

JOURNAL OFFICIEL



DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE DÉBATS PARLEMENTAIRES ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

9^e Législature

PREMIÈRE SESSION ORDINAIRE DE 1990-1991

(64^e SÉANCE)

COMPTE RENDU INTÉGRAL

Luratech

2^e séance du vendredi 9 novembre 1990

www.luratech.com

SOMMAIRE

PRÉSIDENCE DE M. PASCAL CLÉMENT

1. **Loi de finances pour 1991 (deuxième partie).** - Suite de la discussion d'un projet de loi (p. 5043).

AFFAIRES SOCIALES ET SOLIDARITÉ (suite)

MM. Gilbert Millet,
Jean-Yves Chamard.

M. Claude Evin, ministre des affaires sociales et de la solidarité.

M. Bruno Durieux, ministre délégué auprès du ministre des affaires sociales et de la solidarité, chargé de la santé.

Mme Hélène Dorlhac, secrétaire d'Etat auprès du ministre des affaires sociales et de la solidarité, chargé de la famille et des personnes âgées.

M. Michel Gillibert, secrétaire d'Etat auprès du ministre des affaires sociales et de la solidarité, chargé des handicapés et des accidentés de la vie.

Suspension et reprise de la séance (p. 5059)

Réponses de M. le ministre, de M. le ministre délégué, de Mme le secrétaire d'Etat et de M. le secrétaire d'Etat aux questions de : MM. François Rochebloine, Adrien Zeller, Denis Jacquat, François-Michel Gonnot, Georges Colombier, Yves Durand, Charles Metzinger, Bernard Charles, Jean-Claude Lefort, Ernest Moutoussamy, Eric Doligé, Bernard Bioulac, Jean-François Mattei.

Renvoi de la suite de la discussion à la prochaine séance.

2. **Ordre du jour (p. 5070).**

LuraTech

www.luratech.com

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENCE DE M. PASCAL CLÉMENT, vice-président

La séance est ouverte à quinze heures.

M. le président. La séance est ouverte.

1

LOI DE FINANCES POUR 1991 (DEUXIÈME PARTIE)

Suite de la discussion d'un projet de loi

M. le président. L'ordre du jour appelle la suite de la discussion de la deuxième partie du projet de loi de finances pour 1991 (n° 1593 et lettre rectificative n° 1627, rapport n° 1635).

AFFAIRES SOCIALES ET SOLIDARITÉ (suite)

M. le président. Nous poursuivons l'examen des crédits du ministère des affaires sociales et de la solidarité.

La parole est à M. Gilbert Millet.

M. Gilbert Millet. Monsieur le président, monsieur le ministre des affaires sociales et de la solidarité, monsieur le ministre délégué, chargé de la santé, madame le secrétaire d'Etat chargé de la famille et des personnes âgées, monsieur le secrétaire d'Etat chargé des handicapés et des accidentés de la vie, mes chers collègues, austérité, rationnement des soins, misère hospitalière, mise en cause de la sécurité sociale ne sont pas choses nouvelles.

Simone Veil, Jacques Barrot, Michèle Barzach, Philippe Séguin...

M. Louis de Broissac, rapporteur pour avis. Très bien !

M. Gilbert Millet. ... ont, tour à tour, avec une constance renouvelée, « cadré » la politique de santé aux objectifs du grand patronat et des puissances d'argent. Ils ont jeté les bases d'une médecine à deux vitesses, renforçant ainsi les inégalités devant la maladie et la souffrance. Leur maître mot était déjà : « maîtrise des dépenses de santé » pour mieux en rationner le remboursement.

Seul les a ralentis l'attachement des Français au droit à la santé et à leur système de protection sociale, grande conquête du mouvement populaire à la Libération. Rappelons-nous la France descendant dans la rue pour protester contre la loi Berger qui organisait le démantèlement de ce système, loi qu'il a bien fallu à l'époque remiser au placard. Cet enseignement est encore à méditer aujourd'hui à l'heure de la contribution sociale généralisée !

J'ai fait ces quelques rappels historiques, monsieur le ministre, pour illustrer la filiation de votre politique de santé, mais aussi pour en marquer les différences.

En premier lieu, les échéances européennes frappent à la porte. Les appétits financiers décuplés des capitaux français et européens exigent le champ libre pour leurs objectifs de conquête et de rentabilité. Il leur faut recomposer le fonctionnement de la société française et, en particulier, lever les obstacles à leur déploiement que constituent les acquis de notre peuple, dans le domaine de la santé comme ailleurs. Bref, il leur faut un remodelage profond du système de santé et de protection sociale sur fond d'austérité aggravée.

C'est ce qui donne à votre politique une cohérence nouvelle qu'éclairent votre pratique et vos projets.

Cohérence, monsieur le ministre, c'est bien le mot qui convient au dispositif dont vous avez élaboré et articulé soigneusement chacune des pièces maîtresses et qui instaurera

de nouvelles donnes en matière de santé permettant aux profits de s'investir sans frontière tandis que la plupart des gens verront reculer leurs acquis en matière d'accès aux soins. Ce sera l'installation d'une santé à plusieurs vitesses en fonction des moyens de chacun.

Cohérence, mais, en même temps, brutalité dans les méthodes et volonté d'intégration car faire table rase des atouts démocratiques de notre pays ne va pas de soi. Prestations télévisées, forums tous azimuts, entreprises de culpabilisation des Français coupables de trop se soigner s'accompagnent de méthodes répressives et de sanctions à l'encontre de ceux qui s'opposent à ces entreprises de démolition de l'outil de santé ! J'y reviendrai.

Tout est donc organisé ou prévu en fonction d'impératifs de rentabilité : quadrillage de la médecine de soins ; remodelage de l'hospitalisation publique ; politique du médicament ; protection sociale à deux vitesses.

J'aborderai d'abord le quadrillage de la médecine de soins.

Voilà quelques mois, vous avez tenté de faire éclater le système conventionnel qui permet à la quasi-totalité des gens l'accès à des soins de qualité, un système qui représente un acquis original des plus précieux de notre pays, mais aussi un obstacle aux ambitions des compagnies d'assurances.

Vous n'y êtes pas parvenu entièrement. Néanmoins, vous avez mis en place, par médecins conventionnés interposés, un système de rationnement des soins, même si son application se heurte aux réticences des praticiens.

Mais vous attaquez sur un autre front. C'est ainsi qu'au printemps dernier vous avez fait voter une loi qui permet l'introduction massive des capitaux privés dans les cabinets médicaux, mettant ainsi les médecins en position d'être des collecteurs de profits pour le compte de capitaux en mal de rentabilité maximum. Quel avenir pour les médecins ! Ils seront soit dispensateurs de l'austérité, soit serviteurs des objectifs des milieux financiers !

Notons que, dans l'un et l'autre cas, ce sont les libertés fondamentales, qui garantissent la qualité de la pratique médicale, et la sécurité des malades qui sont mises en cause, notamment l'indépendance des médecins et la liberté de prescription. Et voilà que se profile à l'horizon le dispositif d'un réseau de soins à l'américaine dans lequel le niveau et la qualité des soins dépendront des moyens de chacun. Et une récente conférence de presse de la Lyonnaise des Eaux nous montre le chemin sur lequel on s'engage aujourd'hui.

Quel recul de civilisation, si contraire à l'éthique médicale et aux traditions démocratiques de notre pays !

Dans le même temps d'ailleurs, vous laissez fermer les uns après les autres les centres de santé, ces précieux outils qui, à l'heure des inégalités, conjuguent pratique globale de santé et rôle social. Les belles déclarations - il n'en manque pas - ne suffisent pas. Les centres de santé ont véritablement besoin des moyens de leur fonctionnement.

Examinons maintenant le remodelage de l'hospitalisation publique.

Là aussi, on cède aux impératifs de l'argent. C'est d'ailleurs la finalité de votre réforme hospitalière. Les missions de service public de l'hôpital disparaîtront afin de satisfaire aux normes de rentabilité de l'entreprise. L'« hôpital entreprise » organisera le rationnement des soins en y intégrant le personnel, service par service : on évaluera soigneusement les résultats, privilégiera les secteurs qui rapportent pour délaissier ou abandonner les autres, et ce dans le cadre du corset d'une carte sanitaire régionale, directement sous votre contrôle par préfets interposés.

Dans cette carte sanitaire, le secteur privé lucratif, représentant les grandes ambitions des capitaux bancaires et industriels se taillera dans cette logique la part du lion.

Dans ce cadre, les hôpitaux locaux - hôpitaux du praticien - et des services entiers dans les hôpitaux généraux se trouvent directement menacés ; je veux parler des services de

proximité, qui permettent de répondre à la plupart des besoins de santé des gens dans les conditions modernes que permet la science d'aujourd'hui.

Et ne nous répondez pas : « sécurité du malade ou gaspillage des moyens médicaux », quand nous évoquons les établissements de proximité.

La sécurité, ce sont des équipes médicales et des moyens près des gens, en tenant compte, bien entendu, du niveau des interventions. C'est bien cela, la réponse moderne aux besoins de santé d'aujourd'hui, sans pour autant installer la R.M.N. dans chaque établissement.

Nous aurons l'occasion d'avancer nos propositions dans un autre débat pour un hôpital « service public » répondant aux besoins de notre temps dans lequel médecins, infirmières et personnels trouveront la revalorisation matérielle et morale indispensable et toute la place qui doit être la leur.

Monsieur le ministre, vous avez mis en chantier sans attendre la logique de la réforme hospitalière. Bédarieux, Valréas, Concarneau - présents ces jours-ci devant l'Assemblée nationale - Corentin-Celton, ont été des terrains d'essai.

L'exemple de l'hôpital de Nîmes illustre bien vos orientations : vous projetez de sacrifier le centre hospitalier Gaston-Doumergues, alors que de nombreux Nimois souhaiteraient lui voir tenir le rôle d'hôpital général, d'hôpital de « cité » comme ils disent.

Le service d'urgence et de chirurgie du Grau-du-Roi a été fermé, alors qu'il apportait des éléments de sécurité et de qualité à la population du sud du département, notamment lors de la grande affluence estivale.

Deux cent quarante lits ont été supprimés à Serre-Cavalier et à Villemin.

Mais, pour autant, l'extension du secteur de pointe de l'hôpital Carrémeau reste en panne, faute du respect de vos engagements !

Combien de maternités, de services d'urgence, de services de chirurgie, d'ores et déjà condamnés à disparaître et pour la défense desquels le personnel et la population se rassemblent, vous contraignant parfois, monsieur le ministre, à temporiser et à reculer. Mais vous utilisez aussi - l'enjeu est d'importance - des méthodes à la hussarde avec intervention des forces de police et atteintes aux libertés syndicales, comme cela a été le cas à Bédarieux.

Nous aurons, le moment venu, à débattre de cette réforme hospitalière, réforme qui dessine un paysage totalement nouveau et inégalitaire de l'hospitalisation de demain. Les gagnants : les capitaux, les intérêts financiers, toujours eux !

Quant aux médicaments, vous vous apprêtez, sous l'appellation de « médicalisation du remboursement des médicaments », à exiger une entente préalable pour les médicaments onéreux, c'est-à-dire pour ceux qui, pour la plupart d'entre eux, bénéficient d'acquis scientifiques nouveaux permettant de mieux maîtriser les maladies les plus graves.

Quelle lourdeur dans ces mécanismes ! Quels dangers aussi, car en médecine il faut parfois agir vite ! Mais peut-être ces médicaments seront-ils réservés à ceux qui en ont les moyens et pour lesquels le remboursement n'est pas un problème !

Dans le même décret, vous prévoyez de n'accepter de rembourser un médicament nouveau que si son utilité médicale est prouvée et à condition qu'il apporte des économies en matière de santé !

Mais qui définira ces critères de qualité et de rentabilité ? Et au nom de quoi interdirait-on à un malade le bénéfice d'un progrès thérapeutique sous prétexte de rentabilité et d'économies ?

Enfin, d'autres dispositions encadreraient mieux encore les prescriptions des médecins. Ainsi serait prévu, je crois, le non-remboursement des médicaments à vignettes bleues, ces médicaments dits « de confort » suivant l'incroyable expression créée par Simone Veil ! Comme si, lorsque la santé n'est pas gravement en cause, se soigner relevait du luxe !

Au total, dans ce domaine également, le champ s'ouvre largement aux compagnies d'assurances.

La pièce maîtresse de votre stratégie est constituée par la mise en cause de la protection sociale, ou tout au moins par la mise en place d'une protection sociale minimum.

Dans ce cadre, la C.S.G., dont nous reparlerons la semaine prochaine, constitue sans doute un élément d'une gravité sans précédent. La fiscalisation de la protection sociale répond aux vœux du patronat qui se verrait ainsi une nouvelle fois

dégrévé de ses responsabilités. De plus, la gestion de la sécurité sociale échapperait pour une part grandissante aux salariés. Est-ce pour cette raison que vous entendez supprimer les élections aux caisses de sécurité sociale ?

Enfin, et c'est le plus important, la C.S.G. permettra, par le poids de la fiscalité et en raison des menaces qui pèsent quant à son aggravation dans l'avenir, de faire accepter la fatalité d'une sécurité sociale à petite vitesse faute de voir augmenter lourdement les impôts - ce serait ainsi une sorte de R.M.I. de la protection sociale - tandis que les compagnies d'assurances s'occuperont du reste !

La boucle est bien bouclée, monsieur le ministre. Et si cohérence il y a, c'est bien celle des milieux financiers français et européens !

Votre projet de budget, même si celui-ci ne traduit par nature que très partiellement la politique de santé, est bien dans la ligne de cette cohérence.

Vos chiffres parlent d'eux-mêmes, monsieur le ministre. Prenons les hôpitaux dont, le projet de budget confirme bien vos objectifs : les crédits pour les C.H.R. sont en baisse de plus de 50 p. 100, ce qui laisse augurer une situation catastrophique. Quant aux hôpitaux généraux, l'augmentation que vous prévoyez répond moins à une sollicitude pour ces établissements trop longtemps délaissés, que, selon vos propres propos devant la commission des affaires sociales, à la volonté d'accélérer leur restructuration dans l'esprit de la future réforme. Concentration de certains services pour les amener aux normes de rentabilité, abandon des autres : c'est le prix de la mise en cause du service public.

Dans le même esprit, votre budget se donne les moyens de la mise en place de la rationalité d'une telle politique, pour ne pas dire son rationnement. Statistiques et études voient, au-delà des transferts, leurs crédits augmenter largement. Evaluation des soins, P.M.S.I. et autres formules répondent moins à une connaissance meilleure des activités de santé, notamment hospitalières, qu'à un encadrement rigoureux des dépenses de soins en vue de leur rationnement, dans le cadre de ce qui est remboursable, bien entendu.

Révélatrice à cet effet, est l'augmentation de 43 p. 100 des crédits concernant l'évaluation des soins.

Pour le reste, votre budget confirme, monsieur le ministre, que vous avez abandonné dans le domaine de la prévention les orientations avancées en 1981 par la Charte de la santé.

Les crédits concernant les conseils de promotion de la santé ou observatoires de santé poursuivent leur dramatique stagnation.

La prévention, monsieur le ministre, ne saurait se limiter à la lutte tellement importante et nécessaire contre le tabagisme, l'alcoolisme et la toxicomanie, mais je prends acte du fait qu'en ce qui concerne le sida, l'alcoolisme et le tabagisme, vous poursuivez l'effort. Cependant, ce dernier m'apparaît très insuffisant en ce qui concerne la toxicomanie, eu égard à ce grand problème de société.

Mais, la prévention, c'est aussi et d'abord le développement de la connaissance des facteurs de mise à mal de la santé et la mise en œuvre d'actions à leur encontre, au travail dans les entreprises, mais aussi sur le terrain. La mal-vie, le chômage, la dégradation de l'environnement sont autant de facteurs de déséquilibre de l'individu et d'atteinte à son intégrité. Entendez-vous, notamment ces jours-ci, le cri de la jeunesse qui refuse avec force cette galère ! Bien entendu, il n'appartient pas au budget de la santé d'y apporter réponse. Cependant, doit-il laisser ces questions aux incidences majeures sur la santé aux abonnés absents ?

La prévention, monsieur le ministre, est impliquée au premier chef. Nous touchons là aux graves questions de la pauvreté, de la précarité et de leur institutionnalisation par cette société inégalitaire. Nous y reviendrons au cours des questions.

J'insiste sur le fait que vous diminuez encore les crédits concernant la lutte contre la pauvreté : moins 43 p. 100 en 1989, moins 52 p. 100 en 1990, moins 17,2 p. 100 en 1991. L'instauration du R.M.I. ne peut en aucun cas justifier ces diminutions drastiques car, compte tenu de l'extension de la gangrène de la pauvreté, ces crédits auraient dû, pour le moins, être conservés en l'état. Et nous savons que le R.M.I. ne pourra pas, hélas ! couvrir tout le champ de la pauvreté.

Quant à la formation des professionnels de santé, on notera l'augmentation des bourses. On le doit sans doute aux exigences en postes formulées - avec quelle vigueur ! - par le

mouvement des infirmières de l'an passé. Mais, par ailleurs, votre budget traduit un recul préoccupant en ce qui concerne les moyens pour la formation continue des professions médicales et paramédicales : moins 16,6 p. 100.

Les personnes âgées, dont la démographie est en hausse, sont les sacrifiées de votre budget. J'observe à titre d'exemple que les crédits des établissements sociaux s'occupant des personnes âgées sont en baisse de 31 p. 100 tandis que le fonds national de solidarité et la formation des intervenants de l'aide à domicile - objet pourtant de tant de discours officiels - stagnent, voire régressent si on tient compte de l'inflation. Quel décalage avec les discours sur la dépendance, même si, par ailleurs, le programme de modernisation des hospices se poursuit.

Concernant les handicapés, je prends acte que vous créez 2 800 places de C.A.T. conformément à vos engagements, même si le problème de leur financement ne me paraît pas évident. Mais les crédits pour la prévention des handicaps restent stationnaires. Rien de sérieux n'est entrepris non plus pour favoriser le travail en milieu ordinaire, auquel un nombre important de personnes handicapées aspirent, et les moyens des centres de rééducation professionnelle ne cessent de diminuer.

Enfin, monsieur le ministre, pour une petite part de votre budget, mais hautement symbolique, j'observe que le nouveau ministre, M. Durieux, doit être satisfait que les crédits pour l'I.V.G. n'obtiennent pas de moyens supplémentaires.

Bref, un budget en profond décalage avec les besoins d'aujourd'hui mais, en même temps, instrument de la recomposition que vous voulez apporter au paysage sanitaire français.

J'ai parlé au début de mon intervention de deux différences par rapport à vos prédécesseurs.

La première est l'aggravation et la cohérence d'une politique remodelant profondément le paysage sanitaire français.

La seconde tient à votre électorat : vos électeurs, les électeurs de gauche, n'ont pas voté pour cela !

Ils n'ont pas voté pour une politique qui, sur la lancée de la droite, va plus loin encore, comme je l'ai montré au début de mon propos.

Ils n'ont pas voté non plus pour que siége à vos côtés, sur le même banc - et cela n'a rien à voir avec une attaque personnelle - un homme politique qui remet en cause la liberté acquise par les femmes et les couples de décider librement, en fonction de leur éthique, de l'avenir d'une grossesse impossible ou non désirée et d'avoir le droit de l'interrompre. Un homme politique qui se voudrait le défenseur du caractère inaliénable de la vie humaine mais qui s'est prononcé par ailleurs contre l'abolition de la peine de mort !

Comment l'humanisme, qui fait la générosité de la gauche, se retrouverait-il dans cette nomination ?

Mais, après tout, n'est-elle pas dans la logique de votre orientation : à droite et fort utile par ces temps où, par d'obscures manœuvres de racelage, il vous faut contourner l'hostilité massive à votre projet de C.S.G. ?

C'est dans ce décalage entre les aspirations de ce peuple de gauche et vos orientations, qui doivent tout aux ambitions de l'égoïsme de la finance, que se dessinent les perspectives de changement.

Déjà, le mécontentement est grand et profond et les luttes s'organisent : dans les hôpitaux, dans les caisses de sécurité sociale et, ces jours derniers, contre la C.S.G., les rues de France voyant se rassembler des milliers de personnes.

Ces luttes ont une caractéristique commune : elles sont importantes, unitaires et rassembleuses.

La volonté de ne pas se laisser faire grandit, même s'il reste beaucoup à faire pour que chacun devienne conscient de sa force par la magie du « faire ensemble ». Dans le même temps grandit la conviction qu'une autre politique est possible, que les moyens existent pour faire une véritable politique de santé à la mesure des progrès considérables de cette fin de siècle, qui doivent être mis à la disposition de tous. Car le droit à prévenir la maladie, à se soigner, à la vie, est un droit pour tous. Des moyens existent à condition d'avoir la volonté politique d'aller les chercher, qu'il s'agisse de la taxation des revenus de la spéculation financière à 13,6 p. 100 et des autres mesures contenues dans la dernière proposition de loi du groupe communiste.

A condition aussi d'avoir la volonté d'engager une véritable politique de développement économique créatrice d'emplois, seule capable de donner durablement à notre pays les

moyens de répondre aux grandes questions de société : santé, politique non orientée au profit du capital, mais pour répondre aux besoins des gens et mise en œuvre par eux.

Bref, monsieur le ministre, une politique de gauche. Les communistes y sont prêts à tout moment. Nous souhaitons ardemment que le parti socialiste y revienne. Pour cela, il n'est d'autre voie que le rassemblement le plus large, sans idées préconçues, sans frontières, porteur des différences de chacun et des aspirations communes à la justice et au droit à la santé pour tous. C'est parce que votre budget tourne le dos à toutes ces exigences que nous nous y opposerons. *(Applaudissements sur les bancs du groupe communiste. - Exclamations sur les bancs du groupe socialiste.)*

M. le président. Je vous remercie.

La parole est à M. Jean-Yves Chamard.

M. Jean-Yves Chamard. Monsieur le président, madame le secrétaire d'Etat, messieurs les ministres, mes chers collègues, je tiens d'abord à vous présenter les excuses de la quasi-totalité de mes collègues du groupe du Rassemblement pour la République. Ils sont cet après-midi à Colombey-les-deux-Eglises, pour le vingtième anniversaire de la mort du général de Gaulle.

En cet automne 1990, nous sommes à mi-législature et je pense que l'occasion est bonne de faire le bilan de la politique sociale du Gouvernement. Bilan *speed* mais bilan quand même.

Je ferai une remarque et poserai deux questions.

Les Français, on le voit dans les sondages, reprochent vivement aux hommes politiques de tous bords de ne pas traiter des vrais problèmes. Avec le débat social d'aujourd'hui, je crois que nous sommes au cœur de leurs préoccupations.

Première question : quels sont les défis majeurs auxquels nous sommes confrontés aujourd'hui en matière de politique sociale ? La protection sociale - sous ses deux aspects, retraite et santé - la pauvreté, la dépendance, la dénatalité, les handicaps. Je ne vise pas Bruno Durieux, dont l'action ne peut encore être soumise à jugement mais comment, madame le secrétaire d'Etat, monsieur le ministre, avez-vous traité ces problèmes depuis deux ans et demi ?

M. Jean-Luc Prél. Mai !

M. Louis de Broissia, rapporteur pour avis. Très mal !

M. Jean-Yves Chamard. En ce qui concerne la retraite, vous avez, monsieur le ministre, repoussé de semestre en semestre l'examen global que vous nous promettiez.

M. Denis Jacquat, rapporteur pour avis. Ce n'est pas bien !

M. Jean-Yves Chamard. Tout jeune ministre, à l'automne 1988, - c'était votre première session parlementaire - vous nous avez proposé d'augmenter les cotisations vieillesse de la fonction publique. On lit à longueur de journaux que le Parlement ne délibère pas sur les augmentations de cotisations ; c'est évidemment faux puisque, lorsque le Gouvernement augmente par décret le taux des cotisations dans le secteur privé, le Parlement doit voter l'augmentation des cotisations dans la fonction publique.

Vous nous aviez promis à l'époque un débat pour le printemps 1989.

A l'automne 1989, nouveau débat pour décider une augmentation de 2,5 p. 100 des cotisations vieillesse en 1990 ; vous avez dû recourir au 49-3. Mais vous vous étiez engagé à ce que nous ayons un débat en 1990 - vous aviez même parlé d'un livre blanc - au printemps ou au plus tard à l'automne. Aujourd'hui, nous avons appris avec grand regret, c'est le moins qu'on puisse dire, que le Gouvernement repoussait l'examen de cette affaire au printemps 1991. Et encore, il ne s'agit que d'un livre blanc et d'un débat : aucune mesure datée n'est proposée pour l'instant.

M. Louis de Broissia, rapporteur pour avis. C'est ce qu'on appelle renvoyer aux calendes grecques !

M. Jean-Luc Prél. C'est botter en touche !

M. Jean-Yves Chamard. C'est l'immobilisme rocardien dans toute sa splendeur ! *(Applaudissements sur les bancs des groupes du Rassemblement pour la République, Union pour la démocratie française.)*

M. Claude Bartolone, rapporteur pour avis. Pas de racisme ! (Sourires.)

M. Jean-Yves Chamard. Cet immobilisme caractérise, hélas ! la politique que vous acceptez de soutenir en matière de retraites.

M. Denis Jacquat, rapporteur pour avis. C'est la contagion !

M. Jean-Yves Chamard. Deuxième problème important : la santé. Je parlerai d'abord de l'hôpital et m'adresserai à celui qui a la charge de ce secteur depuis quelque temps.

M. Jean-Luc Prélé. Il ne le connaît pas encore !

M. Jean-Yves Chamard. Vous le savez, monsieur le ministre délégué, il y a un mal-être des personnels des hôpitaux. Les meilleurs médecins s'en vont, les postes vacants ne trouvent pas preneurs. Vous prenez au passage le bébé et vous proposez une loi hospitalière dont le Conseil économique et social est en train de dire ce qu'il pense, et je n'ai pas le sentiment qu'il en dise grand bien.

M. Alain Bonnet. Attendez un peu !

M. Jean-Yves Chamard. C'est une certitude, vous le savez aussi bien que moi, vous avez lu les rapports et nous connaissons les conclusions la semaine prochaine.

Ma question est la suivante : si le Conseil économique confirme son point de vue en séance plénière, présenterez-vous tel quel votre projet de loi hospitalière...

M. Denis Jacquat, rapporteur pour avis. Il faut le revoir !

M. Jean-Yves Chamard. ...ou accepterez-vous de le revoir complètement car il n'est pas du tout à la hauteur du problème ?

Quant aux professions de santé, les objectifs de Claude Evin sont clairs et il les a rappelés en commission : « Je traquerai tout ce qui peut être traqué. » Croyez-vous sincèrement que cette « grande traque » soit la politique qu'attendent les Français ?

M. Denis Jacquat, rapporteur pour avis. Non !

M. Jean-Yves Chamard. Quelle erreur, en effet, puisque vous avez réussi à réaliser l'union de tous les professionnels contre vous ! Or toute réforme en profondeur, toute action pédagogique en direction de nos concitoyens passe par l'intermédiaire des professionnels de la santé.

Monsieur le ministre, allez-vous au moins tenir vos engagements à l'égard des médecins du secteur I ? Leur accorderez-vous au 15 décembre l'augmentation qui avait été convenue ? Nous attendons votre réponse.

Quant aux infirmières libérales, elles attendent depuis longtemps un certain nombre de mesures, en particulier que vous leur accordiez le même allègement de cotisations que vous avez consenti aux médecins du secteur I. Êtes-vous prêt à le faire ?

Troisième défi : la pauvreté. L'instauration du revenu minimum était nécessaire, et nous l'avons approuvée, mais il reste beaucoup à faire en matière d'insertion. Par ailleurs, comment ne pas regretter la diminution massive des crédits pauvreté ?

Je dirai maintenant un mot de la dépendance. Au printemps 1989, j'ai défendu à cette tribune un plan d'ensemble qui était assez largement inspiré du rapport de M. Théo Braun, et un consensus assez large avait semblé se dessiner parmi nous. Madame le secrétaire d'Etat chargé des personnes âgées, nous attendons beaucoup de vous, mais il faut que vous vous battiez. Car M. Braun, il faut le dire, s'est plus souvent qu'il ne l'aurait voulu heurté à des murs, y compris des murs financiers, et les solutions ne sont toujours pas trouvées à ce jour. On nous annonce aujourd'hui qu'on va créer une commission. Nous savons très bien ce que cela veut dire !

M. Denis Jacquat, rapporteur pour avis. Encore une commission : c'est maladif !

M. Jean-Yves Chamard. Nous savons que le coût du projet est évalué à 35 milliards. Vous en avez déjà une vingtaine. Il en manque donc quinze. Vous prévoyez d'y affecter

les 3 milliards d'impôt sur le revenu supplémentaire que va rapporter le projet de C.S.G. négocié entre le groupe socialiste et le Gouvernement.

Trois milliards sur quinze : comment ne pas regretter que vous ne preniez pas la dimension réelle d'un problème qui concerne au plus profond d'elles-mêmes de nombreuses familles de ce pays ?

M. Denis Jacquat, rapporteur pour avis. Très bien !

M. Jean-Yves Chamard. J'en viens au problème de la natalité, et je m'adresse à nouveau à Mme Dorlhac. Le groupe R.P.R. et une très large partie de l'opposition regrettent - et mon collègue de Broissia l'a très bien dit ce matin - l'absence d'une politique familiale forte pour les familles nombreuses. Les mesures prises en faveur du troisième enfant ont pour la plupart été supprimées. Or les familles de trois enfants et plus, si elles représentent 9 p. 100 seulement des familles, regroupent 35 p. 100 des enfants, et le rapport du C.E.R.C. a bien montré que ce sont les familles nombreuses qui ont le plus souffert ces dernières années.

M. Louis de Broissia, rapporteur pour avis. C'est vrai !

M. Jean-Yves Chamard. Enfin, l'engagement très clair qui avait été pris de compenser le déplaçonnement des cotisations d'allocations familiales, lequel coûte 4 milliards au minimum à la caisse d'allocations familiales, par une inscription budgétaire n'a pas été tenu. On a volé 4 milliards de francs aux familles françaises et c'est inacceptable ! (Applaudissements sur les bancs des groupes du Rassemblement pour la République, Union pour la démocratie française et de l'Union du centre.)

Nous réclamons donc avec insistance la mise en place d'une grande politique de la famille qui pourrait se concrétiser par le vote d'une loi d'orientation.

Sixième défi : les handicapés. Je rappelle que les deux grandes lois, de 1976 et 1987, les concernant ont été adoptées à l'initiative du Premier ministre Jacques Chirac. Grandes lois, mais il reste beaucoup à faire. Nous approuvons le système des conventions entre l'Etat et les associations, qui a permis cette année, comme l'an dernier, de créer des places en C.A.T., en M.A.S. ou en foyers occupationnels.

Nous continuons en revanche à désapprouver la disposition prévue par l'amendement Creton, qui n'a d'ailleurs pas été complètement appliquée dans ses conséquences financières mais qui bloque, dans beaucoup de centres, l'accueil des jeunes enfants handicapés. Tous ceux, y compris sur les bancs de gauche, qui n'étaient pas d'accord, ne peuvent que partager mon point de vue.

Il faut, aussi bien pour les handicapés que pour les personnes âgées, que l'Etat et les départements passent des contrats chaque fois que c'est possible. Dans ce domaine, l'Etat et les conseils généraux ont des responsabilités importantes, séparées ou conjointes. Travaillons ensemble !

Par ailleurs, monsieur Evin, vous avez, au cours des dernières semaines, pris un certain nombre d'engagements, mais pouvons-nous encore croire à vos promesses ? Comment oublier les très nombreux engagements que vous avez reniés ?

Pour compenser le déplaçonnement des cotisations d'allocations familiales et les 4 milliards de francs de perte qui en ont résulté pour les caisses, vous aviez pris un engagement : il n'a pas été tenu. Vous me répondrez sans doute que ce n'est pas vous mais votre collègue des finances qui a décidé des inscriptions budgétaires. Mais c'est vous qui représentez le Gouvernement aujourd'hui.

Pour la loi sur le tabac et l'alcool, vous aviez pris un engagement daté. Vous l'avez nié en commission et, ce matin encore, vous avez remué la tête en signe de dénégation.

On peut pourtant lire dans le *Journal officiel* des débats du 25 juin 1990, à la page 2885, s'agissant de l'augmentation du prix du tabac, que le Gouvernement proposera une disposition « dans le cadre du projet de loi de finances pour 1991 pour être applicable au 1^{er} janvier 1991 ». Je pense que le service du compte rendu a fidèlement transcrit vos paroles. (Applaudissements sur les bancs des groupes du Rassemblement pour la République et Union pour la démocratie française.)

M. Louis de Broissia, rapporteur pour avis. Très bon rappel !

M. Jean-Yves Chamard. Il est grave de ne pas tenir cet engagement car, nous le savons tous, s'il existe une corrélation assez faible entre la publicité et la consommation, il

existe une corrélation forte entre le prix du tabac et de l'alcool et leur consommation. Une fois encore, vous avez reculé, et nous pouvons difficilement vous croire maintenant.

Pour le système des retraites, j'ai rappelé tout à l'heure les engagements successifs que vous aviez pris sur la date à laquelle nous débattrions enfin de ce grand problème. Nous reparlerons de tout cela jeudi prochain, puisque j'aurai l'honneur et le plaisir de parler au nom du groupe R.P.R. sur la C.S.G., mais comment ne pas souligner dès maintenant l'irresponsabilité qui consiste à repousser sans arrêt les décisions qui s'imposent ?

Pour mémoire, je rappellerai les engagements pris par Théo Braun sur le décloisonnement entre le sanitaire et le social, et M. Boulard s'en souvient certainement. Nous avons finalement accepté de modifier la législation relative aux longs séjours, avec, en contrepartie, un engagement de décloisonnement entre le sanitaire et le social. Aujourd'hui, rien n'est en vue dans ce domaine. Pour les médecins, tiendrez-vous vos engagements ?

Je pourrais allonger la liste, je ne le ferai pas. Mais vous comprendrez que dans ces conditions le groupe R.P.R. refuse de voter votre budget. *(Applaudissements sur les bancs des groupes du Rassemblement pour la République, Union pour la démocratie française et de l'Union du centre.)*

M. le président. Je vous remercie.

La parole est à M. le ministre des affaires sociales et de la solidarité.

M. Claude Evin, ministre des affaires sociales et de la solidarité. Monsieur le président, messieurs les rapporteurs, mesdames, messieurs les députés, au travers du département ministériel dont la responsabilité m'incombe depuis plus de deux ans, j'ai en charge les plus faibles et les plus fragiles, ceux qui subissent et qui subiront de plein fouet les difficultés actuelles et futures. Pour ceux-là, le mot « solidarité » doit conserver tout son sens. De même, pour tous les Français, les mots « protection sociale » ont une valeur symbolique inébranlable.

Notre société a su construire depuis un demi-siècle un système de protection sociale exemplaire, sur l'avenir duquel je reviendrai longuement.

Quelle signification faut-il en effet accorder aux quelques dizaines de milliards de crédits budgétaires dont nous débattons aujourd'hui, par comparaison avec le budget social de la nation, supérieur au budget de l'Etat.

Que pèsent, par exemple, deux milliards d'interventions en matière de santé, au titre du budget de l'Etat, quand les seules dépenses hospitalières prises en charge par la sécurité sociale en représentent cent fois plus ?

Le budget qui est soumis à la discussion de l'Assemblée nationale aujourd'hui n'est que la partie émergée de l'iceberg.

M. Jean-Luc Prél. C'est ce que j'ai dit ce matin !

M. le ministre des affaires sociales et de la solidarité. Il ne représente que 48 milliards de francs, alors que l'ensemble des moyens de la solidarité dans notre pays est de plus de 1 400 milliards de francs.

La politique menée en matière de solidarité l'est, bien sûr, grâce à l'ensemble de ces moyens. C'est cette politique globale qui intéresse la représentation nationale au-delà du seul budget du ministère des affaires sociales. C'est donc cette politique globale que je voudrais vous présenter.

Aussi, après vous avoir naturellement présenté le budget du ministère des affaires sociales et de la solidarité, reviendrai-je plus largement sur l'ensemble de la politique de solidarité - solidarité entre les générations et solidarité devant la maladie.

La solidarité est en effet au cœur des choix budgétaires du Gouvernement, même si la discussion de l'ensemble du projet de loi de finances est marquée, en cet automne 1990, par notre environnement international. Alourdissant nos contraintes, infléchissant nos perspectives économiques, la crise du Golfe et la fièvre générale de cette région du monde ne peuvent que nous inciter à la prudence budgétaire. Cependant, cette prudence ne doit pas nous conduire à des écarts inacceptables.

Dans toutes ces difficultés, l'impératif de solidarité doit être préservé. Telle est bien la ligne de conduite qui a été suivie dans l'élaboration du budget de mon département ministériel.

Avec 48 milliards, le budget est en progression de plus de 6 p. 100.

Un effort massif de solidarité que traduit la croissance de plus de 20 p. 100 du R.M.I., une volonté affirmée en matière de politique de santé publique, dont les crédits augmentent de près de 10 p. 100, et une volonté affirmée en matière de modernisation de notre administration, tels sont les trois axes que je souhaite développer devant vous, avant d'élargir nos réflexions à l'évolution de la protection sociale.

L'effort massif fait en faveur de la solidarité apparaît clairement dans la croissance du R.M.I. : 7,9 milliards en 1990 et 9,1 milliards en 1991. Cet effort budgétaire traduit à lui seul le cap social que le Gouvernement maintient.

Mais vous savez l'importance que j'accorde, comme vous tous, au « I » du R.M.I. Nous partageons tous, conseils généraux, administrations de l'Etat, associations, l'« obligation » de combattre pour la réussite de l'insertion.

Nous savons combien la partie est difficile. Elle n'est pas encore gagnée. Il faut un acharnement exemplaire de toutes les parties prenantes. Pour les 500 000 bénéficiaires du R.M.I., le nombre des contrats d'insertion progresse régulièrement. Un tiers environ des allocataires en ont aujourd'hui signé un. Ce pourcentage est encore insuffisant, mais il illustre une mobilisation locale réelle inscrite dans les programmes départementaux d'insertion.

La contribution des départements représentait 1 milliard en 1989. Leur engagement, faible en début d'année, a progressé même si les situations ont été variables d'un département à l'autre. Cette contribution augmente désormais à un rythme significatif.

J'ai, par ailleurs, accentué l'effort de l'Etat pour accroître l'efficacité de cette action : les cellules d'appui et les organismes concourant à l'insertion seront dotés cette année de 30 millions, notamment pour développer l'insertion professionnelle grâce aux agents que l'A.N.P.E. mettra à disposition. Ils seront financés pour partie par l'Etat et pour partie par les conseils généraux pour appuyer l'action d'insertion mise en place conjointement. Au total, 250 postes seront pourvus sur le terrain à la fin de l'année 1991.

Le R.M.I., la politique d'insertion en traitant au fond les problèmes, réduisent évidemment les besoins d'aide d'urgence ou d'intervention ponctuelle. Mais les besoins ne disparaissent pas pour autant complètement car les situations de pauvreté sont souvent très complexes. C'est l'objet de la politique sociale menée par le Gouvernement, en complément ou au-delà du R.M.I.

C'est ainsi que cette année, comme les précédentes, s'engage, dès ce mois-ci, une nouvelle campagne « pauvreté-précarité », pour laquelle, sur la fin de la gestion de 1990, 40 millions viennent d'être dégagés, nuancant ainsi l'apparente décélération des crédits « pauvreté » inscrits au chapitre 47-21 pour 1991.

Certes, les jeunes sont, et nous le constatons tous les jours, la chance d'une société qui bénéficie d'un réel dynamisme démographique. Mais c'est aussi une population fragile. Je pense particulièrement à ceux que l'absence de formation et d'emploi rendent vulnérables, guettés par la rupture sociale et la marginalisation. Il faut inlassablement redonner leurs chances à ces jeunes.

Trois actions prioritaires ont été engagées et seront poursuivies en faveur des jeunes le plus en difficulté.

Les programmes des opérations « été-jeunes » et de prévention de la délinquance seront de plus en plus orientés, particulièrement cette année, vers les jeunes les plus marginalisés.

Un fonds « jeunes » est créé cette année, doté initialement de 20 millions de francs. Il doit permettre d'aider ponctuellement les jeunes à sortir d'une situation critique et à réintégrer un dispositif de formation professionnelle. L'Etat joindra ainsi ses efforts à ceux des collectivités locales.

Par ailleurs, les politiques interministérielles de la ville - conventions de quartier, contrats d'agglomération - visant toutes les populations marginalisées et traitant globalement des questions d'intégration trouvent leur marque budgétaire pour 1991.

Ces quelques brèves remarques sur la politique d'insertion, d'intégration, de lutte contre les inégalités, ne donnent bien sûr qu'un reflet de l'ensemble de la politique sociale menée par le Gouvernement.

Mme Dorlhac et M. Gillibert vous présenteront plus complètement la politique du Gouvernement en faveur des personnes âgées, des familles et des personnes handicapées. J'indique cependant brièvement l'effort considérable fait en matière d'humanisation des hospices et de développement des places de C.A.T. : 154 millions pour 2 800 places.

Je note également la mise en place d'une nouvelle politique de création de places de M.A.S., visant à doubler en quatre ans la capacité actuelle et qui, là encore, permettra de conjuguer les efforts de l'Etat en matière d'investissement, de l'assurance maladie en matière de fonctionnement et des conseils généraux en matière d'hébergement des adultes lourdement handicapés.

Parallèlement à ces efforts importants en faveur de la solidarité, le budget de notre ministère témoigne d'une volonté affirmée en matière de santé.

Voilà un objectif qui reflète, comme le confirment tous les sondages les plus récents, un des souhaits les plus vifs des Français : voir reculer les frontières de la mort, alléger les souffrances, permettre à chacun un égal accès à des soins de qualité, toutes ces questions doivent trouver leur traduction politique.

Je ne développerai pas l'ensemble du budget de la santé que Bruno Durieux vous présentera tout à l'heure, m'en tenant à quelques grandes orientations.

Nous avons choisi cette année, vous le savez, de mettre l'accent sur la santé publique, et donc d'affirmer la volonté du Gouvernement de protéger le capital de santé des Français. La lutte contre l'alcoolisme, le tabagisme et la consommation abusive de médicaments seront les priorités de 1991. Les crédits inscrits dans le budget compléteront le dispositif de prévention financé par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés. Car, désormais, la sécurité sociale ne se contente plus d'assurer le risque maladie : elle investit de plus en plus pour prévenir celle-ci.

En 1990, le Fonds national de prévention, géré par la C.N.A.M.T.S., a engagé 944 millions de francs d'actions de prévention, soit une progression par rapport à 1989 de 144 millions de francs traduits en année pleine. Le chiffre n'est pas encore fixé pour 1991 : il s'agit naturellement d'un budget qui est discuté avec la Caisse nationale d'assurance maladie. Mais je puis d'ores et déjà vous indiquer que le président de cette caisse est tout à fait d'accord pour augmenter en 1991 la dotation du Fonds national de prévention.

Deux autres grands types d'interventions sont identifiés par des mesures spécifiques dans ce budget : il s'agit des actions de lutte contre le sida, d'une part, et contre la toxicomanie, d'autre part.

Ce seront 140 millions de francs qui seront dégagés en 1991 pour poursuivre la lutte contre le sida. Ces crédits permettront d'amplifier les actions médico-sociales, menées directement par notre ministère, tournées principalement vers la prise en charge des malades en dehors des périodes d'hospitalisation, en collaboration avec les réseaux associatifs, très mobilisés dans ce secteur, ainsi que, par ailleurs, la politique d'information et de prévention que l'Agence française de lutte contre le sida met en œuvre.

Autre inquiétude nationale, et même internationale : la drogue. La lutte contre la drogue est une des grandes priorités du Gouvernement, dont la coordination est assurée par la délégation interministérielle sous l'autorité de Mme Dufoix : 250 millions de francs sont donc inscrits au titre des crédits interministériels. Le budget de la solidarité est le premier bénéficiaire de cette priorité puisque cette année les crédits propres à mon ministère sont augmentés de plus de 100 millions de francs afin de renforcer le dispositif de prise en charge des toxicomanes.

Je précise - j'appelle votre attention sur ce point car je sais que, dans le domaine de la lutte contre la toxicomanie, l'attente est grande sur le terrain - que, depuis 1987, toutes les mesures nouvelles dans ce secteur ont été assurées sur des crédits interministériels, en principe non reconductibles. Cette situation a fait naître un problème structurel de financement pour les centres. J'ai donc voulu cette année assainir la situation, consolider et sécuriser financièrement le secteur spécialisé, ce qui l'aidera à évoluer.

Mais, comme vous le savez, la drogue, ce n'est pas un simple problème de prise en charge financière. La drogue traduit le malaise des jeunes, autant que la violence et la délinquance. Il n'est pas possible de traiter isolément chacun de ces problèmes, qui se nourrissent les uns et les autres dans

l'enfermement des ghettos et des cités, dans ces banlieues déshéritées où les difficultés d'intégration sont tellement massives qu'il faut toutes les volontés locales, toutes les volontés interministérielles pour s'y attaquer.

Ici, l'action sociale que je vous ai présentée au début de mon intervention doit bien sûr venir compléter l'action sanitaire.

Troisième orientation du budget : la modernisation du ministère engagée en 1988.

Il s'agit d'un pan souvent caché de la politique d'un ministère. Pourtant, c'est une opération primordiale si nous voulons que l'administration des affaires sociales et de la solidarité soit à la hauteur des enjeux qu'elle porte.

Dans le cadre du renouveau du service public, chantier ouvert par le Premier ministre, j'ai, depuis plus de deux ans, développé un projet d'administration visant à mobiliser les personnels et à moderniser les services.

Pour la première fois en 1991, le solde de nos emplois sera positif et consacrera une requalification des services, engagée contractuellement sur trois ans avec le ministère du budget. Ce contrat permettra, en outre, diverses revalorisations indemnitaires et statutaires.

Un effort de formation continue sans précédent a été acté. Un accord triennal passé avec les organisations syndicales permettra à tous les agents de bénéficier de cinq jours de formation par an à l'horizon 1993.

Enfin, une administration moderne sait développer des outils performants. Aux systèmes experts utilisés depuis quelques années, notamment dans le contrôle des prestations de sécurité sociale, s'ajoutent aujourd'hui les projets de développement de cartes à mémoire, qui, à terme, simplifieront énormément les démarches de chacun.

Telles sont les quelques brèves remarques que je souhaitais formuler à propos d'une administration qui est en train de vivre, en termes de modernisation, de qualification et d'organisation, une révolution - je n'hésite pas à le dire - silencieuse, mais hautement nécessaire.

Comme je vous l'ai déjà indiqué, mesdames, messieurs les députés, et parce que cela répond à un souhait maintes fois exprimé par la représentation nationale et par le Gouvernement, il est utile qu'à l'occasion de la présentation du budget du ministère des affaires sociales et de la solidarité, nous ayons au Parlement un débat sur l'ensemble de la politique de protection sociale menée dans notre pays.

Je souhaite donc, après cette présentation du budget du ministère, replacer notre action dans le cadre plus général de la politique de solidarité que poursuit le Gouvernement.

J'évoquerai ainsi, d'abord, le renouveau des solidarités entre générations et, ensuite, le renforcement de la solidarité devant la maladie.

Le renouveau des solidarités entre générations, d'abord.

Contrairement à une idée répandue, les différentes enquêtes menées en France et dans les pays européens montrent la permanence des liens familiaux entre les générations.

En 1987, près de 25 p. 100 des Français de plus de soixante-quinze ans vivaient avec d'autres membres de leur famille, surtout avec leurs enfants. C'est ainsi que la cohabitation de trois générations, attribuée à tort à la société de jadis, a augmenté en Europe depuis la dernière guerre mondiale.

La famille moderne, tout en se transformant, ne se désintègre pas. Elle évolue plutôt dans un renforcement des liens entre les générations, qui constituent un de ses principaux axes de stabilité.

A l'encontre d'un autre stéréotype, la famille reste le lieu d'exercice des solidarités. Ces solidarités sont vivaces en dépit de tous les discours que l'on entend ici ou là sur leur dissolution. Ces solidarités s'exercent d'abord des générations les plus âgées vers les générations plus jeunes. Les parents retraités aident les jeunes ménages financièrement, matériellement, moralement.

Les jeunes retraités qui disposent de bons revenus et d'un patrimoine confortable contribuent à installer les jeunes générations dans la vie.

Les soutiens sont réciproques quand vient le grand âge. Les solidarités demeurent effectives quand l'avancée en âge entraîne la dépendance. Si plus de 75 p. 100 des personnes âgées très dépendantes demeurent aujourd'hui encore à

domicile, c'est qu'elles y bénéficient de l'aide bénévole, principalement familiale, sans laquelle l'aide de la collectivité serait inopérante.

Il est donc clair que ces solidarités entre les générations doivent, pour pouvoir perdurer, être soutenues, étayées par l'intervention des pouvoirs publics.

Une politique de la famille vise à compenser en partie les charges supplémentaires que la présence d'enfants induit pour les ménages. Sachons que les personnes âgées, lorsqu'elles sont dépendantes, peuvent représenter une charge pour leurs enfants qui sont eux-mêmes parents d'enfants à charge.

Pour éviter que la génération des 45-60 ans, confrontée à des charges multiples, n'ait à faire des choix entre les différentes charges familiales qui pèsent sur elle, il nous faut aujourd'hui - et je soumets ce point à votre réflexion - avoir une approche plus globale pour l'adaptation de notre politique familiale.

La politique de la vieillesse doit être aussi une politique familiale de la vieillesse !

Les pouvoirs publics doivent aussi conforter les solidarités familiales lorsque celles-ci sont confrontées à la dépendance des personnes âgées.

Nous avons présenté avec Mme Dorlhac, au conseil des ministres de mercredi dernier, la politique que nous souhaitons mener pour améliorer la prise en charge de la dépendance. C'est en effet une priorité du Gouvernement pour 1991. Les décisions prises, qui seront plus largement exposées par Mme Dorlhac, s'articulent autour de quatre objectifs.

Le premier de ces objectifs est l'adaptation de notre système de protection sociale à la prise en charge de la dépendance des personnes âgées.

Une commission instituée auprès du Commissariat général au Plan sera chargée de proposer d'ici au mois de mai 1991 les réformes à apporter au dispositif actuel. Nous allons constituer cette commission.

Il est intéressant de constater que les parlementaires qui ont soutenu les gouvernements en place pendant des années et des années reprochent au gouvernement actuel, qui assume ses responsabilités, de n'avoir rien fait. Si rien n'a été fait, mesdames, messieurs de l'opposition, c'est parce que vous n'avez pas pris vos responsabilités en temps utile ! (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste. - Exclamations sur les bancs des groupes du Rassemblement pour la République et Union pour la démocratie française.*)

M. Louis de Broissia, rapporteur pour avis. Qui est au pouvoir ?

M. Jean-Luc Préal. Dix ans de pouvoir socialiste !

M. le ministre des affaires sociales et de la solidarité. Messieurs les parlementaires de l'opposition, arrêtez de ricaner !

M. Denis Jacquet, rapporteur pour avis. On écoute la leçon !

M. le ministre des affaires sociales et de la solidarité. En matière de dépendance, quel est le problème ? Il ne tient pas aux moyens financiers, puisqu'on estime à quelque 20 milliards de francs les sommes dépensées chaque année à ce titre.

M. Denis Jacquet, rapporteur pour avis. Il en faudrait quarante !

M. le ministre des affaires sociales et de la solidarité. Il tient à l'éclatement des financements entre des acteurs nombreux et divers : organismes de protection sociale, collectivités territoriales, mouvements associatifs. Pour les faire mieux collaborer, nous avons de bonnes hypothèses de travail. Ce n'est donc plus un problème d'expertise qui se pose. Nous devons maintenant les réunir autour d'une même table pour élaborer ensemble le mécanisme. Ce sera la mission du groupe de travail constitué auprès du commissariat général du Plan. Il ne s'agit plus de réfléchir à je ne sais quel montage nouveau, mais de passer à l'acte afin que, dès l'automne 1991, le Parlement puisse être saisi du dispositif législatif nécessaire à cette application concrète.

M. Denis Jacquet, rapporteur pour avis. Il faut de l'argent !

M. Jean-Yves Chamard. Eh oui ! D'où viendra-t-il ?

M. le ministre des affaires sociales et de la solidarité. D'où viendra l'argent ? On en reparlera tout à l'heure ! Mais ce n'est tout de même pas ceux qui disent sans arrêt qu'il faut diminuer les dépenses qui vont nous demander maintenant de les augmenter ! (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.*)

M. Denis Jacquet, rapporteur pour avis. Nous disons qu'il faut maîtriser les dépenses ! C'est pourtant du bon français !

M. Jean-Luc Préal. Maîtrisez les dépenses et vous trouverez l'argent nécessaire !

M. le ministre des affaires sociales et de la solidarité. La deuxième action que nous avons définie avec Mme Dorlhac, c'est l'accélération de l'adaptation médicale des établissements et services accueillant les personnes âgées dépendantes : 45 000 places médicalisées supplémentaires seront créées en trois ans, ce qui représente un nouvel effort de l'assurance maladie de 1,5 milliard de francs, et les forfaits de soins des sections de cure médicale et des services de soins infirmiers à domicile progresseront de façon significative.

Troisième action : l'amélioration de la qualité de vie dans les établissements pour personnes âgées.

Enfin, quatrième action : il faut renforcer l'aide au maintien des personnes âgées dépendantes dans leur environnement. Les services de soins infirmiers à domicile seront développés et l'aide ménagère financée par la C.N.A.V.T.S. progressera sensiblement.

M. Denis Jacquet, rapporteur pour avis. De combien ?

M. le ministre des affaires sociales et de la solidarité. L'autre objectif de notre politique de la famille est de créer un environnement favorable à l'enfance. C'est le plus ancien, celui sur lequel nous ne pouvons relâcher notre effort car l'équilibre démographique à long terme de notre société en dépend.

Le Gouvernement s'attache donc à poursuivre et à développer les moyens d'une politique de l'enfance qui tienne compte des évolutions de notre société et des conditions de vie quotidienne des familles. Il s'agit de concilier la vie familiale avec la vie sociale et professionnelle.

Parallèlement à l'adaptation de notre politique familiale, l'évolution des régimes de retraites pose un problème crucial pour les solidarités entre générations.

M. Jean-Yves Chamard. C'est exact !

M. le ministre des affaires sociales et de la solidarité. Il nous appartient donc de définir pour les vingt ans à venir un équilibre entre actifs et non-actifs. La croissance des charges de retraite est, en effet, inéluctable...

M. Jean-Yves Chamard. Mais le Président de la République ne le savait pas en 1988 ! (*Exclamations sur les bancs du groupe socialiste.*)

M. Louis de Broissia, rapporteur pour avis. Et il a fait des promesses inconsidérées !

M. le ministre des affaires sociales et de la solidarité. ... inéluctable sous l'effet de deux phénomènes : des retraités plus nombreux, notamment du fait de l'allongement de la durée de vie ; des pensions plus élevées car les nouveaux retraités ont cotisé plus longtemps sur des salaires plus élevés et bénéficient d'une législation plus favorable que celle de leurs aînés.

La dynamique naturelle des dépenses de retraites est donc supérieure à celle des recettes. Mais ce phénomène n'est pas nouveau. Comment y avons-nous fait face jusqu'à présent ? Par une hausse continue du taux des cotisations affectées à la vieillesse. Ce taux est passé pour le régime général de 8,5 p. 100 en 1967 à 15,8 p. 100 en 1990.

Ce choix, que nous avons fait il y a vingt ans, correspondait à une aspiration fondamentale. Il est la marque de l'importance qu'accordent nos concitoyens à la sécurité de leurs vieux jours, au droit au repos après une vie d'activité. Il a permis de parvenir à la situation actuelle qui assure aux nouveaux retraités des retraites satisfaisantes. Au début des années 60 - vous vous en souvenez - le rapport Laroque lançait un cri d'alarme sur la situation morale et financière des personnes âgées. Aujourd'hui, au début des années 90, il reste des pensions - trop nombreuses certes - d'un niveau modeste mais, en règle générale, les retraités vivent mieux.

M. Denis Jacquat, rapporteur pour avis. Il faut prévoir 2005 ! (*Exclamations sur les bancs du groupe socialiste.*)

M. Umberto Battist. Ce n'est pas vous qui gouvernez !

M. Denis Jacquat, rapporteur pour avis. La semaine prochaine, ça change ! (*Sourires.*)

M. le ministre des affaires sociales et de la solidarité. En moyenne, ils ont à présent rattrapé le niveau de vie des actifs. Pour une carrière complète, le taux de remplacement est désormais satisfaisant.

La retraite par répartition repose sur la solidarité entre générations. C'est donc bien en termes d'équité entre générations que se pose la problématique des retraites à l'horizon 2005. (*« Très bien ! » sur les bancs du groupe socialiste.*)

M. Denis Jacquat, rapporteur pour avis. Ah !

M. le ministre des affaires sociales et de la solidarité. Quel équilibre des revenus entre actifs et inactifs ? Si nous n'y prenons garde, nos mécanismes actuels, livrés à eux-mêmes, creuseront des écarts que nous n'aurons pas souhaités. Doit-on laisser faire les choses ou prendre conscience des choix que nous avons devant nous, lucidement, sereinement et en prenant le temps nécessaire, car il y a de la pédagogie à faire, y compris auprès des parlementaires de l'opposition ! (*Exclamations sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République.*)

M. Denis Jacquat, rapporteur pour avis. Merci, monsieur le professeur !

M. le ministre des affaires sociales et de la solidarité. Vous avez bien besoin d'explications parce que vous ne semblez pas comprendre grand-chose !

M. Jean-Yves Chamard. Agissez ! Ne parlez pas !

M. Jean-Luc Prél. Revoilà le ministre politicien !

M. le président. Je vous en prie, mes chers collègues.

M. le ministre des affaires sociales et de la solidarité. Laisser faire ou prendre conscience lucidement des choix qui nous attendent, tel est donc tout l'enjeu, le seul enjeu du débat sur les retraites !

Il importe en effet de rassurer les Français.

M. Denis Jacquat, rapporteur pour avis. C'est bien vrai !

M. Jean-Yves Chamard. Mais ce n'est pas ce que vous faites !

M. le ministre des affaires sociales et de la solidarité. Les discours complaisants qui évoquent la faillite de nos systèmes de retraite n'aident pas à préparer l'avenir. (*Exclamations sur les bancs des groupes du Rassemblement pour la République, Union pour la démocratie française et de l'Union du centre.*)

Je le dis clairement du haut de cette tribune, pour vous d'abord, mais aussi au-delà de cet hémicycle : il n'est pas question de revenir sur les retraites liquidées ; les droits acquis ne seront pas remis en cause ; les retraites seront payées ! (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.*)

M. Jean-Yves Chamard. Et l'indexation sur les salaires ? Comment seront-elles indexées ?

M. le ministre des affaires sociales et de la solidarité. Pour autant, le débat sur les retraites doit avoir lieu et il doit porter sur les vraies questions. Les travaux d'experts et de commissions sont nombreux.

M. Denis Jacquat, rapporteur pour avis. Beaucoup trop !

M. le ministre des affaires sociales et de la solidarité. Mais il est temps...

M. Louis de Broissia, rapporteur pour avis. D'agir !

M. le ministre des affaires sociales et de la solidarité. ... que la représentation parlementaire soit saisie du problème. (*« Ah ! » sur les bancs des groupes du Rassemblement pour la République, Union pour la démocratie française et de l'Union du centre.*)

M. Adrien Zeller. Vous l'avez nié pendant trois ans !

M. le ministre des affaires sociales et de la solidarité. Et vous, monsieur Zeller, qu'avez-vous fait quand vous étiez secrétaire d'Etat à la sécurité sociale, sinon amuser la galerie avec vos états généraux ? (*Protestations sur les bancs des groupes de l'Union du centre, Union pour la démocratie française et du Rassemblement pour la République.*)

M. Jean-Yves Chamard. Pas vous, pas ça !

M. Adrien Zeller. Puis-je répondre, monsieur le président ?

M. le président. Si M. le ministre y consent.

M. le ministre des affaires sociales et de la solidarité. M. Zeller a déjà eu la parole, monsieur le président, et il l'aura de nouveau ultérieurement, s'il le souhaite.

M. le président. Eh bien, poursuivez, monsieur le ministre, mais puis-je vous suggérer de ne pas trop interpellier nos collègues ? (*Sourires.*)

M. le ministre des affaires sociales et de la solidarité. Ce débat, le Premier ministre l'a indiqué clairement, nous l'aurons au printemps...

M. Jean-Yves Chamard. ... Pâques ou à la Trinité !

M. le ministre des affaires sociales et de la solidarité. ... sur la base d'un livre blanc que je prépare et qui doit traiter de l'ensemble des régimes de retraite et non du seul régime général. (*« Très bien ! » sur les bancs du groupe socialiste.*)

En effet, tout ce dont vous avez parlé jusqu'à présent, messieurs les députés de l'opposition, découlait d'une réflexion biaisée portant sur le seul régime général...

M. Jean-Yves Chamard. C'est vous qui menez les réflexions !

M. le ministre des affaires sociales et de la solidarité. ... alors qu'il est nécessaire de poser le problème en mettant tous ses éléments sur la table. Nous ne prétendons pas traiter d'un coup l'ensemble du problème, mais il faut au moins que la négociation avec le corps social puisse tenir compte de la situation des différents régimes de retraite.

M. Jean-Yves Chamard. C'est votre responsabilité !

M. le ministre des affaires sociales et de la solidarité. Tous les partenaires concernés pourront s'exprimer à partir de ce livre blanc.

M. Louis de Broissia, rapporteur pour avis. Dépêchez-vous !

M. Denis Jacquat, rapporteur pour avis. N'attendez pas qu'il soit poussièreux !

M. le ministre des affaires sociales et de la solidarité. Et du reste, le Gouvernement ne verrait que des avantages à ce qu'une mission parlementaire puisse, sur cette base, préparer le débat. (*« Ah ! » sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République.*)

M. Denis Jacquat, rapporteur pour avis. Nous sommes là pour travailler !

M. le ministre des affaires sociales et de la solidarité. Développer les solidarités entre les générations, voilà un premier défi. Le deuxième défi qui nous est lancé, c'est le nécessaire renforcement de la solidarité devant la maladie.

Pour y faire face, notre pays s'est doté d'un système de santé et de protection sociale. J'insiste bien sur ces deux termes : car je suis convaincu que les deux modes d'organisation sont indissociables. Le système de santé puise sa sève dans l'assurance maladie qui, elle-même, ne peut durablement être garantie que par un fonctionnement régulé du système de santé.

Entre le système national britannique et le règne de la protection individuelle et privée aux Etats-Unis, la République fédérale d'Allemagne et la France ont, chacune à leur manière, suivi des voies moyennes mais escarpées, une ligne de crête entre responsabilité et liberté, avec peut-être une dominante pour la responsabilité outre-Rhin et pour la liberté chez nous.

Mais, en République fédérale d'Allemagne comme en France, les pouvoirs publics ont été en permanence confrontés aux nécessités de rééquilibres financiers successifs. A chaque fois, le choix fondamental est entre la maîtrise des dépenses d'assurance maladie et la recherche de la

meilleure efficacité du système de santé. Ce Gouvernement - contrairement à celui qui l'avait précédé - s'est engagé sans ambiguïté dans la seconde voie.

La première voie, la maîtrise des dépenses d'assurance maladie, a souvent été privilégiée : elle a pour elle des apparences de rentabilité immédiate et peut se parer des vertus de la responsabilisation des consommateurs. Elle a cependant pour effet immédiat de réduire la prise en charge collective. Elle réduit de façon plus ou moins brutale l'égalité d'accès aux soins et condamne les plus déshérités à éviter autant que possible de se faire soigner. Elle est donc la négation de l'effort de construction d'un système d'assurance sociale contre la maladie.

M. Jean-Yves Chamard. De 1981 à 1986, le taux de la couverture sociale a baissé de façon permanente !

M. le ministre des affaires sociales et de la solidarité. Mais elle n'est pas seulement attentive aux libertés des patients. Elle porte également en elle le germe de la réduction des libertés fondamentales des praticiens. Quand le ticket modérateur s'accroît, les assurances individuelles retrouvent des marges d'intervention. Or leur logique lucrative les conduit inévitablement à sélectionner les praticiens agréés pour leurs services et, partant, à leur imposer des normes en matière de soins et de prescriptions.

Enfin, la régulation par la maîtrise des dépenses d'assurance maladie n'a jamais fait la preuve de son efficacité économique. Il faut, en effet, se souvenir que l'essentiel de la consommation médicale n'est pas une consommation libre mais une consommation contrainte. Choisit-on d'être malade ? Choisit-on sa maladie ? Choisit-on les soins que l'on reçoit ?

Le choix fait par le Gouvernement depuis 1988 et réaffirmé le 12 avril 1989 lors de la communication que j'ai présentée en conseil des ministres sur la politique de santé 1989-1992 a été, tout au contraire, de rechercher la meilleure efficacité du système de santé afin de garantir le niveau de prise en charge, l'égal accès aux soins et la meilleure efficacité thérapeutique.

Ce choix, c'est le refus des fausses fenêtres politiques, des tentations technocratiques qui reposent sur l'idée que le déficit de l'assurance maladie s'expliquerait par la demande excessive de soins des malades.

Loin de moi l'idée de nier l'existence d'excès. Il en existe.

M. Jean-Yves Chamard. Le Premier ministre a découvert l'hépatite médicamenteuse !...

M. le ministre des affaires sociales et de la solidarité. Ces excès sont parfois conscients, ils sont le plus souvent le fruit d'un manque d'information. C'est d'ailleurs pour cette raison qu'une campagne sur le bon usage du médicament sera prochainement lancée pour limiter des comportements qui sont préjudiciables à l'assurance maladie mais aussi, le plus souvent, à la santé publique. Elle complètera l'actuelle campagne de la Caisse nationale d'assurance maladie : « Mieux se soigner, cela s'apprend ».

Mais ces excès ne doivent pas masquer l'essentiel : dans l'immense majorité des cas, les assurés sociaux ne consomment pas des soins par plaisir ou par erreur. Il faut d'ailleurs savoir que 5 p. 100 d'entre eux, les plus malades, représentent 64 p. 100 de la dépense de santé.

Qu'on me permette de prendre un exemple, un exemple important pour ses incidences financières, un exemple important par sa portée humaine. Il y a quelques mois, un médicament, le Zophren a été disponible. Son efficacité est aussi scientifiquement établie que son coût est élevé, un milliard de francs par an, voire plus. Pourtant les pouvoirs publics ont assuré la prise en charge de ce médicament, et là aussi il y a de la pédagogie à faire pour relativiser la notion de déficit de la sécurité sociale, lorsque celui-ci s'établit à 4 ou 5 milliards alors que le coût d'un seul médicament peut atteindre 1 milliard.

Les pouvoirs publics ont donc assuré la prise en charge de ce médicament, non seulement par devoir mais aussi avec fierté, car ce médicament réduit de manière remarquable les effets les plus éprouvants des chimiothérapies des cancéreux. Il permet de suivre ces traitements dans des conditions de qualité de vie incomparables et de les suivre plus longtemps. C'est cela le quotidien de notre système de protection sociale.

Face à de tels choix - dont je souhaite que l'Assemblée débâte - quelle devait être l'attitude des pouvoirs publics ? Réduire les remboursements ? Augmenter les prélèvements obligatoires pour faire face à la dépense ? Contingenter administrativement la distribution du nouveau médicament sans prendre en compte les besoins médicaux ? Non, la France consacre déjà une part très importante de sa richesse à la santé. A cet égard, elle est au troisième rang des pays de l'O.C.D.E. et la dépense de santé par habitant était de 9 000 francs en 1989.

Aussi l'évolution des ressources de l'assurance maladie doit-elle nous permettre de financer ces progrès thérapeutiques, à condition, bien sûr, de poursuivre en permanence un effort de gestion du système de santé.

L'évolution récente du taux de remboursement par la sécurité sociale montre, contrairement à ce que vous avez affirmé, monsieur Millet, que la maîtrise des dépenses de santé est possible sans pénaliser les assurés sociaux.

Après la baisse de deux points que notre couverture sociale avait connue de 1986 à 1988, le taux de remboursement des dépenses de santé s'est stabilisé et il a même à nouveau augmenté en 1989 pour revenir à 74,4 p. 100.

M. Jean-Yves Chamard. Et de 1981 à 1986 ?

M. le ministre des affaires sociales et de la solidarité. Le maintien d'un taux élevé de protection sociale est mon objectif. C'est un objectif ambitieux, car il faut regarder en face les dix ans qui viennent.

Nous savons que les besoins que doit satisfaire notre système de soins et de protection sociale évoluent pour diverses raisons :

A cause du vieillissement de la population et du développement prévisible de la dépendance ;

A cause des progrès médicaux, même si des gains de productivité du système en résultent également ;

A cause des nouveaux comportements de consommation médicale ;

A cause du développement de certaines pathologies, à commencer, bien sûr, par le sida ;

A cause de l'évolution de l'offre de soins : démographie des professions de santé, développement d'institutions ou de pratiques sanitaires qui ont pour effet d'accroître la demande de soins quasi mécaniquement.

Pour relever ces défis, il importe d'adapter notre système de soins et de protection sociale et de mettre en place des mécanismes structurels de régulation dans la lignée des principes arrêtés le 12 avril 1989, et ce dans quatre directions.

Tout d'abord, une politique d'adaptation du système hospitalier. Le service public hospitalier doit rester le cœur du système d'hospitalisation et évoluer afin de prendre en compte au mieux les progrès techniques mais aussi les nouveaux comportements face à la maladie. C'est l'objet de la future loi hospitalière.

Quant à l'hospitalisation à but lucratif, c'est-à-dire les cliniques, elle doit participer à l'effort de maîtrise des dépenses comme à celui d'adaptation du système hospitalier. Ce sera également l'un des objets de la loi.

Le deuxième axe a pour objectif la définition d'une nouvelle politique du médicament. Il nous faudra sortir des cercles vicieux de la surconsommation par la « surpromotion » des ventes.

Le troisième axe d'action concerne ce qu'il est convenu d'appeler « les soins ambulatoires », c'est-à-dire la médecine de ville.

En matière de régulation des dépenses et dans le respect des principes qui fondent notre système de santé en ce domaine, le Gouvernement, à l'occasion de la dernière convention médicale, a fait le choix de la responsabilisation des professionnels.

Nous poursuivrons dans la voie de la régulation contractuelle des dépenses de santé avec l'ensemble - je dis bien : l'ensemble - des professions.

M. Jean-Yves Chamard. Et vos engagements pour le 15 décembre ?

M. le ministre des affaires sociales et de la solidarité. Le quatrième volet de ces réformes structurelles poursuivra et amplifiera l'action entreprise en matière de bon usage des soins.

Il comportera le développement de l'évaluation médicale par la diffusion des conclusions des travaux menés notamment par l'agence nationale d'évaluation, le lancement des campagnes d'éducation pour la santé, la montée en charge très rapide des efforts importants consentis pour la formation continue des médecins et de l'ensemble des professionnels de santé.

Au travers de ces mesures structurelles, comme de la gestion permanente de l'assurance maladie, le Gouvernement poursuivra et amplifiera l'action de gestion rigoureuse des dépenses de santé qu'il conduit depuis 1988 et dont je tiens à rappeler les principes : maintenir un bon niveau de remboursement ; ne rembourser que ce qui est médicalement efficace ; payer les services de santé à leur juste prix ; lutter contre les gaspillages.

Depuis 1988, nous avons déjà obtenu des résultats. Ainsi, pour deux postes de dépenses qui ont été sous les feux de l'actualité, la pharmacie et la biologie, les comptes provisoires établis au début du mois de novembre 1990 font ressortir que « la maîtrise, ça marche ». Les dépenses de pharmacie sont sur la voie d'une augmentation de 5,9 p. 100 en 1990, contre 10,8 p. 100 et 15,6 p. 100 pour les deux années précédentes. Celles de biologie progresseront d'environ 0,8 p. 100 au lieu de 13,7 p. 100 et 11,4 p. 100 en 1988 et 1989. Oui, la maîtrise des dépenses, cela marche !

M. Jean-Yves Chamard. Vous ne pouvez pas renouveler tous les ans ce que vous faites ! C'est absurde !

M. le ministre des affaires sociales et de la solidarité. Il est vrai également que les postes des honoraires médicaux et des budgets des hôpitaux publics sont en hausse sensible, mais le Gouvernement a fait le choix de revaloriser sensiblement la situation des personnels des hôpitaux et honoraires des médecins conventionnés. Personnes ne s'est élevé contre ces revalorisations. Bien au contraire, vous avez considéré qu'elles n'étaient pas suffisantes et j'espère que personne, et surtout pas sur ces bancs, ne tirera argument de leurs effets comptables sur l'assurance maladie.

M. Denis Jacquat, rapporteur pour avis. Pourquoi ?

M. le ministre des affaires sociales et de la solidarité. L'évolution des dépenses en 1991 nous contraindra, je ne vous le cache pas, à opérer des choix particulièrement difficiles pour garder ce cap.

M. Jean-Yves Chamard. Ah ! voilà les vrais problèmes !

M. le ministre des affaires sociales et de la solidarité. Soyez en tout les cas assurés que le Gouvernement ne manquera pas du courage nécessaire devant chaque décision, comme il a déjà été courageux lorsqu'il a fallu prendre des décisions semblables ces deux dernières années.

M. Jean-Yves Chamard. Pour les retraites ?

M. le ministre des affaires sociales et de la solidarité. Sans opérer de prélèvements supplémentaires, je maintiendrai les comptes de l'assurance maladie en 1991 ; je m'y engage devant vous. (« Très bien ! » sur les bancs du groupe socialiste.)

M. Denis Jacquat, rapporteur pour avis. Et la C.S.G. ?

M. Jean-Yves Chamard. Et les retraites ?

M. le ministre des affaires sociales et de la solidarité. Mesdames, messieurs les députés, la politique de maîtrise de santé que le Gouvernement entend poursuivre est nécessaire pour préserver notre système de santé et de protection sociale. C'est une voie difficile car elle remet en cause certaines habitudes, certaines rentes de situation, certains comportements, mais je ne doute pas que chacun en constatera le bien-fondé et en tirera toutes les conséquences lors de la mise en œuvre de chaque mesure.

Il serait en effet pour le moins incohérent de passer de l'incantation en faveur de la maîtrise des dépenses à la « furia » contestataire lors de l'application concrète de cette politique.

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

M. Louis de Broissia, rapporteur pour avis. On ne se sent pas visé !

M. le ministre des affaires sociales et de la solidarité. Les perspectives que je viens d'évoquer en matière de gestion des risques seraient incomplètes si elles ne s'accompagnaient pas d'un effort pour rendre plus juste le financement de la sécurité sociale et pour faire évoluer son mode de gestion.

Sans anticiper sur les débats que nous aurons le 15 novembre, je rappelle que le Gouvernement vous propose de mettre tous les revenus à contribution alors qu'actuellement les revenus professionnels supportent la quasi-totalité des charges de la protection sociale.

L'instauration de la contribution sociale généralisée sera un acte de justice ; ce sera aussi une avancée de la démocratie.

M. Louis de Broissia, rapporteur pour avis. Si elle passe !

M. Jean-Yves Chamard. Pour le chômeur ou le smicard sans doute !

M. le ministre des affaires sociales et de la solidarité. Ce sera un acte de justice sociale puisque la branche famille est devenue universelle. Il est donc cohérent et juste de généraliser le financement des prestations familiales à l'ensemble de la population et par l'ensemble des revenus. Il s'agit là d'une revendication ancienne et légitime. Elle vient d'ailleurs de tous bords, je tiens à le rappeler.

M. Gilbert Millet. Surtout du patronat !

M. le ministre des affaires sociales et de la solidarité. Cela fait bien longtemps que vous refusez, vous, de présenter des propositions constructives !

Justice sociale encore, parce que la mise en place de la contribution sociale généralisée permettra de mieux proportionner l'effort de chacun aux ressources dont il dispose.

Les prélèvements sociaux et fiscaux restent en France moins progressifs que dans la plupart des pays européens - le rapport du conseil des impôts vient de le rappeler - et la déductibilité des cotisations sociales se révèle favorable aux revenus élevés, car elle réduit le caractère redistributif de l'impôt sur le revenu. C'est pourquoi la C.S.G. ne sera pas déductible. Cette faible progressivité tient également au poids des cotisations sociales plafonnées qui pèsent proportionnellement beaucoup plus sur les bas et moyens revenus.

M. Louis de Broissia, rapporteur pour avis. Qu'en pense M. Fabius ?

M. le ministre des affaires sociales et de la solidarité. Elles sont en fait dégressives avec les revenus ; c'est la justice à l'envers.

En revanche, la contribution sociale généralisée portera sur l'ensemble des revenus et se substituera à une partie de la cotisation salariale d'assurance vieillesse plafonnée.

La mise en place de la contribution sociale généralisée constituera également un progrès pour la démocratie, car elle permettra d'associer le Parlement, qui en votera le taux, aux choix fondamentaux en matière de protection sociale. A travers la contribution sociale généralisée, les élus de la nation se reconnaîtront un droit de regard sur un budget qui dépasse celui de l'Etat.

M. Jean-Yves Chamard. On vote déjà les augmentations de la fonction publique !

M. le ministre des affaires sociales et de la solidarité. Certains ont voulu dénaturer ce progrès de la démocratie sociale en le présentant comme une étatisation de la sécurité sociale. Or la démocratie politique n'est pas antinomique de la démocratie sociale. Au contraire, elles se renforcent mutuellement.

Ainsi, les pouvoirs des gestionnaires des caisses de sécurité sociale ne seront en rien altérés. Au contraire, leur rôle vient d'être accru par le vote récent par votre assemblée du projet de loi relatif au conseil d'administration des organismes de sécurité sociale. Aujourd'hui, chacun le constate, c'est l'Etat, le Gouvernement et le Parlement qui sont responsables, devant le pays, des équilibres financiers des différentes branches. Les partenaires sociaux assurent, quant à eux, pleinement le rôle de gestionnaire du système et je tiens d'ailleurs à rendre hommage au dévouement et à la compétence des administrateurs de nos caisses de sécurité sociale.

Pouvons-nous faire évoluer ce système ? Le Gouvernement y est disposé. Il a conçu, en effet, le report des élections comme l'occasion de mener une réflexion commune sur le renforcement des attributions des conseils d'administration et

l'amélioration de leur fonctionnement. Je suis ouvert à la définition d'un nouveau partenariat avec les caisses, fondé sur la contractualisation.

Ainsi, pour accroître l'autonomie de gestion des caisses et les responsabilités des partenaires sociaux, j'ai autorisé la signature de contrats d'objectifs pluriannuels entre la caisse et l'Etat. Chaque fois qu'un organisme entrera dans ce cadre conventionnel, la tutelle ne s'exercera plus qu'*a posteriori*, sur les résultats, dans le respect de l'autonomie des gestionnaires.

La même démarche me guide en ce qui concerne l'U.C.A.N.S.S., l'organisme chargé de la gestion du personnel de la sécurité sociale. Je souhaite que les partenaires sociaux exercent à nouveau toutes leurs responsabilités. Sur les deux questions en cause, qui sont, je le rappelle, la composition du conseil d'administration et les rapports entre l'U.C.A.N.S.S. et l'Etat, le Gouvernement fait preuve de la plus grande ouverture.

Pour le premier point, je souhaite très vivement que les partenaires sociaux s'accordent et me transmettent leurs propositions afin que je puisse proposer au Parlement, dès cette session, les dispositions nécessaires. Aujourd'hui, rien ne semble s'y opposer.

Sur les rapports avec l'Etat, j'ai proposé les grandes lignes d'un cadre renouvelé, plus respectueux de la responsabilité de chacun. Il appartient maintenant aux partenaires, dans le cadre de la mission confiée à M. Lavergne, de se déterminer par rapport à ces propositions. Il nous faut aboutir au plus vite car les problèmes à traiter sont urgents et je fais confiance aux partenaires sociaux pour que nous parvenions à construire ensemble, dans les prochains jours, de nouveaux rapports plus clairs et plus confiants.

Mesdames, messieurs les députés, j'ai voulu, au-delà du budget, dresser un tableau de la politique dans laquelle il s'inscrit. Je crois que c'était nécessaire. Le budget présenté est, j'en suis convaincu, au cœur de la politique de solidarité et de maintien de notre système de protection sociale. (Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.)

M. le président. Je vous remercie.

La parole est à M. le ministre délégué auprès du ministre des affaires sociales et de la solidarité, chargé de la santé.

M. Bruno Durieux, ministre délégué auprès du ministre des affaires sociales et de la solidarité, chargé de la santé. Monsieur le président, mesdames, messieurs les députés, en complément de l'intervention que vient de faire M. le ministre des affaires sociales et de la solidarité, je me propose de vous présenter plus en détail les priorités retenues par le Gouvernement dans le budget du ministère de la santé, puis de vous faire part de quelques réflexions sur les problèmes qui se posent à notre système de santé et sur les moyens pour y faire face.

Les crédits affectés aux actions en faveur de la santé progressent de 10 p. 100. Ils atteindront 1 932 millions de francs en 1991. Ce montant illustre l'intensification des interventions prévues pour l'année prochaine dans le domaine de la santé.

L'effort budgétaire porte sur quelques actions très significatives, que je présenterai rapidement.

Les crédits affectés à la lutte contre le sida passe de 120 à 140 millions de francs, soit une progression de 17 p. 100. Ils permettront de renforcer les actions de prise en charge médico-sociale des populations concernées et de développer les campagnes nationales d'information ainsi que les actions de terrains, que mène l'agence française de lutte contre le sida.

Les moyens consacrés à la politique de prévention contre l'alcoolisme, le tabagisme, ainsi que ceux consacrés aux campagnes sur le bon usage du médicament sont doublés.

La lutte contre la toxicomanie voit son financement consolidé à hauteur de 108,5 millions de francs, tandis que les crédits de la délégation générale à la lutte contre la drogue sont maintenus à 250 millions de francs. Cette progression de 40 p. 100 de ces crédits lui permettra de renforcer ses interventions.

Un effort particulier est réalisé en faveur de la protection sanitaire. En particulier, les moyens affectés aux secours d'urgence sont accrus et les équipements de télécommunications des S.A.M.U. et des S.M.U.R. pourront être renouvelés.

Enfin, les crédits affectés à l'évaluation des soins et à la formation des personnels de santé sont sensiblement accrus. Ainsi les bourses d'études des formations paramédicales sont

augmentées de 6,7 p. 100, première tranche d'un plan de revalorisation de trois ans, au terme duquel elles auront été relevées de 20 p. 100.

Pour significatives qu'elles soient, les actions conduites dans le cadre du budget du ministère de la santé ne représentent, bien entendu, qu'une fraction marginale des sommes que la collectivité nationale consacre à la santé. Cela a été souligné par de nombreux orateurs.

C'est, en réalité, l'ensemble de notre système de santé qu'il faut considérer pour effectuer un diagnostic et déterminer les politiques à mener. Je le ferai dans la suite de mon intervention, ayant cependant conscience que le temps dont je dispose ne me permettra pas de développer mon propos autant que l'ampleur et la difficulté du sujet le justifieraient.

M. Jean-Yves Chamard. M. le ministre des affaires sociales l'a déjà largement fait !

M. le ministre délégué, chargé de la santé. C'est exact.

Le système français de santé est l'un des plus remarquables du monde si l'on le juge par la qualité des prestations, l'accès aux soins et la sécurité des malades.

La médecine française jouit incontestablement d'une haute réputation internationale grâce à sa qualité, grâce au niveau de sa recherche, grâce à sa technique. Les Français estiment leurs médecins ; ils leur font confiance. L'hôpital français est souvent considéré comme l'un des meilleurs du monde grâce aux personnels qui y travaillent, médicaux et paramédicaux, notamment grâce aux infirmiers dont le professionnalisme et le dévouement sont unanimement reconnus.

La liberté dont jouissent les médecins pour exercer leur activité et celle dont bénéficient les patients pour choisir leur médecin ou leur établissement n'ont guère d'équivalent ailleurs. Le niveau de la protection sociale dont les Français bénéficient face au risque de la maladie figure parmi les plus élevés des pays développés.

A côté de ces atouts, nous ne devons pas nous cacher certaines insuffisances. La prévention reste encore chez nous faible sinon indigente. La santé publique ne recueille pas encore toute l'attention et les moyens qu'elle mérite. La formation continue des professions médicales et paramédicales présente encore de sérieuses lacunes. Dans ces différents domaines, des progrès ont été réalisés. Je citerai par exemple, s'agissant de la prévention, le projet de loi défendu courageusement par Claude Evin pour lutter contre la publicité sur le tabac et sur l'alcool, ou encore les dotations financières importantes attribuées au fonds national de la prévention, lequel dispose de près d'un milliard de francs pour ses actions.

Je peux citer également les dispositions prises, en faveur de la formation médicale continue, dans la convention médicale signée en mars dernier. Nous savons toutefois qu'il reste encore beaucoup à faire.

C'est cependant l'évolution préoccupante des dépenses de santé et les déficits chroniques qu'elle provoque dans le budget de l'assurance maladie qui doivent retenir notre attention.

Malgré les efforts entrepris, que vient de rappeler le ministre des affaires sociales, pour freiner la progression des dépenses de santé, celle-ci reste encore vive, plus vive notamment que chez nos principaux partenaires européens. Au cours des trois années passées, elles ont augmenté de plus de 25 p. 100. A ce rythme, les dépenses de santé doubleraient tous les neuf ans.

Quant aux dépenses d'assurance maladie, elles ont progressé de 10,3 p. 100 en 1989 et elles croîtront d'environ 8 p. 100 en 1990. Au cours des trois années précédentes, elles ont augmenté de 26,5 p. 100.

Hors toute revalorisation tarifaire, le volume de l'activité de la médecine de ville, c'est-à-dire l'ensemble des honoraires et des prescriptions, augmente selon une tendance - je parle bien du volume de l'activité de la médecine ambulatoire - de 9 p. 100 l'an. Au cours des trois années passées, il aura progressé de 29 p. 100.

La croissance des dépenses hospitalières est également rapide, puisqu'elle atteint près de 3,5 p. 100 par an en francs constants. M. le ministre des affaires sociales a expliqué dans le cas particulier des hôpitaux la cause de cette accélération constatée en 1989 et en 1990.

De telles évolutions conduisent inévitablement à des déficits dans l'assurance maladie qu'il faut financer. Si l'on retient des hypothèses raisonnablement optimistes pour l'évolution des rentrées de cotisations sociales, on peut estimer que la dégradation tendancielle du régime général imputable aux seules dépenses d'assurance maladie est de l'ordre de 5 à 7 milliards de francs l'an. Avec des hypothèses moins optimistes, la dégradation apparaîtrait, évidemment, beaucoup plus importante.

Peut-on penser, mesdames, messieurs les députés, que ces évolutions traduisent une dégradation subite de la morbidité des Français ? Peut-on penser que ces évolutions expriment un désir, un besoin de se soigner davantage ? Je ne le crois pas. Elles traduisent des dysfonctionnements, qui ne datent pas d'hier et qui ont pour résultat une inflation non justifiée médicalement, socialement, économiquement des dépenses de santé.

Cette situation ne peut se prolonger sans de graves dommages. La dépense médicale n'est pas en soi, tant s'en faut, une garantie pour l'état de santé de nos concitoyens. L'inflation des dépenses de santé, les gaspillages et les abus, qui l'accompagnent sont sources d'injustices. Ils réduisent la marge dont la collectivité dispose pour les actions de solidarité. Enfin, ils conduisent, par le jeu des remboursements de l'assurance maladie, à accroître les cotisations sociales.

Ce n'est pas le haut niveau de remboursement dont les Français bénéficient qui est à l'origine de la dérive des dépenses de santé. Il suffit pour s'en convaincre de considérer le cas des Etats-Unis où le taux de remboursement est sensiblement inférieur à ce qu'il est en France. Pourtant, dans ce pays, la croissance des dépenses de santé est plus rapide et leur niveau est beaucoup plus élevé que chez nous. C'est donc un premier contresens à ne pas commettre : ce n'est pas du côté des taux de remboursement qu'il faut chercher l'explication.

Deuxième contresens à ne pas commettre : ce ne sont pas les principes libéraux qui fondent l'organisation de notre système de soins qu'il faut incriminer. Le Canada et, avec certaines nuances, l'Allemagne montrent que l'exercice libéral de la médecine peut être compatible avec une évolution modérée des dépenses de santé.

M. Louis de Broissia, rapporteur pour avis, et M. Jean-Yves Chamard. Très bien !

M. le ministre délégué, chargé de la santé. On aurait tort, également, d'imputer au progrès technique et scientifique l'inflation de ces dépenses. La médecine moderne engendre, en fait, des progrès de productivité, qui, en matière de médecine, sont synonymes de mieux soigner sans accroître les coûts et souvent même en les diminuant.

Les causes fondamentales du dysfonctionnement de notre système de santé, selon moi, sont ailleurs.

En premier lieu, nous souffrons de l'absence ou de l'insuffisance, selon les cas, de moyens d'observation, de mesures et d'évaluations. Certes, des expériences sont tentées ; l'agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale a été mise en place en 1990 à l'initiative de Claude Evvin. Cependant les praticiens libéraux, les établissements hospitaliers publics et privés, les caisses d'assurance maladie, les administrations de la santé ne disposent que d'outils rudimentaires pour évaluer tant l'intérêt thérapeutique de tels ou tels actes ou prescriptions que le coût financier de ceux-ci.

En second lieu, nous avons bien souvent du mal à faire le partage entre ce qui relève de la santé et ce qui relève du confort. Où classer certains soins qui dépendent autant de la santé *stricto sensu* que de l'esthétique ? Que dire d'une partie non négligeable des médicaments aujourd'hui consommés ? Par ailleurs, nous rencontrons de grandes difficultés pour distinguer ce qui relève des soins aigus de ce qui relève de la prise en charge sociale.

Ces difficultés que nous rencontrons dans le partage entre ce qui ressortit au sanitaire et ce qui ressortit au social sont particulièrement marquées pour ce qui concerne les populations défavorisées et les populations à risque : mères et enfants de milieux défavorisés, personnes âgées, par exemple.

Enfin, notre système de santé est dépourvu de mécanismes globaux de régulation de l'offre de soins. Le nombre des médecins, malgré la limitation du nombre des étudiants en médecine, s'accroît trop rapidement. Conséquence de la mise en service, durant les années 60 et 70, d'un trop grand

nombre de lits d'hôpitaux, publics comme privés : les capacités hospitalières sont aujourd'hui globalement excédentaires. Le progrès médical accentue ce déséquilibre. Il faut, par exemple, savoir qu'au cours des vingt dernières années, la durée moyenne de séjour dans un hôpital a été divisée par deux : dix-huit jours en 1970, neuf jours en 1990. Il est évident que cela a un effet majeur sur les structures et les établissements hospitaliers. De même, à la fin de cette décennie, la moitié des interventions chirurgicales se fera en hospitalisation de jour. Certains hôpitaux fonctionnent certes à la limite de leurs possibilités, mais certains autres sont sous-utilisés ou mal utilisés. Le nombre des laboratoires d'analyse, la variété des spécialités pharmaceutiques sont, en France, parmi les plus élevés du monde. Cette situation, qui provoque une pression constante à l'accroissement de la consommation de biens et de services de santé, est aggravée par l'absence de force de rappel pour limiter les excès et les gaspillages dans la production et la distribution de soins.

Le système français de soins vit et se développe comme si les ressources de l'assurance maladie étaient inépuisables. Au temps où la croissance économique était forte, celle-ci bénéficiait de recettes qui lui permettaient d'équilibrer ses comptes. Depuis quinze ans, il n'en va plus ainsi.

Face à cette situation, nous n'avons le choix qu'entre trois catégories de politiques : réduire les taux de remboursement ; augmenter les cotisations d'assurance maladie ; accroître l'efficacité de notre système de soins.

Le Gouvernement écarte la première en raison de ses conséquences sociales. Elle a montré, en outre, qu'elle ne permet pas d'infléchir durablement la dérive des dépenses.

Le Gouvernement écarte la seconde solution car l'augmentation des prélèvements obligatoires affaiblit la compétitivité globale de notre économie et limite sa capacité à créer des emplois nouveaux.

La seule politique qui permette, à terme, de maîtriser les dépenses de santé, de sauvegarder le niveau de la protection contre le risque de la maladie et de maintenir un système de production et de distribution de soins de haute qualité est celle qui consiste à s'attaquer, collectivement, méthodiquement et dans la durée, aux dérives injustifiées des dépenses de santé. C'est cette idée d'efficacité, que M. Claude Evvin a mentionnée dans son intervention, qui est désormais au cœur des problèmes de notre système de santé.

Aujourd'hui, l'enjeu majeur de notre système de soins est l'efficacité de son fonctionnement, c'est-à-dire mieux soigner et à meilleur prix. C'est l'objectif que le Gouvernement propose aux professions de santé et aux partenaires sociaux. C'est l'objectif auquel il est déterminé à se tenir, dans le domaine de la médecine de ville, dans celui des établissements hospitaliers publics et privés et dans celui des médicaments.

La vive progression des dépenses de santé et l'état des comptes de l'assurance maladie imposent d'agir vite. Le Gouvernement poursuivra et accentuera l'effort engagé pour équilibrer les comptes de l'assurance maladie en 1991.

Cet effort, pour porter pleinement ses fruits, suppose que l'on recherche simultanément et, je le répète, collectivement des règles et des mécanismes nouveaux, permettant d'obtenir une véritable régulation contractuelle des dépenses de santé et, par conséquent, des charges de l'assurance maladie.

Si les expériences étrangères ne sont pas purement et simplement transposables dans notre pays, elles montrent cependant qu'il est possible de combiner l'organisation libérale de notre système de santé avec une haute qualité des prestations médicales, l'accès de tous aux soins, et des revenus convenables pour les professionnels, tout en maîtrisant l'évolution des dépenses. Il n'y a pas de fatalité à une croissance désordonnée, et non justifiée médicalement, des dépenses de santé.

Il est nécessaire pour y parvenir que chacun le veuille, c'est-à-dire que chacun soit conscient des risques et des impasses qui menacent notre système de soins, que chacun consente à modifier ses habitudes et ses comportements, que chacun accepte de prendre en considération, au-delà de son activité personnelle, l'ensemble des implications de ses décisions.

C'est à ce prix, mesdames, messieurs les députés, que l'on pourra éviter le rationnement des soins, que l'on pourra mettre en place les règles stables, durables, modernes et efficaces que l'ensemble des partenaires du système de santé appellent de leurs vœux. C'est à ce prix que notre système de

santé s'engagera dans un développement équilibré et non inflationniste, compatible avec le progrès de la médecine et l'aspiration de nos concitoyens à bénéficier de prestations de santé et d'une couverture sociale dignes d'un grand pays développé. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.*)

M. le président. Je vous remercie. La parole est à Mme le secrétaire d'Etat auprès du ministre des affaires sociales et de la solidarité, chargé de la famille et des personnes âgées.

Mme Hélène Dorlhac, secrétaire d'Etat. Monsieur le président, mesdames, messieurs les députés, je disais l'an passé, à l'ouverture du débat budgétaire, que « tout était famille ».

La constitution d'un secrétariat d'Etat chargé de la famille et des personnes âgées a réuni dans des institutions ce qui est rassemblé dans la vie. La politique de la famille, élargie à trois, voire quatre générations, et la politique de la vieillesse, attentive au renforcement des liens familiaux, y gagneront une dimension supplémentaire de solidarité. En tout cas, je m'y emploierai.

Vous le savez comme moi : ni la politique familiale, ni celle des personnes âgées ne se jouent sur le terrain budgétaire, mais plutôt sur celui de la protection sociale, comme l'a rappelé Claude Evin.

Depuis la décentralisation, notre budget est un budget d'incitation qui, en 1991, traduit une stabilité de l'effort de l'Etat tant dans le domaine de l'action sociale en faveur des familles et de l'enfance que dans celui des personnes âgées.

Cependant, trois axes de notre politique y sont reflétés : une politique familiale, c'est aider les familles et prendre en compte les charges qui pèsent sur elles ; c'est créer un environnement favorable à l'accueil de l'enfant dans notre société et adapté aux personnes âgées dépendantes ; c'est assurer la protection des populations les plus vulnérables.

Premier axe : aider les familles et prendre en compte les charges qui pèsent sur elles.

La politique familiale française repose essentiellement aujourd'hui sur la réalisation d'équipements sociaux et la mise en œuvre d'un système complexe de prestations sociales et d'aides fiscales.

Le dispositif actuel vise à aider toutes les familles, en concentrant les efforts sur les familles les plus démunies et les familles nombreuses.

Il reflète le fruit d'un compromis entre plusieurs objectifs : l'objectif d'équité sociale, réalisé par les aides générales, fiscales ou sociales, de compensation des charges de famille, auquel est attaché M. de Broissia ; l'objectif de redistribution sociale, justifiant le développement de prestations sous conditions de ressources ; enfin l'objectif démographique que nous ne pouvons ignorer et que reflète l'aide renforcée au troisième enfant.

M. Jean-Yves Chamard. C'est vrai !

Mme Hélène Dorlhac, secrétaire d'Etat. Afin de vérifier la cohérence et l'efficacité de cet ensemble, le Premier ministre a demandé au Conseil économique et social d'émettre un avis sur ces différents aspects de la politique familiale et d'effectuer un travail de mise à plat au niveau tant des prestations familiales que des aides sociales et fiscales. Cette étude devra porter une attention particulière aux évolutions du mode de vie des familles, qui influent sur le désir d'enfant, tant dans ses aspects qualitatifs, logement, mode de garde, équipements d'accueil, que quantitatifs, impact sur le budget familial, sur l'activité professionnelle et le déroulement de la carrière de la mère. Le Gouvernement est ouvert, comme l'a souhaité ce matin M. de Broissia, à tout débat parlementaire, à la suite des propositions faites par le Conseil économique et social.

La politique familiale est fondée, il est vrai, en majeure partie sur le socle de la protection sociale.

Les prestations familiales dont le pouvoir d'achat a été maintenu depuis dix ans en moyenne annuelle - quoi qu'on en dise - dépassent les 140 milliards de francs tous régimes confondus. Ce dispositif a été amélioré en 1990 par une série de mesures que vous avez votées et qui représentent un coût total de 660 millions de francs et concernent 770 000 bénéficiaires.

Un décret du 28 juin 1990 a porté de dix-sept à dix-huit ans l'âge limite de versement des prestations familiales en cas d'inactivité des enfants qui restent à la charge de leur famille. Harmonisant la date de versement des prestations

familiales et celle de la majorité civile, cette disposition souhaitée par toutes les associations familiales permettra d'alléger la charge des familles dont les enfants ne sont pas encore insérés dans la vie professionnelle et qui ne poursuivent pas d'études.

En outre, la loi du 6 juillet 1990 a étendu le champ des bénéficiaires de l'allocation de rentrée scolaire aux titulaires de l'aide personnalisée au logement, de l'allocation aux adultes handicapés et aux bénéficiaires du R.M.I. Cette prestation est versée depuis le 1^{er} septembre 1990 à tous les enfants qui n'ont pas atteint dix-huit ans au moment de la rentrée scolaire.

Mais si une politique de la famille vise à compenser en partie les charges supplémentaires que la présence des enfants introduit dans les ménages, il convient d'être conscient que les personnes âgées font aussi partie de la famille. Ainsi que l'a dit M. le ministre des affaires sociales, la génération des quarante-cinq - soixante ans peut ainsi avoir à assumer à la fois les dépenses relatives à l'éducation de ses propres enfants, mais aussi parfois les charges liées à la dépendance de ses parents et de ses grands-parents. La dépendance est donc, comme vous l'avez tous reconnu, mesdames, messieurs les députés, un défi majeur à nos solidarités familiales et collectives, que le Gouvernement entend relever.

Ainsi que le rappelait le rapporteur, M. Delalande, en dépit des efforts accomplis depuis plusieurs années, la prise en charge des personnes âgées dépendantes souffre encore d'une triple insuffisance : insuffisance quantitative et qualitative des établissements et des services ; insuffisance dans la coordination des financements publics qui incitent à des placements inadaptés et coûteux pour la collectivité : les différences de régimes juridiques entre les longs séjours et les maisons de retraite médicalisées induisent en effet des modes de fonctionnement et de tarification diverses qui nuisent à la cohérence de la prise en charge des personnes âgées ; insuffisance de certaines prises en charge financières, laissant une part résiduelle, souvent très lourde, à la charge des familles et, en particulier, de celles à revenus moyens.

Il convient donc d'envisager maintenant une adaptation en profondeur de notre système de financement de la dépendance. Mais les enjeux ne sont pas essentiellement financiers. Ils sont d'abord de solidarité, de cohésion sociale et de dignité collective.

Une commission, réunie auprès du Commissariat au Plan, devra proposer les mesures destinées à mieux prendre en compte ou prendre en charge ce risque majeur. Réunie dès ce mois-ci, elle remettra ses conclusions en mai 1991. Sur la base de ses recommandations et de travaux que la mission d'information parlementaire se propose de conduire, seront prises, dès la session parlementaire d'automne de 1991, les dispositions qui s'imposeront.

L'ensemble de notre dispositif qui couvre les établissements et le maintien à domicile des personnes âgées sera ainsi réexaminé dans le souci de mieux répondre aux besoins et, en particulier, à ceux des personnes âgées dépendantes.

C'est donc bien une politique globale de la famille élargie à toutes les générations que je souhaite promouvoir en soutenant les solidarités qui lient les jeunes et les « vieux » à l'intérieur et hors de la famille. Le budget de l'Etat y contribuera en 1991 : l'information et le soutien aux familles, les relations entre les générations seront développées à travers les interventions d'action sociale dont les crédits s'élèveront à plus de 17 millions de francs l'année prochaine, en ce qui concerne les personnes âgées.

Deuxième axe de notre politique : créer un environnement favorable à l'enfant et à l'accueil des personnes âgées dépendantes.

Une politique familiale doit s'attacher en outre à créer une société plus accueillante pour l'enfant. Ceci est de la responsabilité de chacun d'entre nous, de l'Etat, comme des collectivités locales, soudés dans une politique qui doit être contractuelle.

Le travail des jeunes parents exige aujourd'hui de concilier vie familiale et vie professionnelle. Cette harmonisation est, vous le savez, difficile : les équilibres familiaux sont fragiles et le souci de l'enfant doit être notre première préoccupation.

C'est pourquoi je compte faire de l'harmonisation entre la vie familiale et la vie professionnelle un thème essentiel de mon action en 1991 et je souhaite rassurer à ce sujet M. de Broissia.

Dans cet objectif aussi, la création de lieux d'accueil pour les petits enfants est le point central d'un dispositif collectif qui doit préserver les choix et la liberté de chacun. C'est pourquoi l'accueil du jeune enfant figure parmi les vingt priorités du Gouvernement destinées à réduire les inégalités.

Mon action dans ce domaine est d'abord relayée par le fonds d'action sociale de la caisse nationale d'allocations familiales, dont le rôle en matière de développement des modes de garde, des modes d'accueil, est essentiel.

Le mécanisme des prestations de service est, en effet, le support actif du développement des structures d'accueil des jeunes enfants. En 1989, la contribution des caisses d'allocations familiales à ce secteur s'est élevée à 1,9 milliard de francs.

La politique contractuelle des organismes, menée avec les collectivités locales à travers les contrats-crèche, puis les contrats-enfance, entraîne une dynamique qui va en s'accroissant : 200 contrats-crèche entre 1983 et 1988 avec 21 600 places créées. En deux années seulement, 1989 et 1990, 500 contrats-enfance auront été signés. Ces contrats prévoient le financement de l'accueil de l'enfant de zéro à six ans et pas seulement de zéro à trois ans, car il y a effectivement un vrai besoin périscolaire pour les enfants scolarisés en maternelle, qui sont, nous le savons tous, de plus en plus nombreux. Je rappelle que 98 p. 100 des enfants de trois ans et 34 p. 100 de ceux de deux ans fréquentent l'école maternelle, acquis enviable par nos voisins européens et que nul ne songe à remettre en cause, comme le craignait M. le rapporteur Thiénot.

Cet effort se poursuivra en 1991 grâce à une progression du fonds d'action sociale de la Caisse nationale d'allocations familiales, très supérieure à celle de l'année passée. Une dotation exceptionnelle devrait permettre cette année, d'une part, d'augmenter les crédits des caisses d'allocations familiales, consacrés aux investissements dans le domaine de la petite enfance et, d'autre part, de développer l'action en faveur du logement des familles les plus démunies.

Plus modeste, mais très efficace, un fonds de soutien aux actions innovantes, financé par les crédits de mon budget, a permis en 1990 d'aider au démarrage de plus de 270 structures d'accueil tournées pour beaucoup vers l'éveil culturel du jeune enfant.

La diversification des formules d'accueil correspond aux souhaits des parents et en particulier des jeunes parents. Il a paru nécessaire que l'aide de la collectivité puisse efficacement soutenir les familles qui recourent à des assistantes maternelles agréées. La prestation spéciale d'assistantes maternelles, créée par la loi du 6 juillet 1990 et mise en place au 1^{er} janvier 1991 permettra, par un dispositif simple, de compenser directement les charges des cotisations sociales afférentes à l'emploi d'une assistante maternelle, tout en améliorant substantiellement la protection sociale de cette profession.

Conformément à l'engagement que j'ai pris devant vous, les caisses d'allocations familiales, grâce à une augmentation substantielle du montant de leurs prestations de service, pourront couvrir une partie des dépenses nouvelles entraînées dans les crèches familiales par l'amélioration de la couverture sociale des assistantes maternelles, issue de la loi de 1990. Je sais que c'était un souhait justifié de beaucoup de députés.

A l'autre extrémité de la vie, l'adaptation des établissements et des services aux personnes âgées dépendantes constitue une autre impérieuse nécessité. Le Gouvernement a donc décidé d'accélérer leur médicalisation sur trois ans.

Si le redéploiement des crédits de l'assurance maladie demeure nécessaire dans ce secteur, ne serait-ce que pour mettre fin aux modes de prise en charge inadéquats, il reste cependant insuffisant pour faire face aux besoins. L'augmentation de l'âge des personnes accueillies en établissement, du nombre des personnes âgées dépendantes et la nécessité d'achever la transformation juridique des hospices exigent en effet une augmentation du rythme de médicalisation des établissements d'hébergement et de création de services de soins infirmiers à domicile, très importants pour le maintien à domicile des personnes âgées.

En 1990, une enveloppe supplémentaire de l'assurance maladie de 350 millions de francs est venue abonder le redéploiement et a permis de créer 15 000 places de sections de cure médicale dans les maisons de retraite, de long séjour et de services de soins infirmiers à domicile, au lieu de 7 000 l'année précédente.

Cet effort sera poursuivi sur trois ans par le dégagement, en sus du redéploiement, de 1,5 milliard de francs à la charge de l'assurance maladie : plus de 45 000 places de sections de cure médicale, de long séjour et de services de soins infirmiers à domicile ouvriront d'ici à 1993.

Je rappelle, en outre, l'ardente obligation d'humaniser les hospices qui présentent encore des conditions d'accueil indignes et vétustes et que je voudrais voir disparaître. Depuis 1989, c'est un des axes de l'action de l'Etat et des collectivités locales dans le cadre des contrats de plan Etat-région. Une somme de 498 millions, inscrite au budget de l'Etat, permettra de moderniser près de 7 500 lits l'année prochaine comme cette année.

S'il nous faut adapter les établissements à la grande dépendance, il faut savoir, comme le disait Claude Evin tout à l'heure, que plus de 75 p. 100 des personnes âgées très dépendantes vivent à domicile et souhaitent y demeurer. Notre action passe d'abord par le développement des services d'aide ménagère. Je peux vous annoncer que le nombre des heures d'aide ménagère financées par la caisse nationale d'assurance vieillesse connaîtra une progression substantielle en 1991...

M. Jean-Luc Prél et M. Jean-Yves Chamard. De combien ?

Mme Hélène Dorhac, secrétaire d'Etat. ... et sera centrée sur les personnes âgées les plus dépendantes, celles donc qui ont les plus grands besoins.

La diversification des formes d'aide et les soutiens aux familles seront, d'autre part, encouragés cette année comme l'année passée. Ce développement s'appuiera sur les crédits d'intervention du ministère de la solidarité et sur le fonds d'action sanitaire et sociale de la C.N.A.V. qui reconduira cette année la somme de 30 millions de francs, dégagée l'année précédente pour des actions innovantes en faveur, en particulier, des grands dépendants.

Le troisième axe de la politique familiale est d'assurer la protection des populations les plus vulnérables.

Bien qu'il soit à bien des égards exemplaire et qu'il ait été renforcé par les lois du 10 juillet 1989 sur la protection des enfants maltraités, du 18 décembre 1989 sur la protection et la promotion de la santé de la famille et de l'enfance, et du 12 juillet 1990 sur la protection des enfants mannequins, le dispositif de protection de l'enfance va trouver une nouvelle dimension avec l'application depuis le 6 septembre 1990 de la convention internationale des droits de l'enfant.

L'avancée principale de ce texte concerne le droit d'expression de l'enfant dans sa famille, bien sûr, mais aussi dans ses autres lieux de vie, l'institution scolaire notamment. L'intérêt supérieur de l'enfant doit être particulièrement pris en compte quand la cellule familiale est en crise. Les autorités administratives ou judiciaires qui interviennent devront dorénavant consulter et entendre l'enfant dans toutes les procédures le concernant. Mais l'écoute de la parole de l'enfant implique une compétence et une déontologie sur lesquelles nous devons être très exigeants. Il convient de soutenir les initiatives mises en œuvre par certains barreaux pour assurer la formation des avocats appelés à informer, à assister et à défendre les mineurs.

Pour que cette convention internationale puisse vivre en France, il faut qu'elle soit connue des enfants et des adultes. C'est actuellement ma préoccupation majeure. J'ai amorcé une campagne d'information et de sensibilisation dans quatre grandes métropoles régionales, campagne qui doit se poursuivre prochainement à Paris à l'occasion du premier anniversaire de l'adoption de la convention par les Nations Unies, les 20 et 21 novembre.

La situation des pupilles de l'Etat en recherche de famille d'adoption me préoccupe également. Je soutiendrai toutes les initiatives visant à faciliter l'adoption de grands enfants ou d'enfants malades et handicapés. Je continuerai les efforts entrepris pour moraliser certaines pratiques en matière d'adoption d'enfants étrangers.

Je partage par ailleurs le souci de M. le rapporteur des affaires sociales et des associations familiales sur le libre accès des enfants à certaines messageries par Minitel. Pour ma part, je serai attentive aux solutions proposées par le ministère des télécommunications.

La protection de l'enfant et de la mère passe aussi par l'accès aux soins, notamment pour les familles les plus démunies. La loi du 18 décembre 1989 sur la protection et la

promotion de la santé de la mère et de l'enfant nous en donne les moyens. Le décret général d'application sur les normes de fonctionnement minimal des services de P.M.I. va être prochainement soumis pour consultation à l'assemblée des présidents des conseils généraux. Je ne doute pas qu'il aboutisse rapidement.

Les personnes âgées, surtout lorsqu'elles sont dépendantes et accueillies en établissement, doivent être respectées : leur personnalité, leurs souhaits, leurs besoins doivent être pris en compte. C'est notre dignité et la leur qui sont ici en jeu. M. Le Guen l'a d'ailleurs rappelé fortement ce matin.

Notre législation comporte des dispositifs et des procédures qui sont les garants de ces droits et qui sont les droits de tous. Il convient de faire appliquer ces différents textes. C'est de la compétence de tous, des conseils généraux et de l'Etat. C'est pourquoi en 1991, avec le secrétariat d'Etat à la consommation, je veillerai à la mise en place et au bon fonctionnement des conseils d'établissement associant les personnes âgées et les familles à la vie des institutions et à la conformité des règlements intérieurs avec les recommandations de la commission des clauses abusives afin de faire disparaître les règles excessivement contraignantes observées encore dans certains établissements. En effet, certaines pratiques abusives sont toujours en vigueur, comme l'interdiction d'objets personnels dans les chambres, l'imposition d'horaires de visite trop restrictifs ou d'horaires de repas trop différents de ceux en usage à l'extérieur.

M. Jean-Yves Chamard et M. Loula de Brosele, rapporteur pour avis. C'est vrai !

Mme Hélène Dorlhac, secrétaire d'Etat. C'est intolérable ! Je m'enferme campagne avec les conseils généraux pour que cela n'ait plus cours !

M. Jean-Luc Préal. Il y a autre chose à faire !

Mme Hélène Dorlhac, secrétaire d'Etat. Enfin, il convient d'être vigilant à l'application de la loi du 6 juillet 1990 sur la transparence des tarifs pratiqués dans les établissements non habilités par l'aide sociale et non conventionnés et à la qualité des prestations fournies.

Monsieur le président, mesdames, messieurs les députés, je suis persuadée qu'une politique familiale s'appuie bien sûr sur des moyens financiers. C'est vrai qu'il nous faut plus de lieux d'accueil, plus de services.

M. Loula de Brosele, rapporteur pour avis et M. Jean-Yves Chamard. Et les 4 milliards ?

Mme Hélène Dorlhac, secrétaire d'Etat. Mais je suis sûre également que cela ne suffit pas. Il faut faire vivre les structures mises en place pour les petits enfants et les personnes âgées : c'est le rôle d'hommes et de femmes dévoués, respectueux de l'être humain et unis dans un projet collectif qui est celui de la liberté et de la solidarité. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.*)

M. le président. Je vous remercie, madame le secrétaire d'Etat.

La parole est à M. le secrétaire d'Etat auprès du ministre des affaires sociales et de la solidarité, chargé des handicapés et des accidentés de la vie.

M. Michel Gillibert, secrétaire d'Etat. Monsieur le président, messieurs les rapporteurs, mesdames, messieurs les députés, cette année encore, le projet de budget du ministère des affaires sociales et de la solidarité illustre concrètement la volonté du Gouvernement d'accroître ses efforts en faveur des handicapés et accidentés de la vie dans le cadre de la politique globale mise en œuvre depuis plus de deux ans.

Je regrette un peu que M. Zeller ne soit pas là. Il a bien voulu reconnaître mon implication personnelle, mais que pourrais-je faire seul sans la solidarité du Gouvernement tout entier ? La volonté politique existe et les actes aussi. J'ai été un peu surpris de ses doutes. Mais je ne veux pas m'engager dans une polémique stérile sur le passé.

Il ne faut pas non plus, monsieur Thiémé, que des effets de manche vous fassent oublier l'absence d'action dans le passé en faveur des handicapés sur certains points. Eux n'ont pas la mémoire courte et moi non plus ; j'ai dix ans de handicap.

Par ailleurs, je remercie M. Chamard d'avoir eu l'honnêteté de reconnaître, contrairement à d'autres, la réalité de programmes que nous avons mis en œuvre. Je partage totalement son souhait d'accentuer le partenariat entre l'Etat et les départements sur des programmes négociés. Nous commençons à nous y employer déjà, et j'aurai l'occasion de m'expliquer plus en détail tout à l'heure sur l'amendement Creton qu'il a évoqué.

Les chiffres qui suivent témoignent de la réalité des efforts en cours : plus 8,5 p. 100 pour les centres d'aide par le travail, plus 20 p. 100 pour les subventions d'investissement aux équipements médico-sociaux, plus 13 p. 100 pour les instituts nationaux pour les jeunes sourds et les jeunes aveugles, plus 22 p. 100 pour la tutelle et la curatelle de l'Etat. Ces chiffres démontrent surtout la cohérence et la continuité d'une action qui tient scrupuleusement les engagements financiers pris sur la durée. Je pense à la poursuite de la mise en œuvre du plan pluriannuel de création de places de travail protégé ; Claude Evin l'a rappelé tout à l'heure : 154 millions de francs de mesures nouvelles sont prévus en 1991, en vue de la création de 2 800 places supplémentaires de C.A.T. C'est du concret, messieurs ! Je ne parle pas ici du développement des ateliers protégés : 800 places supplémentaires prévues en 1991, dont le financement est également prévu par ailleurs.

Il fallait apporter également une réponse pour tous ceux dont la lourdeur du handicap appelle une prise en charge médicalisée dans des structures spécialisées. Aussi, le Gouvernement a-t-il décidé de dégager sur quatre ans les moyens correspondant, pour l'assurance maladie, à 4 840 places nouvelles de maison d'accueil spécialisée, qui s'ajouteront aux capacités existantes.

La capacité totale d'accueil des adultes lourdement handicapés atteindra de la sorte au moins 13 000 places en 1993.

Ce plan en faveur des adultes les plus lourdement handicapés trouve sa traduction dans le projet de budget qui vous est soumis, dans les demandes de crédits d'investissement accrus, je le répète, de 20 p. 100 par rapport à 1990.

A la même époque, l'an passé, je dressais un bilan de la première année d'activité du secrétariat d'Etat aux handicapés et aux accidentés de la vie et vous faisais part de mes principaux axes d'action pour 1990. Je souhaite procéder de même cette année afin que vous vérifiiez comment se met en place progressivement, en liaison avec les autres ministères, les élus locaux, les associations, les partenaires professionnels, la politique globale du handicap que nous avons définie.

Je reviendrai sur le travail protégé pour dire que le plan pluriannuel de création de places est une chance à saisir pour permettre à ce secteur de remplir pleinement sa mission d'accompagnement et de réinsertion du travailleur handicapé.

J'ai réuni un groupe de travail chargé d'émettre des propositions tendant à promouvoir des formules de C.A.T. et d'ateliers protégés visant l'intégration des travailleurs handicapés en milieu ordinaire.

Les préoccupations de ce groupe rejoignent celles du conseil supérieur pour le reclassement professionnel des travailleurs handicapés qui a mené une réflexion sur le développement des ateliers protégés et les ressources des travailleurs handicapés. Je sais que ce sujet vous préoccupe. C'est notamment le cas en ce qui concerne les mesures susceptibles d'inciter davantage les travailleurs handicapés à accéder au milieu ordinaire de travail : mécanismes d'accompagnement, régime plus attractif de la garantie de ressources aux travailleurs handicapés occupant un emploi dit protégé en milieu ordinaire.

M. Jean-Yves Chamard. C'est important !

M. Michel Gillibert, secrétaire d'Etat. Oui, c'est important.

Cela confirme tout l'intérêt qu'il y a à créer des passerelles entre les formules offertes aux personnes handicapées pour leur insertion professionnelle. J'ai adressé une série de propositions à M. Soisson et à M. Laignel en vue de l'élaboration en commun d'un plan pour l'emploi des handicapés auquel nous travaillons en ce moment avant d'élargir la réflexion à la fonction publique.

L'important pour la personne handicapée est de trouver, où qu'elle soit, l'accompagnement et la stimulation qui lui sont nécessaires. Les structures mises à sa disposition ne doivent pas naturellement faire obstacle à son évolution et à sa

recherche d'autonomie mais lui garantir cependant un soutien et une protection plus poussés, si le besoin s'en fait sentir.

Nous disposons déjà de tout un arsenal d'outils capables de remplir ces missions, mais insuffisamment coordonnés entre eux et sans projet commun. Plusieurs expériences, que nous avons suivies de près, montrent tout le bénéfice à tirer d'une mise en synergie de ces moyens, à l'opposé des cloisonnements institutionnels qui emprisonnent les handicapés.

S'agissant des adultes lourdement handicapés, comme je vous l'ai dit en introduction, l'adoption du plan pluriannuel de création de places pour adultes lourdement handicapés constitue un autre volet indispensable de l'action engagée par le Gouvernement pour résorber l'important retard concernant l'accueil des adultes handicapés appelant une prise en charge très spécialisée.

Étalé de 1990 à 1993, ce plan prend le relais, avec beaucoup plus d'ampleur encore, des enveloppes nationales exceptionnelles réservées en 1989 et 1990 pour les polyhandicapés.

Dans le domaine de l'enfance handicapée, l'application progressive des nouvelles règles de fonctionnement des établissements et des services spécialisés aura pour effet de mettre le dispositif existant en meilleure adéquation avec les besoins éducatifs actuels. Elle montre aussi là où l'accent doit être désormais placé dans les opérations nouvelles.

La scolarisation, chaque fois que possible en milieu ordinaire avec la collaboration du secteur spécialisé, doit rester un objectif très prioritaire que Lionel Jospin partage complètement et vers lequel nous avançons concrètement.

Toutefois, le développement des services d'éducation spéciale et de soins à domicile ou en milieu scolaire et des structures prenant en charge les enfants les plus lourdement handicapés appelle une action plus systématique que les services extérieurs de l'Etat ont été appelés par des instructions récentes à mener. En outre, des mécanismes d'incitation financière sont prévus pour encourager et accompagner, si nécessaire, les efforts opérés sur ce plan par les préfets.

Je veillerai tout particulièrement à ce que les enfants polyhandicapés et les enfants autistes, qui posent un grand problème, trouvent, grâce à ce programme, une réponse adaptée à leurs besoins spécifiques, que ce soit dans des structures existantes ou dans des lieux nouveaux.

Je suis, avec Michel Delebarre, la mise en application du plan pluriannuel « 60 mesures pour le transport des personnes handicapées » adopté en février 1989.

Un premier bilan a été établi en mai 1990. Le comité de liaison pour le transport des handicapés a ainsi auditionné les transporteurs. Ceux-ci ont pu déjà faire état de l'équipement en boucle magnétique de cinquante gares de la région parisienne, de l'installation de bandes-alerte au sol de toutes les stations de la ligne B du R.E.R., de l'acquisition par la S.N.C.F. de cent équipements pour l'embarquement des personnes handicapées et de la gratuité du transport sur Air Inter pour les personnes qui accompagnent les handicapés.

En 1991, dans le prolongement du colloque international de Dunkerque « Transporter sans exclure » de décembre 1989, qui permet à la France de faire désormais figure de leader au plan européen, le ministre chargé des transports et moi-même réunirons les transporteurs européens en vue d'aboutir à une recherche en commun sur l'accessibilité des bus, recherche qui est déjà entreprise en France. A cet égard, j'invite tous les maires de grandes villes à acquiescer à partir de maintenant le bus du type R 312 qui permettra à toutes les personnes qui ont des difficultés d'être transportées. Maintenant, il s'agit de travailler au niveau européen, et plus seulement au niveau national.

Enfin, nous préparons en 1991 notre participation à la sixième conférence internationale sur la mobilité et le transport des personnes à mobilité réduite qui doit se tenir en France en 1992.

Un mot sur l'accessibilité.

Après analyse au cours du premier semestre des bilans détaillés remis par les préfets sur les actions conduites en matière d'accessibilité dans leur département, nous avons élaboré, avec M. Delebarre et M. Besson, un programme cohérent d'accessibilité aux logements, aux équipements publics et à la ville des personnes à mobilité réduite, programme qui

donnera très prochainement lieu à une communication en conseil des ministres. Le Parlement devrait, par conséquent, être saisi en 1991 d'un projet de loi entrant dans le cadre de ce programme extrêmement ambitieux et en mesure de faire bouger les choses.

S'agissant des sports, des loisirs et de la culture, le Premier ministre a signé cette année une convention avec le comité d'organisation des Jeux para-olympiques qui se tiendront à Tignes au mois de mars 1992, afin de fixer la participation de l'Etat à cette importante manifestation sportive, qui réunira des sportifs handicapés de haut niveau de tous les pays.

Le secrétariat d'Etat chargé des handicapés et des accidentés de la vie collabore par ailleurs activement au comité de suivi en vue de l'organisation de l'accueil des personnes handicapées aux Jeux Olympiques d'hiver d'Albertville et de la Savoie de février 1992.

Afin de favoriser l'accès aux vacances des adultes lourdement handicapés, Claude Evin et moi-même avons décidé de répondre à une demande déjà ancienne des associations, que m'avaient signalée plusieurs parlementaires. Ainsi, l'arrêté du 13 juillet 1990 a autorisé la forfaitisation des cotisations sociales dues pour les accompagnateurs de personnes handicapées adultes dans les centres de vacances à but non lucratif.

Enfin, dans le domaine de l'expression artistique, qui est important pour certaines personnes handicapées, nous avons apporté cette année un soutien actif en particulier à deux manifestations, qui donnent le départ d'une vaste politique d'accès à la culture et à l'art. Il s'agit du festival de Figeac, qui prend maintenant une dimension internationale, et de la superbe exposition que, j'espère, vous avez tous vue, organisée par l'U.N.A.P.E.I. à la Sorbonne...

Mme Bernadette Isaac-Sibille et M. Jean-Yves Charnard. Très bien !

M. Michel Gillibert, secrétaire d'Etat. ... à l'occasion du congrès mondial du handicap mental et qu'est venu inaugurer le Président de la République.

Ces manifestations contribuent à un changement radical de la vision de la société sur les personnes handicapées mentales. J'ai été témoin de plusieurs réactions de personnes qui ne voulaient pas croire qu'une peinture avait été réalisée par l'artiste qui était à côté. J'ajoute que plusieurs personnalités très connues dans le milieu artistique se sont portées acquiesceurs de peintures pour leur collection.

J'en viens au maintien à domicile.

Le Gouvernement continue à rechercher, à expérimenter et à soutenir des actions dans le domaine du maintien à domicile. Il s'agit en effet de démontrer que le maintien, chaque fois que possible, en milieu ordinaire est préférable, tant sur le plan humain que sur le plan économique.

C'est aussi aux conseils généraux qu'il appartient, comme je les y pousse fortement, de développer les indispensables services d'auxiliaires de vie. Cependant, 115,8 millions de francs sont toujours prévus au budget des affaires sociales à cet effet en 1991.

De plus, le Gouvernement veut proposer des formules complémentaires répondant à l'attente des personnes handicapées et intéressantes financièrement.

Ainsi, avec Jean-Pierre Chevènement, nous lançons un programme qui permettra, dans une première phase expérimentale en 1991, à 150 appelés du contingent de travailler dans des programmes d'accompagnement dans la vie sociale des personnes handicapées.

Les appelés seront mis à la disposition des collectivités territoriales intéressées par ce programme et avec lesquelles nous passerons convention.

S'il donne des résultats - et j'en suis persuadé si j'en juge par le nombre des futurs appelés qui nous ont téléphoné et des élus qui se sont montrés intéressés - le programme sera développé l'année prochaine.

Toujours pour favoriser le maintien en milieu ordinaire de vie, le Gouvernement devrait déposer prochainement un texte afin de réduire la T.V.A. sur les aides techniques conçues pour les personnes handicapées.

La C.N.A.M. doit enfin s'associer à la mise en place des opérations expérimentales que j'ai décidées de lancer sur la base des propositions contenues dans le rapport que j'avais demandé à M. Teulade sur le maintien à domicile.

La politique industrielle, ensuite. J'avais mis l'accent devant vous l'an passé sur la nécessité de créer une véritable politique industrielle en matière d'appareillage et d'aide technique. Nous avons organisé avec le ministère de l'équipement, en 1990, un concours ouvert aux industriels, designers, ergothérapeutes ou ergonomes sur le thème de l'amélioration des produits pour l'habitat afin de les rendre utilisables par tous.

Neuf projets ont été primés pour permettre la conception pluridisciplinaire des produits envisagés. Cette opération sera reconduite en 1991 et élargie à un nombre de produits plus important, avec le ministère de l'industrie qui participera à cette action.

Concernant l'indemnisation des victimes d'accidents, un groupe d'experts s'est réuni cette année au secrétariat d'Etat chargé des handicapés et accidentés de la vie. Ses travaux nous ont permis de définir les principales orientations d'une réforme : d'une part, dissociation du préjudice corporel et des préjudices économiques permettant le financement du projet de vie de la personne handicapée, c'est-à-dire la réinsertion, l'accompagnement, l'adaptation de l'habitat, etc. ; d'autre part, prise en compte immédiate de certains surcoûts avant consolidation du handicap.

Le Gouvernement sera ainsi en mesure de mettre au point en 1991 les projets de texte nécessaires à cette réforme et d'en saisir le Parlement. Cette réforme sera l'occasion de mettre un terme à des injustices et incohérences très mal ressenties par les personnes handicapées.

Nous avons également élaboré cette année des propositions tendant à améliorer la compétence des professionnels se prononçant sur l'indemnisation : experts médicaux, magistrats, assureurs. Il doit s'agir d'une formation pluridisciplinaire dont le contenu est maintenant défini. Il reste à arrêter en 1991 les conditions dans lesquelles elle sera dispensée.

S'agissant des COTOREP, comme je l'ai déclaré devant la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, nous sommes déterminés à faire aboutir une réforme de fond. C'est une réforme dont il ne faut pas cacher la complexité. Même si, bien sûr, nous aimerions, nous, handicapés, et vous tous, que les choses aillent plus vite pour corriger les rigidités et les lourdeurs actuelles, notre réflexion a avancé car nous disposons maintenant des éléments pour un choix grâce aux enquêtes auxquelles j'ai fait procéder, aux propositions du rapport de M. Metzinger, aux avis apportés par les associations et aux projets des administrations.

Plusieurs voies de réforme sont ouvertes. Tout mon souci consiste à ce que les choix opérés, après toutes les concertations qui s'imposent encore, allègent effectivement les procédures, accélèrent les prises de décisions, améliorent encore la qualité et protègent efficacement les personnes handicapées contre les risques d'arbitraire.

Je veillerai à ce que le plus grand pragmatisme inspire cette réforme, car elle ne doit surtout pas décevoir les personnes handicapées qui en attendent des améliorations très concrètes, tout comme les personnels qui doivent se sentir soutenus dans leur tâche très difficile.

J'en viens aux actions internationales.

La réunion qui s'est tenue à Helsinki au mois de mai dernier m'a malheureusement permis de constater le peu de résultats concrets enregistrés à ce jour depuis le lancement de la « décennie de l'O.N.U. en faveur des handicapés », qui s'achève en 1993.

Peut-être était-il irréaliste d'attendre que les Etats membres, dont beaucoup sont confrontés à de terribles difficultés économiques et sociales, parviennent à avancer de manière significative sur plus de cinquante points. Aussi, invité dernièrement aux Nations unies, à New York, pour exposer la politique française du handicap, j'ai saisi l'occasion de la quarante-cinquième session de l'Assemblée générale pour proposer, au nom de la France, que chaque pays s'engage, plutôt que risquer de disperser ses efforts de manière stérile, à ne mener à bien que quelques-unes de ces actions, mais en s'y impliquant pleinement. Cette proposition doit faire maintenant l'objet d'une réflexion au sein du Conseil économique et social des Nations unies, en préparation de la prochaine Assemblée qui aura à se prononcer sur ce sujet.

Le secrétariat d'Etat chargé des handicapés et accidentés de la vie a pris l'initiative de la mise en place en 1990 de groupes de travail bilatéraux avec des pays de la Commu-

nauté européenne. Plusieurs de ces groupes fonctionnent maintenant d'une façon très régulière avec l'Allemagne, la Grande-Bretagne, la Belgique, par exemple. Ils nous permettent d'unir nos réflexions, nos expériences sur des objectifs qui nous sont communs. L'élargissement progressif de ces travaux à d'autres pays est de nature à renforcer la coopération européenne sur le thème du handicap et prépare la mise en place du groupe *ad hoc* dont le principe a été adopté par le Conseil des ministres à Bruxelles en 1989 sous la présidence française et qu'il serait bien de voir fonctionner.

Des accords ont été passés avec les ministres ayant à charge les personnes handicapées au Maghreb, avec la Tunisie, ou les pays de l'Est, avec l'U.R.S.S. et bientôt - j'en reviens - avec la Roumanie, afin de développer des programmes de formation et des programmes économiques tels que l'exportation de matériels ou la construction d'établissements, dans une perspective de politique globale.

En 1991, nous accueillerons la conférence ministérielle du Conseil de l'Europe sur le thème de la vie autonome des personnes handicapées.

J'ai essayé, mesdames, messieurs les députés, de manière très raisonnée, de dresser devant vous non seulement le bilan, très résumé, de l'action du secrétariat d'Etat, mais aussi celui de l'action solidaire du Gouvernement et, au-delà, de tous les acteurs que nous mobilisons au service d'une politique globale du handicap, qui débouche souvent sur un consensus réconfortant pour les handicapés.

Le budget du ministère des affaires sociales et de la solidarité y contribue, grâce à l'appui de mon ministre de tutelle, Claude Evin, de manière irremplaçable.

Le partenariat développé avec les autres ministères et divers décideurs nationaux ou locaux permet, non seulement de conjuguer des moyens pour donner plus d'ampleur encore à notre action, mais surtout d'apporter des réponses globales et cohérentes aux problèmes qui se posent à nous tous, handicapés.

D'autres dossiers très importants sont à l'étude, concernant notamment le problème des ressources et ceux liés au vieillissement.

Les problèmes dus au vieillissement ont souvent été soulevés par vous, mesdames, messieurs les députés. Nous travaillons très ardemment à leur solution et je serais heureux - je l'ai dit à certains d'entre vous - de pouvoir travailler avec votre commission des affaires sociales sur ce point comme sur d'autres, pour connaître toutes vos suggestions.

J'espère également vous avoir montré que l'exercice 1990 nous a permis d'avancer sur la plupart des thèmes que j'avais évoqués devant vous voici un an. En adoptant le budget qui vous est proposé pour 1991, vous rendrez possibles la poursuite et le renforcement de l'effort que la nation doit consentir pour rendre aux handicapés et accidentés de la vie leur pleine citoyenneté, ce qui, je le sais, est votre volonté à tous. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste et sur de nombreux bancs des groupes du Rassemblement pour la République, Union pour la démocratie française et de l'Union du centre.*)

M. le président. Je vous remercie.

Suspension et reprise de la séance

M. le président. La séance est suspendue pour quelques minutes.

(*La séance, suspendue à dix-sept heures trente-cinq, est reprise à dix-sept heures cinquante.*)

M. le président. La séance est reprise.

Nous en arrivons aux questions.

Nous commençons par le groupe de l'Union du centre.

La parole est à M. François Rochebloine.

M. François Rochebloine. Monsieur le secrétaire d'Etat chargé des handicapés et des accidentés de la vie, je voudrais appeler tout particulièrement votre attention sur le problème de l'éducation des enfants autistes.

Cinq personnes sur 10 000 sont touchées par cette maladie, en particulier les garçons : quatre garçons pour une fille. Dans mon département, il naît chaque année quatre à cinq enfants autistes.

La cause de cette affection est encore mal définie, mais ses symptômes, en revanche, ont été portés à la connaissance du grand public. Cette affection se manifeste par de graves difficultés de communication, entraînant souvent dans un premier temps un diagnostic de surdité, et des troubles du comportement.

Cependant - et c'est très important -, pour peu que l'on s'applique à leur donner l'éducation spéciale requise par leur état, ces enfants peuvent progresser et mener une vie permettant d'envisager une insertion dans le monde du travail protégé. Comme tous les enfants, ils ont droit à l'éducation. Plus que certains, ils nécessitent une attention particulière. Le contact avec d'autres enfants peut, dans la plupart des cas, leur être extrêmement bénéfique, en même temps qu'il enrichira les autres de l'acceptation de la différence.

Au lieu de cela, que voit-on ?

Rejetés des instituts médico-éducatifs, qui n'ont pas suffisamment de personnels pour les encadrer - il faudrait en effet deux éducateurs par groupe de cinq enfants -, ces enfants ne sont pas non plus, et pour les mêmes raisons, admis dans les classes d'adaptation annexées aux établissements scolaires. Alors, ils restent dans leurs familles, bien démunies devant les nécessités de la tâche éducative, ou bien il régressent dans un établissement psychiatrique qui ne leur apporte aucune éducation. Ou bien encore, ils trouvent par miracle une place dans un des trois ou quatre établissements spécifiques, mais avec le risque cette fois de perdre totalement le contact familial à cause de l'éloignement géographique.

L'existence de tels établissements constitue un réel espoir pour les parents d'enfants autistes. Les méthodes éducatives existent. Les bonnes volontés aussi : des parents, des instituteurs, sensibilisés à ce problème, se sont formés ; des collectivités locales et des entreprises sont déterminées à agir pour aider ces enfants.

« L'éducation des enfants autistes est une priorité », déclarez-vous récemment, monsieur le secrétaire d'Etat. Et vous ajoutiez : « Dès la rentrée, on va s'y attaquer ».

Alors, soyez le fédérateur de tous ces élans, et que grâce à vous le souhaitable devienne possible, c'est-à-dire que soient créés non pas des ghettos parcimonieusement distribués où, sous prétexte d'établissements faits pour eux, on enfermerait les autistes, mais de petites structures pour groupes de cinq enfants, largement disséminées sur le territoire et annexées aux autres établissements, qu'il s'agisse d'établissements d'enseignement classique ou d'instituts médico-éducatifs. Dans ces lieux, ces enfants pourront - et j'anticipe sur votre réponse, monsieur le secrétaire d'Etat - recevoir une éducation adaptée et s'ouvrir aux autres. Il est temps, monsieur le secrétaire d'Etat, de leur permettre d'exercer ce droit. *(Applaudissements sur les bancs des groupes Union pour la démocratie française, de l'Union du centre et du Rassemblement pour la République.)*

M. le président. La parole est à M. le secrétaire d'Etat chargé des handicapés et des accidentés de la vie.

M. Michel Gillibert, secrétaire d'Etat. Monsieur le député, je vous remercie d'avoir posé cette question car les autistes constituent en effet un réel problème dont on s'est peu occupé jusqu'à présent. Aujourd'hui encore, il y a très peu d'endroits pour les accueillir.

Je suis donc déterminé à rechercher les moyens permettant de remédier à cette situation et à prendre des mesures très concrètes pour répondre aux besoins exprimés.

D'abord, afin de connaître les différentes sensibilités qui existent sur ce sujet - car, vous le savez, il y a des parents qui sont favorables à certaines formules d'insertion alors que d'autres en préfèrent des différentes -, j'ai commencé l'audition de diverses associations des parents et d'amis d'enfants et d'adultes d'autistes, ce qui nous permettra d'organiser un groupe de travail et une table ronde.

De ce dialogue en cours, je retiens déjà qu'il convient de diversifier et de développer les modes d'accueil, d'éducation, de travail et de soins pour les autistes.

En premier lieu, j'entends développer les possibilités d'accueil de ces enfants dans les structures spécialisées existantes. Des moyens financiers spécifiques sont prévus pour inciter ces établissements, lorsque ce sera nécessaire, à prendre en charge des enfants autistes dans les meilleures conditions.

De même, des moyens seront réservés au niveau national pour accompagner l'accueil des jeunes autistes dans des classes intégrées de l'éducation nationale et pour permettre l'intervention des services d'éducation et de soins spécialisés.

Enfin, de nouveaux lieux d'accueil spécifiques seront créés. A cet égard, vous avez eu raison de préciser, monsieur le député, qu'il fallait préférer les lieux d'accueil ne recevant qu'un nombre limité de handicapés.

Pour les adultes autistes, qui en ont la possibilité, je tiens à ce que le plan de développement des structures de travail protégées leur réserve une place dans les projets innovants. Vous savez qu'il y a 25 p. 100 de projets innovants parmi les places de C.A.T. et d'ateliers protégés. Ceux-ci sont actuellement discutés avec les associations.

Je veillerai enfin à ce que le programme pluriannuel en faveur des adultes lourdement handicapés, qui vient d'être lancé, serve partiellement au cofinancement des structures d'hébergement adaptées pour les autistes.

A plusieurs reprises, je suis allé sur le terrain à la rencontre des personnes frappées par l'autisme. J'ai visité un certain nombre de structures, notamment en Isère, qui sont tout à fait intéressantes, qui rencontrent beaucoup de succès et qui enregistrent de bons résultats. Je pense en particulier à des fermes pour autistes.

M. Georges Colombier. En effet !

M. Michel Gillibert, secrétaire d'Etat. Vous étiez d'ailleurs présent, monsieur Colombier.

Récemment, je suis retourné visiter un autre établissement situé au-dessus de Nîmes, en Provence, où des associations font un travail tout à fait intéressant à partir de petites structures, qui fonctionnent sur le modèle d'ateliers occupationnels, et dans lesquelles les jeunes autistes trouvent immédiatement une activité très concrète. Les résultats y sont tout à fait étonnants.

Au reste, dans le regard de tous ces jeunes, j'ai perçu des besoins, avant tout affectifs, et des peurs.

C'est pourquoi nous rencontrons les associations pour approfondir davantage encore ces questions.

M. le président. Je vous remercie

La parole est à M. Adrien Zeller.

M. Adrien Zeller. Monsieur le ministre, vous m'avez demandé tout à l'heure ce que nous avions fait au cours de la période 1986-1988 pour le système des retraites. Je n'ai malheureusement pas pu prendre la parole. Je voudrais donc vous répondre brièvement avant de vous poser ma question. *(Exclamations sur les bancs du groupe socialiste.)*

Nous avons permis un rattrapage du pouvoir d'achat des retraitées, qui avait diminué en 1985. Ensuite, nous avons corrigé certaines erreurs en matière de cumul emploi-retraite. Enfin, nous nous sommes attachés à dire la vérité aux Français et, à cet égard, nous n'avons pas toujours été entendus sur vos bancs *(Applaudissements sur les bancs des groupes de l'Union du centre et Union pour la démocratie française.)* J'ai fait cette mise au point sans volonté polémique. Nous n'avons pas pu tout faire, mais nous sommes allés, du moins je le crois, dans la bonne direction.

J'en viens à ma question.

Monsieur le ministre, vous venez de recevoir le rapport de M. Baltenweck sur le régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle, qui connaît des difficultés financières depuis quelques années et dont l'originalité n'est plus à démontrer. Il assure un haut niveau de protection sociale et la population de ces trois départements y est très attachée. Les propositions qui sont contenues dans ce rapport sont à nos yeux de nature à le consolider. Elles s'appuient sur le principe de l'autonomie de gestion de ce régime ainsi que sur les principes de responsabilité et de solidarité. Sous réserve de corrections et de précisions mineures, elles peuvent trouver un très large consensus auprès des partenaires sociaux.

Mais des décisions urgentes s'imposent. Quand prendrez-vous position ? Quelles mesures pratiques allez-vous retenir et quelle forme revêtiront-elles ? Je rappelle également que des décisions pourraient s'avérer nécessaires dans les prochaines semaines afin de proroger le dispositif provisoire de financement de ce régime.

M. le président. Je vous remercie.

La parole est à M. le ministre.

M. le ministre des affaires sociales et de la solidarité. M. Baltenweck m'a remis son rapport sur le régime local d'Alsace-Moselle à la mi-octobre. Ce rapport me paraît une bonne base de travail pour envisager l'avenir de ce régime, dont le Gouvernement entend assurer la pérennité. Il est en effet l'expression d'une solidarité active des Alsaciens et des Mosellans devant la maladie et il convient de le conforter.

M. Baltenweck propose notamment de reconduire la cotisation de 0,20 p. 100 sur les actifs. Le Gouvernement envisage d'aller dans cette voie pour assurer l'équilibre du régime en 1991. Il étudie actuellement les propositions pour le moyen et le long terme qui sont contenues dans le rapport. Nous sommes attentifs aux réactions que ses diverses propositions suscitent. Le service d'intérêt commun et de coordination s'est réuni il y a seulement deux jours. Le Gouvernement entend que toutes les parties prenantes puissent s'exprimer. C'est au vu de ces réactions que je prendrai les mesures nécessaires.

L'essentiel me paraît être l'organisation des structures de gestion du régime local. Je crois qu'il faut, et c'est l'esprit des propositions de M. Baltenweck, aller dans le sens d'une décentralisation des responsabilités, afin que les décisions nécessaires pour assurer l'avenir soient prises par les intéressés eux-mêmes dans une instance dont l'autorité et la légitimité soient reconnues par tous. *(Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste. - M. Adrien Zeller applaudit également.)*

M. le président. Je vous remercie.

M. Denis Jacquat, rapporteur pour avis. Merci de nous aider, monsieur le ministre !

M. le président. La parole est à M. François Rochebloine, pour une seconde question, plus ramassée que la première...

M. François Rochebloine. Le nombre de personnes en situation de dépendance résultant d'un état de sénescence augmente régulièrement et il est certain que cette augmentation va se poursuivre dans les années à venir.

Comment le Gouvernement entend-il prendre en considération cette réalité sociale ? Comment aborde-t-il la question du financement de la dépendance ?

Ma question porte plus précisément sur le maintien à domicile des personnes âgées et donc sur le financement de la tierce personne, sur laquelle repose ce maintien.

Plusieurs mécanismes sont envisageables : ceux qui relèvent de l'assurance et ceux qui reposent sur l'aide sociale.

La mise en œuvre d'une assurance-dépendance a été prônée, fin 1987, par M. Théo Braun, chargé d'un rapport sur les problèmes des personnes âgées dépendantes. Cette proposition n'a pas encore abouti en dépit de l'entrée au Gouvernement de son auteur. Il importe de connaître l'état d'avancement de la réflexion à ce sujet.

Dans l'immédiat, il faut régler les situations d'urgence, permettre aux personnes âgées qui nécessitent une aide, sans avoir les moyens financiers de l'assumer d'obtenir l'assistance qui leur permet de demeurer chez elles. Le maintien à domicile constitue à bien des points de vue la bonne solution. Bonne solution pour la personne dépendante, qui reste dans son cadre familial, lieu de racines, au centre du réseau des solidarités naturelles et affectives. Bonne solution car, au total, la moins coûteuse : à elle seule, l'aide apportée par la collectivité ne serait pas suffisante mais elle est déterminante pour le maintien à domicile car elle sert de greffe aux apports divers de l'entourage.

On est donc amené à envisager une prestation légale spécifique, une allocation qui serait attribuée comme une prestation d'aide sociale, c'est-à-dire sous condition de ressources, et qui, pour reconnaître l'aide de fait des enfants, ne mettrait pas en jeu l'obligation alimentaire, se réservant de récupérer sur la succession.

Dans ce portrait-robot, chacun reconnaît l'allocation compensatrice. Son institution dans le cadre de la loi de 1975 a conduit certains à se demander si elle ne devrait pas être réservée aux personnes dont le handicap ne résulte pas de l'âge. En l'état actuel du texte, la réponse est négative : le législateur n'a entendu fonder aucune exclusion sur l'âge ou l'origine du handicap.

M. Jean-Claude Boulard. Il faut appliquer la loi !

M. François Rochebloine. Si l'allocation compensatrice mérite d'être mieux connue et mieux utilisée pour le maintien à domicile, c'est sa finalité qui reste à définir.

Pour que son objectif soit atteint, deux points importants doivent être précisés.

Premièrement, les bénéficiaires de l'allocation doivent être aidés à l'utiliser conformément à son objet, et c'est là tout le rôle des associations mandataires, dont il faut saluer le travail remarquable, encourager le développement, et qu'il convient d'aider à assumer les tâches de formation du personnel qu'elles recrutent.

M. le président. Veuillez poser votre question, monsieur Rochebloine.

M. François Rochebloine. Je termine, monsieur le président.

Dans mon département, une association mandataire canalise les sommes versées dans le cadre de l'allocation compensatrice. Au bout de deux ans d'existence, quarante-huit emplois permanents équivalant à trente-cinq postes à temps complet de garde-malade ont été créés. L'ensemble de cette activité s'élève à 2,5 millions de francs.

On le constate, le maintien à domicile permet des créations d'emplois non négligeables, en même temps qu'il favorise la réduction des journées d'hospitalisation, ce qui représente une source d'économie importante pour la collectivité.

M. Robert Le Foll et M. Charles Metzinger, rapporteur pour avis. La question !

M. François Rochebloine. En second lieu, les départements qui assurent le financement de l'allocation compensatrice doivent recevoir la juste contrepartie financière de l'augmentation des dépenses entraînée par la généralisation de son attribution.

Voilà pourquoi, madame le secrétaire d'Etat, à l'heure où le Gouvernement invoque tout particulièrement la solidarité, je vous demande de bien vouloir nous préciser les actions que vous allez entreprendre, dans l'immédiat et à terme, au profit des plus anciens d'entre nous. *(Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union du centre.)*

M. Robert Le Foll. La dernière phrase suffisait !

M. le président. Je rappelle, mais M. Rochebloine n'est pas seul concerné, que le Bureau insiste pour que les questions comme les réponses soient vivantes, c'est-à-dire brèves, et ne se transforment pas en discours. *(« Très bien ! » sur les bancs du groupe socialiste.)*

La parole est à Mme le secrétaire d'Etat.

Mme Hélène Dorlhac, secrétaire d'Etat. Monsieur le député, il est clair que la dépendance des personnes âgées est aujourd'hui un problème majeur. J'ai d'ailleurs déjà longuement insisté sur ce point dans mon intervention liminaire.

Les moyens consacrés à ce problème représentent environ 20 milliards de francs, dont plus de 9 milliards de francs assumés par l'assurance maladie, 9 milliards par les départements au titre de l'aide sociale et de l'aide ménagère, le reste par les caisses de retraite, leurs fonds d'action sanitaire et sociale, les usagers eux-mêmes et leurs familles.

Ces moyens sont-ils suffisants ? Sont-ils équitablement répartis ? Sont-ils mis en œuvre de la façon la plus utile et la plus efficace possible ? Certainement pas, malgré les progrès réalisés depuis plusieurs années, en particulier ces deux dernières années.

Je n'ignore pas, notamment, les attentes des intéressés dont vous vous faites l'écho, de leurs familles et de tous nos concitoyens, mais vous connaissez comme moi les problèmes de financement du régime de sécurité sociale.

Je n'ignore pas non plus que les dépenses d'aide sociale aux personnes âgées et de l'allocation compensatrice peuvent être élevées, notamment dans les départements ruraux dont la population vieillit et ne dispose pas d'un niveau de vie élevé.

En raison de tous ces problèmes, le Gouvernement compte mettre en œuvre les moyens de déboucher concrètement sur une réforme du système de financement de la dépendance.

Nous allons confier ce mois-ci à une commission reliée au commissariat au Plan le mandat d'expertiser les diverses solutions possibles afin de rendre plus cohérent, plus juste et plus complet le dispositif actuel. Ce sont ses conclusions qui nous permettront d'assurer, avec les travaux de la mission d'information parlementaire, les bases d'une adaptation du dispositif actuel dès l'automne 1991. Tout est donc largement ouvert. *(Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.)*

M. le président. Je vous remercie, madame le secrétaire d'Etat.

Nous passons aux questions du groupe U.D.F.

La parole est à M. Denis Jacquat.

M. Denis Jacquat. En France, le veuvage touche un foyer sur quatre. Il est d'autant plus difficile à supporter qu'à la douleur morale se surajoutent des problèmes d'ordre matériel, familial, social et psychologique auxquels il faut faire face. L'état de précarité engendré par la diminution brutale, voire l'absence, de ressources peut conduire très rapidement certaines veuves à une exclusion sociale. Il devient donc urgent de prendre des mesures visant à assurer aux veuves des conditions de vie décentes, le temps pour elles de se réorganiser. Dans cette perspective, les conditions d'attribution de l'assurance veuvage versée aux veuves de moins de cinquante-cinq ans doivent être révisées et améliorées. Ainsi, une augmentation du montant de l'assurance veuvage dès la première année, combinée à une diminution du taux de dégressivité, doit être appliquée. En outre, le droit à l'assurance veuvage doit être étendu aux veuves sans enfants. Enfin, le versement de l'assurance veuvage, qui doit être prévu dans tous les régimes de base, doit s'accompagner, les deuxième et troisième années, d'une prise en charge de la couverture sociale.

S'agissant des veuves de plus de cinquante-cinq ans, le plafond de ressources pour l'ouverture des droits de réversion doit être relevé. Par ailleurs, le cumul de leur propre retraite et de la pension de réversion devrait être autorisé dans la limite du montant maximum de la pension de sécurité sociale. Compte tenu de la situation largement excédentaire du Fonds national de l'assurance veuvage, toutes ces propositions devraient se concrétiser très rapidement.

Le Gouvernement pourrait-il nous faire connaître dès aujourd'hui ses priorités dans ce domaine, ainsi que les échéances qu'il s'est fixées pour la réalisation de ses objectifs ? *(Applaudissements sur les bancs des groupes Union pour la démocratie française, de l'Union du Centre et du Rassemblement pour la République.)*

M. le président. Merci.

La parole est à M. le ministre.

M. le ministre des affaires sociales et de la solidarité. Monsieur le député, le Gouvernement s'attache à maintenir et à renforcer les droits des veuves, d'abord en s'attaquant aux causes du veuvage, et tout ce que nous avons dit à propos de la prévention et de la santé y contribue.

Quant aux conséquences de ce drame personnel et familial qu'est le veuvage, notre système de protection sociale doit s'adapter afin de répondre à la diversité des situations.

Je n'ignore pas les problèmes auxquels sont confrontés les veuves les plus âgées, par exemple les conditions d'ouverture du droit aux pensions de réversion, très strictes notamment dans le régime général, ou la disparité des droits selon les différents régimes. Nous nous sommes engagés dans une réflexion d'ensemble sur le problème des retraites et le débat sur le livre blanc que nous aurons ensemble permettra d'aborder un certain nombre de ces questions.

En effet, lorsqu'on compare notre système de retraite avec ceux de nos partenaires européens en ce qui concerne la réversion, nous constatons qu'il se caractérise par des droits directs plus élevés mais par des droits indirects moins favorables. C'est donc bien dans le cadre d'une approche globale des différents régimes de retraite qu'une amélioration des pensions de réversion pourrait être envisagée, qu'il s'agisse de l'élargissement des conditions d'ouverture des droits à pension ou de l'amélioration de leur montant.

Vous avez d'autre part, monsieur le député, posé le problème des veuves plus jeunes. Les réponses doivent être différentes. Je pense notamment à l'action importante que nous

développons afin de permettre à ces femmes, qui n'exerçaient souvent pas d'activité professionnelle au moment du décès de leur conjoint, de trouver ou de retrouver rapidement un emploi. C'est une action longue et complexe, tant la situation du marché de l'emploi rend difficile cette insertion.

L'assurance veuvage, l'allocation de parent isolé, le revenu minimum d'insertion, l'assurance maladie maintenue gratuitement pour les veuves de plus de quarante-cinq ans qui ont élevé une famille nombreuse, répondent à cette exigence de solidarité. Certes, et c'est l'une des difficultés auxquelles nous sommes confrontés, ce système peut paraître complexe et les effets de seuil liés aux ressources ou à l'âge apparaissent souvent trop sévères.

Quelles voies nous sont ouvertes ? Je rappelle d'abord, parce qu'une inquiétude s'est manifestée à ce sujet, que le Gouvernement n'entend pas supprimer l'assurance veuvage au profit du R.M.I. Certes, les réponses doivent être diverses et inclure le R.M.I. mais il n'est pas question, je le répète, de supprimer l'assurance veuvage au profit du R.M.I.

J'ai déjà souligné lors du débat qui a eu lieu au Sénat il y a quelques semaines qu'il n'est pas pertinent de prendre appui sur l'excédent de l'assurance veuvage. En effet, cette approche strictement comptable isole l'assurance veuvage de l'ensemble du dispositif de protection sociale, dont bénéficient aussi les veuves. Cet isolement ne tiendrait pas compte des contributions que chacune des branches de la sécurité sociale apporte aujourd'hui aux veuves.

Il faut en tout cas, et le Gouvernement y travaille, réfléchir aux lacunes de notre système global de solidarité. A cet égard, le relèvement du plafond de ressources pour l'attribution de l'allocation veuvage constitue une des dispositions prioritaires qui pourrait se concrétiser dans le cadre de mesures globales et financièrement équilibrées relatives à la sécurité sociale. *(Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.)*

M. Denis Jacquat. Très bien !

M. le président. Je vous remercie, monsieur le ministre. La parole est à M. François-Michel Gonnnot.

M. François-Michel Gonnnot. Ma question concerne le projet de nouveau centre hospitalier à Compiègne, dans l'Oise.

Il s'agit d'un équipement nécessaire pour la ville de Compiègne mais aussi pour l'ensemble du secteur sanitaire de Compiègne-Noyon. Le nouvel hôpital remplacera l'actuel, qui a été ouvert en 1892. Il devrait être situé sur un terrain de huit hectares et comprendre 509 lits en chirurgie, médecine et gynécologie-obstétrique.

Au mois de février 1987, le conseil d'administration de l'hôpital a adopté le plan directeur d'établissement, qui a envisagé cette restructuration. Depuis, l'ensemble des études, dont le coût s'est élevé à dix-huit millions de francs, a été achevé et, selon vos services, monsieur le ministre, le dossier est aujourd'hui techniquement prêt. Nous n'attendons plus que le feu vert de l'Etat pour le début des travaux. Leur montant est estimé à 365 millions de francs, dont 40 p. 100 seraient à la charge de votre ministère et le reste financé par l'emprunt.

Ce dossier est suffisamment important pour que moi-même, mais aussi mon collègue de Compiègne-Sud, le maire de la ville, président du conseil d'administration, et le président du conseil général de l'Oise aient depuis un an demandé successivement, mais aussi collectivement, à être reçus par vos services, pour l'instant sans succès ; il n'a jamais été donné suite à ces demandes d'audience.

Il y a quinze jours, une délégation de l'association des amis de l'hôpital a été reçue par l'un de vos collaborateurs ; elle est ressortie bredouille. Le choix de l'hôpital, financé en 1991, lui a-t-il été répondu, sera décidé à l'issue de la discussion budgétaire.

J'imagine mal que vous nous demandiez cette nuit de voter les crédits de votre budget sans que la représentation nationale sache précisément ce qu'il y a à l'intérieur.

Ma question est donc la suivante : avez-vous prévu dans votre projet de budget pour 1991 les crédits nécessaires, de 2,6 millions de francs très exactement, pour achever la phase assistance-marchés-travaux et réaliser la première tranche de travaux ?

Des milliers de personnes, des agents du service public, des élus de tout l'arrondissement mais aussi, bien sûr, tous les habitants de Compiègne, usagers d'hier et de demain de l'hôpital, attendent votre réponse avec gravité.

Si d'aventure elle devait être négative, le Gouvernement pourrait-il au moins prendre des engagements pour 1992 ? *(Applaudissements sur les bancs des groupes Union pour la démocratie française, de l'Union du centre et du Rassemblement pour la République.)*

M. le président. Je vous remercie. La parole est à M. le ministre délégué.

M. le ministre délégué, chargé de la santé. Monsieur le député, le Gouvernement est conscient de l'état dans lequel se trouve l'hôpital de Compiègne. Je vous remercie d'autant plus d'évoquer cette question que M. Stoléru m'a également parlé du difficile problème auquel est confronté cet établissement dont l'état de vétusté est, je crois, reconnu par toutes les instances, tant locales, départementales, régionales que nationales. Tout le monde reconnaîtra par conséquent la nécessité de rénover entièrement l'hôpital de Compiègne.

Les propositions de programmation des subventions d'investissement que nous avons reçues des régions font apparaître pour 1991, dans les opérations nouvelles dites de catégorie II, ce centre hospitalier pour une subvention d'études de un million de francs et pour une subvention concernant une première tranche de travaux de 43 millions de francs.

Je ne suis pas encore en mesure de vous donner une réponse définitive quant à ce que nous pourrions faire l'année prochaine en faveur de l'hôpital de Compiègne. En effet, l'enveloppe totale qui sera finalement retenue dans le budget de l'Etat n'est pas encore définitivement arrêtée. Elle ne le sera qu'après que la procédure budgétaire aura été conduite à son terme.

J'ai demandé à mes services d'examiner le cas de l'hôpital de Compiègne. Dès que nous aurons recueilli les indications nécessaires sur cet hôpital, et sur d'autres - il y a malheureusement d'autres hôpitaux français qui se trouvent dans la même situation -, je puis vous assurer que je vous tiendrai personnellement informé. Je vous recevrai avant de prendre une décision concernant l'hôpital de Compiègne. *(« Très bien ! » sur les bancs du groupe socialiste.)*

M. le président. Je vous remercie. La parole est à M. Georges Colombier.

M. Georges Colombier. La profession de secrétaire médico-sociale, introduite dans la fonction publique il y a une vingtaine d'années, occupe une place prépondérante, que ce soit dans les hôpitaux, les C.C.A.S. ou les services sociaux départementaux.

Assurant bien souvent le premier accueil des personnes en difficulté, la secrétaire médico-sociale remplit un rôle irremplaçable d'auxiliaire des professionnels de la santé et de la solidarité.

Connaissant bien cette profession - j'ai accueilli cette année leur onzième congrès national dans le département de l'Isère -, je veux vous dire que nous connaissons le bon travail fourni et l'appréciation positive que nous portons à ses membres. Il s'agit d'une profession qui gagne à être largement connue et dont la préoccupation majeure porte sur son propre devenir.

La question de l'avenir de cette catégorie, dont la richesse et l'intérêt sont pourtant démontrés, est posée. En effet, si le statut spécifique des secrétaires médico-hospitalières est en bonne voie, les secrétaires médico-sociales territoriales sont dans l'incertitude quant à l'élaboration du leur.

Enfin, bien que la spécificité technique soit reconnue, aucune précision n'est apportée sur les modalités d'application. A cet égard, je déplore le fait que le protocole d'accord entre le Gouvernement et les syndicats soit loin d'être précis. L'échéancier des mesures ne prévoit l'accession à la catégorie B, dès 1990 et 1991, que de 75 p. 100 des secrétaires médico-sociales territoriales. Cela ne me paraît pas équitable.

Monsieur le ministre, quels moyens comptez-vous mettre en œuvre pour qu'à la fin de l'année 1991 l'ensemble de la profession soit reclassé sans plus attendre ?

Le second point noir du nouveau statut est la non-reconnaissance des diplômes professionnels, notamment du bac F8, dont la valeur doit être affirmée car les secrétaires

médico-sociales y sont très fortement attachées. Dans quel délai et selon quelles modalités cette valorisation s'effectuera-t-elle ? *(Applaudissements sur les bancs des groupes Union pour la démocratie française et du Rassemblement pour la République.)*

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

M. le ministre des affaires sociales et de la solidarité. Monsieur le député, les statuts relatifs à la fonction publique hospitalière dans leur ensemble ont fait l'objet de discussions et sont presque tous sur le point d'être publiés, après avoir été examinés par diverses commissions et après avis du Conseil d'Etat.

Les problèmes relatifs à la fonction publique hospitalière ont fait l'objet de longs débats et ils sont désormais réglés.

Vous avez parlé de la situation particulière des personnels employés par les collectivités territoriales. Je vous précise que le statut de ces personnels relève de la compétence de mon collègue ministre de l'intérieur. Certes, les services de mon département ministériel seront associés à l'élaboration du titre III du statut de la fonction publique territoriale pour ce qui concerne les professions ayant un caractère sanitaire et social, mais c'est M. le ministre de l'intérieur qui conduit directement les discussions.

Je puis quand même vous dire que le projet de statut inscrit en catégorie B la profession de secrétaire médicale. Il convient de noter qu'il est exceptionnel qu'un corps de catégorie C soit repris dans la catégorie B dans sa totalité. Cette mesure, qui s'inscrit dans un ensemble de propositions dont le coût est très élevé, fait actuellement l'objet de diverses discussions.

L'accès au corps des secrétaires médicales de classe normale s'effectue par la voie de concours sur épreuves, ouverts aux titulaires du baccalauréat de l'enseignement du second degré ou d'un titre ou diplôme reconnu équivalent et je ne doute pas que les titulaires du baccalauréat F8, qui préparent tout particulièrement à cette profession, continueront de constituer la majorité des membres de ce corps.

M. le président. Je vous remercie.

Nous en venons au groupe socialiste.

La parole est à M. Yves Durand.

M. Yves Durand. Monsieur le secrétaire d'Etat chargé des handicapés et des accidentés de la vie, les établissements médico-sociaux reçoivent, par décision de la commission départementale de l'éducation spéciale, des jeunes gens de l'aide sociale à l'enfance, au titre, bien entendu, de leur handicap mental.

A dix-huit ans, sauf prolongation de leur prise en charge au titre d'allocataires provisoires, jeunes majeurs jusqu'à vingt ans, ils ne sont plus connus des services de l'aide sociale.

Ce type de prise en charge est obtenu du service de l'aide à l'enfance sous une forme contractuelle intéressante car il engage le jeune dans un processus de prise en charge pour son avenir. A vingt ans, son entrée dans le monde adulte est décidée sur examen d'un dossier examiné par la COTOREP. Les difficultés importantes pour l'insertion des personnes handicapées mentales commencent à cet âge faute de structures en nombre suffisant - en dépit des efforts considérables qui sont réalisés - pour accueillir ces adultes qui, à un degré plus ou moins grand, sont dépendants. Les C.A.T. et les foyers d'hébergement en particulier ont des listes d'attente très longues.

Pour éviter les passe-droits, l'administration de la D.A.S.S.-Etat a considéré que seul l'ordre chronologique des inscriptions sur les listes des établissements pouvait compter. Ce principe, louable dans l'absolu, ne tient pas compte des situations individuelles. Or les jeunes de l'aide sociale, dans la mesure où ils ne disposent pas d'une famille susceptible de les accueillir, devraient être retenus prioritairement pour la mise en œuvre de leur orientation.

Ne pensez-vous pas, monsieur le secrétaire d'Etat, que la règle de l'antériorité des inscriptions devrait être assouplie pour que soient pris en compte le problème douloureux des jeunes de l'aide sociale à l'enfance, mais également les situations individuelles exigeant l'urgence d'un placement, d'autant plus que difficultés dues au nombre des ateliers protégés surgissent, en dépit des efforts faits par vous-même et par le Gouvernement.

Ne serait-il pas également souhaitable que la ligne budgétaire concernant les ateliers protégés soit augmentée de façon que les subventions arrivent plus rapidement pour la réalisation des projets ?

M. le président. La parole est à M. le secrétaire d'Etat.

M. Michel Gillibert, secrétaire d'Etat. Monsieur le député, vous venez de poser une question importante - même si elle concerne peu de personnes. Il faut d'autant plus s'en préoccuper rapidement.

Bizarrement, ce sujet n'avait jamais été évoqué par les élus que j'ai rencontrés dans les départements. Lorsque vous m'avez interrogé, nous avons pris conscience qu'un problème réel se posait, auquel il fallait s'attaquer.

Vos propositions nous intéressent et je souhaiterais que nous puissions les examiner ensemble pour trouver le plus rapidement possible une solution aux cas doublement douloureux que vous avez évoqués. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.*)

M. le président. Je vous remercie.

La parole est à M. Yves Durand pour une seconde question.

M. Yves Durand. Monsieur le président, pour répondre à votre souci de brièveté, ma seconde question sera on ne peut plus courte, mais elle n'en sera pas moins à mes yeux importante. S'adressant elle aussi à M. le secrétaire d'Etat chargé des handicapés et des accidentés de la vie, elle concerne la rémunération des adultes handicapés travaillant en milieu protégé.

La garantie de ressources accordée à ces adultes est constituée, d'une part, d'un salaire fondé sur le S.M.I.C. et, d'autre part, de l'allocation aux adultes handicapés, qui est, comme chacun sait, une allocation différentielle. Plus la rémunération versée par le C.A.T. est élevée, plus l'allocation aux adultes handicapés diminue.

Au vu d'exemples concrets, que je ne citerai pas ici, j'ai pu constater que l'augmentation du S.M.I.C. intervenue au 1^{er} juillet de cette année avait entraîné une diminution de la rémunération globale des travailleurs handicapés.

Ne faudrait-il donc pas, monsieur le secrétaire d'Etat, briser le rapport existant entre les deux parties de la rémunération des adultes handicapés travailleurs ?

M. le président. Merci.

La parole est à M. le secrétaire d'Etat.

M. Michel Gillibert, secrétaire d'Etat. Monsieur le député, dans le cadre des protocoles d'accord signés le 8 novembre 1989 entre le Gouvernement et les associations représentatives des personnes handicapées, une réforme des ressources des travailleurs handicapés en C.A.T. a été prévue.

Cette réforme comprend trois propositions principales.

En premier lieu, le complément de rémunération a été fixé à 50 p. 100 du S.M.I.C., contre 55 p. 100 auparavant. En contrepartie, le salaire direct versé aux travailleurs handicapés devra toujours être égal ou supérieur à 5 p. 100 du S.M.I.C., et le seuil à partir duquel sera appliquée la modification est porté à 20 p. 100.

En deuxième lieu, le cumul de la garantie de ressources et de l'A.A.H. est limité à 100 p. 100 du S.M.I.C. pour les travailleurs handicapés dont le salaire direct est inférieur ou égal à 15 p. 100 du S.M.I.C., et à 110 p. 100 lorsque le salaire direct est supérieur à 15 p. 100 du S.M.I.C. Toutefois, ces montants varient selon la situation familiale des allocataires.

En troisième lieu, pour préserver les droits acquis des travailleurs handicapés déjà présents en C.A.T. avant l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions, le maintien du montant de leurs ressources - allocations aux adultes handicapés plus garantie de ressources - est garanti jusqu'à ce que, par le jeu des revalorisations normales du S.M.I.C., ces ressources atteignent les plafonds que je viens de vous indiquer.

L'A.A.H. différentielle, calculée annuellement, sera ajustée pour qu'elle complète la garantie de ressources, à hauteur du montant total des ressources garanties.

Cette réforme, qui garantit un minimum de revenus aux travailleurs de C.A.T., mais qui limite aussi la possibilité du cumul de la garantie de ressources et de l'A.A.H., a notam-

ment pour but d'instaurer un processus d'incitation à la sortie vers les ateliers protégés ou le milieu ordinaire lorsque le développement de l'autonomie des personnes concernées le permet.

Encore faut-il que les conditions offertes soient suffisamment attractives et, à mon avis, c'est à ce niveau qu'il faut rechercher les stimulations les plus fortes. C'est ce que nous sommes en train de faire.

Comme je vous l'ai dit, nous travaillons actuellement avec le ministère de l'emploi auquel nous avons soumis des propositions pour rendre plus attractif le régime des ressources en travail protégé et en milieu ordinaire. Aujourd'hui, les personnes handicapées sont souvent pénalisées lorsqu'elles veulent se lancer dans la vie active. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.*)

M. le président. Je vous remercie.

La parole est à M. Charles Metzinger.

M. Charles Metzinger. Monsieur le ministre, je voudrais attirer votre attention sur les difficultés que rencontrent actuellement un certain nombre de professions paramédicales, notamment les infirmiers et les masseurs kinésithérapeutes, du fait de l'absence de toute revalorisation tarifaire depuis de nombreux mois.

Je comprends votre volonté de maîtriser les dépenses de santé, mais un blocage total des honoraires pendant une trop longue durée porte en lui le germe de l'inflation du nombre d'actes.

M. Denis Jacquat. C'est vrai !

M. Charles Metzinger. Les professionnels sont en effet inévitablement conduits à augmenter le nombre d'actes pour maintenir leurs revenus.

M. Jean-François Mattei. C'est vrai !

M. Charles Metzinger. J'ajouterai que ce blocage des honoraires aboutit à des difficultés particulières dans les centres de soins. Je souhaiterais donc connaître vos intentions en ce domaine.

M. Denis Jacquat et M. Jean-Yves Chamard. Excellente question !

M. le président. Je vous remercie pour votre concision, mon cher collègue.

La parole est à M. le ministre délégué.

M. le ministre délégué, chargé de la santé. Monsieur le député, il est exact que la situation dans le domaine des professions paramédicales n'est pas facile. Un certain nombre de problèmes se posent qui, comme vous le savez, ont trait à l'évolution rapide de l'ensemble des dépenses résultant de l'activité de ces professions. Les contraintes qui s'exercent sur elles sont les mêmes que celles qui s'exercent sur tout le système de santé et que j'ai évoquées tout à l'heure.

Je rappellerai quelques données rassemblées par le C.E.R.C. sur l'évolution du revenu des professions paramédicales.

Entre 1986 et 1989, le bénéfice net des infirmières et infirmiers libéraux s'est accru de 2 à 3 p. 100 par an en francs constants, et celui des masseurs-kinésithérapeutes a progressé de 2 p. 100 par an, toujours en francs constants.

Par ailleurs, les caisses de sécurité sociale et les syndicats représentatifs de certaines professions paramédicales se sont accordés pour revaloriser les tarifs de ces professions. Mais il est exact que les pouvoirs publics, qui sont saisis par ces professions, notamment par les infirmières et infirmiers et par les masseurs-kinésithérapeutes, sont en train d'examiner ces accords.

Je citerai, pour être complet, quelques chiffres supplémentaires : en 1989, l'activité des infirmières et infirmiers libéraux s'est accrue de 9,7 p. 100 et celle des masseurs-kinésithérapeutes de 11,6 p. 100. Or je crois me souvenir que le P.N.B. avait, quant à lui, augmenté de 4,5 ou de 5 p. 100 cette année-là. (*Exclamations sur les bancs du groupe communiste.*)

Le problème qui se pose est en partie, mais en partie seulement, lié à la démographie des professions concernées.

Toujours en 1989, la masse des honoraires des infirmières et des infirmiers a augmenté de 15 p. 100 et celle des masseurs-kinésithérapeutes de 12,6 p. 100.

Ces évolutions sont évidemment préoccupantes, et l'on se trouve confronté à une situation qui n'est pas bonne, que j'ai essayé d'analyser tout à l'heure à la tribune : les évolutions de dépenses sont fortes, les revenus évoluent dans des conditions qui ne sont pas satisfaisantes, et l'assurance maladie supporte de son côté des charges de remboursement de plus en plus lourdes.

Voilà la situation à laquelle nous devons faire face !

Je suis d'accord avec ce que vous sous-entendiez dans votre question, à savoir que la situation actuelle n'est pas saine. C'est pourquoi je souhaite que nous puissions progresser vers une meilleure maîtrise de l'ensemble des actes, en volume comme en valeur. Cette maîtrise doit s'appuyer sur des objectifs établis et mis en œuvre avec le concours actif des professionnels. Elle doit également s'articuler avec les dispositions de régulation des prescriptions qui figurent dans la dernière convention médicale.

Voilà donc, monsieur le député, les quelques éléments de réponse que je peux vous apporter. Nous sommes conscients des difficultés et nous suivons attentivement la situation. *(Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.)*

M. le président. Je vous remercie.

La parole est à M. Bernard Charles.

M. Bernard Charles. Monsieur le ministre de la santé, je veux vous interroger sur la politique du médicament, qui influe naturellement sur les dépenses de santé, mais qui pose aussi un problème industriel. Les chiffres montrent en effet que l'industrie pharmaceutique française n'est pas en situation très favorable, alors qu'elle a été pendant longtemps l'une des plus performantes au monde.

Nous avons évoqué, comme M. Claude Evin, la nécessaire maîtrise des surconsommations médicamenteuses. Un effort, relevé par notre collègue Alain Calmat dans son rapport, a été consenti pour le bon usage des médicaments.

Le groupe socialiste a déposé une proposition de loi, qui a été votée à l'unanimité, pour prolonger la vie des brevets. Il a ainsi montré toute l'attention qu'il porte à la protection de la recherche pharmaceutique.

D'autres mesures sont en cours. On parle de la médicalisation des remboursements. Nous avons également appris par la presse que le remboursement des spécialités à 40 p. 100 pourrait être supprimé. Nous considérons que cette mesure serait une erreur. En effet, elle pénaliserait les assurés sociaux, sans constituer pour autant une économie pour la sécurité sociale, dans la mesure où nous assisterions à un transfert sur les médicaments remboursés à 70 p. 100. Elle pénaliserait aussi, et très fortement, l'industrie pharmaceutique française, qui est très concernée par cette catégorie de médicaments.

D'autres propositions ont encore été avancées : le système anglais du P.P.R.S., qui permettrait une négociation plus globale, ou la création d'une agence du médicament.

Quelles sont, monsieur le ministre, les orientations qui se préciseront dans les prochains mois en ce domaine ? Il faut que l'industrie pharmaceutique ait des règles claires et durables et qu'elle participe aussi à la nécessaire information pour le bon usage des médicaments.

M. le président. La parole est à M. le ministre délégué.

M. le ministre délégué, chargé de la santé. Monsieur le député, il y a effectivement un problème de la politique des prix du médicament. Je dis bien des prix, parce que, pour le reste, nous avons en France des dispositions modernes, rapides, efficaces et qui donnent satisfaction à tout le monde. Mais il est vrai que personne n'est satisfait de la politique des prix.

Ce problème ne date pas d'aujourd'hui. J'ai eu moi-même, dans des activités professionnelles antérieures, il y a plus de dix ans, à m'occuper de la politique des prix des médicaments, et j'ai constaté depuis lors que nous n'avions pas encore trouvé de bonne solution.

La situation n'est pas satisfaisante pour les laboratoires pharmaceutiques. En toute objectivité, on peut reconnaître qu'il y a sans doute un lien entre leurs difficultés à se maintenir dans la compétition européenne et internationale et la politique des prix conduite depuis dix ou quinze ans.

Elle n'est pas satisfaisante du point de vue de l'assurance maladie, parce que les effets pervers qu'entraîne cette politique des prix engendrent des comportements en volume tels

que, finalement, l'assurance maladie doit rembourser une valeur totale de médicaments élevée et qui va en s'accroissant rapidement.

Elle n'est pas non plus satisfaisante du point de vue de la santé publique puisqu'on sait qu'il y a sans doute un lien entre, d'une part, la consommation en volume des médicaments en France - elle est sinon la plus élevée, en tout cas parmi les plus élevées du monde - et, d'autre part, le niveau des prix pratiqués en France.

Bref, le schéma n'est pas bon et il s'agit d'en trouver un autre.

Plusieurs hypothèses sont envisagées. Vous en avez évoqué deux.

La première, directement relative aux prix, est la transcription du système anglais dit P.P.R.S. Ce système n'est pas une panacée, mais il représenterait un progrès important par rapport à celui que nous pratiquons actuellement, c'est-à-dire le contrôle des prix médicament par médicament. Il donnerait notamment aux laboratoires, dans le cadre d'objectifs globaux fixés contractuellement avec eux, la possibilité de moduler leurs prix.

Nous réfléchissons à cette formule avec Claude Evin, mais il peut y en avoir d'autres. Si les laboratoires pharmaceutiques ont des propositions à nous soumettre, nous les étudierons également.

Un deuxième progrès possible - vous êtes décidément très bien renseigné, monsieur le député - serait effectivement la création d'une agence pour le médicament. Un tel organisme, dont tous les pays européens se sont dotés, présenterait plusieurs avantages.

Premièrement, il permettrait de regrouper et sans doute de développer les capacités d'expertise en matière de médicaments grâce aux commissions chargées des autorisations de mise sur le marché et aux autres commissions, comme celle qui s'occupe de la pharmacovigilance.

Deuxièmement, l'industrie pharmaceutique aurait ainsi la possibilité de s'adresser à un interlocuteur unique dans l'administration. Aujourd'hui, les laboratoires doivent au moins frapper à cinq portes, et il est rare que les réponses qu'ils obtiennent soient cohérentes.

Troisièmement, les moyens de l'Etat pourraient être regroupés dans un lieu unique, ce qui donnerait une meilleure cohérence à la politique du médicament.

Ce sont les deux pistes que nous explorons actuellement. Il est évident que les solutions doivent être recherchées en liaison avec les professionnels et dans le cadre général que Claude Evin et moi-même avons défini tout à l'heure.

M. le président. Je vous remercie, monsieur le ministre.

Pour le groupe communiste, la parole est à M. Jean-Claude Lefort.

M. Jean-Claude Lefort. Monsieur le ministre, le fonctionnement des COTOREP, n'est pas satisfaisant et cela tient à deux facteurs.

En premier lieu, faute de moyens suffisants, les décisions de ces organismes interviennent avec des retards qui portent gravement préjudice aux handicapés, puisqu'ils sont privés de revenus en attendant qu'elles soient prises. Les délais s'échelonnent généralement de six à douze mois ; dans certains départements, ils peuvent atteindre plusieurs années.

En second lieu, tous les cinq ans, à l'occasion des réexamens obligatoires, on observe une tendance à la réduction des taux d'invalidité que rien ne justifie. Beaucoup de handicapés se retrouvent ainsi en dessous du seuil de 80 p. 100, qui donne droit aux prestations.

Chacun devrait convenir que cette situation n'est pas acceptable. On parle sans cesse d'une réforme du système, mais elle n'arrive jamais.

Allez-vous enfin donner aux COTOREP les moyens financiers nécessaires à un fonctionnement efficace, rapide et humain, au lieu d'en faire cette sorte de tribunal froid que les handicapés redoutent.

Quand allez-vous promouvoir la décentralisation dont elles ont manifestement besoin pour assumer leurs missions, en élargissant encore les moyens d'intervention de toutes les parties intéressées : associations, élus et professionnels ?

Quelles mesures allez-vous prendre pour empêcher que des économies sordides, que ne justifie aucune raison médicale soient réalisées sur le dos des personnes handicapées ?

M. Gilbert Millot. Très bien !

M. le président. Je vous remercie.

La parole est à M. le secrétaire d'Etat.

M. Michel Gillibert, secrétaire d'Etat. Monsieur le député, la réforme des COTOREP est attendue depuis très longtemps. Mais il ne faut pas que le temps commence à sembler long, le jour où, justement, on se met à chercher des solutions. Moi-même, qui suis handicapé depuis dix ans, je sais que, pendant très longtemps, nous n'avons même pas entrevu de solution d'avenir.

Le système actuel présente plusieurs inconvénients, le premier étant la lourdeur de fonctionnement des COTOREP, en particulier de la deuxième section. Malgré toute la bonne volonté des personnels, qui ne sont absolument pas en cause, on constate chez les usagers une grande insatisfaction.

Cette année, je l'ai dit, nous avons recueilli un bon nombre d'avis et de propositions auprès des associations et des élus. Nous avons pu nous faire ainsi une idée plus exacte des réformes envisageables.

Plus exacte mais pas encore suffisante. Nous avons, en effet, le choix entre plusieurs options de réforme, les unes mettant davantage l'accent sur un allègement et une simplification des tâches, d'autres sur une réorganisation plus radicale de la structure, d'autres encore sur le renforcement de certains moyens ou le recours à des outils extérieurs. Ce choix n'est pas encore opéré, car il requiert un travail interministériel, de nouvelles concertations avec les associations, dont les propositions évoluent au gré de leurs rencontres, et, naturellement, la consultation des responsables des COTOREP.

Je veux m'assurer surtout des améliorations concrètes offertes par chaque formule : gain de temps, qualité des décisions, écoute des handicapés, représentation des divers partenaires, rationalité sur le plan financier.

Gain de temps d'abord, car les délais d'attente actuels sont absolument insupportables pour les personnes handicapées, dans la mesure où les décisions des COTOREP déterminent leur vie quotidienne.

Il faut que nous prenions toutes les précautions nécessaires pour arriver à une solution concrète, efficace, et qui ne puisse pas être remise en cause. Ce n'est pas du rafistolage que nous voulons faire !

Il s'agit, je le répète, d'une réforme complexe et toutes les solutions à mettre en œuvre ne sont pas forcément d'ordre financier. Je vais vous citer, comme toujours, des exemples très concrets pour vous montrer ce qui n'est pas acceptable. On demande à des gens souffrant de handicaps irréparables, à une personne non voyante, par exemple, ou bien à moi, qui suis tétraplégique pour la vie, de donner à nouveau tous les cinq ans la preuve qu'ils sont handicapés. C'est une véritable agression vis-à-vis de personnes handicapées que l'on remet brutalement dans une situation de « vide ». Par ailleurs, c'est encombrer d'une façon absurde les COTOREP.

Des inconvénients de ce genre doivent être palliés tout de suite. Une circulaire est en préparation pour demander aux COTOREP de ne plus relancer tous les cinq ans les personnes souffrant d'un handicap définitif. Ce sera un progrès très important.

Quantité de rapports sont parus sur ce sujet depuis plusieurs années. Nous les avons tous épluchés. Il faut maintenant faire une synthèse de ces évaluations et puis passer aux actes, avec la collaboration de l'ensemble des partenaires.

Ainsi, un décret, actuellement soumis au contreseing du Premier ministre, définit les modalités d'attribution du macaron G.I.C. Mais, même de la sorte, nous n'aurons pas résolu tous les problèmes qui se posent dans ce domaine aux personnes handicapées. Le macaron ne suffit pas car, actuellement, aucun texte ne garantit aux handicapés le respect des lieux de stationnement qui leur sont réservés, si bien que rien n'oblige l'automobiliste à payer le procès-verbal qui lui est dressé.

A cette occasion, je le répète, les COTOREP seront fermement invitées à ne pas soumettre l'attribution de la carte d'invalidité à des révisions périodiques pour les personnes dont le handicap n'est guère susceptible d'évoluer. En effet, des personnes handicapées ainsi privées momentanément de carte d'invalidité se sont trouvées dans l'obligation de payer elles-

mêmes la tierce personne chargée de les aider durant la période d'attente du renouvellement. C'est évidemment inacceptable.

Cette réforme des COTOREP, tout le monde l'attend. Nous la voulons, mais je ne ferai certainement pas n'importe quoi pour vous faire plaisir. Il faut que nous arrivions vraiment à des résultats très concrets car les handicapés en ont besoin. Vous avez donc tout à fait raison, monsieur Lefort, mais je vous demande un peu de patience pour pouvoir être plus efficace.

M. le président. Je vous remercie.

La parole est à M. Ernest Moutoussamy.

M. Ernest Moutoussamy. Monsieur le ministre de la santé, plusieurs milliers de nos compatriotes originaires des départements et territoires d'outre-mer sont employés en France dans les hôpitaux, et notamment à l'Assistance publique.

Leurs conditions de vie et de travail sont telles qu'elles entraînent des déchirements familiaux et une grande fragilité de leur santé physique et mentale, qui conduit à l'absentéisme, à la démission et parfois au suicide.

Les assistantes sociales rencontrent d'énormes difficultés pour aider ces agents à se reloger. En effet, ou bien leurs ressources ne correspondent pas aux barèmes des H.L.M., ou bien ils sont tout simplement refoulés par les offices.

Quand, par bonheur, ils ont droit au congé bonifié qui, pour eux, est un retour aux sources, ils ne peuvent pas prétendre voyager dignement et, le plus souvent, ils ne peuvent pas prendre ce congé pendant la période des vacances scolaires et pour pouvoir partir en famille, ils sont obligés de perturber la scolarité des enfants.

De plus, la justification de la résidence habituelle exigée pour bénéficier de l'indemnité d'éloignement et les tracasseries administratives qui accompagnent les démarches leur imposent un véritable parcours du combattant quand ils veulent faire valoir leurs droits.

Face à cette situation, le palliatif le plus souvent utilisé est la mise en disponibilité pour tenter de se réfugier au pays. Ils sont actuellement plus de 600 à user de ce droit. Mais celui-ci débouche sur des drames quand, finalement de retour en France, l'on se trouve devant l'impossibilité de se faire reprendre à son poste.

Monsieur le ministre, pensez-vous pouvoir améliorer le sort de ces agents qui réclament, en outre, le maintien du statut particulier de l'Assistance publique, le droit au congé bonifié pour le conjoint non originaire de l'outre-mer, mais marié à un agent qui l'est, de même que pour les originaires des départements et territoires d'outre-mer nés en France. *(Applaudissements sur les bancs du groupe communiste.)*

M. le président. Je vous remercie.

La parole est à M. le ministre délégué.

M. le ministre délégué, chargé de la santé. Monsieur le député, je vous remercie de me poser cette question, car elle va me permettre de vous fournir des précisions qui, je l'espère, vous donneront au moins en partie satisfaction.

Le congé bonifié prévu par le décret du 1^{er} juillet 1987 est accordé tous les trois ans aux fonctionnaires hospitaliers dont le lieu de résidence habituel se situe dans un département d'outre-mer. Ce congé bonifié est de trente-cinq jours consécutifs auxquels s'ajoute, selon les nécessités du service, une bonification de trente jours au maximum. Pendant le congé bonifié, le fonctionnaire perçoit son traitement, majoré, selon le département d'outre-mer, de 35 ou 40 p. 100. En outre, il a droit à la prise en charge de ses frais de voyage aller et retour ainsi que de ceux de son conjoint et de ses enfants à charge. Les conditions d'attribution en vigueur à l'Assistance publique de Paris sont celles du régime commun à tous les fonctionnaires hospitaliers.

On ne m'a pas signalé de difficultés particulières autres que celles, non exclusives à l'Assistance publique, qui tiennent à la concentration importante des demandes sur les vacances scolaires et aux possibilités non extensibles de transport par les compagnies aériennes au cours de cette période. En outre, ces deux facteurs peuvent, en se conjuguant, conduire à différer de quelques jours les dates de départ et de retour des bénéficiaires. Mais cela ne constitue pas une remise en cause de la réglementation, qu'il n'est pas question de modifier.

Néanmoins, le congé bonifié, comme le congé annuel ordinaire, est accordé selon les nécessités du service, ce qui peut, dans certains cas, soulever quelques difficultés que l'Assistance publique s'efforce de résoudre au mieux des intérêts des agents.

La réglementation sur le congé bonifié est calquée sur celle applicable aux fonctionnaires de l'Etat ; ce n'est que si des modifications étaient apportées aux conditions d'attribution du congé bonifié des fonctionnaires de l'Etat que les fonctionnaires hospitaliers pourraient en bénéficier.

Enfin, une majoration de traitement de 35 à 40 p. 100 est versée aux fonctionnaires de l'Assistance publique durant leur congé bonifié. Je crois que cette majoration est de nature à compenser la perte momentanée du versement de l'indemnité de résidence.

M. le président. Je vous remercie.

Nous passons aux questions du groupe du Rassemblement pour la République.

La parole est à M. Eric Doligé.

M. Eric Doligé. Ma question s'adresse à M. le secrétaire d'Etat chargé des handicapés et des accidentés de la vie.

Monsieur le secrétaire d'Etat, il y a quelques semaines, je vous avais écrit une lettre qui commençait par cette phrase : « Lors de la création de votre secrétariat d'Etat et de votre nomination, j'ai eu un grand espoir pour le monde des handicapés. Je pense que vous partagez avec moi la volonté de mettre en place des structures décentes et suffisantes pour une part importante de notre population ayant à subir des handicaps physiques ou mentaux. » Je ne lirai pas la suite que vous connaissez, car elle est nettement moins agréable.

Ma question a trait aux foyers à double tarification ouverts aux adultes lourdement handicapés.

Vous savez qu'une circulaire ministérielle a défini un nouveau type de structures d'accueil pour les adultes lourdement handicapés, dénommés « foyers à double tarification ». Ce type de structures, vivement encouragé par l'Etat, pose deux séries de problèmes qui n'ont pas encore été résolus à ce jour, relatifs respectivement au fonctionnement et aux investissements.

En ce qui concerne le fonctionnement, la partie représentant les soins est versée sous la forme d'un forfait plafonné mis à la charge de la sécurité sociale, ce qui exclut toute possibilité de modulation en fonction des besoins réels des pensionnaires. Si les départements se limitent strictement à la prise en charge des frais d'hébergement, une partie des dépenses indispensables au fonctionnement de ces foyers n'est pas couverte. On peut se demander ce qu'il adviendrait si les départements adoptaient également la formule d'un forfait-hébergement plafonné.

Une réforme de la formule du forfait-soins dans les établissements de handicapés ou de personnes âgées, que réclame l'ensemble des départements, est-elle envisagée à court terme ?

En matière de financement des investissements, la construction et l'équipement des établissements sont, en l'absence de participation financière de l'Etat, essentiellement assurés par emprunts. Cela entraîne des charges financières qui accroissent le prix d'hébergement supporté par l'aide sociale départementale, les forfaits-soins n'en prenant aucune part.

Cette situation est de nature à entraver l'ouverture de telles structures. Ainsi, dans le Loiret, un foyer à double tarification dont la construction est achevée et dont l'ouverture est prévue en janvier 1991 n'avait pu bénéficier en 1990 de la participation attendue de l'Etat pour l'équipement mobilier programmé au plan régional. Il a fallu que nous intervenions auprès du préfet, auprès du directeur départemental, auprès de deux ministres ici présents, pour obtenir ! enfin ! un relais qui permette d'ouvrir un foyer au 1^{er} janvier 1991. Quarante personnes lourdement handicapées attendent actuellement, mais nous ne pourrions ouvrir que seize chambres alors qu'un investissement de 15 millions de francs a été réalisé.

Un engagement ferme de l'Etat dans le temps, prenant en compte les délais de réalisation, ne pourrait-il être envisagé afin d'éviter de tels inconvénients ? Si une réponse précise ne pouvait être apportée, il y aurait lieu de s'interroger sur la réalisation des 4 840 places de M.A.S. et de foyers à double tarification d'ici à 1993 sur laquelle le Gouvernement s'est engagé.

Monsieur le secrétaire d'Etat, je considère qu'il n'est pas normal que nous devions interroger des ministres pour obtenir des subventions de 100 000 francs destinées à des foyers réclamés par les populations pour héberger des personnes handicapées.

M. le président. La parole est à M. le secrétaire d'Etat.

M. Michel Gillibert, secrétaire d'Etat. Monsieur le député, je veux d'abord revenir sur votre introduction. Je ne me souviens pas de ce que vous m'avez écrit de désagréable, mais si ce qui s'est passé au cours des deux années vous a fait perdre espoir, vous auriez dû le perdre bien avant, car, durant cette période, nous avons mis en œuvre le plan pluriannuel de C.A.T., et le plan M.A.S. Il ne faut pas l'oublier ! Je ne me lasserai donc pas de le répéter.

Cela étant, je suis bien sûr favorable aux relations entre Etat et départements, mais cela ne doit pas empêcher ces derniers de faire leur devoir. Je rencontre d'ailleurs beaucoup de présidents de conseils généraux qui en sont tout à fait conscients. Les deux parties n'ont aucune raison de se renvoyer continuellement la balle. En effet, les places de C.A.T. coûtent de l'argent à l'Etat. Il est donc normal que les départements remplissent leurs obligations au niveau des foyers.

Monsieur le député, vous m'avez posé deux questions.

Celle du plafonnement du forfait-soins dans les foyers à double tarification se pose différemment selon la conception que l'on a de la formule.

Les circulaires de 1986 et 1987 définissent les publics et les besoins auxquels répondent ces foyers de manière suffisamment précise pour que l'on puisse effectivement trouver une justification au forfait-soins unique.

Il s'agit d'une structure d'hébergement relativement bien définie, intermédiaire entre la M.A.S. et le foyer de vie. On constate cependant que la formule est également utilisée par des départements pour favoriser ou pour accélérer la réalisation d'opérations dont on voit mal ce qui les distingue d'une M.A.S. D'autres enfin y voient une possibilité de répondre aux besoins spécifiques, médicaux et paramédicaux, de certains handicapés - ceux qui sont vieillissants, par exemple - relevant pour le reste d'une formule d'hébergement classique.

A ce propos, je précise qu'héberger une personne handicapée ne doit pas être limité au vivre et au couvert ; il faut lui offrir un cadre de vie épanouissant.

Je suis évidemment conscient - ô combien ! - des rigidités que peut comporter le système actuel tel qu'il est défini par les circulaires. Il a cependant l'avantage d'une certaine clarté. Je n'en suis pas moins tenté d'y introduire un peu plus de souplesse. Encore faut-il pouvoir disposer d'outils d'évaluation rendant possible une plus grande individualisation des forfaits.

La réflexion sur la place de la double tarification figure à l'ordre du jour du groupe de travail que je viens de constituer avec des représentants des conseils généraux, après une première consultation des associations. Les services du ministère ont déjà amorcé une réflexion plus technique à ce sujet.

En ce qui concerne le financement des investissements, monsieur le député, vous avez pu constater qu'en 1991 des crédits nouveaux seront spécifiquement prévus pour accompagner la mise en œuvre du plan pluriannuel de création de places pour adultes lourdement handicapés. Les préfets recevront, dans quelques jours, une circulaire les invitant à faire connaître, après concertation avec les élus locaux, leurs propositions de programmation jusqu'en 1993 en matière de M.A.S. et de foyers à double tarification. Cette programmation inclura bien entendu les prévisions concernant les investissements.

L'Etat est prêt à jouer son rôle, mais les collectivités locales doivent aussi participer à cet effort afin que l'on puisse dépasser l'objectif de 4 840 places supplémentaires, lequel sera tenu. Le Gouvernement s'y est engagé, le Président de la République lui-même ayant tenu à ce que les moyens nécessaires soient dégagés.

M. le président. Je vous remercie.

Au titre du groupe socialiste, la parole est à M. Bernard Bioulac.

M. Bernard Bioulac. Ma question s'adresse à M. le secrétaire d'Etat chargé des handicapés et des accidentés de la vie et porte sur le difficile problème de l'allocation compensatrice.

Une proposition de loi sur ce sujet a été déposée par les parlementaires socialistes. Elle me paraît de nature à moraliser cette allocation en la consacrant aux handicapés, donc à renforcer l'action sociale à l'égard de cette partie très défavorisée de la population. Elle devrait également permettre de considérer les personnes, dont le handicap est dû à l'âge, sous un autre angle, en réintroduisant la notion d'obligation alimentaire.

Les départements à démographie lourde en termes de handicapés ou de population âgée, comme le mien, - mais il y en a d'autres - ne pourront bientôt plus supporter une augmentation exponentielle des dépenses dues à cette allocation sans mettre en péril l'ensemble de l'action sociale qui incombe au département depuis la loi de 1982. En effet, même dans un département moyen comme le mien, il faudrait consacrer à cette allocation près du quart du budget social sans que, pour autant, des créations d'emplois d'auxiliaire de vie soient possibles.

L'allocation compensatrice porte en elle-même la genèse de sa signification profonde : être aidé par quelqu'un et faire apparaître un emploi. Elle apporte ainsi la démonstration qu'une politique de solidarité est également génératrice d'emplois.

Dans ces conditions, je vous serais très obligé de bien vouloir me faire connaître la suite que vous comptez donner à cette proposition de loi.

Par ailleurs, s'agissant toujours de l'allocation compensatrice et du fonctionnement des COTOREP, je vous demande, pour la énième fois, monsieur le ministre, monsieur le secrétaire d'Etat, de regarder de plus près la question de la représentation des conseils généraux au sein des COTOREP. La vieille règle de « qui paie commande » n'est pas complètement respectée en la matière. Enfin, je veux faire une incidente qui n'a rien à voir avec ce sujet, mais qui me paraît importante.

Je voudrais que l'on évite de formuler certaines remarques dans le cadre du fonctionnement de ces grandes institutions que sont les hôpitaux publics. Ainsi, un praticien hospitalo-universitaire, qui travaille dans un grand C.H.U. du Sud-Ouest, m'a prié de vous informer qu'à une demande de matériel pour réparer un appareil qui ne fonctionnait pas, on lui avait répondu qu'il n'avait qu'à aller effectuer l'examen en cause dans le privé !

M. Denis Jacquat. Scandaleux !

M. le président. La parole est à M. le secrétaire d'Etat.

M. Michel Gillibert, secrétaire d'Etat. Monsieur le député, votre question extrêmement importante reflète l'opinion de beaucoup d'élus que je rencontre sur le terrain.

J'ai pris connaissance avec beaucoup d'intérêt de la proposition de loi à laquelle vous venez de faire allusion. En effet, l'allocation compensatrice n'apporte pas aux personnes handicapées tout ce qu'elles peuvent en espérer, notamment pour leur permettre de rester en milieu de vie ordinaire ou pour faire face à des frais professionnels liés à leur handicap.

Des élus locaux de toutes régions, de toutes sensibilités et les associations responsables ont constaté qu'elle sert fréquemment à compenser des insuffisances dans d'autres domaines, souvent au détriment des handicapés les plus lourds.

J'ai donc soumis, en tenant compte notamment de vos analyses dont nous aurons à débattre, cette question à la réflexion des représentants des conseils généraux avec lesquels j'ai mis en place un groupe de travail sur l'ensemble des sujets concernant le handicap et intéressant en commun l'Etat et les départements, les associations de personnes handicapées, et tous les élus qui peuvent avoir des suggestions à formuler en la matière. Ce problème a, en effet, été évoqué dans tous les départements que j'ai visités, et j'ai parcouru presque toute la France.

Il faut maintenant le résoudre en trouvant, ensemble, une solution qui intéressera beaucoup les handicapés. *(Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.)*

M. le président. Je vous remercie.

Nous en revenons aux questions du groupe Union pour la démocratie française.

La parole est à M. Denis Jacquat.

M. Denis Jacquat. Malgré les différentes mesures prises ces dernières années, l'insertion sociale en milieu ordinaire des personnes adultes gravement handicapées sur le plan moteur reste difficile faute de moyens. En effet, les services qui leur sont proposés dans le cadre du maintien à domicile ne sont pas toujours accessibles, compte tenu de leur niveau de ressources insuffisant, si l'on considère les surcoûts liés à un handicap.

De plus, les structures d'aide et de soutien à domicile sont réparties de façon inégale sur notre territoire. Leur implantation peu rationnelle se traduit, dans certaines régions, par des carences importantes qu'il faut gérer. Dans ces conditions, il est difficile de respecter le choix exprimé par la plupart des personnes atteintes d'un handicap moteur de rester à leur domicile.

Il est de notre devoir, monsieur le secrétaire d'Etat, de reconsidérer la situation dans son ensemble et de proposer une réorientation globale des actions visant à améliorer les conditions de vie des personnes handicapées qui souhaitent rester chez elles. Dans cette perspective, ne pourrait-on pas, en concertation avec l'ensemble des partenaires concernés, élaborer une loi de programme qui, tout en précisant la loi d'orientation du 30 juin 1975, fixerait les objectifs et leurs échéances dans les domaines des ressources, des aides en personnel et en matériel, de l'environnement et proposerait des solutions alternatives ?

Ainsi nous-pourrions dégager les crédits nécessaires à leur réalisation et parvenir progressivement à une réelle insertion sociale à domicile, si chère aux personnes handicapées. *(Applaudissements sur les bancs des groupes Union pour la démocratie française et du Rassemblement pour la République.)*

M. le président. La parole est à M. le secrétaire d'Etat.

M. Michel Gillibert, secrétaire d'Etat. Monsieur le député, votre question est aussi très importante puisqu'elle touche au problème de fond des handicapés : comment vivre à domicile ? Comment s'intégrer ? La difficulté essentielle est celle des ressources dont nous allons parler.

La politique globale du handicap que nous mettons en place tend à apporter des réponses au niveau pragmatique sur le terrain. Même en faisant abstraction des ressources - sur lesquelles nous reviendrons - comment pourrait-on parler d'intégration sans penser aux transports, à l'accessibilité, à l'intégration scolaire, à la formation professionnelle, à l'emploi, etc. ? En matière d'emploi, il ne suffit pas de sortir un texte pour que tout soit possible. Ainsi une personne handicapée doit être accompagnée, ce qui nous ramène aux questions de transports, d'accessibilité, de formation professionnelle, laquelle pose d'ailleurs un réel problème. En effet si des postes pourraient être offerts à des personnes handicapées il n'y a pas d'intéressé ayant la formation correspondante.

Nous avons donc présenté des propositions très précises à M. Laignel et à M. Soisson de façon à répondre globalement au problème de l'emploi.

Cela dit, il faut en priorité dégager des moyens techniques et financiers pour permettre à la personne handicapée de vivre en milieu ordinaire, faute de quoi son droit à un libre choix serait bafoué. Il l'est également lorsque la gamme trop réduite des solutions proposées l'oblige à adopter un mode de vie éloigné de ses aspirations profondes.

La compétence des conseils généraux en matière de maintien à domicile n'empêche pas le Gouvernement, je l'ai déjà indiqué, d'expérimenter et de soutenir des actions dans ce domaine. Il faudra avancer en réalisant des expériences en collaboration avec les élus et les associations.

L'Etat continue à assurer le financement des 1 864 postes à temps plein d'auxiliaire de vie, tout en appelant les conseils généraux à agir afin de permettre un vrai développement de ces services. Ces services apportent, pour un coût très raisonnable par rapport à des formules plus lourdes d'hébergement - que les départements sont alors conduits à financer également - un soutien efficace aux personnes handicapées en évitant leur marginalisation. Non seulement le maintien à domicile est une nécessité humaine, parce qu'il est un choix, mais il coûte moins cher. Les conseils généraux et l'Etat doivent en prendre conscience.

Le lancement, en 1991, d'une formule originale de service national auprès des personnes handicapées nous permettra, en collaboration avec des collectivités territoriales volontaires, d'expérimenter un outil supplémentaire pour l'accompagne-

ment vers les lieux de loisirs ou de travail comme pour tous les actes qui font le quotidien. Nous n'en sommes qu'au stade expérimental, pour une première année, et il faudra probablement introduire quelques améliorations. Mais tout le monde est d'accord pour que l'on continue à développer cette formule.

La mobilisation d'industriels par l'organisation des concours dont je vous ai parlé sur la conception de produits de l'habitat utilisables par les personnes handicapées et les mesures en préparation concernant la T.V.A. applicable aux aides techniques font partie, avec bien d'autres éléments, de l'action pour favoriser le maintien à domicile. Je répète sans cesse qu'il s'agit d'instaurer une chaîne nous permettant - je le vis tous les jours - de demeurer chez nous, non pas pour le simple plaisir d'y rester, mais pour pouvoir participer à la vie active.

La complémentarité des actions de l'Etat et des départements sur ces questions m'a conduit à les inscrire dans mon programme en priorité. Par exemple, le maintien à domicile est l'un des principaux sujets traités au cours des réunions de travail avec les conseils généraux.

Pour l'heure, nous lançons des opérations innovantes, recherchons avec les élus locaux la façon d'agir de manière convergente au meilleur coût pour la société, mais avec le souci primordial de garantir un choix de vie réel aux personnes handicapées. Faudra-t-il en passer par la loi ? Nous le verrons une fois achevé le travail de mise à plat actuel et testées les mesures incitatives que nous expérimentons.

Une fois de plus, le pragmatisme devra avoir le pas sur une logique purement juridique. Oui, à des textes nouveaux s'ils sont des outils pour permettre la réalisation d'objectifs concrets, chiffrés que l'on est décidé à atteindre et que l'on peut atteindre ; non, s'il ne s'agit que de se rassurer derrière des mots pour que rien ne change au quotidien des handicapés, mais je sais que telle n'est pas votre volonté.

Quant aux ressources, je l'ai dit, il faut voir ce problème important en même temps que celui de l'emploi. Actuellement, les personnes handicapées sont pénalisées lorsqu'elles décident de se lancer dans le milieu ordinaire de travail. C'est une décision qui n'est pas facile à prendre car elle engendre de nombreux frais, bien sûr, et demande une volonté d'affronter le quotidien qui n'est fait en rien pour les handicapés. Je dis « en rien » ? Essayez de prendre un fauteuil roulant pour aller travailler ; votre ascenseur ne sera pas à la bonne dimension ; la route ; le transport, etc. C'est impossible ! Il faut donc en revenir une fois encore à la politique globale qui est à la base de toutes possibilités d'insertion. C'est pourquoi, je désire aller de plus en plus loin dans la discussion pour avoir les avis de chacun sur le maintien à domicile. Nous en avons parlé avec M. Claude Evin. Il y a une volonté assez générale d'y arriver, mais elle est un peu nouvelle parce qu'on n'en parlait pas beaucoup il n'y a pas longtemps.

M. Alain Calmat et M. Denis Jacquat. Très bien !

M. le président. La parole est à M. Jean-François Mattei.

M. Jean-François Mattei. Madame, messieurs les ministres, la démographie médicale a connu au cours des dernières années une croissance importante puisque plus de 13 000 nouveaux médecins se sont conventionnés entre les années 1986 et 1989. Or, dans le même temps, paradoxalement, nous manquons de médecins scolaires, de médecins du travail, de médecins hospitaliers. Par exemple, pour ne parler que de ces derniers, 1 700 postes de praticien hospitalier et 700 postes de chef de service sont aujourd'hui vacants.

Devant les données du rapport Steg concernant les carences des urgences, votre ministère a réagi. Vous avez décidé d'abonder le budget de 208 services, notamment aux accueils des urgences, et de créer 572 postes dont 118 postes médicaux.

Monsieur le ministre, ma question est la suivante : pensez-vous que la création de nouveaux postes soit la bonne solution quand il existe des postes vacants non pourvus ? Ne serait-il pas plus judicieux de rendre ces postes vacants plus attractifs, en termes de rémunération, de carrière et de conditions de travail ?

M. le président. La parole est à M. le ministre délégué.

M. le ministre délégué, chargé de la santé. Monsieur le député, la démographie médicale, dont relève la situation des médecins hospitaliers, est un problème grave.

M. Claude Evin et moi-même avons demandé à M. Lazar de nous remettre un rapport. Il nous l'a remis et nous disposons d'une série de propositions que nous étudions, parmi lesquelles figure la possibilité de développer les emplois à temps partiel dans les hôpitaux pour les médecins de ville.

Vous nous dites que dans les hôpitaux 1 700 postes de médecin et 700 postes de chef de service sont vacants. Il faudrait s'entendre sur les statistiques parce que je n'ai pas les mêmes données. Je crois que leur nombre n'est pas aussi important.

Les difficultés sont de trois ordres.

Pourquoi y a-t-il - c'est incontestable - des postes vacants ? Parce que la médecine de ville exerce une concurrence du fait des revenus supérieurs qu'elle offre comparés à ceux que tirent les praticiens des hôpitaux. Mais ce n'est pas la seule raison.

La deuxième tient à la qualité du plateau technique et au potentiel d'activité de l'hôpital. Les difficultés que vous mentionnez, on les rencontre rarement, par exemple, dans les C.H.U.

La troisième raison n'est pas propre au secteur hospitalier ; elle tient au caractère plus ou moins attractif de certaines régions. Dans les régions ensoleillées on trouve plus de médecins et moins de postes vacants ; dans les régions où il y a moins de soleil, les difficultés de recrutement que vous mentionnez sont réelles.

M. Gilbert Millet. Dans ma circonscription, il y a du soleil et des postes vacants !

M. le ministre délégué, chargé de la santé. Je vois deux pistes pour essayer de traiter le problème réel que vous soulevez.

La première concerne le statut des personnels et leur rémunération. Une réflexion est en cours dans mes services dans deux directions. La première porte sur la mise en place d'une indemnité destinée à compenser les sujétions particulières inhérentes à certains emplois de praticiens hospitaliers, du fait de la pénibilité d'exercice, de la discipline ou de fonctionnement du service, de la charge de travail extrêmement importante, de la situation géographique, lorsqu'elle est peu favorable, de l'hôpital. Deuxième direction : on pourrait imaginer la possibilité de promotions pour des praticiens hospitaliers à une hors-classe. Cette disposition serait, je crois, de nature à restaurer une plus grande attractivité des postes en question.

La deuxième piste a trait, elle, à la politique de restructuration hospitalière parce qu'il est clair que, dans certains cas, les postes vacants tiennent à un potentiel d'activités, à des perspectives d'activités insuffisantes. Si nous mettons en œuvre une politique pour résorber les déséquilibres, que je mentionnais à la tribune, permettant de faire des reconversions d'hôpitaux moyens, sous-utilisés ou peu utilisés, et simultanément de moderniser, d'accroître l'investissement d'autres hôpitaux en améliorant les plateaux techniques, en développant le potentiel d'activités, nous pourrions régler, au moins en partie, ce problème.

Voilà deux pistes de solutions. Nous savons que c'est un problème réel qu'on ne résoudra pas du jour au lendemain.

M. le président. La parole est à M. Jean-François Mattei, pour une seconde question.

M. Jean-François Mattei. Monsieur le ministre, le recours aux nouvelles techniques médicales, surtout lorsqu'elle s'appliquent à la prévention, doit constituer une priorité quant aux choix à exercer dans le domaine de la santé.

Il me semble que le diagnostic prénatal représente une de ces techniques, dans la prévention des malformations et des affections génétiques. Compte tenu des conséquences graves sur le plan éthique, en raison des décisions qui doivent découler d'un diagnostic prénatal, et de l'augmentation importante de la demande du public, l'organisation de centres prénataux pluridisciplinaires paraît nécessaire, elle paraît s'imposer. D'ailleurs, le comité consultatif national d'éthique a recommandé la création de telles structures pluridisciplinaires, associant des généticiens médecins, des échographistes, des obstétriciens et des biologistes - biologie chromosomique ou moléculaire.

Or, monsieur le ministre, aucune décision n'a été prise dans ce domaine.

Ma question est la suivante : comptez-vous rapidement prendre les mesures nécessaires pour que cette activité qui s'impose ne se fasse pas dans l'anarchie, au détriment de la fiabilité, de la compétence et au mépris du respect des règles d'éthique fondamentale ?

Comment comptez-vous réagir rapidement dans le domaine du diagnostic prénatal, domaine non seulement de la médecine individuelle mais également de la santé publique ? (Applaudissements sur les bancs du groupe Union pour la démocratie française.)

M. le président. La parole est à M. le ministre délégué.

M. le ministre délégué, chargé de la santé. Merci, monsieur le député, de cette excellente question. Je ferai une réponse brève mais, je l'espère, substantielle.

La collaboration entre les différentes spécialistes qui participent au diagnostic prénatal est reconnue par tout le monde. Vous mentionnez le souhait du comité national consultatif d'éthique. Mais sachez aussi que cette recommandation a également été faite dans une circulaire du 12 avril 1988.

Les dossiers de demande d'autorisation adressés par les centres comportent des renseignements sur l'organisation de cette collaboration, particulièrement entre laboratoires et gynéco-obstétriciens ainsi qu'entre laboratoires et médecins généticiens.

La commission nationale de médecine et de biologie de la reproduction, qui a été mise en place par Mme Barzach, dans sa section du diagnostic prénatal, réfléchit actuellement sur ces questions, ainsi que sur un projet de circulaire qui pourrait la traiter. Ce texte pourrait être diffusé dans un délai de deux mois.

Un groupe de travail, émanant de cette section du diagnostic prénatal, travaille également sur le diagnostic échographique des anomalies embryo-fœtales graves et sur les modalités d'application de l'article L. 162-12 du code de la santé publique, qui concerne l'interruption volontaire de grossesse pour motifs thérapeutiques.

Dans ce domaine aussi, la collaboration interdisciplinaire, comme vous le mentionnez, est indispensable. Ce groupe devrait pouvoir remettre son rapport dans le courant du mois de février prochain pour examiner dans quelles modalités cette collaboration pourrait se faire.

M. Alain Bonnet. Très bien !

M. le président. La suite de la discussion 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 1991 (n° 1593 et lettre rectificative n° 1627, rapport n° 1635 de M. Alain Richard, rapporteur général, au nom de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan).

Affaires sociales et solidarité (1) (suite) :

Annexe n° 3 (Personnes âgées). - M. Jean-Pierre Delalande, rapporteur spécial.

Annexe n° 4 (Santé, solidarité et protection sociale). - M. Gilbert Gantier, rapporteur spécial.

Annexe n° 5 (Section commune et famille). - M. Fabien Thiémé, rapporteur spécial ; avis n° 1636, au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales : tome II (Famille), de M. Louis de Broissia ; tome III (Personnes âgées), de M. Denis Jacquat ; tome IV (Personnes handicapées), de M. Charles Metzinger ; tome V (Santé), de M. Alain Calmat ; tome VI (Solidarité et protection sociale), de M. Claude Bartolone.

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,
CLAUDE MERCIER

(1) La discussion des articles 92 à 99 rattachés à ce fascicule budgétaire aura lieu le jeudi 15 novembre 1990.

LuraTech

www.luratech.com