veux dire au professeur Lareng que nous mesurons l'énergie, l'imagination, la ténacité qu'il a dû déployer pour fonder les S. A. M. U. et les SMUR (Applaudissements sur les bancs des socialistes et des communistes.)

M. André Rossinot. Très bien !

Mme Marie-France Lecuir. Je constate que mes collègues s'associent à l'hommage que je lui rends.

Aujourd'hui qu'il est rapporteur du budget de la santé et membre très actif de notre commission des affaires culturelles, familiales et sociales, nous comprenons mieux que ce sont sa compétence et sa persévérance, alliées à la chaleur de son dévouement, qui lui ont permis de mener à bien cette tâche immense. (Applaudissements sur les bancs des socialistes et des communistes.)

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

M. Guy Chanfrault. Monsieur le ministre, l'examen des dépenses ordinaires d'interventions publiques affectées, dans votre projet de budget pour 1983, aux actions de formation continue ou de formation initiale fait apparaître les évolutions suivantes.

Au chapitre 43-31 : formation continue des médecins, des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes : plus 6 p. 100 ; périnatalité et prévention médico-sociale en faveur de l'enfance : plus 0 p. 100 ; lutte contre les toxicomanies : diminution des crédits de 310 200 francs ; transfusions sanguines : plus 0 p. 100 ; cours international d'épidémiologie : plus 0 p. 100.

M. André Rossinot. Eh bien !

M. Guy Chanfrault. Au chapitre 43-32 : écoles de formation des sages-femmes et auxiliaires médicaux : plus 6,5 p. 100 ; étudiants en médecine, en odontologie et en pharmacie : plus 0 p. 100 ; écoles hospitalières de formation des sages-femmes et auxiliaires médicaux : plus 0 p. 100.

Au chapitre 43-34 : bourses en direction des professions paramédicales : plus 7 p. 100.

Toutefois, pour les dépenses en capital, le chapitre 66-11 fait apparaître un décuplement des autorisations de programme.

Cet examen permet d'observer que si, pour l'hypothèse économique, prévoyant un taux d'inflation de 8 p. 100, retenue par le Gouvernement, le projet de budget de la santé progresse globalement de 14 p. 100 — ce dont je me félicite — les crédits affectés aux actions ou aux investissements en matière de formation ne croissent, eux, que de 6,2 p. 100.

Si l'on excepte les crédits réservés aux écoles de formation hospitalières, de formation de sages-femmes et d'auxiliaires médicaux, toutes les lignes budgétaires sont en situation de minoration par rapport à l'hypothèse d'inflation de 8 p. 100. Par exemple, pour les bourses d'études, après une progression de 41 p. 100 en 1982, l'augmentation n'est que de 7 p. 100 pour 1983. De même l'accroissement n'est que de 6 p. 100 pour la formation continue des médecins, dentistes et pharmaciens alors que l'on s'attendait à un doublement de ces crédits.

Ce budget ne permettra pas de libérer la formation médicale continue des intéressés de l'emprise de l'industrie privée pharmaceutique que, personnellement, je condamne.

Quant aux actions de formation en direction de la promotion sociale, en particulier des professions paramédicales, elles ne figurent plus dans ce budget.

Pour nous résumer — et bien que le budget de l'éducation nationale soit impliqué dans le domaine de la formation des personnels de santé — comme pour l'ensemble des différents budgets la philosophie est celle d'une rigueur dans les choix, conduisant à la définition de priorités. Il est regrettable que la formation n'ait pas été de celles-ci.

Par ailleurs, je souhaite tout particulièrement, monsieur le ministre, appeler votre attention sur deux problèmes.

Le premier concerne le mode de rémunération et le statut social des élèves infirmiers, ainsi que le financement de leur formation.

A l'arrivée de la gauche correspond la mise en place d'une formation étendue de 28 mois à 33 mois. Cette formation est dispensée dans 357 écoles, contre 327 en 1974, ainsi réparties : 278 publiques, 7 militaires, 62 privées, 10 hors métropole.

Il y a eu, au cours de ces dernières années, une baisse des effectifs puisque 15 700 diplômés d'Etat ont été délivrés en 1981 contre 21 810 en 1976 ; et l'on prévoit une stagnation à ce niveau pour 1982.

Compte tenu de la hausse des subventions d'Etat de 41 p. 100 en 1982, la progression de 6,3 p. 100 prévue pour 1983 correspond en fait à une stabilisation. Les crédits sont en effet portés à 91 millions de francs à l'article 10 du chapitre 43-32.

Quant au financement de la formation des infirmiers, son coût total est estimé à 579 millions de francs, dont 344 millions sont à la charge des établissements hospitaliers, ce qui signifie qu'ils sont financés par le prix de journée, c'est-à-dire par les assurés.

Le coût moyen unitaire de la formation est de 15 000 francs par an.

La charge induite que supportent les assurés devrait être éliminée — du moins, nous l'espérons — par la mise en œuvre du nouveau mode de tarification hospitalière. On en ignore, en l'état actuel des choses, les conséquences effectives.

La promotion sociale des infirmiers s'est trouvée enfermée dans un statut qui ne laisse aux intéressés aucune chance de promotion. Les premières issues furent offertes par la création du poste d'infirmier général mais celui-ci correspond à des activités à caractère fortement administratif.

Une voie intéressante s'ouvre cependant avec la possibilité d'accéder à la fonction d'auxiliaire d'anesthésie. De tels débouchés sont naturellement à explorer.

Je n'insisterai pas trop sur la manière dont sont rémunérés les stages de formation des élèves infirmiers ni sur les conditions générales de l'attribution des bourses compte tenu des dépenses engagées pour leur formation notamment pour celles et ceux qui connaissent des situations familiales particulièrement difficiles ou qui ont quitté un emploi.

La réforme des études médicales ouvre heureusement, avec l'instauration d'un budget global d'hospitalisation, une voie qui permettra — nous l'espérons — d'engager une étude générale de l'épidémiologie sociale, donc des modes de prévention nouveaux et de résoudre les problèmes relatifs à la formation, en particulier des personnels paramédicaux. *(Applaudissements sur les bancs des socialistes et des communistes.)*

M. le président. La parole est à M. Jacques Blanc.

M. Jacques Blanc. Monsieur le ministre, je ne saurais résister à l'envie de vous dire : « Enfin, vous voyez ! », car vous n'ignorez sans doute pas que, durant les quarante-huit heures au cours desquelles nous avons discuté de problèmes qui conditionnent la santé et la marche des hôpitaux, nous avons réclamé en vain votre présence. Nous aurions eu effet aimé connaître — et c'est pourquoi je reviens sur cette question aujourd'hui — votre sentiment sur les mesures que votre collègue M. Bérégovoy a fait adopter et qui constituent, hélas pour notre pays, non pas un progrès, mais une régression.

Certes, monsieur le ministre, il était sans doute plus confortable de faire un tour de France publicitaire, au moment où vous pouviez aller de promesses en promesses, que de fréquenter ce cimetière des illusions perdues dans lequel, malheureusement, votre gouvernement donne une large place au domaine de la santé. *(Exclamations sur les bancs des socialistes et des communistes.)*

M. Daniel Benoist, rapporteur spécial. Signé Giscard !

M. Jacques Blanc. C'est vrai, ce ne sont que des illusions perdues. Il faudrait tout de même, monsieur le ministre, que vous saisissiez l'occasion du débat sur ce projet de budget pour nous dire où vous allez, comment seront remboursés les médicaments, afin de répondre aux interrogations de la population. Il a en effet été question d'une liste de 1300 médicaments qui seraient moins remboursés. Je ne crois pas que l'on puisse parler de progrès, d'autant que ce seront les familles françaises, souvent les plus modestes, qui seront touchées.

J'aimerais que vous nous déclariez carrément, franchement, à cette tribune, ce que vous pensez du forfait hospitalier qui frappera l'ensemble des familles.

J'aimerais également — mais je crois connaître votre réponse — que vous nous disiez ce que vous pensez de cette taxe de 5 p. 100 qui altérera la capacité de l'industrie pharmaceutique d'apporter la formation et l'information. Notre collègue et ami André Rossinot en a parlé tout à l'heure.

J'aimerais, monsieur le ministre, que vous nous expliquiez réellement quelles sont les perspectives ouvertes aux jeunes engagés dans les professions médicales. Le docteur Benoist, rapporteur spécial, qui ne saurait être suspecté de partialité, a évoqué ce sujet avec inquiétude en vous interrogeant sur l'avenir que vous réservez à ces jeunes internes, à ces jeunes chefs de clinique, qui ignorent ce qui les attend.

J'aimerais aussi que vous nous donniez quelques précisions sur les projets du Gouvernement concernant la création de départements à l'hôpital et les carrières médicales à l'hôpital. Nous en entendons bien parler de-ci, de-là ; nous lisons des informations qui paraissent ici ou là, mais, une nouvelle fois, la représentation nationale sera la dernière informée. Les éléments dont nous pouvons disposer nous rendent perplexes, ou du moins, interrogatifs.

J'espère, monsieur le ministre, que vous allez répondre clairement aux questions que nous vous posons au nom de l'ensemble des populations que nous représentons.

L'orateur qui m'a précédé a bien montré que ce projet de budget était marqué par la régression dans le domaine de la formation, cela est évident. Encore une fois, vous sacrifiez l'avenir au présent, car c'est bien la formation qui prépare l'avenir.

Je n'examinerai pas en détail les différents points de ce projet de budget, car je n'en ai pas le temps, mais je constate qu'il vous arrive de reprendre, parfois en changeant de terminologie, certaines actions développées avant vous, ce dont nous ne pouvons que nous réjouir.

En ce qui concerne la protection maternelle et infantile, le rapport indique que vous vous interrogez toujours. Et la matière, l'accouchement me paraît un peu laborieux ! Autrefois, vous nous donniez tous les jours des leçons sur ce que devait devenir la P. M. I. Aujourd'hui, on nous dit que des groupes de travail réfléchissent sur le sujet.

Quant à l'action en faveur de la protection de la grossesse et de l'accouchement, elle reprend, en fait, le programme de la périnatalité qui était une des priorités du VII^e Plan et qui a donné des résultats extrêmement positifs dont nous nous félicitons tous. Nous ne pouvons que nous réjouir de cette reprise.

Le terme de prévention est désormais à la mode mais il recouvre des actions qui avaient également été lancées par vos prédécesseurs. Il y a quelques instants, l'un des intervenants a d'ailleurs rappelé les lacunes qui apparaissent en matière de prévention, notamment dans le domaine de l'alcoolisme. Vous ne permettrez donc de vous interroger sur les mesures que vous envisagez de prendre dans le cadre de la lutte difficile contre les fléaux sociaux. Je pense en particulier au secteur de la santé mentale dans lequel je crois qu'il faut appuyer certaines opérations, parfois expérimentales, qui permettent, à partir de l'hôpital — mais d'un hôpital ouvert et éclaté — d'aller vers la population et de rendre aux hôpitaux psychiatriques, qui ne doivent plus être asilaires, leur vocation de supports de toute l'action de traitement et de prévention des déséquilibres ou des maladies mentales.

Une des grandes questions qui reste posée, parfois avec beaucoup d'angoisse, est celle de l'avenir que vous réservez, dans le système de santé, à la pratique libérale.

Vous vous félicitez d'avoir supprimé les lits privés dans les hôpitaux publics. Mais quels ont été les résultats de cette action, sinon de couper un peu plus les hôpitaux publics d'une partie de la population, d'empêcher de nombreux médecins de bénéficier de cette expérience indispensable qu'apporte le contact direct entre le malade et le médecin librement choisi par lui ?

M. André Rossinot. Très bien !

M. Jacques Blanc. Bien que les membres de ces professions n'aient pas l'habitude de manifester — vous le savez bien, monsieur le ministre — vous avez vu le nombre impressionnant de médecins, de kinésithérapeutes, de dentistes et autres qui a défilé, il n'y a pas si longtemps, dans les rues de Paris, non pas pour mener une action politique, au sens partisan du terme *(rires et exclamations sur les bancs des socialistes et des communistes)* mais pour défendre le pluralisme dans le domaine de la santé.

M. André Rossinot. Très bien !

M. le président. Il faut conclure immédiatement, monsieur Blanc.

M. Jacques Blanc. Je conclus, monsieur le président.

Ils ont défilé pour défendre l'intérêt de l'ensemble de la population française qui doit pouvoir choisir et décider.

Enfin, je me réjouis — pour une fois, voyez, je montre que je ne suis pas sectaire... *(Exclamations sur les bancs des socialistes.)*

M. Guy Chanfrault. Pour une fois !

M. Claude Wilquin. Quel aveu !

M. Robert de Caumont. Une fois n'est pas coutume !

M. Jacques Blanc. Mais, oui ! Quand j'ai quelque chose à dire, je le dis.

Pour une fois, j'ai trouvé quelque chose de positif dans les paroles de votre directeur de la santé...

M. Claude Wilquin. Dont acte !

M. Jacques Blanc. ... à propos du thermalisme. Il a en effet affirmé la nécessité de lui reconnaître sa juste place dans le domaine de la santé. C'est une préoccupation que je partage. Je n'ai pas le temps de la développer maintenant, mais j'aurai l'occasion de la faire plus tard.

De grâce, monsieur le ministre, répondez clairement aux questions que nous avons posées pendant quarante-huit heures lors de la discussion des diverses mesures concernant la sécurité sociale. Je ne sais pas où vous étiez. Vous n'aviez pas daigné venir à l'Assemblée aux côtés de votre collègue chargé de la sécurité sociale. Est-ce par manque de solidarité ? La question

est posée, j'attends une réponse. (*Applaudissements sur les bancs de l'union pour la démocratie française et du rassemblement pour la République.*)

M. le président. Mes chers collègues, je vous prie de respecter les temps de parole qui vous sont impartis. Ma remarque vaut plus particulièrement pour ceux qui ne disposent que de cinq minutes. Si vous estimez que c'est insuffisant, il faudra que les groupes limitent le nombre de leurs orateurs en donnant à chacun davantage de temps.

La parole est à M. Couqueberg.

M. Lucien Couqueberg. Le langage, pourtant clair, du ministre de la santé, est souvent mal compris par ceux auxquels il s'adresse, en particulier par les professionnels de la santé. Pourquoi ?

M. Jacques Blanc. Parce qu'elle est mauvaise !

M. Lucien Couqueberg. Sûrement parce que la politique du Gouvernement est systématiquement déformée, nous venons de le constater une nouvelle fois. Les milieux de droite...

M. Jacques Blanc. Pas les milieux de droite ! Nous ne sommes pas à droite ; nous sommes au centre !

M. Lucien Couqueberg. ... et leurs relais essaient, avec acharnement, de faire croire que cette politique a pour but l'étatisation, la fonctionnarisation, la bureaucratisation, le collectivisme.

J'ai pourtant découvert dans la presse médicale, qui n'est pas spécialement favorable à la gauche, un article objectif, ce qui est rare.

M. Jacques Blanc. Attaquez-vous la presse ?

M. Lucien Couqueberg. Cet article découle naturellement de l'examen du projet de budget de la santé pour 1983 qui est le reflet incontestable de la politique de santé.

L'article titre : « Ici point de blocage, heureux Jack Ralite : 14 p. 100 d'augmentation ; une vraie politique de promotion de la santé n'est jamais gratuite. » Il souligne les priorités côté financement en indiquant : l'écoute des usagers sera privilégiée ; la protection et la prévention se verront doter des deux tiers ou presque du budget ; l'effort entrepris pour la protection de la mère et de l'enfant sera poursuivi ; une campagne nationale « santé dans l'entreprise » sera lancée ; dans le domaine de l'aide médicale urgente, l'ensemble du territoire sera couvert grâce à la création des treize derniers S.A.M.U. départementaux ; la garde médicale est assurée conjointement par le S.A.M.U. et les médecins libéraux, regroupés dans des associations de permanence de soins ; l'action en faveur de la prévention, avant tout régionale et départementale, sera poursuivie, en particulier par le biais des observatoires de la santé plus nombreux en 1983 ; les crédits suivent, la concertation avec les professionnels de la santé, les syndicats médicaux, les élus locaux, ausi.

Cet article souligne également l'effort pour la rénovation et la modernisation des hôpitaux et des équipements sanitaires, et indique : « Parallèlement, l'effort de formation du personnel témoigne d'une politique volontariste. » Il cite ainsi l'augmentation significative des crédits pour les écoles d'infirmières, mais aussi pour la formation des aides-soignantes, la reconquête du marché intérieur, une meilleure protection de tous, la décentralisation.

Voilà des enjeux et des objectifs nets et clairement exposés, semble-t-il ! Il y a des chiffres indiscutables et des crédits affectés à des orientations précises. Pourtant, quelle interprétation en donne l'opposition, relayée par de très nombreux journaux dits de défense des intérêts médicaux qui inondent les professionnels de la santé ? C'est une presse à sensation ; les titres du *Quotidien du médecin* valent ceux du *Quotidien de Paris* ; qui s'en étonnerait d'ailleurs ! Les éditoriaux du *Panorama du médecin* n'ont rien à envier sur le fond à ceux du *Figaro*. Les articles des journaux animés par l'U.N.A.M. et par M. Savy sont souvent à la hauteur — c'est une façon de parler — de ceux de *Minute*.

La publicité médicale, dont la taxation future a déclenché dans cette presse un tollé indescriptible, sert aussi — surtout ? — à alimenter la bataille menée par la droite.

Ces relais d'opinion tendent à façonner l'opinion des professionnels de santé, à distiller l'inquiétude. Mettant en avant la défense des intérêts du praticien de base, ils sont en réalité les champions d'une politique de conservatisme et de défense de l'intérêt de certains privilégiés.

Ils tendent et ils réussissent quelquefois, il faut le reconnaître, à élever un mur d'incompréhension entre la politique voulue, expliquée par le Gouvernement, et les acteurs de la santé sur le terrain.

Ils tendent à faire croire, entre autres, que l'intention profonde, cachée, est de faire disparaître progressivement l'exercice privé ou libéral au profit de l'exercice public.

Quelle est la réalité ?

Je emprunterai aux principes énoncés par le professeur Debré, tête de file de l'association dite « Solidarité médicale », en préambule de sa propre charte de la santé. C'est donc un témoignage peu suspect. Quels sont ces principes « intangibles » que doit garantir tout le système de soins ? Je les cite : le libre choix du praticien, le secret médical, le droit pour les usagers d'accéder à des soins de haute qualité, quels que soient les revenus et la situation sociale, l'indépendance professionnelle, la liberté pour les praticiens de choisir leur mode d'exercice, la liberté de l'information scientifique, le paiement direct à l'acte pour les praticiens libéraux, la possibilité de promotion.

Qui dit le contraire ? En tout cas pas le ministre de la santé.

Les options concrétisées par les crédits du projet de budget sont-elles en contradiction avec ces principes ? Pas le moins du monde. Existe-t-il une déclaration de guerre, comme on le laisse entendre, contre l'exercice libéral ? Où la trouve-t-on ?

Les professionnels de santé vont-ils continuer à se laisser abuser par la propagande mensongère qui leur est adressée ?

M. André Rossinot. Ils savent se faire une opinion tout seuls !

M. Lucien Couqueberg. Qui est le véritable défenseur de la médecine générale ? Où trouve-t-on une menace de collectivisme et de suppression du secteur libéral ? Est-ce dans la création des centres de santé ?

Pour répondre, il suffit d'examiner le projet de budget.

Il est d'ailleurs paradoxal, au nom du pluralisme, de défendre à certains professionnels de réfléchir et d'organiser autrement un système qui peut leur sembler contestable. La liberté, la démocratie n'est-ce pas aussi de pouvoir s'exprimer, de pouvoir choisir son mode d'exercice et d'en avoir les moyens ?

Or jusqu'à présent quels étaient ces moyens ? Ils étaient inexistant ! Qui était victime d'obstacles intolérables à la liberté d'installation sinon ceux dont les options en matière de santé ne sont pas exactement conformes à celles du courant libéral dominant ? Une minorité n'a-t-elle pas le droit de s'exprimer, d'agir au sein du système de santé ? Que veut ce courant minoritaire ? Revaloriser la médecine de base, donner une action prépondérante au médecin généraliste lui permettant de prendre en compte les problèmes de l'individu en le replaçant dans son contexte psycho-social, favoriser la prise en charge des usagers par eux-mêmes, développer la prévention individuelle et collective, travailler en équipe pluridisciplinaire salariée afin d'envoyer l'ensemble des problèmes de santé, notamment ceux d'un quartier, instaurer le tiers-payant qui élargit l'accessibilité aux soins et qui, joint au salariat des travailleurs de santé, supprime les liens d'argent directs entre soignants et soignés.

C'est une réflexion et une action que les partisans de cette orientation tiennent, au nom de la liberté et du pluralisme, à exprimer. Elles ne sont en aucune manière une menace pour l'exercice libéral très largement majoritaire aujourd'hui dans le système français et que personne ne songe à contester. Elles ne sont pas une machine de guerre, comme on le laisse parfois entendre.

M. le président. Je vous invite à conclure, mon cher collègue.

M. Lucien Couqueberg. Je termine, monsieur le président.

C'est, au contraire, une saine émulation, nécessaire, pour l'avvenir du système français. Qui n'avance pas recule !

Voici un exemple, un seul, de l'avantage de cette discussion : les libéraux proposent — et c'est tout à fait intéressant — des groupements d'exercice fonctionnels, prenant en compte la pluridisciplinarité, la création de services de maintien à domicile, la prise en charge des actes de prévention. Bravo ! C'est un langage nouveau, que l'on n'aurait probablement jamais entendu si des travailleurs de santé progressistes n'avaient pas mené une large réflexion sur les centres de santé, dont les groupements d'exercice fonctionnels — le paiement à la fonction en moins — s'inspirent largement.

On pourrait multiplier les exemples, mais il faut faire confiance au sens de la responsabilité des médecins, des infirmières, des travailleurs sociaux et des autres professionnels de la santé agissant sur le terrain.

Je suis persuadé que les excès, les mots creux, les appels guerriers de la droite seront bientôt reconnus comme tels.

La politique de santé est et doit être prise en compte par l'ensemble des professions intéressées et par la population. La lutte contre les inégalités devant la maladie et la mort, encore trop fréquentes, trop flagrantes, doit être le fait de tous les responsables, quelle que soit leur couleur politique. Il n'est pas trop de tous pour cet effort. (*Applaudissements sur les bancs des socialistes et des communistes.*)

M. le président. La parole est à M. Le Foll.

M. Robert Le Foll. Monsieur le ministre, mes chers collègues, les dépenses de santé atteignent un niveau difficilement supportable pour la nation. Chacun se pose la question de savoir com-

ment continuer à assurer la couverture sociale sans hypothéquer l'avenir industriel de notre pays. Il me semble qu'un début de réponse pourrait être apporté par la mise en place d'une politique globale de prévention, celle-ci constituant à mes yeux une priorité nationale.

Le budget de 1982 et le projet de loi de finances pour 1983 contiennent certes des mesures positives qui tranchent avec les hitudes du passé. Et l'opposition est bien mal placée pour nous donner des leçons aujourd'hui quand on sait ce qu'elle a fait de la médecine scolaire, de la P.M.I. ou de la médecine du travail.

M. Alain Bonnet. Très bien !

M. Robert Le Foll. Mais les problèmes posés sont d'une telle ampleur qu'ils appellent d'autres moyens.

Au cours du débat relatif à l'instauration des vignettes sur l'alcool, ont été évoqués les méfaits de l'éthylisme et l'ignorance des règles élémentaires d'hygiène de vie. De nombreux accidents domestiques, du travail ou de la route, des maladies, des handicaps pourraient être évités si des mesures éducatives étaient généralisées grâce à une politique globale de prévention. N'est-il pas incocevable, monsieur le ministre, que des contrôles médicaux existent pour les travailleurs en activité et qu'aucun bilan de santé ne soit prévu pour les retraités, par exemple ?

Si les mesures budgétaires améliorent le fonctionnement des services de prévention, elles ne participent cependant pas d'une politique globale. La réforme des études médicales du troisième cycle marque un progrès, puisqu'une filière « santé publique » est créée, mais la charte de la santé, qui semble devoir être le cadre de notre politique nationale, n'en traite pratiquement pas.

Une politique globale de prévention doit répondre à plusieurs critères.

Elle doit d'abord coordonner et associer les intervenants sur le terrain : professions de santé, associations, organismes publics et semi-publics, C.H.S.C.T., élus.

Elle doit ensuite définir les priorités d'une politique nationale de prévention.

Enfin, elle doit utiliser toutes les méthodes d'information pour sensibiliser nos concitoyens aux moyens de préserver leur santé.

Pour répondre à ces objectifs, il me semble indispensable de mettre en place les structures correspondantes, regroupant l'ensemble des parties prenantes à une politique de prévention.

Un comité national qui traiterait des problèmes généraux fixerait les priorités et serait doté d'un pouvoir d'enquête.

Des comités régionaux et départementaux adapteraient les objectifs nationaux à leurs besoins spécifiques.

Des comités locaux seraient les interlocuteurs privilégiés des collectivités locales. Pour accroître l'efficacité de ces comités, il faudrait les appuyer sur les structures locales les plus efficaces : collectivités locales, organismes sociaux, dispensaires, centres de santé intégrés. Des expériences existent d'ailleurs dans différentes régions de France. Elles s'appuient sur la mutualité sociale agricole en Savoie, sur le travail d'une municipalité dans le Doubs, ou sur le C.N.R.O. en Seine-et-Marne.

Peut-être pensez-vous, monsieur le ministre, que ces propositions sont en contradiction avec les contraintes budgétaires du moment. Je suis, en revanche, convaincu qu'il est dès maintenant possible de développer une politique de prévention sans beaucoup de moyens nouveaux, en essayant simplement de changer les mentalités, de coordonner les interventions sur le terrain ou de faire en sorte que les médecins de la protection maternelle et infantile ou de la médecine du travail ne restent pas strictement cantonnés dans leurs activités, mais soient associés au service public hospitalier, par exemple.

Le projet de budget que vous nous présentez, monsieur le ministre, va dans le bon sens puisqu'il comporte des mesures financières intéressantes. Mais notre politique de prévention ne sera véritablement efficace que si nous l'impulsons sur le plan national par une structure propre. Nous n'atteindrons les objectifs humains et économiques dans le domaine de la santé que si nous apprenons à nos concitoyens à mieux se soigner pour vivre plus heureux en citoyens responsables. (Applaudissements sur les bancs des socialistes et des communistes.)

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

M. Claude Wilquin. Dans les cinq minutes dont je dispose, monsieur le ministre, je vous poserai quatre questions qui me préoccupent.

Si M. Blanc, qui n'est pas là, était tenté de les récupérer, je lui répondrais que, quand il était dans la majorité, le temps était moins aux préoccupations qu'au désespoir !

Je vous interrogerai donc, monsieur le ministre, sur l'établissement de la carte sanitaire dans le cadre de la décentralisa-

tion, sur la complémentarité indispensable entre le secteur public et le secteur privé, sur l'hospitalisation des personnes âgées et enfin sur les difficultés que rencontrent encore les membres des professions paramédicales.

Élu d'un département classé longtemps lanterne rouge dans le domaine de la santé — triste privilège, monsieur le ministre, et vous le savez puisque vous avez commencé votre tour de France par cette région — je ne puis que revendiquer une meilleure répartition des moyens et une plus grande adaptation de la carte sanitaire aux nombreux problèmes qui continuent de se poser.

A ce sujet, monsieur le ministre, permettez-moi de vous faire part de deux préoccupations majeures.

D'abord, la Cour des comptes a récemment fait valoir les insuffisances liées aux critères retenus pour l'établissement de la carte sanitaire. Elle a fait observer que celle-ci, base de planification et de programmation des investissements, est appliquée en ne tenant compte que du seul critère quantitatif de l'indice lits-population par secteur, ce qui conduit à retarder les modernisations nécessaires ou à accepter des investissements de même nature dans des établissements voisins, le découpage par secteurs favorisant davantage la compétition que la coordination. C'est pourquoi, en dehors même du problème essentiel de l'accroissement des moyens financiers pour les régions les plus démunies dont celle que je représente, ma préoccupation est de savoir de quelle manière le Gouvernement entend aujourd'hui assurer la complémentarité nécessaire entre les secteurs public et privé pour les équipements existants, complémentarité que vous jugiez nécessaire, monsieur le ministre, lorsque vous affirmiez lors de votre visite à Ronilly-sur-Seine : « On n'est pas là pour amenuiser le service privé mais pour prendre des acquis dont il est porteur : il faut harmoniser les rapports. »

Il semble aujourd'hui indispensable, compte tenu du coût du matériel et des investissements, de mettre en place au plus vite cette politique de complémentarité entre les secteurs public et privé.

J'ai cité l'exemple bien précis d'un scanner. Mon collègue M. Alain Bonnet et moi-même vous avons plusieurs fois alerté à ce sujet.

M. Alain Bonnet. C'est exact !

M. Claude Wilquin. Mon deuxième exemple concerne l'hospitalisation des personnes âgées.

Selon certaines études statistiques, on dénombre aujourd'hui plus de 14 p. 100 de personnes âgées de plus de soixante-cinq ans dont un tiers ont plus de soixante-quinze ans.

La plupart d'entre elles vivent seules et, de plus en plus, leur état de santé nécessite des soins constants. Or il faut constater dans bien des cas une réelle carence des pouvoirs publics à mettre en place une politique efficace dans ce domaine. La tragédie de Cachan nous a révélé la pauvreté des moyens existants pour soigner déceimment ces personnes.

M. André Rossinot. Il ne faut pas exagérer !

M. Claude Wilquin. Il n'existe pas aujourd'hui de critères définissant le long ou moyen séjour. Il n'existe aucune politique cohérente de l'hospitalisation des personnes âgées tout en maintenant parallèlement le développement des soins à domicile et l'installation de lits de cure médicale en maisons de retraite.

Une personne très âgée peut avoir besoin de soins permanents sans qu'il soit besoin de recourir à une hospitalisation de longue durée car son état est plus lié à son âge qu'à une maladie précise.

Il est donc aujourd'hui indispensable de prévoir et de mettre en œuvre une politique spécifique en faveur des aînés puisque le nombre des plus de quatre-vingt-cinq ans, qui est aujourd'hui de 350 000, doublera avant la fin du siècle.

En conséquence, il sera nécessaire de définir dans l'établissement des cartes sanitaires départementales trois priorités essentielles : les besoins des populations de plus de soixante-quinze ans ; les établissements à même de les accueillir et le nombre de lits disponibles dans chaque établissement.

En l'état actuel des choses, il n'existe aucun indice de référence si bien que la mise en œuvre d'un service long séjour est subordonnée à une convention avec la sécurité sociale, laquelle s'établit au coup par coup.

Il est urgent d'établir cette carte sanitaire, de préciser quels seront les malades qui relèveront du long ou du moyen séjour et de définir les structures et les catégories de gens à héberger dans les longs séjours.

Je vous demande donc, monsieur le ministre de la santé, s'agissant des dispositions en faveur des personnes âgées prises par M. Francheschi, si vous comptez prendre des mesures spécifiques, telles que : formation d'un personnel spécialisé

adapté aux exigences des personnes âgées, définition de critères souples pour les longs et moyens séjours des personnes âgées, service d'hospitalisation de jour, poursuite accélérée de la suppression des hospices. Nous notons d'ailleurs avec satisfaction les mesures prises dans ce dernier domaine : en 1982, les crédits ouverts à ce titre ont permis d'accélérer la transformation prévue pour 389 établissements, soit plus de 37 000 lits. Cet effort sera poursuivi en 1983, puisque l'augmentation des crédits sera de 9 p. 100.

Pour terminer, après mon collègue Chanfrault, j'appelle l'attention de l'Assemblée sur la situation des auxiliaires médicaux et en particulier des infirmiers et des infirmières, des aides-soignants des hôpitaux.

Compte tenu de l'alourdissement des tâches de ces personnels et de l'amélioration des conditions de soins, on se heurte aujourd'hui très souvent à de réelles difficultés de recrutement.

Vous avez, monsieur le ministre, mis l'accent sur l'évolution du quota d'auxiliaires médicaux par rapport au nombre de lits. Je vous en donne acte, mais bien que positive, elle est encore insuffisante.

Il est urgent en outre de réformer les conditions de travail, en procédant à l'aménagement des horaires, en construisant des crèches et des salles de repos.

Il est indispensable enfin de rendre plus attractives les perspectives de carrière de toutes ces catégories.

Vous avez pris des mesures pour favoriser la carrière des aides-soignants. Il conviendrait d'aller dans le même sens pour les autres catégories, tels les infirmiers. Et que l'on ne vienne pas nous dire que nous avons trop d'infirmiers et d'infirmières ! Si cette situation se présente parfois, je connais en revanche des régions qui souffrent d'un manque chronique de personnel paramédical, qu'il s'agisse d'infirmières, d'aides-soignants, de kinésithérapeutes, et parfois encore d'ergothérapeutes.

A propos de ces derniers, savez-vous, monsieur le ministre, que certains vont poursuivre leurs études à l'étranger, en Belgique par exemple, parce que nous n'avons pas de places en nombre suffisant dans nos écoles ? Ils ont d'ailleurs souhaité que soit défini leur statut professionnel. Vous leur avez répondu qu'une commission instruirait leur dossier. Êtes-vous aujourd'hui en mesure de leur apporter des précisions sur l'état d'avancement de ces travaux ?

Vous n'ignorez pas que tous ces efforts resteront vains tant que subsisteront les inégalités de répartition géographique du personnel hospitalier. C'est dans ce domaine que la décentralisation doit jouer à plein. Je sais que vous en avez pris pleinement conscience ! J'en veux pour preuve la circulaire du 21 juin 1982 sur la modulation des quotas d'infirmières en fonction des besoins régionaux, en particulier du Nord-Pas-de-Calais, région prioritaire. Je vous remercie, monsieur le ministre, et vous invite à continuer dans cette voie. (Applaudissements sur les bancs des socialistes et des communistes.)

M. le président. La parole est à M. de Caumont.

M. Robert de Caumont. Monsieur le ministre, mes chers collègues, la prévention reste la grande priorité de ce budget marqué par la rigueur. C'est pourquoi, comme je l'ai déjà fait l'an passé, je monte à cette tribune pour appeler instamment votre attention sur un moyen simple et peu coûteux de guérir ou d'enrayer certaines maladies dont la croissance est rapide depuis quelques années, dont les effets mortels s'accroissent en valeur absolue et en proportion, dont l'incidence sur les dépenses de sécurité sociale est considérable, sans parler des effets indirects sur la croissance et la scolarité des enfants, la vie professionnelle et familiale de ceux qui en sont victimes.

Les maladies auxquelles je fais allusion sont les affections broncho-pulmonaires aiguës et chroniques, notamment la bronchite chronique et l'asthme, qui progressent régulièrement depuis vingt ans d'environ 10 p. 100 chaque année et pour lesquelles le taux de nouveaux malades pris en charge par la sécurité sociale a doublé de 1970 à 1975. La thérapeutique dont je veux parler est la climatothérapie d'altitude, souvent appelée climatisme, dont les résultats apparaissent convaincants à tous ceux qui connaissent le sujet.

Tout le monde à Briançon, à Font-Romeu, et dans plusieurs autres sites actuellement repérés, peut faire état de résultats spectaculaires, parfois même immédiats, pour des malades souvent très gravement atteints. Des études scientifiques sur un nombre de cas significatif démontrent ce pourcentage spectaculaire de réussite et en déterminent les causes.

Face à la montée de ces maladies, la cure climatique d'altitude, en école ou en lycée, en maison d'enfants, en établissement spécialisé, et à plus forte raison l'installation durable de certains malades, parmi les plus atteints, est à coup sûr l'une des réponses les plus appropriées et les moins onéreuses. Cer-

tains pays de l'Est, dont l'action préventive est plus développée que la nôtre, l'ont découverte et mise en œuvre depuis longtemps.

M. André Rossinot. Les goulags ?

M. Robert de Caumont. Pourquoi et par qui les services compétents, le corps médical, les professions paramédicales sont-ils pour la plupart entretenus dans l'ignorance de ce phénomène, à telle enseigne que le climatisme est très souvent confondu avec le thermalisme, autre moyen de prévention et de soins fort utile, mais avec lequel il n'a qu'une lointaine parenté ?

La réponse est malheureusement trop claire : ces maladies permettent le développement d'un considérable marché de médicaments, souvent dangereux, et de soins, de plus en plus rapprochés et onéreux. Je ne vois pas d'autre explication aux propos sans nuance tenus contre le climatisme avant le 10 mai, sur certaines antennes et à des heures de forte audience, que j'avais déjà dénoncés à cette tribune.

Sur ce plan, et je le dis avec tristesse, le changement n'a encore rien changé. On a pu voir le 17 mars sur Antenne 2 un professeur parisien chanter trois quarts d'heure durant les louanges de certains médicaments et même les présenter à l'écran, avant d'exécuter le climatisme en une phrase. Le lendemain, France-Inter prenait le relais sous la houlette discrète d'Eve Ruggieri et avec le même professeur, toujours aussi péremptoire dans ses jugements. J'ai eu grand-peine à intervenir à l'antenne pour apporter mon témoignage et d'autres, plusieurs centaines, venant de braves gens, à travers toute la France, qui tous contredisent, en s'appuyant sur ce qu'ils ont vécu, des propos dont la résonance a été profonde. Les victimes de l'usage abusif des corticoïdes et les malades soulagés par la climatothérapie d'altitude sont légion. Quand auront-ils enfin la parole sur les antennes publiques ?

Permettez-moi, monsieur le ministre, de vous citer deux exemples qui me touchent de près.

Un jeune médecin d'une ville du nord de la France a failli perdre un enfant de trois ans qui était soigné depuis un an et demi. Cet enfant était déjà cortico-dépendant lorsque son père s'est installé dans la région de Briançon. Depuis, il est complètement guéri ; il s'épanouit ; il a six ans aujourd'hui.

Le second exemple est plus personnel. Pendant des années, toutes les nuits, mon épouse avait une crise d'asthme. Elle était fragilisée par l'usage des corticoïdes. Depuis notre arrivée à Briançon, il y a sept ans, elle n'a plus eu de crise.

Samedi dernier, au cours de ma permanence habituelle, j'ai reçu douze personnes. Quatre d'entre elles ont spontanément déclaré qu'elles avaient été guéries de l'asthme par un séjour climatique.

Vous comprendrez que, avec une conviction accrue, je vous pose à nouveau et de façon pressante les mêmes questions que l'année dernière.

Êtes-vous disposé à promouvoir la création d'un groupe de travail interministériel pour tirer au clair une bonne fois pour toutes cette question ? Sur la base de ses conclusions, vous pourriez alors en appeler à la mobilisation de toutes les administrations concernées pour mettre en place un outil de prévention coordonné et en mesure des effets sur la dépense publique ; promouvoir, avec vos collègues de la recherche et de l'industrie d'une part, de l'éducation nationale, d'autre part, la recherche et l'enseignement de la climatothérapie ; diffuser ces connaissances dans le corps médical, les professions paramédicales et les services publics concernés et demander instamment aux antennes publiques de s'ouvrir à l'expression libre et contradictoire sur ce sujet traité jusqu'à présent de façon unilatérale ; maintenir ou rétablir avec votre collègue des affaires sociales et de la solidarité nationale le recrutement national des établissements climatiques et ne pas les soumettre à une sectorisation totalement absurde en l'espèce ; promouvoir, avec votre collègue de l'éducation nationale, l'accueil dans le primaire et le secondaire en zone climatique de jeunes malades qui, sans cela, auraient des scolarités catastrophiques et parfois une croissance stoppée ; faciliter, avec vos collègues de la fonction publique, de l'éducation nationale et des P.T.T., l'affectation des fonctionnaires atteints de ces maladies graves dans les zones où ils peuvent guérir ; entreprendre avec vos collègues du Plan et de l'aménagement du territoire et du travail, une politique d'accueil et de création d'activités appropriées, de logement, de reconversion professionnelle, pour offrir à des travailleurs du secteur privé la même chance ; envisager, avec votre collègue de la solidarité nationale, la prise en charge des cures climatiques et des légers surcoûts de séjours scolaires en zone climatique, sans commune mesure avec les dépenses de médicaments, de soins et d'hospitalisation, sans compter les journées de travail perdues que doit payer la sécurité sociale en cas d'aggravation du mal.

Au nom de la politique de prévention à laquelle vous croyez profondément, au nom de l'avenir de ces enfants condamnés à l'échec et de ces vies gâchées que l'on peut épargner, je vous conjure, monsieur le ministre, d'engager d'urgence une telle démarche. Parce qu'elle affronte certains intérêts bien enracinés et bien défendus, elle est courageuse. Seul un gouvernement de gauche peut le faire, il doit donc le faire. Pour engager, pour suivre et mener à bien cette entreprise, qui peut à la fois servir la cause de la santé publique et économiser les deniers publics, nous vous faisons confiance, monsieur le ministre. (*Applaudissements sur les bancs des socialistes et des communistes.*)

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

M. Jack Ralite, ministre de la santé. Monsieur le président, mesdames, messieurs les députés, trois mots-clés sous-tendent le projet de budget pour 1983 du ministère de la santé : croissance, décentralisation, maîtrise.

Croissance : après l'effort exceptionnel de remise à niveau du système de santé en 1982, qui s'était traduit par une augmentation de 29 p. 100 des crédits du ministère de la santé, ces derniers seront majorés de 14 p. 100 en 1983 et atteindront un montant de plus de 5,8 milliards de francs.

Cette croissance plus rapide que celle du produit intérieur brut et du budget global de l'Etat permettra de poursuivre nombre d'avancées réalisées cette année. Je remercie M. Couqueberg d'avoir cité un article d'un journal médical, *Le Généraliste*, qui examinait, avec objectivité, ces comptes.

Décentralisation : les crédits destinés à financer une partie des actions de santé menées par les collectivités locales atteindront plus de 3,7 milliards, soit 23 p. 100 de plus qu'en 1982.

Cette croissance rapide s'inscrit dans le prolongement de la priorité déjà donnée en 1982 à la promotion de la santé, qui est largement régionalisée.

Maîtrise : le projet de budget pour 1983 a été établi avec le souci d'une gestion responsable, en ajustant, pour chaque poste, les crédits prévus aux besoins prioritaires.

Il s'inscrit dans le cadre de la recherche d'une nouvelle économie de la santé visant à améliorer encore la prévention, l'accueil des malades à l'hôpital, la qualité des soins, tout en assurant une maîtrise démocratique des dépenses.

Maîtrise ne signifie pas en effet rationnement : le développement de toutes les composantes du système de santé est une nécessité et un atout pour notre pays. Le projet de budget pour 1983 qui vous est proposé traduit la volonté du Gouvernement de poursuivre l'effort entrepris dans ce sens, de « maintenir le cap » pour reprendre une expression de M. Georges Hage.

Après ces quelques mots, je voudrais remercier MM. Benoist et Lareng des rapports qu'ils ont présentés, qui traduisent, avec la finesse de leur connaissance des problèmes, non seulement les faits, mais aussi les orientations de la politique du Gouvernement.

Avec des moyens financiers accrus, avec 8 000 créations d'emplois hospitaliers — 4 000 en janvier et 4 000 en juillet — auxquels s'ajouteront 500 créations de postes de médecin, des postes de secteur en psychiatrie et près de 12 000 titularisations d'auxiliaires, 1983 devrait être une nouvelle année constructive pour la santé.

Puisque je parle de postes, M. Charles Haby me permettra de faire un peu d'arithmétique. Il a rappelé l'engagement du Président de la République, alors candidat, de créer 20 000 postes de santé en vingt-quatre mois. Etant donné ceux que nous avons créés depuis bientôt dix-sept mois et ceux que j'annonce aujourd'hui, y compris pour juillet prochain, quand nous atteindrons les vingt-quatre mois; ce sont 27 000 postes qui auront été créés. C'est dire que les engagements du Président de la République seront tenus. (*Applaudissements sur les bancs des communistes et des socialistes.*)

Monsieur Charles Haby, quand vous faites de l'arithmétique, avec des fautes, vous devriez aussi nous rappeler — et je comprendrais que ce soit avec modestie — ce que vos amis réalisaient avant nous. En effet, si en vingt-quatre mois nous créons 27 000 postes, les trois dernières fois où vos amis ont créé des postes, les chiffres étaient les suivants : il y a deux ans, 5 300 ; il y a trois ans, 8 300 ; il y a quatre ans, 11 000. On est bien loin des 27 000 postes que nous avons aujourd'hui ! Un tournant est donc pris.

D'ailleurs, j'ai trouvé d'où venait le mécontentement des médecins. Il vient d'une certaine fièvre qui n'est pas la leur, mais la vôtre.

M. Jacques Blanc. Vous les insultez !

Plusieurs députés socialistes. Ils n'appartiennent pas tous à l'U. D. F.

M. le ministre de la santé. Je ne vous insulte pas, je dis que vous avez la fièvre. Vous vous exprimez d'une manière un peu curieuse, avec une surenchère à laquelle vingt ans de pratique ne nous avaient pas habitués, mais qui cache mal que vous êtes en proie à l'obsession du retour en arrière. Faites-nous confiance : nous construisons, nous irons de l'avant et je ne me laisserai pas enfermer dans votre labyrinthe verbal !

M. André Rossinot. Les 60 000 manifestants, était-ce de la surenchère ?

M. Claude Wilquin. Vous complexez aussi mal que M. Charles Haby.

M. le ministre de la santé. Afin de vous permettre de juger notre action et d'apprécier en pleine connaissance de cause ce projet de budget pour 1983, je voudrais, pour chaque grand poste, vous indiquer l'usage que nous avons fait des crédits que vous avez votés l'an dernier et l'usage que nous entendons faire des crédits que nous vous demandons d'adopter pour 1983.

Et parce que je considère que la discussion budgétaire ne peut pas se limiter aux simples aspects techniques — toutes les interventions que je viens d'entendre le prouvent — mais porte aussi sur les grands choix politiques dans ce secteur de la santé, je diviserai mon propos en trois parties qui correspondent aux trois lignes de force d'une politique dont on sait que le centre est l'homme, l'épanouissement de sa santé, la qualité et la personnalisation des soins reçus.

Première ligne de force : la promotion de la santé, au travers d'actions décentralisées qui ont été engagées dans le domaine de la protection et de la prévention avec, pour la première fois, la participation des travailleurs et de la population.

Deuxième ligne de force : la recherche concertée d'une nouvelle figure de l'hôpital, associée à une modernisation de l'équipement, de l'organisation et de la gestion hospitalières.

Troisième ligne de force : le développement des industries nationales pour la santé, avec le souci, que je m'efforce de faire partager par tous, de la reconquête de notre marché intérieur.

Première ligne de force : la protection et la prévention.

La dotation prévue à ce titre représente près de deux tiers du budget, plus de 3 950 millions de francs : soit une progression de 21 p. 100 par rapport à 1982.

Ce financement est très largement orienté vers les collectivités locales. Ainsi les départements pourront non seulement faire face à leurs obligations traditionnelles, mais encore engager des actions nouvelles en matière de prévention et de protection sanitaires. La participation moyenne de l'Etat s'élève à plus de 80 p. 100 des dépenses départementales.

L'effort entrepris pour la protection de la mère et de l'enfant sera poursuivi : 883 millions y seront consacrés, soit 13,7 p. 100 de plus que cette année. En 1982 déjà, soixante-quinze postes de sage-femme à domicile ont été accordés afin d'assurer un examen mensuel des femmes les plus exposées aux risques de prématurité, et des recherches médicales dans le domaine de la périnatalité ont été lancées.

En 1983, plusieurs études seront effectuées sur les conditions de vie socio-professionnelles des femmes enceintes. Une attention particulière sera portée aux taux exceptionnellement élevés de prématurité et de mortalité périnatale dans certaines professions. Et, pour commencer à améliorer la situation, nous allons lancer, dans le cadre de la campagne nationale « Santé dans l'entreprise », une large information sur le thème : « Maternité et femmes travailleuses ».

L'un d'entre vous a d'ailleurs évoqué le problème des maternités. Il a eu raison, car un certain nombre de nos maternités ne sont plus aujourd'hui au niveau technique souhaitable pour des grossesses à haut risque. Certaines ont dû être fermées, d'autres, dont la fermeture aurait « déséquilibré » un département d'une réponse à un besoin, ont été améliorées. Nous avons créé un groupe de travail sur l'analgésie en obstétrique qui vient de nous faire des propositions auxquelles nous répondrons.

M. Hage a parlé de l'I. V. G. Il sait qu'elle relève surtout de la compétence de ma collègue Mme Yvette Roudy. Mais comme elle est pratiquée dans des hôpitaux, elle est aussi de la mienne. Dès que nous sommes informés qu'un frein y a été opposé dans tel ou tel hôpital, nous intervenons. Pendant ces dix-sept mois de présence au Gouvernement, à chaque fois que la question a été posée, elle a été réglée, en accord avec le corps médical et les directions d'hôpitaux.

Concernant la prophylaxie mentale, nous incitons les autorités locales à limiter les hospitalisations à temps complet et à développer les traitements ambulatoires, tout cela dans l'esprit de mon discours de Solleville-lès-Rouen, il y a un an.

La prévalence de l'hôpital — 80 p. 100 des dépenses de santé mentale — doit faire place en effet beaucoup plus largement à la psychiatrie de secteur dont le travail éclaté et diver-

sifié, au plus près du milieu de vie, en étroite relation avec l'environnement familial, se heurte trop encore au passé qui contracte ses potentialités.

Nous voulons, en 1983, donner une vigoureuse impulsion à cette orientation qui devrait situer le fait psychiatrique dans un contexte mieux compris, plus rassurant.

Ces avancées nécessaires et urgentes sont à faire en croisement avec un progrès pour l'hôpital et un développement de nouvelles structures légères : hôpitaux de jour, foyers de post-cure, appartements thérapeutiques, centres de santé mentale, etc.

En 1982, près de 1 200 postes paramédicaux ont été déjà créés pour impulser cette politique. En 1983, nous la poursuivrons grâce à une dotation dépassant un milliard et demi, soit 34 p. 100 de plus qu'en 1982.

C'est la même volonté d'épouser les réalités concrètes qui nous anime face aux problèmes posés par les toxicomanies et l'alcoolisme.

Les crédits de lutte contre les toxicomanies avaient été accrus de 80 p. 100 l'an dernier, et il y a actuellement cinquante-cinq centres d'accueil et de consultation pour toxicomanes. Nous avons prévu de prolonger l'effort budgétaire déjà réalisé en augmentant de nouveau les crédits de lutte contre les toxicomanies de 37 p. 100 en 1983.

Sur l'alcoolisme, un plan d'ensemble est actuellement en discussion interministérielle et fera l'objet d'une communication en conseil des ministres au mois de décembre.

Des mesures concrètes seront annoncées, notamment le dépôt d'un projet de loi important concernant la publicité sur les alcools, les possibilités des différentes collectivités territoriales et de l'Etat en matière d'organisation de lutte contre l'alcoolisme et la prévention des accidents de la route.

Une circulaire concernant le fonctionnement des centres d'hygiène alimentaire va être prochainement envoyée dans tous les départements.

Vingt millions de francs ont été délégués au comité d'éducation pour la santé afin que, dès le début de l'année 1983, commence une campagne nationale régionalisée de sensibilisation sur le difficile problème de l'alcoolisme dont nous ne devons pas oublier qu'il prend, en France, certaines dimensions culturelles.

Nous avons également la volonté de redonner du dynamisme au secteur du thermalisme et du climatisme dont le bienfait thérapeutique est reconnu et l'aspect préventif trop méconnu.

M. de Caumont est intervenu, comme l'an passé d'ailleurs, sur le climatisme. Je connais les problèmes que rencontrent certains départements de montagne, et notamment les Hautes-Alpes, pour adapter à de nouvelles finalités certains établissements qui avaient été conçus pour accueillir des tuberculeux. Je peux vous assurer, monsieur le député, de l'intérêt que nous portons à cette situation. Il nous apparaît que des maisons de repos sont parfaitement justifiées, notamment pour bon nombre d'anciens malades qui ne peuvent pas rejoindre directement leur domicile après la phase aiguë de leur maladie. J'ajoute que ces problèmes sont examinés au niveau interministériel dans le cadre de la politique de la montagne menée par la D. A. T. A. R., mais je retiens votre proposition de créer un groupe de travail auquel les collectivités locales devraient être largement associées.

Nous avons développé la politique des contrats thermaux qui inclut les investissements pour la construction ou la rénovation des bâtiments ; nous menons des recherches sur la qualité du produit thermal et sur ses effets.

Nous préparons pour décembre la mise en place du haut comité sur le thermalisme et l'établissement d'une carte de France des ressources thermales, en coopération avec le Bureau de recherches minières.

Nous nous efforçons aussi de développer l'éducation sanitaire pendant le temps de cure.

Notre effort vise enfin à ôter tout frein d'argent pour recourir au thermalisme et, en coopération avec le ministère du temps libre, à mettre en place des loisirs pour les familles des curistes.

Dans le domaine de l'aide médicale urgente, nous avons créé quatre S. A. M. U. départementaux au cours de l'année écoulée et la couverture de l'ensemble du territoire national sera achevée à la fin de l'année 1983, grâce à la création de treize autres S. A. M. U.

Un « centre 15 » a par ailleurs été ouvert le 1^{er} juin 1982 à l'hôpital de Bobigny. L'ouverture d'un nouveau « centre 15 » est prévue à Lille pour le début de l'année 1983, ce qui portera leur nombre total à six.

Ces centres assurent, à l'échelle du département, la réception des appels médicaux composés sur un indicatif téléphonique unique.

Dans ce cadre, une garde médicale permanente est assurée conjointement par le S. A. M. U. et des médecins libéraux,

regroupés dans des associations de la permanence des soins. Cette collaboration entre médecine publique et médecine privée, dans le respect de leur autonomie respective, me semble hautement souhaitable et bénéfique pour les malades. Nous en avons repris le principe dans le projet de loi relatif à l'aide médicale urgente, qui sera présenté prochainement devant le Parlement. Cette façon de voir les choses a été adoptée par toutes les organisations professionnelles intéressées, notamment par les grandes organisations syndicales de médecins.

Ainsi, dans le domaine des secours d'urgence, des progrès ont été enregistrés. Il faudra sans doute en faire d'autres, et j'ai entendu votre remarque sur les transports, monsieur Benoist et madame Lecuir. Une meilleure coordination s'impose. Quand trois ambulances arrivent en même temps, ce n'est pas seulement comique, mais cela coûte cher.

D'autres progrès seront réalisés. Ils seront favorisés par une mesure nouvelle de 5,2 millions de francs, soit une augmentation de près de 17 p. 100 par rapport à cette année. Mme Lecuir a lancé l'idée d'une administration spécialisée. Nous allons étudier sa suggestion. Je ne peux pas aujourd'hui répondre à brûle-pourpoint de sa qualité tant qu'elle n'est pas examinée par les services pour voir à quoi elle permettrait d'aboutir.

D'autre part, l'amélioration du service de santé scolaire sera poursuivie en 1983. Un accroissement significatif des moyens est intervenu au collectif de 1981, puis en 1982, permettant la création de 247 emplois de médecin, de 65 emplois d'infirmière et de 100 emplois d'assistante sociale. Ces emplois ont été affectés en fonction de critères de réduction des inégalités.

Nous poursuivons cet effort en créant 100 emplois médicaux et paramédicaux.

Les moyens de la médecine scolaire seront concentrés sur la réalisation des objectifs définis par la circulaire interministérielle du 15 juin 1982, que j'ai présentée à Bagnolet, devant plus de 200 acteurs de la santé scolaire, avec mon collègue Alain Savary, ministre de l'éducation nationale.

On peut résumer l'esprit de cette circulaire en disant qu'il s'agit d'épauler les enfants les plus fragiles, tout en veillant à la santé de tous. Nous envisageons notamment trois bilans de santé pour chaque enfant au cours de sa scolarité : des actions collectives d'éducation pour la santé ; des mesures spécifiques de résorption des inégalités, comme les examens personnalisés pour des enfants vulnérables ou des programmes prioritaires pour certaines catégories d'enfants et d'adolescents ; enfin, des recherches épidémiologiques sur les facteurs de risques encourus par l'enfant et sur l'ergonomie scolaire.

A ce propos, monsieur Hage, je dirai un petit mot du sport scolaire. Comme vous le savez, cette discipline relève de la compétence de Mme Edwige Avice, ministre chargé de la jeunesse et des sports, avec laquelle j'ai réfléchi sur certaines dispositions du projet de loi qu'elle est en train de préparer. Je n'oublie pas, cependant, que dans les C. I. U., il est nécessaire de créer des services de sport scolaire. L'année dernière, j'ai visité longuement celui de Saint-Etienne et j'ai inauguré, précisément avec Mme Edwige Avice, le service de la médecine des sports à La Pitié-Salpêtrière. C'est dire que ce problème me préoccupe concrètement et que je n'y fais pas une simple référence rhétorique.

Quant à la politique de prévention régionalisée entreprise cette année, elle sera amplifiée. Elle vise : à améliorer la connaissance de l'état de santé et des besoins de la population ; à affiner l'évaluation des facteurs de risque ; à différencier la prévention en fonction des spécificités locales et régionales ; enfin, à réduire les inégalités par une protection accrue de certaines catégories de la population.

Je pense que ce vocabulaire plaira à M. Wilquin.

M. Claude Wilquin. Certes !

M. le ministre de la santé. Cette politique de prévention régionalisée associe aux professionnels de la santé l'ensemble de leurs partenaires naturels : les usagers du système de santé, les élus, les organisations syndicales, les administrations, les organismes de financement.

A cet égard, monsieur Rossinot, vous avez évoqué la composition du comité consultatif de promotion de la santé de Lorraine, en regrettant que cette instance ne compte que vingt-sept professionnels de santé. Je crois que vous n'êtes pas bien renseigné. Le comité de Lorraine comprend vingt-cinq médecins et plus de soixante professionnels de santé sur cent vingt membres. Mais il est vrai qu'on n'y trouve pas que des médecins. Les médecins ont déjà leurs organisations et nous les rencontrons.

Pour revenir sur un propos capital de M. Hage, à savoir que la santé commence à l'usine, nous avons précisément créé ces comités de promotion de la santé pour qu'au-delà des professionnels mais avec eux, sans les nier, en épanouissant au contraire leur intervention et leur réflexion, les malades poten-

tiels puissent aussi se faire entendre. Bien évidemment, les travailleurs y occupent une place de choix par l'intermédiaire de leurs représentants, qu'ils soient désignés par les organisations d'usagers — et on retrouve là des professionnels de santé — ou par les organisations syndicales qui sont la forme d'organisation spécifique au monde du travail.

Nous poursuivons la mise en place des comités consultatifs régionaux de promotion de la santé. Cinq régions en sont déjà dotées : Bretagne, Lorraine, Languedoc-Roussillon, Nord-Pas-de-Calais et Corse.

Quand on entend les noms de ces cinq régions, on voit bien que le principe des mesures inégalitaires pour corriger les inégalités nous a inspiré. La région du Nord-Pas-de-Calais, en particulier, était le feu rouge en matière de santé. Grâce à ce comité, nous avons pu mesurer plus finement les besoins de cette région et commencer le rattrapage. En matière de santé scolaire par exemple, le plan santé élaboré en concertation avec l'assemblée régionale a permis, dès cette année, au Nord-Pas-de-Calais, qui pédalait très loin derrière, de rejoindre le peloton.

M. Jean Jarosz. Merci, monsieur le ministre !

M. le ministre de la santé. Six autres régions sont en train de créer ce comité et toutes les régions en seront dotées fin 1983. Quinze départements ont également un comité consultatif et une dizaine d'autres devraient le mettre en place d'ici à la fin de l'année 1982. Un réseau de comités locaux est en cours de constitution, qui permettra de se mettre encore plus à l'écoute des usagers.

J'ajoute à l'intention de M. Le Foll que l'initiative de ces comités locaux n'est pas normalisée d'en haut. Il a cité l'exemple de trois villes qui avaient pris une initiative comparable. Eh bien, si, dans leurs structures, se trouve une forme qui ressemble aux comités locaux, allons-y ! Aujourd'hui, il n'y a plus de maquette. La maquette, c'était hier. Je le répète, je ne demande pas que les gens donnent leur langue au chat ministériel mais qu'ils inventent à la hâte, ce dont nous avons bien besoin.

J'ai en effet la conviction que la promotion de la santé ne peut pas et ne doit pas faire l'objet d'une approche de type purement administratif et réglementaire. L'action décentralisée de l'administration est certes précieuse et indispensable. Bénéficiant du concours de tous les professionnels de la santé, elle a porté et porte ses fruits. Mais, au-delà, la santé des travailleurs, de toute la population, est l'affaire de tous. Avec les comités consultatifs locaux, départementaux, régionaux de promotion de la santé, tous disposeront des moyens enfin appropriés, des formes originales pour la prise en charge concertée de la santé publique.

Déjà se multiplient les initiatives des comités consultatifs.

Dans plusieurs régions, des études sont lancées sur les facteurs socio-professionnels de prématurité et sur la mortalité périnatale.

En Bretagne, un foyer de jeunes travailleurs réalise un film sur « l'alcool et les jeunes ». Il faut en lire le scénario : ils ont inventé un langage autrement communicatif que celui d'une circulaire, quelle que soit la qualité de l'auteur.

Dans une municipalité, des programmes de prévention sont mis au point pour chaque quartier, avec la participation des travailleurs médicaux, mais aussi des jeunes et des représentants de la population.

Ailleurs, des médecins généralistes participent à des sessions de formation pour les étudiants et organisent la prévention.

Les vingt-deux réunions que nous venons de tenir dans chaque région avec les personnels des D. R. A. S. S. et des D. D. A. S. S., nous ont montré la diversité des initiatives régionales et locales.

Pour tirer sinon les conclusions, du moins les premiers enseignements de ces initiatives, nous organiserons, les 13 et 14 décembre, sous la responsabilité du directeur général de la santé, une réunion nationale de ces structures et des administrations concernées.

Tout à l'heure, M. Le Foll s'est demandé si nous ne devrions pas créer un comité national. Cette question ne nous a pas échappé. Mais nous avons un peu peur de « cartéliser » la promotion de la santé, avec un comité national en haut dont la politique serait le plus petit dénominateur commun, alors que, dans le Nord, ce n'est pas pareil que dans l'Oise, dans les monts Lozère ou dans les Bouches-du-Rhône.

Il nous semble donc préférable d'organiser une conférence annuelle des comités de promotion de la santé. Sur un thème que la vie aura fait naître au cours de l'année ou simplement pour satisfaire leur besoin d'échanger des expériences, ils pourront ainsi discuter et aller de l'avant.

Pour apporter aux comités l'appui technique indispensable à leur plein succès, des observatoires régionaux de la santé ont été constitués. Ils sont plus particulièrement chargés du recueil et du traitement des informations dans le domaine de la santé et permettront de réaliser des enquêtes épidémiologiques éclair-

ant la politique de réduction des inégalités sociales et géographiques.

Dix observatoires régionaux de santé sont déjà en place et toutes les régions auront le leur en 1983.

Voilà, pour l'essentiel, à quoi ont été consacrés les 55 millions pour les programmes régionaux de prévention, crédits ouverts pour la première fois en 1982 et que nous vous proposons de porter à 60 millions en 1983, afin que régions, départements, associations locales soient en mesure de poursuivre l'effort engagé.

Qu'il y ait débat, contradiction et même, ici ou là, opposition, quoi de plus normal ? Avant, personne n'en parlait. Maintenant, on en discute. L'approche globale de la promotion de la santé — expression que je préfère à prévention, parce qu'elle est plus positive — est donc inscrite dans l'intention, dans la démarche et déjà, en certains lieux, dans la réalité.

Pour illustrer cette politique, je prendrai un dernier exemple : celui du cancer.

Du dépistage de plus en plus fin des facteurs de risque jusqu'à la recherche de thérapeutiques appropriées et jusqu'au changement des mentalités, la lutte contre le cancer a de multiples facettes.

Nous avons créé, en 1982, un groupe de réflexion sur le cancer, placé sous la responsabilité du docteur Salomon, et nous avons lancé une concertation nationale sur le cancer. Pour animer cette réflexion de manière décentralisée, des délégués régionaux ont été désignés. Nous avons adopté une approche large, pluraliste. Face au cancer, le rassemblement de toutes les forces vives s'impose et 800 personnes sont déjà au travail.

Les animateurs régionaux viennent de tous les horizons : dans la région Rhône-Alpes, c'est un industriel, M. Mérieux ; dans le Nord-Pas-de-Calais, une laborantine du C.L.C.C., membre de la C.G.T., Mme Diard ; dans les pays de Loire, un directeur d'hôpital, M. Costargent, responsable syndical F.O. ; dans le Languedoc-Roussillon, un médecin généraliste libéral, le docteur Granier ; en Lorraine, un médecin du travail d'Usinor, le docteur Delivré, M. Charles Haby, qui certainement le connaît, sera difficilement crédible s'il m'accuse de sectarisme en la matière.

M. Charles Haby. Je suis élu d'Alsace !

M. le ministre de la santé. Certes, mais vous connaissez ce qui se passe dans tout l'Est.

En Bretagne, c'est un ingénieur de la santé publique, membre de la C. F. D. T., M. Kerbaol ; dans le Centre, le député-maire de Tours, M. Royer ; en Alsace, un chercheur en neurochimie, le professeur Mandel ; en Basse-Normandie, le directeur du C.L.C.C. de Caen, le professeur Abbataucci ; dans le Poitou-Charentes, un radiothérapeute d'une clinique privée, le docteur Heymans ; en Provence-Côte d'Azur, le député-maire d'Aubagne, M. Garein ; dans le Midi-Pyrénées, une conseillère générale, Mme le docteur Mignon, et bien d'autres.

Pas une forme d'exercice professionnel touchant à la santé, pas une sensibilité syndicale et politique qui soit exclue ! J'ai presque envie de demander : qui dit mieux ?

La réflexion collective s'enrichit de chaque point de vue individuel, de chaque démarche particulière.

Outre la concertation dans chacune des régions, un certain nombre de thèmes ont été dégagés par le groupe de réflexion. Ils s'articulent essentiellement autour de quatre axes :

Premièrement, le diagnostic : peut-on de façon pratique réaliser des opérations efficaces de lutte contre le cancer ?

Deuxièmement, la réduction des inégalités : peut-on réduire notamment sans tarder la fréquence des cancers professionnels ?

Troisièmement, les moyens de lutte : comment mobiliser tous les moyens matériels, culturels et humains pour combattre cette maladie ?

Quatrièmement, l'environnement social et mental : il s'agit par exemple de permettre aux personnes atteintes d'un cancer de contracter une assurance vie à un prix non ségrégatif. Savez-vous qu'aujourd'hui un cancéreux guéri ne peut pas emprunter pour s'acheter un logement ?

Il s'agit également de faciliter la réinsertion des malades traités dans la fonction publique. Mon collègue Anicet Le Pors présentera prochainement un texte en ce sens.

Tous ces problèmes seront débattus au cours de la concertation nationale qui, le 21 janvier, à Paris, permettra de faire le point sur les résultats acquis. Je proposerai alors au Gouvernement les axes d'une politique globale de prévention et de lutte et, au cours d'une grande émission télévisée, M. le Président de la République et moi-même annoncerons les décisions arrêtées.

Depuis la Libération, c'est-à-dire depuis le décret créant les centres d'action anticancéreux, aujourd'hui appelés centres de lutte contre le cancer, aucune initiative gouvernementale n'avait été prise.

M. Jacques Blanc. C'est incroyable !

M. le ministre de la santé. C'était le travail des médecins, soutenus bien sûr par les crédits que les gouvernements leur accordaient quand ils les réclamaient, mais de politique globale du cancer, il n'y en avait pas. Grâce à cette concertation qui n'exclut personne, nous espérons réussir.

J'ai pris l'exemple du cancer parce qu'il traduit bien notre politique, qui est marquée par le refus du fatalisme, la mobilisation de toutes les énergies disponibles, le souci de décentralisation, de concertation et d'une large information du public.

La seconde ligne de force de notre politique, c'est la recherche d'une nouvelle figure de l'hôpital.

Cette recherche associe l'ensemble des acteurs concernés. Je viens d'envoyer une lettre à tous les directeurs d'hôpitaux leur demandant d'organiser des réunions avec le personnel pour une nouvelle gestion de l'hôpital et pour la reconquête du marché intérieur. J'ai d'ailleurs adressé un courrier identique d'information à tous les présidents de conseils d'administration.

La concertation que nous avons ainsi engagée contribuera à dessiner la nouvelle figure de l'hôpital — attentive aux malades, conforme aux aspirations des personnels, adaptée aux nécessités d'une gestion moderne — qui résultera de la réforme hospitalière actuellement en préparation.

Le malade doit trouver à l'hôpital non seulement la sécurité et la réponse technique à son problème, mais encore l'accueil, la considération et la dignité.

C'est pourquoi, conformément au programme du Président de la République, nous avons voulu supprimer les inégalités du traitement à l'hôpital public en mettant un terme, par votre récent vote, à l'existence d'un secteur privé destiné à quelques-uns.

Mais c'est aussi pourquoi cette mesure ne doit pas être une suppression d'avantages à quelques-uns, ceux qui pouvaient se l'offrir, mais devenir un droit pour chacune et chacun. Le niveau atteint par le potentiel hospitalier le permet, à condition qu'un certain nombre de mesures soient prises.

C'est le sens d'une circulaire en préparation que j'adresserai dans les jours qui viennent aux directeurs d'hôpitaux. Elle a pour objet de commencer activement à mettre en place des conditions d'accueil pour les consultations et les hospitalisés, permettant de garantir le libre choix du médecin et la personnalisation du traitement.

Pour cela, les conditions d'exercice du corps médical doivent aussi répondre à la revendication, exprimée dès 1971, d'un statut unique garantissant une égalité de droits et de devoirs au sein de l'équipe soignante et une dissociation du grade et de la fonction. Ainsi, dès la titularisation, qui doit être la plus précoce possible, chacun exercera en toute responsabilité sa spécialité dans une relation médecin-malade épanouie.

Ce statut interviendra très vite, monsieur Benoist, et en tout cas ce sera chose faite en 1984. Si nous avons repoussé, comme vous l'avez rappelé, au 1^{er} janvier prochain la date à laquelle les chefs de service devront se déterminer entre conserver ou abandonner le secteur privé, c'est précisément pour qu'il y ait conjonction entre ce nouveau statut et le choix à faire.

Ce statut unifié ne veut pas dire qu'il y aura une dilution, une fragmentation des activités mais, au contraire, une nouvelle cohérence. La départementalisation des unités de soins, qui garderont leur spécificité et leurs possibilités d'évolution et d'innovation, sera au contraire l'occasion de cumuler, dans une nouvelle dimension, l'enrichissement réciproque et la mise en commun de moyens et de méthodes évolutives discutées et concertées. Elles seront ensuite appliquées par un chef de département qui tiendra une nouvelle légitimité du caractère électif de sa fonction et qui s'appuiera sur un conseil de département où les médecins garderont bien sûr leur rôle prépondérant, mais où les autres personnels de l'hôpital prendront part, à leur place, aux discussions et aux responsabilités.

Ce nouveau statut unique des médecins, cette départementalisation — sur laquelle M. Gréard est si finement intervenu — doivent être mis en place dans chacun des établissements en tenant compte, dans chaque cas, de la taille, de la situation géographique et des moyens existants. Il ne s'agit pas, là non plus, de formuler un modèle, mais de s'inscrire dans un processus qui se mettra en place progressivement.

Ces éléments sont aujourd'hui inscrits dans des textes encore bien ouverts à la discussion avec tous les intéressés. De nombreuses concertations se déroulent actuellement au ministère et font l'objet d'un travail interministériel, pour préparer un décret sur le statut unique des médecins hospitaliers et un décret sur le remplacement des anciens services hospitaliers qui ont atteint leurs limites d'efficacité par des départements.

Nous voulons garantir aux chefs de service actuels le rôle que leur compétence et leur mérite leur avaient conféré à ce

jour, mais permettre aussi à ceux qui voyaient leur carrière bloquée d'accéder à des responsabilités légitimes.

Ce texte sur le temps plein n'exclut pas une approche du temps partiel.

J'ajouterai au passage que, lorsqu'on examine les récents mouvements du corps médical — et pas seulement celui du 30 octobre qui concernait d'autres professions que les médecins — on s'aperçoit que, dans les hôpitaux, la grève n'a pas fonctionné. Les internes, les chefs de clinique, l'ensemble des assistants et de nombreux médecins n'ont pas fait grève car, eux, ils connaissent ces textes à la discussion desquels ils participent.

Tout à l'heure, un orateur a parlé des chefs de clinique. Il aurait mieux fait de ne pas les mentionner car, jusqu'à présent, en fin de parcours, ils étaient « jetés », si vous me permettez cette expression.

M. Jacques Blanc. Tout de même !

M. le ministre de la santé. Cette année, pour la première fois, avec leur organisation syndicale et son dirigeant qui, vous le savez, monsieur Blanc, se situe plus de votre côté que du mien — je ne choisis jamais les négociateurs mais les professions avec ceux qu'elles se donnent — nous avons réussi à maintenir en état d'exercice 104 chefs de clinique. Ils le disent eux-mêmes : on n'a jamais vu cela.

Tous ces rappels montrent bien que la fièvre n'est pas là où on prétend qu'elle est !

Après avoir parlé des chefs de clinique, des assistants et des médecins, je dirai un mot des internes de la région parisienne que le professeur Lareng a lui-même évoqués.

Les jurys de certificats d'études spécialisées refusent aujourd'hui la qualification aux internes de la région parisienne, même lorsqu'ils remplissent toutes les conditions pour être admis à l'équivalence du C.E.S. avec des titres identiques à ceux qui étaient reçus les années précédentes.

De plus, certaines instances hospitalo-universitaires déqualifient aujourd'hui des services de la région parisienne et de province qui étaient qualifiants pour telle ou telle spécialité et qui n'ont en rien changé ou démerité. C'est inadmissible et, avec mon collègue M. le ministre de l'éducation nationale, nous allons envisager les réformes nécessaires pour remédier à des injustices flagrantes.

Par ailleurs, nous interviendrons auprès des commissions d'examen pour que les dossiers des candidats malheureux au C.E.S. soient réexaminés. Il est regrettable — je le dis en toute responsabilité — que certains enseignants et médecins hospitaliers de haut niveau se laissent aller à de telles aberrations et prennent de telles responsabilités. D'ailleurs, ce faisant, ils mènent un combat qui n'a rien à voir avec la médecine.

Nous préparons aussi un projet de loi modifiant certains articles de la loi de 1970. Ce projet, qui vous sera soumis prochainement, traitera, notamment, de la carte sanitaire. Mais, d'ores et déjà — et le directeur des hôpitaux peut en témoigner — nous avons signé aujourd'hui même la carte sanitaire pour douze régions et demandé aux services la mise au point de cartes de moyens et de longs séjours.

Nous voulons aussi tirer les conclusions d'expériences en cours dans trois régions — Nord-Pas-de-Calais, Aquitaine, Franche-Comté — qui visent à mieux estimer les besoins de la population et en particulier à mieux prendre en compte sa structure par âge et par sexe.

J'ajoute, puisque la question a été évoquée par l'un d'entre vous, qu'en ce qui concerne les rapports entre secteur public et secteur privé, ce qui apparaissait autrefois comme impossible devient enfin possible. La recherche de l'épanouissement de la coopération entre secteur public et secteur privé permet de meilleures relations entre les deux secteurs.

Un des intervenants a fait allusion à une réunion qui s'est tenue à Romilly ; elle est tout à fait significative de nos intentions, et M. Benoist peut y trouver une réponse à ses préoccupations.

Dans le cadre général du projet de loi que j'ai évoqué, le système de dotation globale, actuellement expérimenté par quelques établissements hospitaliers, entrera en application en 1984.

La dotation globale élimine certains aspects inflationnistes du prix de journée. Mais, pour lever toute équivoque, je veux signaler que les spécialistes distinguent deux formules de budget global. L'une consiste à déterminer de l'extérieur l'enveloppe des moyens alloués à l'hôpital ; c'est le budget global externe, qui est en quelque sorte octroyé à l'hôpital par les organismes de financement. L'autre consiste à calculer le montant de la dotation à partir de la prévision d'activité de l'hôpital,

qui ne peut être établie qu'avec les hospitaliers eux-mêmes, c'est le budget global négocié.

C'est évidemment cette seconde formule que nous entendons mettre en place. Elle exige un très haut niveau de participation des personnels pour prévoir de manière concertée les activités futures des divers départements hospitaliers. C'est sur la base de cette prévision que la dotation globale doit être négociée entre l'hôpital, son autorité de tutelle et les organismes de financement.

L'application de la dotation globale doit donc être accompagnée d'un effort de prévision et de gestion. Cet effort sera le fruit du dialogue entre les gestionnaires, les médecins et les autres personnels hospitaliers. Il conduira à une gestion plus autonome par l'hôpital des moyens qui lui sont attribués. Le département hospitalier sera, dans l'hôpital, l'unité d'évaluation des besoins techniques et médicaux, de proposition et de gestion de la dotation qui lui sera affectée.

Replacé dans cette perspective, le budget global peut constituer un outil de gestion dynamique de l'hôpital.

La réflexion sur la modernisation de la gestion hospitalière est déjà largement engagée tant au ministère que dans les hôpitaux eux-mêmes. Toute cette semaine sera consacrée à la concertation avec toutes les organisations intéressées.

Au cours des réunions que nous avons eues avec les directions départementales et régionales des affaires sanitaires et sociales, nous avons cité quelques exemples d'améliorations possibles.

Prenons le cas des scannographes. Il s'agit d'un matériel coûteux ; il est donc souhaitable de l'utiliser de manière intensive si l'on veut abaisser le prix de revient d'un examen. On peut gagner jusqu'à 40 p. 100 en passant d'une utilisation huit heures par jour à une utilisation vingt heures par jour et sept jours par semaine, comme cela a été fait dans un hôpital parisien. On évite ainsi l'allongement des files d'attente et certaines hospitalisations qui ne sont décelées que pour obtenir un passage immédiat du malade au scannographe.

Un allongement du temps de fonctionnement des équipements lourds est donc bénéfique sur tous les plans : les malades non hospitalisés y trouvent leur compte, puisqu'ils peuvent être examinés plus vite, et le prix de revient des examens diminue. La création de départements à l'hôpital facilitera cet ajustement des temps de fonctionnement.

Comme je l'ai dit au congrès international de médecine nucléaire, la création d'un département réunissant l'échographie, la radiologie, le scannographe, la gamma-caméra, et très bientôt la résonance magnétique nucléaire est une réponse d'intelligence collective qui respecte l'apport de chacun et a le malade comme pôle unique.

Plus généralement, la création des départements hospitaliers permettra de procéder aux séquences d'examen les plus fiables en évitant les redondances. Une enquête effectuée dans un hôpital a montré que le nombre d'examen biochimiques de base, tels que l'hémogramme sanguin, la recherche d'urée sanguine et de la glycémie, augmentent beaucoup lorsque le malade hospitalisé passait d'un service à un autre ; ainsi le nombre d'examen était plus que doublé lorsque le malade entrait d'abord au service des urgences avant d'être dirigé sur un service de médecine.

Partout nous incitons les responsables et les personnels à rechercher les solutions d'organisation et les possibilités techniques permettant à la fois d'améliorer le confort du malade et la qualité des soins et de réduire les dépenses superflues.

Et, parce qu'un exemple vaut mieux que dix discours, nous faisons largement connaître aux hôpitaux les initiatives concrètes allant dans ce sens, qui sont prises ici et là. Nous voulons, en effet, sensibiliser tous les professionnels à cette idée que si la santé n'a pas de prix, elle a un coût.

Toutes les études comparatives faites entre services hospitaliers, voire entre divers pays, par exemple sur la transplantation rénale, sur l'accouchement, sur le traitement de l'infarctus du myocarde l'ont apparaitre, pour des diagnostics identiques, des différences considérables dans la durée de séjour à l'hôpital et dans le coût du traitement.

Cette diversité de la prescription, des thérapeutiques et des techniques médicales constitue un élément d'enrichissement et nous entendons bien la préserver. Mais pour faciliter le dialogue entre médecins sur le rapport coût-efficacité de certains types de soins, nous nous orientons vers la définition de tableaux de bord médicalisés.

L'expérience montre, en effet, que l'observation de la prescription organisée par les médecins eux-mêmes permet en général de dégager un consensus sur quelques grands critères de prescription qui ne nient pas la singularité de chaque malade. Et ce consensus, dont les malades sont les premiers bénéficiaires, va aussi dans le sens d'une nouvelle économie de la santé.

A la suite de la proposition que nous leur avons adressée, trente hôpitaux ont décidé d'effectuer l'année prochaine un suivi par pathologie, dans le respect du secret médical et de la spécificité de chaque malade. C'est un premier pas dont je me félicite, parce qu'il s'inscrit dans la recherche d'une nouvelle gestion hospitalière moderne et efficace.

Cette approche dépasse d'ailleurs les frontières de l'hôpital. Le développement des alternatives à l'hospitalisation, tels l'hôpital de jour et l'hospitalisation à domicile, conduit aussi à une amélioration de la qualité des soins, tout en réduisant les coûts.

L'hospitalisation à domicile permet de réduire le prix de journée d'environ 40 p. 100, parfois davantage. En pédiatrie, en gériatrie, en oncologie, en chirurgie et en rééducation fonctionnelle, elle peut être largement étendue.

Cette orientation correspond à la recherche d'une synergie entre l'hôpital et la médecine ambulatoire. J'ai déjà eu l'occasion de dire que le caractère pluraliste du système de santé français était un atout. C'est la raison pour laquelle nous prôtons une telle attention à la médecine libérale et aux médecins généralistes. Jamais, dans le passé, autant de mesures positives n'avaient été prises, ou près de l'être, dans ce domaine.

La réforme des études médicales fait de l'étudiant généraliste un interne à part entière, et du généraliste un spécialiste de la généralité.

Dans le projet de loi sur les urgences qui vous sera soumis, nous prévoyons d'associer paritairement les médecins libéraux aux S. A. M. U.

Nous associons aussi les médecins libéraux, notamment les généralistes, à la promotion de la santé ; ils participent, dans une large mesure, à la gestion des crédits régionalisés de prévention, bénéficiant, dans certains cas, d'une véritable amorce d'un « temps de prévention ».

Nous avons également mis à l'étude des dégrèvements fiscaux pour la formation médicale continue.

Je rappelle en outre que, lors de la discussion de la réforme des études médicales, j'avais indiqué qu'on ne pouvait ignorer la nécessité d'une juste rémunération du travail des médecins généralistes et que, à cet égard, il existait aussi des inégalités à corriger.

Je crois que l'accord donné par le Gouvernement à la convention entre les syndicats médicaux et la sécurité sociale va dans ce sens, encore qu'il nous faudra trouver, en concertation, les moyens de traiter mieux et plus substantiellement les jeunes médecins généralistes dont l'installation est souvent, et pendant plusieurs années, difficile.

Le système de santé français marche sur deux jambes : l'hôpital et la médecine de ville dans ses diverses formes d'exercice. Nous ne voulons pas qu'il boite ! Pour la formation, pour les équipements, le budget 1983 nous donne des moyens de son développement.

En ce qui concerne la formation, un effort particulier sera consenti pour les subventions d'équipement aux écoles d'infirmières dont les crédits sont décuplés, passant de 2 millions de francs en 1982 à 21 millions en 1983.

Après la pause observée ces dernières années, il paraît souhaitable, en effet, de réactiver les opérations portant sur ces écoles. Nous envisageons d'en réaliser sept en 1983.

Globalement, les crédits de formation représentent près de 10 p. 100 du budget de la santé et, en 1983, leur montant sera porté à 569 millions. Ils progresseront de 7 p. 100 par rapport à cette année. Mais je rappelle que, de 1981 à 1982, ils avaient crû de 32,5 p. 100. C'est dire que la route est prise et bien prise.

Je ne citerai qu'un seul fait, qui peut paraître minime, mais qui pourtant compte : alors que l'ancien gouvernement avait supprimé la prime de stage aux élèves infirmières, nous l'avons rétablie l'année dernière à son ancien taux, c'est-à-dire 600 francs, et nous l'avons portée cette année à 900 francs.

Pour la formation médicale continue, nous mettons l'accent sur les actions régionalisées. Une partie des crédits régionaux de prévention, majorés de cinq millions, servira à financer ces actions. Une réflexion est engagée avec les organisations syndicales de la profession qui souhaitent que le dialogue sur la formation ne réunisse pas seulement le Gouvernement et l'Unafomec — l'association nationale pour la formation médicale continue — ou les unions régionales, mais le Gouvernement, les syndicats de médecins et les associations que je viens de citer.

Parallèlement, les crédits en faveur des écoles de formation des professions médicales et paramédicales seront accrus de 7 p. 100 et une mesure nouvelle permet d'encourager la formation d'aides-soignants dans la perspective du développement des services de soins à domicile destinés aux personnes âgées.

Enfin, les crédits de bourses seront portés à près de 124 millions de francs, soit 7 p. 100 de plus qu'en 1982 mais 51 p. 100 de plus, monsieur Charles Haby, qu'en 1981.

Pour l'équipement, les crédits augmenteront également. Les autorisations de programme au titre des subventions d'équipement sanitaire seront portées à près de 1 milliard et demi de francs en 1983, soit 10,6 p. 100 de plus qu'en 1982 et 47 p. 100 de plus qu'en 1981. Elles représentent environ le quart du budget.

L'Etat participe ainsi au financement d'importantes opérations d'investissement qui ont un effet bénéfique pour l'activité économique et l'emploi. Ainsi, la rénovation des centres hospitaliers régionaux et des établissements d'intérêt national sera poursuivie grâce à une dotation sensiblement accrue.

D'une manière générale, il s'agit moins d'accroître les capacités d'accueil du système hospitalier que de les adapter aux besoins actuels. Nous souhaitons en effet, comme je l'ai déjà dit, personnaliser l'accueil, élever encore la qualité des soins et moderniser les structures et les équipements.

Jusqu'à présent, nous avons autorisé trente-six scanographiques, portant le parc français de soixante à quatre-vingt seize, avec le souci de la reconquête du marché intérieur.

Les autorisations de programme pour les C. H. R. et les établissements d'intérêt national passeront à 630 millions, en hausse de plus de 20 p. 100 par rapport à cette année. Le programme d'équipement des hôpitaux en scanographiques, gammacaméras et autres matériels de pointe sera ainsi poursuivi. Et soyez assuré, monsieur Benoist que, comme l'an passé, les C. H. R. ne seront pas les seuls établissements pourvus.

Pour les établissements de soins, de cure et de réadaptation, une dotation globale de près de 500 millions de francs est prévue. Les opérations engagées seront continuées et une enveloppe d'opérations nouvelles de plus de 200 millions permettra de répondre à des besoins prioritaires exprimés par les régions.

La transformation des hospices, en vue d'améliorer les conditions d'accueil qui y étaient offertes, sera elle aussi poursuivie sous la responsabilité de ma collègue Mme Georgina Dufoix. En 1982, M. Wilquin l'a rappelé, les crédits ont permis d'accélérer la transformation prévue pour 389 établissements. Ces derniers comportaient plus de 37 000 lits ; plus de 7 000 ont été reclassés en long séjour et plus de 30 000 lits médico-sociaux.

En 1983, ces crédits seront accrus de 9 p. 100, ce qui portera leur montant à 327 millions de francs.

Parallèlement, l'amélioration des établissements et services de protection sanitaire sera intensifiée. Il s'agit de structures légères, telles que les dispensaires et les centres de santé intégrés, qui rendent à la population un service de proximité. Les crédits passeront de 8 millions en 1982 à plus de 13 millions en 1983 et seront très largement régionalisés.

A propos des centres de santé, il faut en finir avec l'épouvantail que certains — pour qui ? pour quoi ? — n'hésitent pas à brandir. J'en ai inauguré un récemment. On m'avait annoncé une manifestation de masse. Il y avait vingt personnes !

M. Jacques Blanc. Et à Caen ?

M. le ministre de la santé. Ces expériences, qui s'effectuent en concertation, à l'initiative des maires, ne relèvent pas seulement du statut public, mais aussi du statut privé, comme l'a indiqué un des intervenants.

Comme vous le voyez, ce budget d'équipement traduit bien notre souci de développement des structures de soins locales, parallèlement à celui d'une médecine plus sophistiquée et de techniques de pointe dans les grands centres hospitaliers.

La troisième ligne de force de notre politique, c'est la reconquête du marché intérieur et le développement de grandes industries nationales pour la santé.

L'hôpital n'est pas seulement un lieu où l'on dispense les soins. Il est aussi un moteur de l'activité économique. Les commandes des hôpitaux sont encore trop largement orientées vers les fournisseurs étrangers, alors qu'il serait possible de développer les achats en France de productions équivalentes à prix compétitifs. Je prendrai quelques exemples.

L'hôpital, c'est un débouché pour les producteurs de fibres synthétiques, notamment les tissus polyester-coton : 75 p. 100 sont d'importation.

L'hôpital, c'est un débouché pour les producteurs de fournitures et de matériels d'entretien : 97 p. 100 sont d'importation.

L'hôpital, c'est un débouché pour les producteurs de matériels jetables ; la quasi-totalité est d'importation.

L'hôpital, c'est un marché d'unités filtrantes pour les reins artificiels : 70 p. 100 sont d'importation.

L'hôpital, c'est un marché de stimulateurs cardiaques implantables : 85 p. 100 sont d'importation.

L'hôpital, c'est un vaste marché de médicaments : on constate une augmentation de nos importations de produits pharmaceutiques. Je suis autorisé à vous dire, messieurs de l'opposition : qu'avez-vous fait de notre industrie nationale ? (*Applaudissements sur les bancs des communistes et des socialistes. — Protestations sur les bancs du rassemblement pour la République et de l'union pour la démocratie française.*)

Je pourrais multiplier les exemples : tous attestent la nécessité d'un vigoureux effort de reconquête de notre marché intérieur.

Cet effort, nous l'avons déjà entrepris : demain, je vais me rendre à l'usine Implex à Noailles, dans l'Oise, qui fabrique des seringues à usage unique. La coopération entre le ministère de la santé, les pharmaciens des hôpitaux et cette entreprise a permis d'améliorer la qualité du produit français et de doubler sa part sur le marché national.

Je dis bien : d'améliorer la qualité des produits français. C'est ce qui m'autorisait tout à l'heure à mettre quelque passion en interpellant les députés de l'opposition. Certaines de ces industries, en effet, n'ayant plus de commandes, n'étant pas soutenues politiquement et moralement par l'ancien pouvoir, avaient pris l'habitude de ne plus être performantes. Aussi, quand nous recommandons qu'on leur passe commandes, les pharmaciens hospitaliers ou les médecins émettent des réserves. Notre tâche en ce moment est, bien sûr, de convaincre les acheteurs de retrouver le goût de l'achat national, mais aussi de convaincre les industriels de retrouver le goût de la production nationale de qualité.

Dans le domaine de l'imagerie médicale, en accord avec mon collègue Jean-Pierre Chevènement, ministre de la recherche et de l'industrie, nous œuvrons pour engager dans une dynamique de croissance la Compagnie générale de radiologie, à laquelle 24 scanographiques ont déjà été commandés. Les responsables crient au miracle ! De nouveaux dossiers sont d'ailleurs en cours.

Cet effort, nous allons le poursuivre en dressant, avec les responsables et l'ensemble des personnels hospitaliers, un bilan des importations et en examinant les possibilités de faire appel aux producteurs français. Nous voulons étudier avec eux l'amélioration de la qualité de leurs produits et le développement de leurs programmes d'investissement.

Prenons le cas de l'emballage stérile : le marché national est de 200 millions de francs. Il y a quatre entreprises françaises dans ce secteur ; elles ne détiennent que 32 p. 100 du marché et seule l'une d'entre elles fabrique à partir de matières premières françaises.

Je sais bien que les solutions industrielles viables ne se décrètent pas et que la mise en place d'une filière française prendra du temps. Mais je crois qu'il s'agit là d'un exemple type où une reconquête de marché intérieur est possible. Nous allons examiner avec ces quatre entreprises, dont l'une, Soplaril médical, est en majorité à capitaux d'Etat, les possibilités d'extension de leur production. Et elles disent « oui » à ce rendez-vous.

Et comme les matières premières sont des produits chimiques, dont la production peut être assurée par un groupe tel que Rhône-Poulenc, on peut envisager aussi que ces quatre entreprises achètent et transforment des matières premières françaises. On peut ainsi éviter des manques à gagner pour notre économie. Ces manques à gagner, petits et grands, s'ajoutent les uns aux autres.

Dans le texte que j'ai adressé récemment aux directeurs d'hôpitaux figure l'exemple d'un tout petit manque à gagner. Les hôpitaux achètent de la gaze hydrophile pour les pansements. Comme elle est de 2,5 à 3 p. 100 moins chère à l'étranger, nous en importons plus de 10 millions de mètres annuellement.

En 1982, les hôpitaux y gagneront environ 350 000 francs. Mais c'est une économie qui fera perdre à notre pays plus de 10 millions de francs de production, près de 125 000 heures d'ouvriers du textile des Vosges et de l'ordre de 3 millions de francs d'indemnités de chômage.

Bien sûr, les gestionnaires hospitaliers prennent leurs décisions sur la base du rapport qualité-prix, et ils ont raison de le faire. Mais il est souhaitable d'épuiser toutes les possibilités de négociation de la qualité et des prix avec les producteurs nationaux avant de leur substituer des concurrents étrangers.

Ce souci du développement d'industries françaises pour la santé concerne aussi la pharmacie et le médicament.

Dans ce domaine, les orientations du Gouvernement sont connues : il s'agit de l'amélioration de l'environnement scientifique du médicament et de la promotion de son bon usage.

Pour améliorer l'environnement scientifique du médicament, nous avons subventionné, en 1982, vingt et une équipes réparties sur l'ensemble du territoire, en vue de développer la pharmacologie clinique. Nous subventionnons par ailleurs vingt et un centres de pharmacovigilance pour encourager une meilleure connaissance des effets adverses du médicament et la direction du médicament s'y emploie activement.

Parallèlement, nous nous efforçons de favoriser une meilleure prescription et cela me ramène à la reconquête du marché intérieur.

Dans le discours que j'ai prononcé à la Sanofi, à Toulouse, le 5 octobre 1981, j'avais donné l'alerte. J'avais alors montré que la production de génériques était doublement bénéfique au pays. Non seulement elle permet d'abaisser le coût des médicaments pour les malades et la sécurité sociale, mais encore elle contribue à la reconquête du marché intérieur puisque la plupart des produits dont le brevet vient à échéance sont d'origine étrangère.

Cette idée a été reprise récemment par la fédération nationale des mutuelles françaises.

Prenons l'exemple de la Persantine 75.

Il s'agit d'un médicament allemand bien connu de tous ceux qui souffrent d'affections cardiaques : la boîte de 100 comprimés est vendue 62,50 francs. Il existe un produit générique équivalent, le E. S. Dipyridamole 75, qui présente exactement les mêmes caractéristiques mais qui est fabriqué en France et ne coûte que 44,60 francs pour 100 comprimés.

Ce sont 3 600 000 boîtes de Persantine qui ont été écoulées en 1981 : cela représente pour ce médicament allemand un chiffre d'affaires à la production de l'ordre de plus de 100 millions de francs.

Si le E. S. Dipyridamole 75 avait été prescrit, non seulement le chiffre d'affaires du laboratoire français qui le fabrique aurait été accru, mais encore nous aurions réalisé une économie de 74 millions de francs en raison de la différence de prix.

M. Jacques Blanc. S'il n'y avait pas eu de recherches auparavant, on n'aurait pas pu le produire !

M. le ministre de la santé. Soixante-quatorze millions de francs de surcoût pour un seul médicament ! On voit la dimension des enjeux économiques dans le secteur de la pharmacie.

M. Jacques Blanc. Vous étranglez les pharmaciens !

M. le ministre de la santé. Nous allons créer cinquante postes supplémentaires de pharmacien d'hôpital en 1983. En effet, dans le respect absolu de la liberté du prescripteur, une sensibilisation aux aspects économiques de la prescription médicale me paraît souhaitable. Les fiches de transparence que nous adressons aux médecins et aux pharmaciens contiennent d'ailleurs des indications sur les coûts du traitement par les diverses spécialités.

Parallèlement, un effort doit être accompli pour développer une grande industrie pharmaceutique française en s'appuyant notamment sur des groupes nationalisés tels que Elf et Rhône-Poulenc.

Même si le solde extérieur global est positif dans ce domaine, notre pays enregistre un déficit croissant pour les principes actifs.

Dans ma conférence de presse du 7 septembre dernier, j'ai cité l'exemple des principes actifs servant aux antibiotiques : nous exportons un tonnage important, plus élevé que celui que nous importons. Mais nous exportons des produits bon marché alors que nous importons des produits sophistiqués et chers, si bien que la valeur de nos exportations ne représente que la moitié de celle de nos importations.

C'est le résultat d'un effort technologique insuffisant, qui doit nous préoccuper parce que cette situation n'est pas normale.

De même n'est-il pas normal que, sur le marché français des stimulateurs cardiaques, qui, avec un chiffre d'affaires annuel de 300 millions de francs, est le troisième du monde, la part des deux producteurs français se limite à 15 p. 100.

Je voudrais à ce propos vous faire part de deux observations qui m'intriguent.

Premièrement, il ne semble pas que l'on puisse valablement incriminer une sous-compétitivité des entreprises françaises dans ce secteur puisqu'elles exportent deux fois plus de stimulateurs cardiaques qu'elles n'en écoulent sur le marché national. Nous sommes donc dans une situation, quelque peu paradoxale, où nous importons massivement des matériels que nous savons produire puisque nos entreprises ont des parts de marché significatives à l'étranger.

Ma seconde observation porte sur la stratégie de différenciation de prix que semble avoir adoptée notre principal fournisseur, le groupe américain Medtronic, qui vend beaucoup moins cher chez nous qu'aux Etats-Unis, alors qu'il fabrique ses produits outre-Atlantique.

Si je ne suis pas de ceux qui considèrent qu'un groupe américain est nécessairement et par essence machiavélique, je n'imagine pas non plus qu'un industriel qui vend chez nous beaucoup moins cher que chez lui le fasse par simple philanthropie ou par amour pour la France.

Il y a là une volonté d'accaparer la totalité de notre marché. Cela m'incite à rechercher des solutions pour accroître la production des fabricants français de stimulateurs cardiaques et pour leur permettre de résister à ces pratiques.

Car la qualité technique et le niveau de compétitivité ne sont pas toujours les seuls facteurs des échanges internationaux.

Dans un document, qui ne m'était pas destiné, mais que le hasard — certains diront la chance ou la malchance — a mis sous mes yeux ce matin, une très grande firme américaine, General Electric, donne à ses responsables pour la France des consignes, ô combien précises ! pour organiser méthodiquement la conquête de notre marché d'imagerie médicale, le troisième du monde. Quel enjeu !

Pour qui est habitué aux séminaires de marketing des grands groupes privés, il n'y a là que le pain quotidien d'une stratégie commerciale.

Mais parce que nous continuons parfois d'aborder le problème de la reconquête du marché intérieur avec quelque candeur, je voudrais indiquer comment la General Electric envisage de conduire la manœuvre.

Dans un premier temps, il convient de miner les positions détenues par le principal concurrent : la Compagnie générale de radiologie. C'est le résultat attendu d'une campagne psychologique de démoréalisation, qui passe par la recherche systématique d'alliances avec des médecins, des radiologues et des responsables « anti-C. G. R. ». Un dernier zeste de prudence a conduit les auteurs à ne pas détailler par le menu les moyens à employer pour s'assurer ces appuis.

Dans un second temps, il faut conquérir des avant-postes : c'est ce que la firme américaine appelle des « vitrines technologiques ». Je signale à quelques grands centres hospitaliers universitaires qu'ils avaient été élevés à la dignité de « vitrines technologiques », destinées à être équipées en priorité de matériels General Electric. Il s'agit notamment de Marseille, Lyon, Bordeaux et Besançon.

La General Electric se propose d'ajuster « les prix en fonction des budgets disponibles » et d'effectuer des remises selon l'intérêt stratégique ». C'est dit en termes choisis mais cela s'appelle du « dumping ».

Dans un troisième temps, on passe à l'attaque générale. Et là, il est clairement indiqué aux responsables commerciaux que les prix doivent être « élevés pour préserver l'image de marque ». Dans le domaine de l'imagerie médicale, c'est bien en effet le moins que l'on puisse faire. Le surcoût qui en résulterait serait évidemment, à grande échelle, à la charge de nos hôpitaux.

Maintenant que je vous ai fait part de ce document, la General Electric va sans doute être obligée de procéder à quelques ajustements de sa stratégie.

Mais peut-être pouvons-nous tirer la morale toute simple de cette histoire, qui serait banale et quotidienne si elle était racontée par le président de General Electric et non par le ministre français de la santé.

M. André Rossinot. Ou par le K. G. B. !

M. le ministre de la santé. Où vous croyez-vous, monsieur ? Un peu de courtoisie quand on parle de la France !

M. Jacques Blanc. Le K. G. B. est partout, même en France !

M. le ministre de la santé. Ce sur quoi misaient d'abord les responsables de la firme américaine, c'était le manque de conviction, trop largement répandu dans notre pays, que des solutions françaises peuvent être trouvées, que des défis technologiques peuvent être relevés par les entreprises françaises, y compris dans des secteurs de pointe.

La reconquête du marché intérieur n'est pas une attitude de repliement. C'est une riposte dynamique et offensive face aux stratégies de pénétration accrue de notre marché par des producteurs étrangers.

Face au risque de dépendance accentuée, nous incitons les hôpitaux et tous les professionnels de la santé à se tourner vers le potentiel productif national, à chercher les évolutions nécessaires pour amorcer le « cercle vertueux » croissance - qualité technique - prix compétitifs.

Pour cette reconquête du marché intérieur de la santé par les industries françaises, nous nous sommes donné des outils : un comité consultatif des équipements de santé ; un groupe sectoriel des technologies biomédicales, force de contrôle, de proposition et d'organisation dans le secteur biomédical ; un annuaire des fabricants français de matériel biomédical.

En effet, aussi curieux que cela puisse paraître, un tel annuaire n'existait pas. C'est le gouvernement du 10 mai qui l'a créé. Et, actuellement, je reçois des lettres de médecins et de sections syndicales d'hôpitaux qui me demandent de le leur envoyer. Et je souhaite à cet annuaire une diffusion de livre de poche, car c'est notre intérêt et celui de la santé ! (Applaudissements sur les bancs des communistes et des socialistes.)

Par ailleurs, une commission nationale d'homologation, garantissant la qualité et la fiabilité des matériels, va être mise en place.

Le renforcement des moyens en personnel et en fonctionnement du centre national de l'équipement hospitalier, qui fait l'objet d'une mesure nouvelle de 3 millions de francs, soit une augmentation de 30 p. 100 des crédits, permettra de développer cette homologation. Et, dans les hôpitaux, 50 emplois d'ingénieur biomédical vont être créés en 1983.

Afin d'asseoir solidement notre politique dans le domaine biomédical sur la réalité des entreprises françaises, nous entretenons un dialogue permanent avec les industriels et les acheteurs hospitaliers, grâce à la collaboration du centre national de l'équipement hospitalier et de l'union de groupement des achats publics. On a parlé tout à l'heure d'illusions perdues. Vous le voyez, tout le monde n'est pas Balzac...

Mesdames, messieurs les députés, la politique que je viens de brosser à grands traits forme un tout cohérent, articulé autour de l'homme et de son épanouissement physique et mental.

Il faut prévenir la maladie : c'est le sens de notre effort de promotion décentralisée de la santé.

Il faut améliorer encore la qualité des soins : c'est le sens de notre effort d'équipement, de formation, de recherche d'une nouvelle figure de l'hôpital, d'un développement équilibré de toutes les formes d'exercice médical.

Il faut intégrer à cette démarche la dimension économique et sociale ; c'est le sens de notre effort pour une nouvelle gestion et pour la reconquête du marché intérieur.

Nous répondons ainsi aux aspirations des Françaises et des Français, dont un sondage récent montre qu'ils classent les problèmes économiques et ceux de la santé en tête de leurs préoccupations actuelles.

Nous traduisons ainsi dans les faits les orientations de la charte de la santé, que j'ai proposée au Gouvernement et qui a été adoptée le 12 mai : promouvoir la santé et mieux soigner ; reconnaître les enjeux d'humanisation et de démocratie en même temps que les enjeux économiques et industriels ; assurer le renouvellement de l'institution hospitalière en même temps que l'indépendance et le pluralisme des pratiques médicales.

Par sa démarche, cette charte traduit une approche nouvelle des rapports entre soignés et soignants, entre professions de santé et population, mais aussi entre l'individu et la société tout entière. L'effort de la nation pour la santé ne peut, en effet, reposer sur le seul système de santé ; il concerne les différents aspects du fonctionnement de notre société, aujourd'hui encore trop peu économe dans le travail, la vie domestique, les habitudes de consommation, de la peine des hommes.

Cette charte dessine une nouvelle éthique de santé et propose à chaque Française et à chaque Français de participer à une grande tâche nationale, enjeu et atout de leur avenir. (Applaudissements sur les bancs des communistes et des socialistes.)

M. Jacques Blanc. Monsieur le ministre, vous n'avez pas répondu à nos questions !

M. le président. Messieurs Blanc, vous n'avez pas la parole.

M. le ministre de la santé. Je veux vous tranquilliser, monsieur Blanc. J'ai cru comprendre tout à l'heure que vous m'aviez interrogé sur mon état de santé le jour où je n'étais pas à l'Assemblée. Je suis là aujourd'hui. J'étais et je suis en bonne santé !

M. Jacques Blanc. Je demande la parole, monsieur le président. (Protestations sur les bancs des socialistes et des communistes.)

M. le président. Je vous répète que je ne vous la donne pas.

M. Georges Hage. Soyez beau joueur, monsieur Blanc, vous êtes capot !

M. Jacques Blanc. Monsieur le ministre, je ne vous interrogeais pas...

M. le président. Monsieur Blanc, vos paroles ne figureront pas au procès-verbal.

Nous en arrivons maintenant aux questions.

Les groupes interviendront à tour de rôle dans l'ordre suivant : groupe du rassemblement pour la République, groupe socialiste.

Je rappelle que l'auteur de la question dispose de deux minutes.

Dans l'intérêt du débat, je demande instamment aux intervenants de respecter ce temps de parole et au ministre de répondre avec la plus grande concision.

Pour le groupe du rassemblement pour la République, la parole est à M. Frédéric-Dupont.

M. Edouard Frédéric-Dupont. La création d'un centre d'interruption volontaire de grossesse serait, paraît-il, en projet à l'hôpital Laennec.

Je vous signale, monsieur le ministre, que le comité médical du groupe hospitalier Necker - Enfants malades - Laennec a donné à l'unanimité un avis défavorable à ce projet pour trois raisons. D'abord, il n'existe aucun service de gynécologie à Laennec. Ensuite, dans le cadre de l'humanisation et de la modernisation, l'effectif des lits va passer à Laennec de 600 à 360. Enfin, la création de ce centre d'interruption volontaire de grossesse compromettrait le développement des services de cancérologie de l'hôpital Laennec, dont les structures sont déjà très insuffisantes. J'ajoute qu'il y a déjà à Paris nombre d'hôpitaux où fonctionnent des centres d'interruption volontaire de grossesse.

Passerez-vous outre à l'avis unanime du comité médical du groupe hospitalier Necker - Enfants malades - Laennec, monsieur le ministre, et maintiendrez-vous votre projet au détriment des services de cancérologie et des malades qui y sont actuellement soignés ?

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

M. le ministre de la santé. Si les renseignements qui m'ont été fournis sont exacts — et je n'ai pas lieu d'en douter — le problème de l'hôpital Laennec est surtout celui de son unité d'I. V. G.

Cet hôpital est actuellement en travaux, pour seize mois.

De ce fait, le service de pneumologie de M. Even est partiellement fermé. Il est possible de le reloger provisoirement dans d'autres locaux, mais ceux-ci étaient initialement prévus pour accueillir l'unité d'I. V. G.

La solution de cette question relève non du ministère, mais de la direction de l'hôpital, de sa commission de surveillance, de sa commission consultative médicale et de la direction générale de l'assistance publique.

Laennec n'est pas un très gros établissement et est pauvre en locaux. Il semble donc souhaitable de régler dans un premier temps la question du service de pneumologie et, dans un second temps, celle de l'unité d'I. V. G.

M. le président. Nous en venons aux questions du groupe socialiste.

La parole est à M. Bourget.

M. René Bourget. Monsieur le ministre, votre programme en faveur de la santé repose largement sur la prévention — je conserve le mot même si vous préférez celui de « promotion ».

Cette prévention n'est pas toujours facile à mettre sur pied et elle nécessite une éducation et une information de longue haleine. Mais il est un fléau auquel bien peu d'entre nous échappent, je veux parler de la carie dentaire.

Quelques efforts ont été réalisés, mais ils ne sont pas assez suivis. Il faut à tout prix organiser le dépistage dès le plus jeune âge. Nous savons combien les visites scolaires — quand elles ont lieu — sont succinctes sur le plan dentaire.

La profession est prête à participer à ce dépistage, à motiver les enfants pour l'hygiène bucco-dentaire et à convaincre les parents de la nécessité de soins précoces.

Eviter des édentations prématurées, éviter que ne surviennent des complications infectieuses sont autant d'impératifs pour la santé et leur réalisation est la certitude de réaliser des économies.

Quelques moyens supplémentaires sont nécessaires. Ils sont rentables à terme dans le cadre de conventions passées avec la D. D. A. S. S.

Par ailleurs, cette situation de vide conventionnel quasi permanent entre les caisses de sécurité sociale et les chirurgiens dentistes est également préjudiciable à la santé. La revalorisation de la nomenclature, en particulier pour l'orthopédie dentofaciale et la prothèse, est une urgence.

Pour le moment, les malades sont remboursés au tarif d'auto-rité et supportent les dépassements d'honoraires ou diffèrent tout simplement leur traitement.

Même si ce point concerne davantage votre collègue, le ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale, je me permets d'insister auprès de vous, monsieur le ministre de la santé, pour que le vide dont je parle soit comblé rapidement.

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

M. le ministre de la santé. Monsieur Bourget, votre question comprend en effet deux parties : l'une me concerne directement et l'autre est de la compétence de mon collègue M. Pierre Béréngovoy.

S'agissant de la partie qui me concerne directement, je vous dirai que j'ai pu me rendre compte, à l'occasion du tour de France que j'ai effectué, comme lors de toutes les visites que j'ai pu faire dans la région parisienne ou dans d'autres régions, que le problème de la carie dentaire était un problème très grave, notamment dans les milieux populaires. Les instituteurs et les institutrices le dénoncent d'ailleurs abondamment.

Le renforcement du système de santé scolaire — à ce sujet les chiffres pour l'année qui se termine et ceux pour l'année qui vient ont été évoqués — prévu dans les textes que nous avons préparés avec M. le ministre de l'éducation nationale, témoigne d'une préoccupation marquée pour le dépistage des caries. Ce renforcement va dans le sens que vous souhaitez.

Nous avons pu acheter, grâce aux crédits régionalisés, plusieurs unités mobiles de dépistage qui sont d'ores et déjà en activité.

Nous pouvons intervenir également en favorisant l'utilisation du fluor. Nous venons de signer avec le département de la Seine-Saint-Denis un plan santé petite et moyenne enfance — je ne sais d'ailleurs pas très bien les âges que recouvre la moyenne enfance, disons jusqu'à ceux des élèves du cours moyen deuxième année — prévoyant la généralisation de cette utilisation. Mais la Seine-Saint-Denis n'est pas « bétonnée », si je puis dire : l'expérience qui y est réalisée peut faire tache d'huile !

Nous avons enfin créé une commission destinée à permettre une collaboration entre les organisations de dépistage de caractère public et les chirurgiens-dentistes.

J'en viens maintenant à la seconde partie de votre question.

Effectivement, la première convention nationale conclue en 1978 a été annulée, le 19 décembre 1980, par un arrêté. Depuis cette date, il n'y a plus d'indice conventionnel pour les chirurgiens dentistes.

Les négociations engagées au cours du deuxième trimestre 1982 entre les caisses de sécurité sociale et la profession n'ont pas abouti. Les principaux points de divergence portent sur le droit permanent à dépaysement, en ce qui concerne l'odontologie et la prothèse. Les deux problèmes sont d'ailleurs très liés. De nouvelles négociations doivent s'engager. Elles devraient permettre de trouver une solution au problème posé par la dissociation de la prothèse et des soins. Le projet de réforme de la nomenclature prévu en 1974 pourrait servir de base de discussion, et il pourrait, dans le même temps, être tenu compte des évolutions techniques intervenues depuis cette date.

Quoi qu'il en soit, un accord est nécessaire, d'abord pour les assurés sociaux mais également pour la profession. C'est d'un tel accord que dépend l'aboutissement du dossier conventionnel, et notamment la revalorisation du prix des actes dentaires, lequel n'a pas été modifié depuis le mois de juillet 1981.

M. le président. La parole est à Mme Sicard.

Mme Odile Sicard. Monsieur le ministre, bien que vous nous ayez, une nouvelle fois, il y a quelques instants, assurés de votre intérêt pour le thermalisme, je vous poserai une question qui concerne cette activité.

Alors qu'au gré de découvertes pharmaceutiques et médicales le thermalisme a connu des fortunes diverses, une évolution nette semble se dessiner en sa faveur à l'heure actuelle. Il correspond, en effet, à une nouvelle conception de la médecine et de la santé et constitue une thérapeutique globale qui, en plus de soins spécifiques, s'adresse à l'équilibre général du patient.

De nouvelles indications apparaissent du fait qu'aux affections aiguës de mieux en mieux cernées par la médecine succèdent de plus en plus, à notre époque, des affections chroniques à causes multiples. On redécouvre ainsi l'intérêt d'une thérapie à la fois curative et préventive — ces deux aspects étant d'ailleurs difficiles à séparer l'un de l'autre, notamment chez les enfants, dans certaines catégories de population à hauts risques et dans le domaine de la rééducation fonctionnelle.

En dépit de tous ces aspects reconnus comme positifs, on continue d'entendre affirmer que le thermalisme coûte cher

et déplorer l'augmentation des dépenses de sécurité sociale qui y sont consacrées. Or on oublie que celles-ci ne représentent en fait que 0,53 p. 100 des dépenses — tel était du moins le cas en 1981.

Le thermalisme se révèle donc souvent être la thérapie la moins onéreuse. Dans le même temps, la disponibilité du curiste permet d'obtenir des résultats très appréciables d'éducation sanitaire quant à certaines causes de ses troubles, en particulier par le biais du traitement en groupe du tabagisme et de l'alcoolisme.

Les conditions de la cure étant propices à l'établissement d'un bilan de santé, notamment pour des classes sociales qui n'en font pas couramment pratiquer, je voudrais vous demander, monsieur le ministre, d'une part si la politique de santé que votre budget vous permettra de mener prévoit les équipements nécessaires dans les laboratoires d'analyse et les services de radiologie des stations thermales ainsi que la possibilité pour les médecins thermaux de pratiquer ces examens sur place, sous le contrôle de médecins de la sécurité sociale. Je voudrais savoir si, d'autre part, votre budget permettra une nouvelle formation des étudiants en médecine par l'insertion d'un enseignement d'hydrologie dans leurs programmes.

M. le président. Je vous prie de conclure, madame Sicard.

Mme Odile Sicard. Enfin, monsieur le ministre, votre politique encouragera-t-elle financièrement la reconnaissance et le développement des actions d'éducation sanitaire entreprises dans de nombreuses stations thermales, aussi bien pour les curistes que pour ceux qui les accompagnent ?

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

M. le ministre de la santé. Madame le député, j'ai déjà, en exposant les trois dominantes de la politique de santé du Gouvernement et en répondant à certains de vos collègues, évoqué le thermalisme.

Je puis aller cependant plus avant dans mes explications. Le thermalisme constitue en effet un patrimoine national, tant par le nombre des établissements thermaux que par la variété des indications thérapeutiques spécifiques des 96 stations agréées.

L'année dernière, je me suis rendu à Luchon et à Balaruc pour m'entretenir de ce sujet avec les intéressés, c'est-à-dire ceux qui s'y soignent, ceux qui soignent et les représentants des collectivités locales concernées.

Les services de la sécurité sociale considèrent avec l'attention qu'il mérite le mode de traitement qu'offre la crénothérapie. De fait, ils prennent en charge la majeure partie des cures effectuées dans les stations thermales françaises, assurent le remboursement des frais de surveillance médicale et de traitement et apportent une aide financière en compensation des autres frais entraînés par la cure. Des revalorisations importantes sont intervenues depuis le 10 mai 1981 pour les honoraires de surveillance médicale — 26 p. 100 en 1981, 12 p. 100 en 1982 —, du forfait d'hébergement — 13 p. 100 en 1982 —, du plafond de ressources pour les indemnités journalières — 15 p. 100 en 1982 —, pour celui de la prise en charge des frais d'hébergement et de transport — 15 p. 100 en 1982.

Notre principal souci est d'éviter que l'argent ne soit un frein.

Dans l'état actuel des choses et compte tenu de l'environnement socio-économique, la sécurité sociale a opéré une avancée significative qui fait qu'aucune personne confrontée à des difficultés d'ordre économique, n'est empêchée d'aller se faire soigner dans une ville thermale.

Sous l'angle de l'aménagement du territoire, le thermalisme est considéré comme un facteur de maintien de l'emploi et d'animation des petites villes, dont la richesse thermale est souvent la contrepartie d'une implantation géographique isolée et, partant, économiquement défavorisée. C'est pourquoi une politique de contrats thermaux a été poursuivie dans le Massif central et engagée par une quinzaine de petites stations dans les régions du Sud-Ouest.

Je tiens, en concertation avec les autres départements ministériels concernés, à affirmer la responsabilité nationale publique dans ce domaine, non pas en fonction des vertus du passé, mais par une politique susceptible de créer les conditions nouvelles de son développement.

Tout d'abord, l'efficacité thérapeutique du thermalisme constitue une condition nécessaire pour asseoir la crédibilité de celui-ci. Je me propose d'évaluer, aussi bien sur le plan clinique que sur le plan économique, les bénéfices que peuvent en tirer tous les patients et la collectivité. Les études à ce sujet doivent faire l'objet d'un contrôle scientifique rigoureux

et elles seront proposées en liaison avec le Haut Comité du thermalisme et du climatisme, qui, comme je l'ai indiqué tout à l'heure, se réunira pour la première fois au mois de décembre prochain.

En complément des indications thérapeutiques, une attention toute particulière sera portée, en milieu thermal, sur la prévention, notamment dans les petites stations où peuvent cohabiter médecine thermique, éducation sanitaire, médecine du sport, diététique, entre autres.

La prévention constitue l'aspect nouveau de notre approche du problème, le seul aspect curatif ne le permettant pas, les stations ayant fait le « plein » si vous ne permettez cette expression.

Toutes ces actions susceptibles de donner un nouvel essor au thermalisme supposent, non pas une concentration des structures et des hommes, mais une meilleure utilisation des unes et des autres. Dans le respect de leur vocation thérapeutique, les stations thermales doivent se développer dans un ensemble intégrant le tourisme, l'hôtellerie, l'activité industrielle, agricole, artisanale et culturelle. La prise en compte de ces éléments doit permettre de favoriser l'essor durable des stations comme l'accroissement de leur notoriété et de leur fréquentation.

Ce développement peut être conçu de manière cohérente en fonction des caractères propres des stations et de son incidence sur le site et la vie des communes. Pour atteindre de tels objectifs, les moyens d'action seront renforcés dans le domaine structurel, dans celui de la recherche et de l'équipement des stations comme dans celui de la formation pédagogique et scientifique du corps médical.

Une exigence rigoureuse permettra d'obtenir une grande transparence au niveau de la qualité du produit thermal, notamment en renforçant le contrôle de la qualité des eaux et en prenant les mesures nécessaires pour que ce produit conserve une haute qualité au service de la vie individuelle et collective. (Applaudissements sur les bancs des communistes et des socialistes.)

M. le président. La parole est à Mme Eliane Provost.

Mme Eliane Provost. M. Castor m'a demandé de vous poser une question sur le service de santé scolaire. Ce service, rattaché au ministère de la santé, va se trouver sous la tutelle des D. D. A. S. S. du fait de la décentralisation.

Or il présente des caractères spécifiques liés à son milieu de travail.

Il connaît de grandes difficultés de fonctionnement dans certains endroits par manque d'effectifs en médecins et infirmiers.

La médecine scolaire est institutionnelle : elle s'exerce à l'intérieur d'un bâtiment scolaire où le contact est possible avec la famille et le personnel enseignant.

Les médecins scolaires sont insuffisamment rémunérés.

Monsieur le ministre, quelles mesures comptez-vous prendre pour pallier le déficit en nombre des médecins scolaires ? Garderont-ils leur spécificité ? Leur rémunération sera-t-elle améliorée ?

Enfin, comment envisagez-vous éventuellement la possibilité de vacations de spécialistes, en particulier ophtalmologistes et dentistes, dans les établissements scolaires ?

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

M. le ministre de la santé. La première question, importante, que vous posez concerne le déficit des médecins scolaires.

Les chiffres que j'ai cités dans ma première intervention témoignent de la situation, et je vous invite à vous y reporter.

J'ai rappelé que 247 emplois de médecin scolaire avaient été créés. Nous allons, en 1983, créer 100 postes, dont, pour partie, des postes de médecin que nous répartirons en fonction de critères inégalitaires dans le but de corriger les inégalités. Ainsi, nous avons tenu compte du nombre des chômeurs, du taux de mortalité infantile et du nombre d'élèves fréquentant les structures scolaires dites d'enfants difficiles — et je pense, d'une certaine manière, aux élèves des lycées d'enseignement professionnel. Nous avons également tenu compte des départements où il n'y avait qu'un médecin pour plus de 10 000 enfants scolarisés. Actuellement, il n'existe plus de cas semblables et, à la fin de l'année 1982, la moyenne sera d'un médecin pour 6 800 enfants scolarisés environ.

C'est dire qu'en une seule année, nous atteindrons l'objectif que s'était fixé le ministre de la santé en 1969. Nous progressons donc à bon train !

Les médecins scolaires garderont-ils leur spécificité ? Absolument !

Vous craignez que la décentralisation du service de santé scolaire ne porte atteinte à leur statut. Le processus de décentralisation voulu par le Gouvernement fait encore l'objet d'une discussion au plan interministériel qui n'a pas encore abouti. En tout état de cause, même si ce service est décentralisé — et cela se peut — aucune atteinte ne sera portée à la spécificité du statut de ces personnels.

Leur rémunération sera-t-elle améliorée ? Elle suivra la même progression que celle des fonctionnaires. Mais, comme le taux de rémunération de certains de ces médecins est très faible, le principe que je place toujours en avant, suivant lequel des mesures inégalitaires doivent être prises pour corriger les inégalités, devrait être appliqué. En tout cas, cela doit faire l'objet d'une négociation interministérielle, mais je fais confiance à mes collègues M. Le Pors et M. Savary pour appréhender ces problèmes avec moi d'une bonne manière.

J'ajoute que des crédits de vacations dans les établissements scolaires sont prévus pour les spécialistes. Pourquoi donc ne pas les utiliser ? D'ailleurs, dès l'année dernière, j'avais évoqué la possibilité que les médecins s'installent à la campagne disposant d'un « temps de prévention » pour ce type d'activité.

Il est vrai que, même si l'on a créé beaucoup, l'on n'a pas créé tout ce qu'il faudrait pour satisfaire les besoins. Toutefois, on peut dès maintenant répondre aux besoins des enfants par le truchement d'un contrat passé entre l'administration de la santé publique et de jeunes médecins, libéraux, exerçant notamment en milieu rural. En ce domaine, nous sommes donc bien partis.

Votre question, madame le député, me permet de souligner que, quel que soit l'effort que nous entreprenons dans ce secteur, c'est sans doute celui où il y a le plus à faire, tant il est habité par une sorte de désespérance dont la cause est évidente : pendant dix ans, jamais un ministre de la santé n'a proposé dans ses projets de budget un poste pour la santé scolaire. Mais nous remontons la pente !

Sur le plan mental, des « encoches » se sont produites. Il faut les corriger avec le concours des intéressés eux-mêmes, ce à quoi nous nous emploierons. Mais ceux-ci ont mal et il faut le comprendre !

M. le président. La parole est à Mme Eliane Provost.

Mme Eliane Provost. Monsieur le ministre, les actions déterminées du Gouvernement seront intensifiées en 1983 dans le domaine de la protection de la mère et de l'enfant. L'ensemble des dotations prévues dans votre projet de budget doit assurer la continuité des efforts entrepris dès cette année.

Les services de protection maternelle et infantile créés en 1945 ont toujours été reconnus comme ayant des résultats spectaculaires. Mais des besoins nouveaux sont apparus qui nécessitent une réorientation de ces services et des moyens nouveaux : amélioration de la surveillance de la grossesse et de l'accouchement, information sur la contraception et l'interruption volontaire de grossesse. Tous les personnels, médecins, sages-femmes, assistantes sociales de la protection maternelle et infantile travaillent dans des locaux exigus et avec des conditions de rémunération peu alléchantes, voire dissuasives.

Pouvez-vous nous préciser vos intentions en ce domaine ?

M. le président. La parole est à M. le ministre de la santé, que je prie d'être le plus bref possible.

Le Gouvernement a en effet doublé son temps de parole alors qu'il devrait respecter les règles qu'il s'est lui-même fixées.

M. le ministre de la santé. Madame le député, s'agissant de la protection maternelle et infantile, nous avons exactement le même point de vue.

Lors des vingt-deux réunions régionales que nous avons tenues avec les fonctionnaires des D. R. A. S. S. et auxquelles nous avons tenu à ce que soient associés les responsables syndicaux, cette question a été évoquée, à partir de la situation objective des services concernés mais aussi — du moins l'ai-je ainsi ressenti — à partir de leur situation morale.

En effet, ces services ont toujours comme tuteurs le ministre de la santé, mais également, au titre de la petite enfance, ma collègue Mme Dufoux et, au titre de l'I. V. G. et de la contraception, Mme Roudy. Leurs services donnent l'impression d'être éclatés. Les intéressés souhaitent donc que nous revoyions ensemble les choses.

Ces fonctionnaires, contrairement à ceux de la santé scolaire, n'ont pas été, du tout mis mal en point. Leurs services ont continué à se développer emportant très sympathiquement l'intérêt des familles. Ainsi que je leur ai annoncé, une circulaire établira avant le mois de décembre, comme on l'a fait pour la médecine scolaire, l'organisation nouvelle de leur travail, et

assumant l'héritage mais en allant plus loin et en précisant les moyens. Je la présenterai en Côte-d'Or avec Mme Dufoix avant les congés de Noël.

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

M. Jean-Pierre Sueur. Monsieur le ministre, je souhaite appeler votre attention sur le secteur biomédical, dont vous nous avez déjà parlé tout à l'heure.

Il s'agit en effet, d'un secteur qui recouvre un champ industriel et technologique extrêmement vaste, incluant à la fois le matériel médico-chirurgical, la production des « consommables », des réactifs, l'électronique médicale, l'instrumentation, la mise en œuvre de grands équipements comme les cyclotrons. Le marché intérieur correspondant est d'environ 7 milliards de francs, mais la pénétration étrangère est forte, non seulement pour certaines parties du secteur des « consommables » et des réactifs, mais aussi pour l'électronique médicale avancée.

Au sein de votre ministère a été créé un secteur des technologies biomédicales, appuyé sur un comité consultatif et des commissions spécialisées. Une structure de coordination interministérielle et une commission biomédicale des marchés ont été également mises en place en 1981. Un arrêté définissant les nouvelles procédures d'homologation est en cours d'élaboration au sein de votre ministère.

Ainsi que vous le savez, monsieur le ministre, ce secteur industriel comprend plus de 500 entreprises, souvent de petite dimension, employant 40 000 salariés.

M. le président. Monsieur Sueur, il vous faut conclure.

M. Jean-Pierre Sueur. Je vais conclure, monsieur le président.

Ma collègue Mme Provost ayant été très concise, le groupe socialiste pourrait sans doute bénéficier d'un certain « crédit » de temps ?

M. le président. Les temps de parole ne sont pas reportables et les deux minutes dont vous disposiez sont écoulées. Je vous prie de poser votre question.

M. Jean-Pierre Sueur. Je conclurai donc en la posant.

Monsieur le ministre, les difficultés du secteur biomédical sont dues à plusieurs causes.

En premier lieu, l'importance de la dette des clients en raison de la longueur des délais de paiement par les établissements hospitaliers. Que comptez-vous faire pour réduire les délais avec lesquels les hôpitaux règlent leurs dettes ?

En deuxième lieu, ce secteur ne pourra se relever que par des mesures d'urgence, par la restructuration de certaines entreprises, et par la définition d'orientations très précises, plus précises que ce n'est le cas, à la fois pour la recherche, l'innovation et la production. Que compte faire votre ministère avec les moyens qui sont les siens ?

Enfin, ...

M. le président. Monsieur Sueur, ce n'est pas sérieux !

M. Jean-Pierre Sueur. ... je souhaite appeler, monsieur le ministre, votre attention sur le fait que la procédure d'homologation risque d'avoir des répercussions négatives sur certaines petites et moyennes entreprises qui ne seraient pas en mesure de respecter les contraintes financières et les délais exigés par cette procédure.

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

M. le ministre de la santé. Monsieur le député, vous ne m'en voudrez pas de ne vous répondre que brièvement, mais je me suis étendu très longuement sur ce problème dans la troisième partie de mon intervention. Nous attachons une grande importance au secteur biomédical.

Vous avez raison d'être soucieux, car c'est une très grande question, une question cardinale !

Quand un hospitalier s'occupe de la reconquête du marché intérieur, il crée les conditions externes du développement de son hôpital. Je vais dans le sens de vos préoccupations, vous le constatez.

Mais je n'ai pas pu évoquer tout à l'heure la question des délais de paiement. Il est vrai que la situation n'est pas toujours facile actuellement. Les délais gênent les entreprises. Nous suivons attentivement l'évolution avec la direction des hôpitaux. Le « budget global », qui sera mis en œuvre en 1984, constituera, semble-t-il, un bon moyen de régler ces difficultés, qui tiennent d'ailleurs le plus souvent à ce que l'on appelle communément

« la bureaucratie », à la masse de papier. Eh oui, ça existe la bureaucratie ! De ce point de vue, le budget global sera source d'assouplissements.

Votre deuxième souci concerne les petites et moyennes entreprises. Demain, je me rendrai dans une P.M.I. précisément, pour montrer que ces entreprises sont un élément tout à fait essentiel du tissu industriel français. Les P.M.I. prouvent quotidiennement qu'elles sont tout à fait « performantes ». C'est vrai pour le secteur du médicament comme pour le secteur biomédical. Cela étant, il peut y avoir des cas difficiles. Nous pouvons intervenir financièrement le cas échéant.

M. le président. Nous en avons terminé avec les questions. Les crédits concernant le ministère de la santé sont réservés jusqu'à l'examen des crédits de la solidarité nationale.

Nous avons terminé l'examen des crédits du ministère de la santé.

Rappel au règlement.

M. le président. La parole est à M. Jacques Blanc, pour un rappel au règlement.

M. Jacques Blanc. Disons pour un fait personnel, monsieur le président, car M. le ministre de la santé va nous quitter.

M. le président. Non, mon cher collègue, pour un fait personnel je ne puis vous accorder la parole qu'à la fin de la séance, à dix-neuf heures trente.

Je me suis montré tout à fait libéral à votre égard en vous donnant la parole pour un rappel au règlement !

M. Jacques Blanc. Je vous en remercie, monsieur le président.

Je veux faire une mise au point. Je ne peux pas laisser le ministre de la santé me prêter les propos qu'il a rapportés. J'aurais prétendu qu'il n'avait pas assisté au débat sur la sécurité sociale auprès de M. Bérégovoy pour des raisons de santé ? Mais je n'ai jamais dit cela ! Jamais je n'ai prononcé ces paroles ! Je tenais à rectifier publiquement les propos qui m'ont été prêtés par le ministre de la santé. Mais c'était sans doute une astuce pour ne pas s'engager.

Car je constate, en revanche, que le ministre de la santé s'est une nouvelle fois dérobé (*exclamation sur les bancs des socialistes et des communistes*) en ce qui concerne les réponses sur le ticket hospitalier et sur le remboursement des médicaments.

Suspension et reprise de la séance.

M. le président. La séance est suspendue. (*La séance, suspendue à dix-huit heures quarante-cinq, est reprise à dix-huit heures cinquante-cinq.*)

M. le président. La séance est reprise.

ENVIRONNEMENT

M. le président. Nous abordons l'examen des crédits du ministère de l'environnement.

Les temps de parole prévus pour cette discussion sont de trente minutes pour les commissions, une heure vingt pour les groupes et trente minutes pour le Gouvernement, interventions principales et phase des questions comprises.

Comme il en a été convenu avec l'accord du Gouvernement, M. le ministre de l'environnement n'interviendra qu'après les orateurs inscrits.

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

M. René Rieubon, rapporteur spécial. Monsieur le président, monsieur le ministre de l'environnement, mes chers collègues, l'amélioration de la qualité de la vie des populations, la conservation de notre environnement naturel, l'élimination des déchets de toute sorte qui hypothèquent notre économie, voilà des problèmes qui devraient faire l'objet de nos préoccupations constantes. Or dans notre pays, à notre avis, ils ne sont pas pris en considération comme ils le méritent.

Pourtant, monsieur le ministre de l'environnement, dans ce domaine, vous avez pris de multiples initiatives et de nombreuses dispositions. Il convient de vous en féliciter. Malgré tout, elles ne se situent pas encore au niveau souhaitable : il n'y a pas encore d'action globale permettant d'affirmer que notre

pays soit en train de se doter de l'outil nécessaire pour appliquer la grande politique de l'environnement que nous souhaitons.

Je sais que vous le regrettez comme nous. Comme nous, vous déplorez que votre projet de budget, cette année encore, ne manifeste pas votre volonté et la nôtre dans les faits.

Les crédits du ministère de l'environnement s'élèvent à 751 millions de francs en crédits de paiement — ceux-ci diminuent donc de 5,66 p. 100 — et à près de 562 millions de francs pour les autorisations de programmes, qui augmentent par conséquent de 25 p. 100 : mais cela ne saurait suffire pour masquer la faiblesse de ce projet de budget.

Les dépenses ordinaires connaissent, avec 318 millions 200 000 francs, une progression de 13,2 p. 100 et, pendant que les dépenses en capital régressent de 16 p. 100 environ avec 432 millions 800 000 francs.

L'intégration dans le budget de l'environnement des crédits du conservatoire de l'espace littoral et des rivages lacustres est responsable en grande partie de cette évolution défavorable. Les dépenses pour cet organisme sont en effet réduites de moitié par rapport à 1982, tombant de 149 millions de francs à seulement 75 millions de francs en 1983.

Les autorisations de programme correspondant aux investissements directement exécutés par l'Etat subissent elles aussi une sérieuse diminution avec 74 millions 900 000 francs seulement — elles sont donc amputées de 22,9 p. 100 par rapport à 1982.

Les subventions d'investissement peuvent apparaître favorisées avec une progression de 38,5 p. 100, mais ce n'est vrai qu'en partie, en raison de la budgétisation des crédits du conservatoire du littoral.

Pour la prévention des pollutions, nous trouvons 230 millions 262 000 francs en crédits de paiement, soit une diminution de 12,2 p. 100 par rapport à 1982, cependant que les autorisations de programme augmentent de 16,4 p. 100.

Je n'entrerai pas dans le détail de ces crédits, pas plus que je n'analyserai les crédits de la protection de la nature qui en crédits de paiement, avec 194 millions 277 000 francs, régressent de 28,2 p. 100 par rapport à 1982 — les autorisations de programme diminuent elles aussi de 4,67 p. 100. Vous trouverez ces informations aux pages 8 et 9 de mon rapport.

Les dotations en faveur de la qualité de la vie paraissent plus favorisées qu'en 1982 : en crédits de paiement avec 150 millions 400 000 francs, elles augmentent de 29 p. 100, et les autorisations de programme font un bond spectaculaire de 128,5 p. 100 de plus que l'année précédente, vous le lirez à la page 10 de mon rapport écrit.

Les crédits distribués à la recherche scientifique et technique connaissent une expansion soutenue surtout en crédits de paiement : 31 millions 200 000 francs, soit 63,6 p. 100 de plus qu'en 1982. Les autorisations de programme avec 43 millions de francs sont en accroissement de 13,1 p. 100, je vous invite à vous reporter à la page 11 du rapport.

Les dotations pour les études progressent fortement en autorisations de programme : 14 millions 200 000 francs, soit une progression de 40 p. 100. Mais les crédits de paiement, avec 11 millions 900 000 francs, diminuent de 6,7 p. 100.

Les dépenses pour l'environnement et la qualité de la vie sont l'un des domaines les plus vastes et les plus importants de l'action gouvernementale. Il ne saurait être question, dans le cadre de cette brève présentation, de développer dans tous ses détails un ensemble aussi complexe.

Je m'en tiendrai donc à quelques réflexions sur l'action à conduire dans quelques domaines : la lutte contre le bruit sur les lieux du travail, l'aménagement de certains fleuves, la pollution des plages, la lutte contre les incendies de forêts et la pollution atmosphérique.

En créant et en installant le conseil national du bruit, un peu avant l'été dernier, monsieur le ministre, vous avez pris une mesure qui devrait avoir une grande répercussion pour atténuer les conséquences d'un fléau que les Français placent au premier rang de leurs difficultés : les bruits de la rue, de la circulation, du voisinage ou de l'industrie, deviennent de plus en plus insupportables et causent des traumatismes extrêmement nuisibles à la santé des populations.

La meilleure protection consiste à éliminer le bruit à la source. Il faudra donc modifier profondément nos outils industriels, nos moyens de transport et, surtout, les habitations collectives : mal protégées, elles ne permettent ni l'isolement ni le repos nécessaire aux occupants.

Au mois de juin dernier, j'ai visité une imprimerie de presse. Je note dans le rapport les impressions que j'ai alors ressenties : à proprement parler, c'était insupportable et inhumain. De même, dans les deux aciéries du golfe de Fos, j'ai recueilli sur place les réactions du personnel. Il y a là fort à faire pour éliminer ce genre de nuisance. Une première mesure devrait être l'inlauration obligatoire d'une carte de bruit pour toutes les industries dans lesquelles ce dernier porte gravement atteinte à la santé des travailleurs.

Mon rapport retrace également les résultats d'une enquête qui a été conduite tout au long du cours de la Loire, les inquiétudes des populations qui ont subi, en Haute-Loire, les dramatiques inondations de septembre 1980, ainsi que les problèmes que rencontrent les riverains du plus long fleuve de France.

Le rapport souligne, par ailleurs, le retard qui a été accumulé pour l'installation de réseaux d'assainissement et, surtout, pour l'établissement de stations d'épuration, dont certaines grandes villes du littoral méditerranéen sont encore dépourvues. Il y faut des crédits que le seul budget du ministère de l'environnement et les budgets des collectivités locales intéressées ne sauraient suffire à fournir.

L'Etat, la région et les agences de bassin ont programmé sur dix ans un financement de deux milliards de francs. Du point de vue du rapporteur, la somme est insuffisante et les délais sont trop longs.

Pour combattre la pollution industrielle de l'eau, une expérience a été menée à bien à Fos et dans l'étang de Berre. En cinq ans, la quantité des polluants a été réduite de 90 p. 100. C'est là un exemple probant et qu'il convient de développer.

La politique qui a été engagée depuis le 10 mai 1981 devrait faire des entreprises nationalisées des entreprises pilotes dans la lutte contre toutes les pollutions et contre les gâchis. Il faut se saisir, par exemple, du problème que pose la nouvelle centrale thermique de Gardanne. Votre ministère a accordé sur ce point une première subvention de cinq millions de francs. Il appartient aux autres partenaires de suivre cette voie pour que la centrale puisse être équipée dès sa mise en route d'équipements antipolluants.

Que l'Etat subventionne des réseaux de surveillance de pollution atmosphérique est une excellente chose. Des résultats très positifs apparaissent dans la région de Fos et de l'étang de Berre ainsi qu'en région parisienne. Il faut poursuivre cet effort dans l'ensemble des régions industrielles. Il va en être ainsi à Nantes et à Toulouse, qui seront équipées à la fin de 1983.

Chaque année, des incendies ravagent des forêts, et particulièrement la forêt méditerranéenne. La première des préventions, c'est le débroussaillage. L'Etat, outre qu'il doit veiller au développement des unités de sapeurs forestiers, doit inciter, par des subventions, les collectivités locales et les particuliers à débroussailler et à entretenir les forêts.

La mise en place d'une « filière bois », outre l'intérêt économique qu'elle présente, aurait l'avantage de rentabiliser les forêts soit par l'utilisation directe des essences, soit par le traitement des sous-produits qui peuvent être aussi source d'énergie.

En résumé, de quelque pollution qu'il s'agisse, les nuisances ont des retombées importantes en coûts sociaux et en gâchis de matières premières.

En ce sens, et dans l'intérêt de la collectivité nationale, la mission du ministère de l'environnement devrait, comme je l'ai rappelé au début de mon intervention, être prioritaire.

C'est dans cet esprit que le rapporteur a formulé ses observations.

Depuis la création du ministère, les associations pour la défense de la nature et de l'environnement se sont multipliées. Dans l'ensemble, leurs activités vont dans le bon sens. La majorité d'entre elles pratiquent une action constructive qui doit contribuer à l'efficacité de votre politique. Il faut, à mon avis, développer au maximum la concertation avec elles. Il faut aussi les aider à accomplir leurs missions par un soutien matériel plus substantiel. Il y va de l'intérêt général.

Avant de terminer, je me dois de vous faire part de l'inquiétude qui s'est manifestée en commission des finances à propos de la suppression de la taxe parafiscale sur les lubrifiants, affectée notamment à la récupération et à la régénération des huiles usagées. Les conséquences économiques ne seront pas négligeables, du point de vue de la reconquête du marché intérieur. Elles ne le seront pas non plus pour les ramasseurs agréés et les industriels de la régénération. J'ajoute que le non-respect des interdictions de brûlages qui polluent l'atmosphère ou des interdictions de rejets de ces huiles usagées sont la négation même de la protection de la nature.

Avec M. le ministre chargé de l'énergie et M. le ministre chargé du budget, vous êtes directement concerné, monsieur le ministre. Quelles dispositions comptez-vous prendre de toute urgence pour faire appliquer la réglementation, et particulièrement l'article 23 de la loi du 15 juillet 1980 ?

En conclusion, je ne puis que regretter l'amputation, par un décret récent, de 15 p. 100 des crédits en autorisations de programme qui étaient inscrits dans votre budget de 1982.

Sous le bénéfice de l'ensemble de ces observations et au nom de la majorité de la commission, je vous demande, mes chers collègues, de bien vouloir adopter le projet de budget. (*Applaudissements sur les bancs des communistes et des socialistes.*)

M. le président. La parole est à M. Pinte, rapporteur pour avis de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales.

M. Etienne Pinte, rapporteur pour avis. Les crédits du budget du ministère de l'environnement pour 1983 seront en baisse de près de 8 p. 100 par rapport à ceux de cette année, alors que le budget de l'Etat augmentera, lui, de près de 13 p. 100, et ce n'est pas le rattachement à votre ministère des crédits du conservatoire de l'espace littoral et des rivages lacustres qui doit faire illusion, monsieur le ministre, ou vous inciter, pour cacher la grande misère de votre département ministériel, à présenter, comme vous l'avez fait en commission, votre projet de budget comme s'il était en augmentation !

Vous savez bien qu'il n'en est rien. Je le déplore ; vous aussi, je crois. Malheureusement, ce n'est pas tout puisque, quatre jours après la présentation de votre projet devant la commission, nous apprenions avec stupeur que le ministre chargé du budget annulait près de 20 p. 100 des autorisations de programme et près de 8 p. 100 des crédits de paiement de votre ministère au titre de l'année 1982.

Et si encore, monsieur le ministre, vous aviez participé équitablement au changement de la politique économique du Gouvernement ! Mais non ! Il a fallu que vous rendiez proportionnellement plus de crédits que les autres départements ministériels, alors que vous avez déjà l'un des plus petits budgets de l'Etat — 750 millions de francs, soit l'équivalent du budget d'un centre hospitalier d'une ville moyenne de France.

En effet, monsieur le ministre, vous avez été taxé de près de 20 p. 10 de vos autorisations de programme, je le répète, alors que les budgets des ministères ne l'ont été, en moyenne, que de quelque 9 p. 100.

L'environnement a donc été deux fois la victime de l'austérité de gauche, comme diraient nos collègues communistes. Une fois en 1982, avec les annulations de crédits, une seconde fois en 1983, avec la baisse des dotations budgétaires.

M. Francis Geng. M. Fabius y va fort !

M. Etienne Pinte, rapporteur pour avis. Sous une autre forme, notre collègue socialiste M. Giovannelli confirmait mon propos puisqu'en commission il nous disait que, pour lui, votre projet de budget n'était pas à la hauteur des espérances de 1981. J'ajoute que les espérances étaient peut-être très hautes en 1981, mais il faut constater, malheureusement, que les réalités sont plutôt très basses en 1982.

Quand vous nous dites, monsieur le ministre, que « pour l'environnement », ministère d'incitation, sa dotation financière ne soulève aucune inquiétude réelle, mais les crédits consacrés à l'assainissement par les autres ministères en posent une », je crois rêver.

Le ministre chargé du budget vous enlève d'abord des crédits que nous vous avions votés pour 1982. Non seulement vous ne dites rien, mais, en plus, vous ne manifestez aucune inquiétude. Ensuite, le ministre chargé du budget — encore lui — diminue vos crédits pour 1983. Non seulement vous ne dites rien, puisque je n'ai entendu parler d'aucun arbitrage du Premier ministre, mais vous semblez satisfait.

Comble d'ironie, vous allez regarder dans les budgets de vos voisins ministères pour constater que les crédits de l'environnement sont en diminution — mais, je me permets de vous le faire remarquer, monsieur le ministre, dans une moindre proportion que la vôtre — et là, vous vous offusquez.

Alors, je ne comprends pas. Non ! Soyons sérieux. Vous avez malheureusement — nous le regrettons tous — un mauvais budget. C'est d'abord un budget qui nous inquiète. C'est ensuite un budget qui ne me semble pas correspondre aux souhaits des Français, et je m'explique.

La faiblesse de votre budget nous inquiète car les tâches de l'environnement, vous le savez, sont immenses. Ayez constamment à l'esprit ces trois chiffres révélateurs de l'ampleur des

problèmes que pose la lutte contre les pollutions : elles coûtent chaque année à notre pays 120 milliards de francs ; leur élimination exigerait 40 milliards de francs d'investissement et votre budget sera l'année prochaine — s'il n'est pas une nouvelle fois amputé — de 750 millions de francs.

Entendons-nous bien ; je ne demande pas que l'Etat consacre en une seule fois 40 milliards de francs pour faire disparaître toutes les pollutions. Je dis que si votre ministère ne dispose pas de moyens financiers suffisants pour inciter les collectivités locales et les entreprises à engager elles-mêmes des actions pour lutter contre les pollutions, il ne remplit pas son rôle.

Pour bien me faire comprendre, je vais prendre un exemple, celui de l'eau.

La question de l'approvisionnement et de la qualité de l'eau est fondamentale pour la vie quotidienne des Français. Les pouvoirs publics se doivent — c'est la moindre des choses — de leur fournir de l'eau en quantité suffisante et en qualité irréprochable. J'analyserai ce problème sous les trois aspects les plus fréquemment rencontrés par nos concitoyens : les eaux potables, les eaux sales et les eaux de rivières.

En ce qui concerne les eaux potables, sachiez-vous, mes chers collègues, que l'eau est imbuvable dans près de 4 500 communes, ainsi que nous le révèle le numéro du mois de septembre de la revue *Science et Vie* ? Saviez-vous que la mauvaise qualité de ces eaux a contaminé des milliers de personnes en 1979 et en 1980 ?

Vous trouverez le tableau dans mon rapport.

Saviez-vous, enfin, que 28 millions d'habitants de notre pays, c'est-à-dire 60 p. 100 de notre population, ont bu au moins une fois ces dernières années de l'eau jugée non satisfaisante ?

Telle est l'une des conclusions du rapport publié par le ministère de la santé au printemps dernier.

Qu'attend votre ministère pour lancer une grande campagne d'incitation de protection des captages d'eau ?

Qu'attend votre ministère pour entreprendre une action rigoureuse pour lutter, avec d'autres ministères, contre la pollution des eaux par les engrais agricoles à base de nitrates ?

Je n'ai rien vu de tout cela dans le récent communiqué du conseil des ministres sur la politique de l'eau que vous avez annoncée. Je n'ai constaté que la poursuite des actions engagées par les gouvernements précédents — ce qui est la moindre des choses — mais rien de véritablement nouveau.

Quant aux eaux sales, sachiez-vous, mes chers collègues, qu'à l'heure actuelle les stations d'épuration n'éliminent que la pollution des eaux usées de 23 millions d'habitants, alors que la capacité installée pourrait traiter celles de 51 millions d'habitants et qu'il faudrait une capacité de traitement pour 67 millions d'habitants ?

Saviez-vous que le taux de dépollution des eaux usées est voisin de zéro, je dis bien : de zéro, pour des villes telles que Marseille, Nice, Toulon, Strasbourg, Mulhouse, Longwy, Dunkerque, Armentières, Grenoble, Nantes, Roanne, Pau et Avignon, pour ne citer que les plus importantes ?

Qu'attend donc le ministère pour inciter — sinon condamner — ces complexes de pollution que sont aussi, monsieur le ministre, certaines collectivités locales, au même titre que certaines entreprises, à construire des stations d'épuration, à raccorder les habitations aux réseaux et ceux-ci aux stations ?

Enfin, la propreté des eaux de rivière doit être reconquise grâce aux opérations « rivières propres » et aux contrats de branche avec certaines industries polluantes. Il ne s'agit malheureusement pas seulement de reconquérir nos rivières, il faut également les conserver propres afin d'y consolider la renaissance de la flore et de la faune, chères à nos millions de pêcheurs.

Saviez-vous, mes chers collègues, qu'une grève à la station d'épuration d'Achères peut remettre en cause en quelques jours l'équilibre biologique de la Seine, polluer ses eaux et constituer un risque grave pour la salubrité publique ?

A partir du moment où le patrimoine naturel de notre pays peut être la victime de pollutions, nous devons considérer que les moyens de lutter contre elles ont un caractère de service public. Comme vous êtes intervenu, monsieur le ministre, dans la vallée de Chamonix, vous devez intervenir lorsqu'il y a un risque grave de pollution ou de troubles dans l'environnement. Pour vous en donner les moyens, j'ai déposé une proposition de loi visant à instituer, comme vous l'avez souhaité dans l'une de vos interventions au Sénat, un service minimum dans les stations d'épuration. Il ne peut y avoir deux politiques de l'environnement, l'une à Chamonix et l'autre à Achères.

Soyez logique et cohérent, et les Français auront alors l'impression qu'il y a véritablement une politique de l'environnement.

Votre budget, je le disais à l'instant, ne correspond pas, me semble-t-il, à leurs souhaits puisque, dans un sondage récent, 89 p. 100 d'entre eux considèrent comme importants et très importants les problèmes de l'environnement. Ils estiment dans la même proportion qu'il faut appliquer plus rigoureusement et même renforcer la réglementation actuelle. Ils demandent enfin logiquement des actions plus énergiques et des investissements plus importants, ce que ne reflète évidemment pas votre budget.

Vous avez manqué, cette année, trois occasions de répondre aux vœux de nos concitoyens.

La première occasion manquée, c'est de ne vous être pas précipité sur la chance que vous offrait la création du fonds spécial de grands travaux pour y faire inclure les travaux nécessaires à la protection des eaux.

Quand vous déclarez en commission que vous essaieriez de vous y rattraper l'année prochaine, je prétends que vous êtes irréaliste, sauf si vous obtenez du Gouvernement une modification de la loi qui a créé ce fonds, loi qui ne prévoit en aucun cas dans son article 1^{er} de tels types de travaux.

M. le président. Je vous prie de conclure, mon cher collègue.

M. Etienne Pinte, rapporteur pour avis. Je termine, monsieur le président.

La deuxième occasion manquée, c'est de n'avoir pas utilisé tous les crédits de paiement qui avaient été mis à votre disposition cette année, ce qui a permis à votre collègue du budget de vous reprendre 28 millions de francs, soit l'équivalent, monsieur le ministre, du coût de la station d'épuration de Toulon-Est en cours de construction.

Dans le même esprit, vous auriez pu convaincre votre collègue de l'économie et des finances que les 69 millions de francs d'autorisations de programme qu'il vous a retirés aideraient à relancer le secteur des travaux publics, comme le souhaitent à juste titre les pouvoirs publics.

La troisième occasion manquée, c'est de n'avoir pas convaincu le Président de la République et le Gouvernement que l'environnement est, comme l'enseignement et la culture, un élément essentiel de la qualité de la vie de nos concitoyens et qu'à ce titre votre budget méritait mieux.

Manque d'imagination, manque de volonté, manque d'enthousiasme : on a le sentiment que vous n'y croyez plus et pourtant, monsieur le ministre, vous aviez bien débuté l'année dernière.

C'est la raison pour laquelle, vous accordant le bénéfice du doute, j'avais demandé à l'Assemblée nationale de voter vos crédits. Cette année, ce serait porter un mauvais coup à l'environnement que d'accepter les yeux fermés une telle désinvolture. J'ai donc demandé à la commission de refuser vos crédits pour appeler l'attention du Gouvernement sur notre mécontentement. Celle-ci n'a pas eu le courage de me suivre.

Un député socialiste. Pas du tout. C'est que telle n'a pas été sa volonté.

M. Etienne Pinte, rapporteur pour avis. *Domage pour elle et pour l'environnement (Applaudissements sur les bancs du rassemblement pour la République et de l'union pour la démocratie française.)*

M. le président. La parole est à M. René La Combe, rapporteur pour avis de la commission de la production et des échanges.

M. René La Combe, rapporteur pour avis. Monsieur le ministre, je n'insisterai pas sur l'insuffisance de votre projet de budget puisque tout a été dit par M. Riébon et par M. Pinte. Vous êtes d'ailleurs probablement le premier à le reconnaître. Vous risquez donc d'avoir quelques ennuis avec les écologistes qui font toujours un peu de vacarme. Mais vous en avez l'habitude. *(Rires sur les bancs de l'union pour la démocratie française.)*

Les arbitrages budgétaires pour 1983 vous ont défavorisé, ce qui est d'autant plus grave que les moyens mis à votre disposition pour 1982 ont été amputés par l'arrêté interministériel du 18 octobre dernier. Vous avez ainsi perdu, monsieur le ministre, près de 69 millions de francs d'autorisations de programme et 28 millions de francs de crédits de paiement, ce qui est beaucoup pour un budget aussi modeste que le vôtre. Je rappelle que son montant atteindra 751 millions de francs en 1983 contre 647 millions de francs en 1982.

Au cours de l'examen du projet de budget au sein de la commission de la production et des échanges, plusieurs questions ont été soulevées. Je laisserai le soin aux intéressés d'intervenir sur ces sujets, mais je veux en aborder quelques-uns.

En ce qui concerne les parcs naturels régionaux, l'insuffisance de votre projet de budget est regrettable pour ces réalisations qui ont un rôle très important à jouer en matière d'aménagement du territoire. Il s'agit en effet de maintenir la population

dans les campagnes. Or vous savez que, pour de nombreuses raisons — l'hémorragie des agriculteurs notamment — ce problème est crucial pour notre pays. Il conviendrait donc de concilier, dans le cadre de l'action menée en faveur des parcs régionaux, les intérêts des écologistes et ceux des populations qui veulent rester sur place sans être dérangés dans leurs habitudes.

Je sais que, dans ce domaine, les problèmes sont parfois difficiles à surmonter. Mais vous avez une grande expérience de ces questions et vous êtes un homme de dialogue. Vous aimez échanger des idées ; c'est ainsi que vous parvenez parfois à résoudre bien des difficultés. Je souhaite que, à l'avenir, vous continuiez dans cette voie, même si vous ne disposez pas de beaucoup d'argent.

M. Francis Geng et M. Pierre Micau. Très bien !

M. René La Combe, rapporteur pour avis. La pêche et la chasse soulèvent des questions délicates, surtout la chasse qui est source de bagarres épouvantables dans notre pays.

M. Francis Geng. La chasse à la palombe !

M. René La Combe, rapporteur pour avis. Vous avez visité la région Poitou-Charentes, la région des Pays de Loire et vous avez mis sur pied une formule intéressante : celle des contrats de rivière, en particulier dans la région de Nantes. J'ai regretté de n'avoir pu être présent lors de votre visite, mais j'ai apprécié les propos que vous avez tenus en la matière. Je crois que le programme des contrats de rivière que vous avez l'intention d'étendre dans tout le pays présente de grands intérêts. En recourant à cette formule, il sera en effet possible d'aménager les rivières, de les border de chemins piétonniers pour le tourisme. Elle peut également être une source de richesse pour les pêcheurs à la ligne. Or vous savez que la pêche à la ligne est un sport extrêmement répandu en France et que les associations de pêcheurs sont extrêmement puissantes. Celles de mon département regroupent 63 000 adhérents.

Pour ce qui est de la chasse, je suis de ceux qui pensent qu'il y a de moins en moins de gibier et de plus en plus de chasseurs ; il faudra bien un jour parvenir à discipliner les Français. Je sais bien que cela n'est pas facile non plus, mais vous êtes déjà intervenu d'une façon assez astucieuse à propos des oiseaux migrateurs.

Dans la région Midi-Pyrénées, vous vous êtes en effet heurté naturellement à ceux qui veulent tuer les oiseaux et aux écologistes qui veulent les protéger. Vous avez alors décidé d'établir, dans la mesure du possible, un dialogue entre les deux parties afin d'opérer une assez bonne répartition des choses en permettant à la fois de tuer quelques oiseaux et de sauvegarder ceux qui passent.

La commission a apprécié la convention que vous avez passée avec E. D. F. à propos de la participation d'Electricité de France à la protection et à la restauration des milieux naturels aquatiques, à la diminution de la pollution atmosphérique et à l'insertion dans le paysage des lignes électriques. Le caractère exemplaire de cette convention conclue entre votre ministère et un service public mérite d'être souligné.

La commission s'est enfin préoccupée de la lutte contre les pollutions et les nuisances.

Je ne m'étendrai pas sur le problème de la pollution du Rhin, car l'un de mes collègues vous interrogera sur ce sujet ; vous aurez alors tout loisir de répondre.

Dans le domaine des déchets des ménages et des décharges sauvages, il est évident qu'il y a quelque chose à faire dans les communes. Celles-ci sont démunies alors que le volume des déchets augmente car, quoique l'on en dise, les Français sont de plus en plus riches. Ils ont par conséquent des tas de fumier qui sont de plus en plus grands et la pollution s'en ressent. Pour intervenir, nos communes rurales auraient besoin d'un peu d'argent.

Je me permets d'insister sur la question des stations d'épuration. En effet, d'un côté, on nous incite à installer des stations d'épuration, ce qui nous conduit à élaborer des projets, et à engager des démarches auprès de l'administration, mais, d'un autre côté, l'administration des finances nous répond qu'il n'y a pas d'argent et que la réalisation interviendra une autre année. Il s'écoule ainsi cinq, six ou sept ans avant que la station d'épuration ne soit installée. Dans ce domaine également, vous pourriez inciter vos collègues à prendre des mesures destinées à aider au financement des stations d'épuration, afin que leur installation dans les communes rurales intéressées intervienne plus rapidement.

En ce qui concerne le bruit, vous avez lancé la formule des contrats anti-bruit. Je ne sais si cela empêchera les Français de faire du bruit, mais une chose est certaine : le bruit devient

une calamité qui est de plus en plus à la mode. Je souhaite que ces contrats, que vous avez mis sur pied, apportent la preuve de leur efficacité et incitent nos compatriotes à faire moins de bruit ; je pense en particulier aux jeunes qui, avec leurs petites Mobylette, perturbent beaucoup de Français, surtout nombre de vieilles dames et de vieux messieurs. Peut-être pourriez-vous intervenir notamment auprès de votre collègue chargé de l'industrie, afin que soit rendu obligatoire le pot indémontable pour les cyclomoteurs.

En conclusion, je dois vous dire, monsieur le ministre, que je n'étais absolument pas favorable à l'adoption de votre projet de budget, mais la commission ne m'a pas suivi. Ce n'est nullement votre politique que je critiquais, bien au contraire, mais l'insuffisance des moyens qui vous sont réservés pour conduire l'action ambitieuse que vous voulez mener, ce dont je vous félicite, car c'est une action qui conditionne l'avenir.

Il est, en effet, important que les générations futures connaissent aussi la douceur de vivre en France ; à nous de leur préparer cet avenir. *(Applaudissements sur les bancs du rassemblement pour la République et de l'union pour la démocratie française.)*

M. Pierre Micaux. C'est vrai !

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

— 2 —

ORDRE DU JOUR

M. le président. Ce soir, à vingt et une heures trente, troisième séance publique :

Suite de la discussion de la deuxième partie du projet de loi de finances pour 1983, n° 1083 (rapport n° 1165 de M. Christian Pierret, rapporteur général, au nom de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan).

Environnement *(suite)* :

Annexe n° 18. — M. René Rieubon, rapporteur spécial ; avis n° 1166, tome XVII, de M. Etienne Pinté, au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales ; avis n° 1170, tome VII, de M. René La Combe, au nom de la commission de la production et des échanges.

La séance est levée.

(La séance est levée à dix-neuf heures trente.)

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