

# JOURNAL OFFICIEL

DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

## DÉBATS PARLEMENTAIRES SÉNAT

PREMIERE SESSION ORDINAIRE DE 1977-1978

COMPTE RENDU INTEGRAL — 25<sup>e</sup> SEANCE

Séance du Samedi 26 Novembre 1977.

### SOMMAIRE

PRÉSIDENCE DE M. JACQUES BOYER-ANDRIVET

1. — Procès-verbal (p. 3123).
2. — Loi de finances pour 1978. — Suite de la discussion d'un projet de loi (p. 3123).

Santé et sécurité sociale (p. 3124).

MM. Paul Ribeyre, rapporteur spécial (santé); Marcel Fortier, rapporteur spécial (sécurité sociale); Lucien Grand, rapporteur pour avis de la commission des affaires sociales (santé); Louis Boyer, rapporteur pour avis de la commission des affaires sociales (sécurité sociale); Mme Simone Veil, ministre de la santé et de la sécurité sociale; MM. René Lenoir, secrétaire d'Etat à la santé et à la sécurité sociale; Paul Guillard, Jean Cluzel.

*Suspension et reprise de la séance.*

MM. Louis Perrein, Jean-Pierre Cantegrit, Mme Rolande Perlican, MM. Jean Mézard, Jean Chérioux, Jacques Henriot, Bernard Lemarié, Robert Schwint, Pierre Gamboa, Marcel Gargar, Mme le ministre, M. le secrétaire d'Etat.

Sur les crédits:

Titre III. — Adoption.

Titre IV. — M. Robert Schwint, président de la commission des affaires sociales; Mme le ministre. — Adoption.

Titres V et VI. — Adoption.

Art. 80 (p. 3158).

Mmes Rolande Perlican, le ministre.

Adoption de l'article.

Art. 81 (p. 3159).

Mmes Rolande Perlican, le ministre.  
Adoption de l'article.

Art. 82. — Adoption (p. 3159).

3. — Ordre du jour (p. 3160).

PRÉSIDENCE DE M. JACQUES BOYER-ANDRIVET,  
vice-président.

La séance est ouverte à dix heures quinze minutes.

M. le président. La séance est ouverte.

— 1 —

### PROCES-VERBAL

M. le président. Le compte rendu analytique de la séance d'hier a été distribué.

Il n'y a pas d'observation?...

Le procès-verbal est adopté sous les réserves d'usage.

— 2 —

LOI DE FINANCES POUR 1978  
Suite de la discussion d'un projet de loi.

M. le président. L'ordre du jour appelle la suite de la discussion du projet de loi de finances pour 1978, adopté par l'Assemblée nationale. [n° 87 et 88 (1977-1978).]

## Travail et santé.

## III. — SANTÉ ET SÉCURITÉ SOCIALE

**M. le président.** Le Sénat va examiner les dispositions du projet de loi concernant le travail et la santé : III : santé et sécurité sociale.

La parole est à M. Paul Ribeyre, rapporteur spécial.

**M. Paul Ribeyre, rapporteur spécial de la commission des finances, du contrôle budgétaire et des comptes économiques de la nation (Santé).** Monsieur le président, madame le ministre, monsieur le secrétaire d'Etat, mes chers collègues, il y a quelques jours, notre distingué président de la commission des finances nous a, dans une lettre comme toujours très courtoise, demandé de modifier les formes de présentation des rapports pour la discussion de ce budget de 1978.

Comme membre discipliné de la commission, je me suis très volontiers incliné devant sa demande et je vais m'efforcer d'y souscrire.

En conséquence, mes chers collègues, j'ai établi à votre intention un rapport écrit très complet que vous avez entre les mains. Je me bornerai donc à faire un rappel des principaux éléments de ce rapport. Je le ferai en dehors de quelques lectures inévitables — le moins possible — imposées par la présentation nécessaire de quelques chiffres, car je ne veux pas abuser de votre patience.

Pour le reste, je ferai un rapport court et condensé et, le cas échéant, le rapporteur pour avis, notre aimable collègue, M. le docteur Grand, avec la précision qui le caractérise, ne manquera pas de rattraper tel ou tel point que j'aurais, involontairement, laissé dans l'ombre.

Nous aurons ainsi, avec lui et par lui, un exposé très complet de ce budget et Mme le ministre, dans son exposé général — que nous écouterons comme toujours avec beaucoup d'attention — nous apportera l'ensemble des éléments qui nous permettront de constater, comme je vous le dirai dans un instant, que ce budget de la santé de 1978, très bien étudié, devrait donner à l'immense majorité de nos collègues entière satisfaction.

Depuis que j'ai l'honneur de rapporter ce budget devant vous — je n'ose pas dire depuis combien de temps, car cela frise le quart de siècle — il n'est pas d'année où le fascicule n'ait changé de structure en même temps que le ministre changeait d'attribution ; c'est dire que sa lecture, qui doit se faire par référence aux données de l'exercice précédent, nécessite un préalable des reconstitutions fictives.

Pour 1978, deux transferts interviennent pour des montants importants : premièrement, en provenance de la section commune aux deux départements du travail et de la santé et des emplois relatifs aux services extérieurs de l'action sanitaire et sociale ; deuxièmement, en provenance de la section « travail », des subventions d'équilibre — 4 920 millions de francs inscrits au titre IV — accordées à certains régimes déficitaires de sécurité sociale, la dotation correspondante votée pour 1977 étant de 3 682 millions de francs.

Pour pouvoir utilement comparer les dotations des exercices 1977 et 1978, nous avons dû reconstituer le budget de 1977 comme si le transfert avait déjà eu lieu. Cela donne les résultats suivants pour les montants de l'enveloppe globale en crédits de paiement : 1977, 17 403 millions de francs ; 1978, 21 650 millions de francs.

La progression d'une année sur l'autre s'établit donc à 24,5 p. 100, soit à plus de six points au-dessus du taux de croissance de l'ensemble des dépenses budgétaires, les chiffres de la loi de finances initiale pour 1977 étant pris comme base de départ.

Cette dernière précision mérite d'être formulée. En effet, la majoration est moins grande dans la réalité puisque la loi de finances rectificative du 14 juin dernier avait procédé à la « mise à niveau » de dotations manifestement sous-évaluées dans le budget primitif : il a fallu accroître les crédits du domaine qui nous concerne de 860 millions de francs pour les dépenses d'aide sociale et de prévention sanitaire et de 600 millions de francs pour le régime minier de sécurité sociale.

La correction étant effectuée, la progression s'établit encore à 14,6 p. 100, ce qui est supérieur de deux points à la hausse moyenne du budget national. Le budget de la santé a donc été bien traité en cette période d'austérité.

Cette remarque demande toutefois à être nuancée quand on sait que, pour 83 p. 100 du total, les dépenses de la santé sont des dépenses de constatation, donc inéluctables : d'une part, 13 milliards de francs pour la prévention sanitaire, la lutte contre les fléaux sociaux ainsi que l'aide sociale, c'est-à-dire des dépenses dont le décideur véritable est une collectivité locale, l'Etat apportant obligatoirement une contribution mathématiquement déterminée ; d'autre part, 4,9 milliards de francs qui servent à combler les déficits de régimes de sécurité sociale structurellement déficitaires, pour des raisons de démographie notamment, et là encore l'Etat n'a pas la pleine maîtrise de la dépense.

Toutefois, pour 17 p. 100 du total de la dépense, soit 3,7 milliards de francs, nous trouverons des actions volontaristes, surtout en matière de dépenses ordinaires, puisque le budget d'équipement a été stabilisé pour 1978.

Cette année, comme suite à l'élaboration des budgets de programme, la présentation du fascicule bleu a été modifiée par le regroupement des mesures acquises et des mesures nouvelles en cinq rubriques correspondant à des domaines d'actions homogènes : action de caractère sanitaire ; action de caractère social ; formation des professions sanitaires et sociales ; services extérieurs ; études et recherches médicales.

Pour vous faciliter le passage du système de présentation auquel vous étiez accoutumés au système nouveau, nous allons retracer, d'une manière assez exhaustive, le budget de 1978 décomposé en ses catégories juridiques traditionnelles.

Au titre III, les moyens des services atteignent 1 257 millions de francs, en augmentation de 183 millions de francs, soit une progression de 14,4 p. 100.

Au titre IV, les interventions publiques s'élèvent à 18 755 millions de francs, en augmentation de 3 480 millions de francs, soit 22,7 p. 100.

En outre, à l'intérieur d'une enveloppe, dont les contours se sont assez sensiblement modifiés, on assiste à un redéploiement des dotations et, pour le cas particulier du département de la santé, à une certaine concentration des crédits pour huit programmes d'action prioritaires — les PAP — sur les vingt-cinq qu'a définis et dotés pour cinq ans le VII<sup>e</sup> Plan de développement économique et social.

La progression de 1978 sur 1977 sera de 14,6 p. 100 en ce qui concerne le fonctionnement, mais de 3,6 p. 100 seulement en ce qui concerne les équipements. Ce « noyau dur » que constituent les PAP représente 33 p. 100 des dépenses d'équipement et 3 p. 100 des dépenses ordinaires.

Cela s'explique par le fait que le budget de la santé subit déjà une hypothèque de rang supérieur à celle des PAP avec l'obligation de financer par *preciput* la part de l'Etat dans les dépenses d'aide médicale et d'aide sociale.

Les deux chapitres que vous connaissez bien — le 46-11 et le 42-21 — représentent 11 400 millions de francs à eux seuls, soit un peu plus de la moitié du budget.

Je vais examiner maintenant les cinq chapitres qui divisent administrativement l'ensemble du document qui nous est soumis.

J'aborderai d'abord le chapitre concernant les services extérieurs.

Ainsi que nous l'avons vu, les crédits et les emplois des services extérieurs ont été transférés de la section commune à la section Santé.

En mesures nouvelles, figure notamment la poursuite de la fusion des directions régionales de la sécurité sociale et des directions de l'action sanitaire et sociale pour des raisons d'efficacité accrue. Un décret du 22 avril 1977 porte organisation des directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales et il prend effet dans chaque région à la date de première nomination du directeur régional ; c'est chose faite dans les six régions et dans les directions départementales comprises dans ces six régions.

Le département de la santé figure, par ailleurs, sur la liste des rares ministères privilégiés en matière de recrutement puisqu'il est prévu, au titre des services extérieurs, la création de 513 emplois.

Outre l'effort accompli pour doter les services du personnel indispensable à leur bonne marche, la formation du personnel à l'école nationale de la santé publique de Rennes est activement poursuivie.

Le chapitre II traite de la recherche médicale.

L'ensemble des activités de recherche relevant du département de la santé sont conduites, pour l'essentiel, par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale, l'INSERM. Des organismes reçoivent par ailleurs des subventions : les instituts Pasteur et l'Institut du radium. Elles sont financées sur l'enveloppe « recherche », laquelle alimente également, mais à travers le secrétariat d'Etat aux universités, le CNRS et les UER médicales.

L'Institut national de la santé et de la recherche médicale a une double mission : institut national de la santé, il doit, en liaison avec la direction générale de la santé, tenir le Gouvernement informé de l'état sanitaire du pays, en orienter le contrôle, entreprendre toutes études sur les problèmes intéressant la santé ; institut national de la recherche médicale, il effectue, suscite, encourage tous travaux dans ce domaine et apporte son concours au fonctionnement des enseignements préparatoires à la recherche médicale.

A ce sujet, il convient de souligner que l'année 1976 a vu le démarrage d'une coopération franco-américaine tendant à développer les recherches à effectuer dans la lutte contre le cancer, décidée en 1975 par les présidents des deux pays.

Les dotations de fonctionnement sont majorées de 30 millions de francs.

Le service central de protection contre les rayonnements ionisants dispose d'un budget individualisé au sein de l'INSERM et exerce une triple activité : de recherche, de contrôle permanent et d'assistance.

Un réseau de plus de quatre-vingt-dix stations et points réguliers de prélèvement répartis sur le territoire métropolitain et outre-mer a été mis en place par ce service qui, par ailleurs, contrôle 40 000 installations de radiologie médicale ou dentaire en France et, plus récemment, tous les centres nucléaires de base pour ce qui est de leurs effluents radio-actifs gazeux et liquides, de leur impact sur l'homme et son environnement, et de la protection des travailleurs contre les dangers des rayons ionisants dans ces installations.

En 1978, le service recevra du budget de l'Etat 1 500 000 francs en mesure nouvelle de fonctionnement pour ses activités de recherche et une autorisation de programme de 6 100 000 francs, soit la même somme qu'en 1977.

Il y a lieu de rappeler l'action de l'institut Pasteur qui, tout le monde le sait, est une fondation reconnue d'utilité publique, dont les derniers statuts ont été approuvés par un décret du 14 février 1967. Il a son siège à Paris et des filiales en province, dans les départements d'outre-mer et à l'étranger.

L'institut Pasteur de Paris poursuit le redressement financier entrepris depuis plusieurs années.

Néanmoins l'Etat se doit encore de lui apporter son concours, soit, pour 1978, une subvention de fonctionnement de 11,2 millions de francs et l'ouverture d'une autorisation de programme de 57,4 millions de francs.

Il convient, avant de clore ce chapitre, de noter l'action poursuivie par la Fondation Curie.

L'Institut du radium comporte trois secteurs d'activités : hospitalisation et soins, enseignement, recherche — section de biologie. Seule la troisième de ces activités relève de la recherche médicale et reçoit à ce titre une subvention de l'enveloppe recherche affectée au ministère de la santé.

L'aide allouée à cet organisme, en 1978, s'élèvera à 4,74 millions de francs, sous la forme d'une autorisation de programme du même montant que celle de l'an dernier.

Venons-en à l'enseignement.

En matière de formation sanitaire, l'effort consenti au bénéfice de la formation des auxiliaires médicaux, et, plus particulièrement, de celle des infirmières, s'effectue dans le cadre du programme d'action prioritaire n° 19 : « Humaniser les hôpitaux. »

Les crédits de subvention aux écoles de formation hospitalières et non hospitalières passeront de 195,8 millions de francs à 212,5 millions de francs.

Pour les crédits de bourses, l'ajustement proposé est de 10,8 millions de francs, ce qui représente une majoration de 19,8 p. 100.

En revanche, les autorisations de programme ouvertes pour subventionner la construction des écoles s'élèvent à 30 millions de francs, contre 60 millions de francs en 1977, soit une augmentation de 50 p. 100.

Nous avons constaté, au cours des années précédentes, qu'un effort particulier avait été fait pour la construction d'écoles d'infirmières. Tous nos départements en sont maintenant heureusement dotés. Il est vrai également que le déficit que nous avons si longtemps déploré en ce qui concerne le nombre des infirmières est à peu près résorbé.

Je rappelle qu'en octobre 1976, 21 000 élèves ont entrepris leurs études dans les 327 écoles agréées pour la préparation du diplôme d'Etat d'infirmière.

La scolarité, vous vous en souvenez, est devenue gratuite depuis 1971.

Dans le cadre de sa participation aux études médicales, le budget de la santé comporte une dotation de 19,5 millions de francs destinée à défrayer les établissements hospitaliers des surcoûts engendrés par la formation des étudiants en médecine afin d'atténuer leur récupération sur le prix de journée.

Enfin, en matière de formation sociale, les subventions de fonctionnement aux établissements passeront de 175,5 millions de francs à 192,2 millions de francs, les 16,7 millions de francs de supplément, qui représentent une augmentation de 9,5 p. 100, se justifiant par une augmentation des effectifs, une majoration des rémunérations et une hausse des prix.

Les crédits de bourse passeront de 32,1 millions à 36,7 millions de francs, soit une augmentation de 14,5 p. 100. Je vous signale que le nombre des assistants des divers services sociaux est d'environ 25 000.

Les thèmes majeurs de l'action médicale sont : l'amélioration de la protection et de la prévention sanitaire ; le développement et l'aménagement de l'équipement hospitalier et l'accroissement de l'efficacité de l'aide médicale.

Dans le cadre de la protection et de la prévention sanitaires, aucune action vraiment nouvelle ne figure au budget de 1978 ; huit dotations au chapitre 47-13 bénéficient toutefois d'un renforcement.

En ce qui concerne l'éducation sanitaire, le ministre de la santé fixe, chaque année, dans le cadre du programme d'action prioritaire, une liste de thèmes dressée en étroite collaboration avec les caisses de sécurité sociale.

Il y a lieu de noter que, parmi les principales actions arrêtées pour 1978, on trouve l'hygiène bucco-dentaire, les maladies sexuellement transmissibles et la lutte contre le tabagisme.

Parmi les mesures générales de protection de la santé publique, les vaccinations occupent une place importante du fait de leur coût élevé : 110 millions de francs pour 1978.

Un groupe de travail a été réuni pour déterminer quelles modifications pourraient être envisagées à la liste des vaccinations obligatoires, compte tenu de l'état sanitaire de la population. Il apparaît d'ores et déjà que seule sera supprimée l'obligation concernant la variole.

Les actions de détection et de prévention s'inscrivent, pour l'essentiel, dans le cadre des services obligatoires de prophylaxie qui sont à la charge des départements. Elles font l'objet d'une demande de crédits au titre des remboursements effectués par l'Etat, de 1 499,2 millions de francs contre 1 222,6 millions de francs en 1977.

Parmi ces diverses actions, il faut noter la lutte contre l'alcoolisme, qui constitue toujours, avec toutes ces conséquences sanitaires, sociales et économiques, un problème majeur de notre société. La prévention implique une très large information du public, qui est, hélas, contrecarrée par toutes sortes de publicités obsessionnelles.

Enfin, je dirai un mot sur la régulation des naissances et la contraception.

Le nombre des centres de planification ou d'éducation familiale atteint 370 en 1977 pour la France entière, dont un tiers pour la région parisienne et 21 pour les départements d'outre-mer. Seuls cinq départements en sont encore dépourvus.

Le champ d'application de la loi du 17 janvier 1975 s'étend, nous le savons, progressivement ; les statistiques nous en apportent la preuve.

En ce qui concerne le service de santé scolaire, un comité consultatif et un groupe permanent pour l'étude des actions médicales, paramédicales et sociales liées à la scolarité des enfants et des adolescents ont été créés par un décret du 24 août 1976 avec, comme mission, d'aboutir à des propositions en vue d'une réorganisation et d'une réorientation de la médecine scolaire. Les travaux, qui ont commencé en novembre 1976, se poursuivent actuellement.

J'en arrive à l'aide médicale.

Les dotations d'aide médicale sont destinées à couvrir une partie des dépenses obligatoires qu'effectuent les départements, dans le cadre de la législation d'aide sociale, dans le domaine de l'aide médicale. Les crédits ouverts au budget de 1978 sont destinés, d'une part, à accorder un acompte sur la gestion de 1978, acompte calculé sur la base des dépenses de l'année 1976, d'autre part, à compléter les versements de l'Etat au titre de la gestion des années précédentes.

En 1978, la dotation de ce chapitre progressera de 2 782 à 3 109 millions de francs, soit une augmentation de 15,1 p. 100.

En ce qui concerne l'équipement hospitalier, l'effort consenti par le budget de 1978 en matière d'équipement, tant en investissements directs qu'en subventions, s'élèvera à 1 130,1 millions de francs en autorisations de programme, contre 1 079,6 millions un an auparavant. Nous poursuivrons notamment l'équipement en matériels lourds des CHR et les opérations d'humanisation des hôpitaux existants. Cette année, nous pouvons le noter, environ 20 000 lits en salle commune seront encore supprimés.

Dans le domaine de l'action sociale proprement dite, l'intervention de l'Etat est triple : il finance des actions qui viennent compléter les réalisations effectuées dans le cadre de la législation de la sécurité sociale et de l'aide sociale ; il fournit une aide aux organismes qui participent à la création et à l'animation des programmes d'action sanitaire et sociale ; il subventionne la réalisation d'équipements sociaux.

Dans ce chapitre, on trouve les centres sociaux, au nombre de 706 pour l'ensemble de nos départements, les mesures destinées au maintien à domicile des personnes âgées ; on trouve encore les équipements pour les crèches — le programme en cours vise à la création de 25 000 places de crèches collectives et de 25 000 places de crèches familiales de façon à dépasser le chiffre de 100 000 places en 1980.

Lorsque l'on parle de l'enfance, il ne faut pas oublier l'importante réforme des prestations familiales qui a été réalisée par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1977. Celle-ci a créé ce que l'on appelle maintenant le « complément familial », qui sera versé à partir du 1<sup>er</sup> janvier 1978 ; cette prestation, qui se substitue à cinq allocations existantes, sera accordée aux familles ayant un enfant de moins de trois ans ou trois enfants au minimum, que la mère exerce ou non une activité professionnelle et sous réserve que le revenu global de la famille n'excède pas un certain montant.

Nous trouvons encore dans cet important chapitre relatif à l'action sociale, l'action sociale en faveur des jeunes — notamment la création de foyers de jeunes travailleurs — l'aide aux personnes âgées, l'aide sociale aux infirmes, aveugles et grands infirmes, les centres d'hébergement.

Je ne pourrais terminer ce rapport sans insister, comme je le fais chaque année, sur la répartition des charges extrêmement lourdes de l'aide sociale entre les collectivités locales, d'une part, et l'Etat, d'autre part. Vous savez que nous déplorons la situation actuelle.

Nous avons fait, soutenus par l'unanimité de notre assemblée, de nombreuses démarches et, chaque année, nous enregistrons une réponse qui pourrait être motivée, mais qui est toujours décevante. Cette année, celle que nous avons reçue de l'administration chargée de faire des études pour la répartition des charges entre les communes, les départements et l'Etat dans ce vaste domaine ne nous donne pas satisfaction, puisqu'elle nous renvoie, une fois de plus, à l'année suivante.

Certes, en cette matière comme en bien d'autres, notre patience est apparemment inépuisable ; mais nos facultés de paiement ne le sont pas. Le vieil élu local que je suis peut en témoigner devant ses collègues, qui pensent aussi que nos budgets communaux et départementaux, particulièrement obérés par cette charge de l'aide sociale, sont devenus de plus en plus difficiles à équilibrer et à gérer. Je vous demande, madame le ministre, avec respect et avec insistance, de vous joindre à nous pour que le Sénat obtienne la révision de cette répartition que nous réclamons depuis plus de quinze ans. (*Applaudissements.*)

Je vous signale que le remboursement par l'Etat de sa quote-part s'élèvera en 1978, à 7 895 millions de francs contre 6 487 millions de francs en 1977, soit une augmentation de 21 p. 100. Ce qui est lourd pour l'Etat l'est aussi pour nos collectivités.

Mes chers collègues, je vous avais promis une étude rapide de l'ensemble des chapitres du budget qui nous est présenté.

Je me dois, avant de terminer, de signaler à notre assemblée qu'en commission des finances MM. Jager, Alliés et Jargot sont intervenus sur les insuffisances graves du service de santé

scolaire, sur la nécessité d'assouplir les dispositions réglementaires relatives aux crèches, sur la diminution des investissements sociaux ainsi que sur les besoins considérables à satisfaire en matière d'aide ménagère.

Deux articles ont été votés par l'Assemblée nationale, dont nous aurons à connaître au cours de la discussion : l'article 80 relatif à une taxe annuelle applicable aux spécialités pharmaceutiques et l'article 81, qui prévoit la suppression du recouvrement sur succession de l'allocation aux vieux travailleurs salariés. Sur ces deux articles, ainsi que sur l'article 82, relatif à la suppression du recouvrement des créances de l'aide sociale contre les débiteurs d'aliments des mineurs et des adultes handicapés, votre commission des finances a donné un avis favorable.

C'est donc, en conclusion, par un avis favorable général de la commission des finances que j'ai l'honneur de conclure ce rapport. Votre rapporteur considère le budget qui nous est soumis comme un excellent budget. (*Applaudissements.*)

**M. le président.** La parole est à M. Marcel Fortier, rapporteur spécial.

**M. Marcel Fortier, rapporteur spécial de la commission des finances, du contrôle budgétaire et des comptes économiques de la nation (santé et sécurité sociale).** Monsieur le président, madame le ministre, mes chers collègues, après l'excellent rapport de mon collègue, M. Ribeyre, mon propos se limitera à une brève intervention.

Il est paradoxal, en effet, que nous soyons obligés d'aborder le problème, ô combien important, de notre système de protection sociale, dont il est rappelé en toutes circonstances qu'il nécessite un volume global de crédits supérieur au budget de l'Etat, par le biais de l'examen des crédits de votre ministère qui n'en représente que 4 p. 100.

Cela étant dit, nous apprécions la qualité du document annexe transmis à l'appui de la loi de finances qui synthétise les prévisions de recettes et de dépenses des régimes obligatoires. Les crédits inscrits pour la sécurité sociale à votre budget n'appellent aucune observation de la part de la commission des finances ; mais nous sommes tous convaincus qu'il est anormal que le Parlement ne puisse exercer un contrôle, compte tenu de l'importance de ce budget de la sécurité sociale qui conditionne pour une grande part notre vie quotidienne.

Je ne citerai pas de chiffres, ils sont dans mon rapport écrit. Mais je me permettrai d'évoquer les grands principes et les grandes orientations que nous souhaiterions voir adoptés pour les années à venir.

Nous sommes les héritiers et les continuateurs, avec ce que cela implique de devoir, des fondateurs de la sécurité sociale.

Ils avaient formé le dessein le plus vaste et le plus ambitieux, de réaliser dans cette institution nouvelle, issue des méditations d'hommes engagés dans la lutte pour la liberté, un immense mouvement de solidarité, de générosité, de véritable égalité à la mesure des sacrifices qu'imposa la reconquête de cette liberté.

La sécurité sociale, pour ses promoteurs, était l'un des fondements d'une société nouvelle qui serait fraternelle et où seraient corrigés par la volonté de tous, grâce à la participation de tous, les inégalités du destin, une société où les jeunes auraient des chances égales dès l'aube de leur existence, une société où tous ceux qui lui appartiennent seraient protégés par le seul fait qu'ils sont des hommes et des femmes.

Certes, beaucoup a été fait. Des allocations et des dispositions en faveur de la famille ont été décidées. La protection des travailleurs contre les accidents du travail constitue un progrès important. La couverture des risques maladie et invalidité est loin d'être négligeable. L'humanisation des hôpitaux est en cours. La protection des Français est assurée à 98 p. 100 et le sera très prochainement à 100 p. 100. Mais n'a-t-on pas considéré, à propos du récent projet de loi adopté par le conseil des ministres, que la généralisation de la couverture du risque vieillesse était assurée du fait de l'intervention du minimum vieillesse. Ce qui paraît incontestable sur le plan des faits doit nous inciter à quelques réflexions.

C'est au moment de la retraite que se cristallisent toutes les inégalités. Oh ! j'entends bien que nous devons faire attention à ne pas porter atteinte par un gonflement excessif des dépenses, aux fondements mêmes de notre système économique et, par voie de conséquence, de notre protection sociale elle-même.

Mais, si nous constatons que les résultats ne sont pas à la mesure de nos espoirs, nous devons nous interroger sur les grandes options auxquelles nous devrions nous consacrer, compte tenu à la fois de nos possibilités et de nos devoirs.

Ce n'est pas un paradoxe de soutenir que l'amélioration des retraites vieillesse passe par l'amélioration de la politique familiale.

Une croissance démographique raisonnable et mesurée joue un rôle essentiel dans le développement économique et social d'une nation.

Une nation qui vieillit peut-elle conserver tout le dynamisme nécessaire à son maintien dans le concert des grandes nations ? Peut-elle affronter victorieusement les difficultés d'une compétition quotidienne, qui, bien que se déroulant sur le plan économique, n'en conditionne pas moins sa survie ?

Une société qui vieillit est une société qui va mourir.

Où une nation peut-elle trouver le dynamisme, l'esprit de lutte, la volonté de vaincre, fût-ce au prix de certains risques, si ce n'est dans sa jeunesse ? Pour autant, c'est certain, qu'on enseigne à celle-ci la notion de l'effort et le sens du devoir.

C'est sur l'éducation dans son ensemble et sur l'éducation familiale en particulier que nous devons mettre l'accent. Cette dernière devrait faire l'objet d'une action prioritaire.

Les prestations familiales, il est vrai, sont un moyen d'encourager la natalité, et l'on peut regretter un tassement progressif qui n'accorde pas une juste place aux orientations que nous souhaitons.

Mais les prestations familiales ne sont que l'un des éléments de la politique familiale. Nous devons aussi — et au-delà de toutes considérations d'ordre financier — réhabiliter la famille, la protéger contre les sarcasmes ou les agressions multiples, rendre à la vie familiale, en un mot, sa noblesse et sa grandeur. Nous regrettons que les moyens audio-visuels, qui ont pris dans la vie contemporaine l'importance que nous connaissons, soient plus attachés au culte du sensationnel qu'à l'étude du quotidien, qu'ils ridiculisent quelquefois les vertus familiales, qu'ils caricaturisent, défigurent la jeunesse. Nous savons bien qu'au-delà des excès d'une minorité notre jeunesse dans son immense majorité travaille, étudie, ayant en plus une inquiétude pour son avenir plus grande que celle que nous éprouvions nous-mêmes à notre époque.

Tout cela déborde sans doute largement les préoccupations de la sécurité sociale telles que nous les connaissons aujourd'hui, mais paraît conforme aux buts de ceux qui l'ont conçue.

Nous devons souhaiter que se développent et s'étoffent les programmes d'action prioritaires concernant la nouvelle politique de la famille, qu'ils englobent les problèmes de la jeunesse et que l'adoption récente du complément familial soit un premier pas vers un véritable statut de la mère de famille.

La politique à l'égard du troisième âge doit être notre seconde préoccupation. Elle comporte deux aspects.

Le premier est d'ordre financier. Notre objectif doit être d'assurer à chaque Français des conditions de retraite décentes. Mais je crois qu'il faut en ce domaine avoir le courage de dissiper un certain nombre d'équivoques. Il faut avoir le courage de dire tout haut ce que beaucoup de gens pensent, savent et comprennent, à savoir que l'abaissement généralisé de l'âge de la retraite est un leurre, qu'il ne saurait conduire qu'à l'écrasement de la nation sous le poids des personnes inactives. Est-on sûr qu'à une retraite à cinquante-cinq ou soixante ans les Français ne préfèrent pas une allocation vieillesse qui corresponde à leurs besoins ?

Sans doute faut-il réserver le cas des travailleurs employés à des tâches pénibles, les malades, les handicapés, les mères de familles nombreuses. Sans doute faut-il offrir à chaque Français la possibilité de prendre, volontairement, une retraite anticipée, mais pourquoi contraindre à cesser leurs activités par une retraite anticipée obligatoire ceux qui préfèrent continuer à travailler, parce qu'ils ont conservé les aptitudes physiques et intellectuelles nécessaires ? Dans bien des cas, une retraite prématurée pour ceux qui restent en possession des moyens nécessaires correspond à une condamnation, et c'est le médecin qui parle.

S'il est vrai, comme je l'ai dit au début de ce propos, que les jeunes sont indispensables au dynamisme d'une société, il est non moins vrai qu'est indispensable à son équilibre l'apport de l'expérience acquise au cours d'une existence professionnelle.

On peut prétendre qu'en période de récession il est nécessaire que les anciens cèdent la place aux jeunes. C'est un raisonnement sommaire à court terme qui ne tient pas compte des qualifications professionnelles et des caractéristiques complexes du chômage.

A long terme, l'inflation, le chômage et la récession peuvent être la conséquence du déséquilibre entre actifs et non-actifs. d'où l'intérêt de maintenir dans la vie active tous ceux qui ont la capacité et la volonté de continuer à y appartenir.

Pour les autres, et ce doit être notre seconde préoccupation, nous devons faciliter la reconversion que rend nécessaire la cessation d'activité. Le retraité ne doit pas avoir l'impression d'être mis à l'index de la société, de devenir une personne inutile à la charge de ses concitoyens. Ce devrait être, à mon sens, l'un des objectifs d'un programme d'action prioritaire, complément des programmes qui existent à d'autres titres.

Le succès des clubs du troisième âge démontre d'ailleurs, s'il en était besoin, qu'une voie peut être ouverte dans cette direction.

Un mot pour terminer de l'organisation de la sécurité sociale.

Il faut réformer les structures, décentraliser les responsabilités afin que dirigeants et assurés se sentent directement concernés.

Il faut résoudre ce problème irritant des charges indues qui empoisonnent les rapports entre les différents régimes. Des transferts peuvent être opérés qui correspondent à des modalités différentes de répartition des charges, et donc procédant d'une conception différente de la justice sociale ou de la solidarité.

Nous souhaitons à nouveau que le Parlement puisse être saisi de l'examen d'ensemble de notre système de protection sociale.

Sous le bénéfice de ces observations, votre commission des finances vous demande d'approuver les crédits du budget concernant la sécurité sociale. (Applaudissements.)

**M. le président.** La parole est à M. Lucien Grand, rapporteur pour avis.

**M. Lucien Grand, rapporteur pour avis de la commission des affaires sociales (santé).** Monsieur le président, madame le ministre, mes chers collègues, cette année encore, compte tenu de la qualité du rapport de mon ami M. Ribeyre, ma tâche est largement facilitée et je l'en remercie.

**M. Paul Ribeyre, rapporteur.** Vous êtes indulgent !

**M. Lucien Grand, rapporteur pour avis.** Pas du tout, c'est, en effet, un très bon rapport. Il est très précis et il dispense le rapporteur pour avis de se pencher sur les chiffres, ce qui lui convient parfaitement.

Par conséquent, je me bornerai, après une brève analyse du budget, à vous présenter quelques observations que la commission des affaires sociales a formulées notamment en ce qui concerne les aspects de la politique suivie depuis quatre ans par les responsables de la santé et de l'action sanitaire et sociale.

Pour 1978 — je vous prie de m'excuser de rappeler quelques chiffres — les dépenses de la section santé s'élèveront à 15 800 millions de francs, soit une augmentation de 21,87 p. 100 par rapport à la loi de finances pour 1977. Ce pourcentage doit cependant être corrigé compte tenu des crédits votés dans le cadre de la première loi de finances rectificative.

Toutefois, même ainsi calculé, l'accroissement des crédits atteint 14,6 p. 100 ce qui est légèrement plus élevé que l'augmentation d'ensemble du budget de l'Etat qui est de 12,47 p. 100. C'est pour notre commission, qui avait déploré l'an dernier la faiblesse du taux d'augmentation des crédits de santé, un motif de satisfaction. Il convient cependant de ne pas perdre de vue, pour apprécier convenablement la portée de ces chiffres, que l'érosion monétaire représentera pour 1977 environ 10 p. 100.

Comment se caractérise le budget de la santé pour 1978 ?

Le premier point à noter, que nous soulignons d'ailleurs chaque année dans le cadre du présent rapport, est la faiblesse de la marge de manœuvre financière dont dispose le ministère de la santé pour engager et poursuivre des actions de caractère volontariste.

En effet, 78 p. 100 des crédits de la santé seront employés au financement des dépenses obligatoires auxquelles l'Etat contribue aux côtés des collectivités locales : aide médicale, aide sociale, participation à la protection générale de la santé et aux dépenses de prévention.

Cependant, reconnaissons que la part de crédits qui pourront être consacrés à l'action « volontaire » augmente substantiellement en 1978, puisqu'elle devrait atteindre 3 700 millions de francs environ. Parmi ces crédits, ceux qui permettent le développement des actions de caractère social augmentent très rapidement.

Le budget prévu pour 1978 peut être défini comme un budget de continuité.

Il ne comporte pas d'orientations nouvelles, mais marque plutôt la concrétisation de projets qui ont mûri au cours des années précédentes. On note cependant quelques initiatives ponctuelles qui ont un caractère novateur dans le domaine de l'action sociale.

Parmi les mesures proposées, je citerai rapidement : le renforcement des moyens de l'administration centrale par la création de soixante-dix-neuf emplois nouveaux et la transformation du service central de la pharmacie et des médicaments en une nouvelle direction ; la restructuration et le renforcement des services extérieurs avec la mise en œuvre de la réforme tendant à faire fusionner les directions respectives des affaires sanitaires et sociales et de la sécurité sociale, et l'amélioration du statut des médecins de la santé ; l'augmentation de 63 p. 100 des crédits d'éducation sanitaire ; l'augmentation de 56 p. 100 des crédits de l'action sociale ; la mise en œuvre de la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées ; la formation des personnels sanitaires et sociaux, notamment le personnel infirmier ; enfin, l'augmentation des crédits affectés à la recherche médicale qui progressent de 16 p. 100.

J'ai noté également quelques mesures ponctuelles, récemment intervenues ou prévues dans le présent projet de loi, concernant le domaine de l'aide et de l'action sociale.

Je citerai encore très brièvement la suppression de l'obligation alimentaire pour les personnes âgées demandant le service d'une aide ménagère ; la suppression de tout recouvrement sur la succession de la personne âgée bénéficiaire de l'allocation aux vieux travailleurs salariés ; l'abaissement de 17,6 p. 100 à 7 p. 100 du taux de la TVA appliqué aux fournitures de logement et de nourriture des maisons de retraite ; l'ouverture d'un compte spécial du Trésor destiné à apporter une aide, sous forme d'avance, aux promoteurs d'équipements et de services sociaux.

Enfin, notons la suppression du recouvrement des créances de l'aide sociale contre les débiteurs d'aliments des mineurs et des adultes handicapés, pour les sommes versées sous le régime en vigueur avant la loi d'orientation du 30 juin 1975.

Je formulerai maintenant rapidement quelques observations au nom de la commission. Vous voudrez bien vous reporter à mon rapport écrit pour obtenir plus de précisions.

En ce qui concerne le corps des médecins inspecteurs de la santé, la récente réforme ponctuelle du statut est trop limitée pour résoudre les problèmes actuels dus au manque d'intérêt manifesté par les jeunes médecins. Il serait souhaitable, madame le ministre, d'envisager une refonte importante de ce corps.

La mise en place de la réforme des services extérieurs du ministère de la santé et de la sécurité sociale engendre, dans l'immédiat, une certaine désorganisation de ces services, phénomène inhérent à toute période de rodage et de mutation. Espérons que cette désorganisation, génératrice de déperdition d'énergie, ne sera pas préjudiciable à la qualité des services rendus et qu'elle pourra être surmontée dans les meilleurs délais.

J'aborderai à présent le chapitre du service hospitalier en soulignant que, contrairement à ce que beaucoup imaginent, la France dispose d'un parc immobilier très suffisant en quantité pour répondre globalement aux besoins, mais les sites demeurent toutefois, au point de vue géographique, inégalement répartis. Nous souffrons même d'un relatif suréquipement dans certains secteurs appelant une reconversion des établissements et des services insuffisamment occupés, ce qui ne manque pas de précociter les responsables locaux.

Les efforts concernant l'humanisation des hôpitaux se font déjà nettement ressentir. Toutefois, celle-ci n'est pas seulement une question d'équipement ; elle est également liée à l'accueil et à l'attention des personnels qui doivent être assez nombreux pour ne pas être trop surchargés.

Parallèlement à l'amélioration des soins et au développement des charges de personnel, votre commission s'est aussi préoccupée du problème de l'amélioration de la gestion hospitalière.

Les coûts de l'hôpital augmentent, entraînant de graves difficultés pour les responsables de la gestion des hôpitaux qui doivent équilibrer leur budget, plus particulièrement pour les hôpitaux privés à but non lucratif dont la situation financière devient extrêmement préoccupante. Aussi je vous demande, madame le ministre, d'accorder tout votre intérêt à ce problème qui angoisse tous les responsables.

M. Jean Chérioux. Très bien !

M. Lucien Grand, rapporteur pour avis. Nous sommes heureux, par ailleurs, de constater que le problème de la réforme de la tarification hospitalière, resté longtemps en suspens, trouve enfin un commencement de résolution. Un conseil interministériel de juillet 1976 a arrêté le principe d'une double expérience destinée à définir les modalités de la réforme. Un groupe de travail a été constitué pour suivre cette expérimentation ; il s'est arrêté sur deux systèmes différents de tarification : d'une part, le système dit du « prix de journée éclaté » et, d'autre part, le système dit du « budget global ».

Dans le premier système, celui du prix de journée éclaté, seraient facturés distinctement, pour chaque malade, un forfait représentatif des frais de gestion du dossier, les frais d'hébergement et d'administration générale, les frais de soins courants et, enfin, un certain nombre de prestations individualisées.

Le second système, celui du budget global, se caractériserait par l'abandon de la facturation individuelle, sous réserve du maintien d'un ticket modérateur forfaitaire, et conduirait à un financement global des dépenses d'exploitation des établissements évaluées à partir des précisions d'activité de l'ensemble des services.

Ces deux systèmes sont expérimentés de façon simulée depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1977 dans quatre établissements et seront appliqués dans la réalité en 1978.

La prévision sanitaire a également connu une forte évolution. C'est ainsi qu'en trois ans les crédits d'éducation sanitaire auront été multipliés par dix.

Aux actions de prévention traditionnelles — vaccinations, protection maternelle et infantile, dispensaires — s'ajoutent progressivement de nouvelles formes de prévention axées sur l'éducation sanitaire de la population. De grandes campagnes nationales sont organisées, notamment sur le tabagisme, le bon usage de la médecine, les problèmes des personnes handicapées. Il serait souhaitable que les travaux du comité français d'éducation pour la santé soient également axés sur le problème de la contraception.

Les membres de la commission ont accueilli très favorablement l'annonce, par le Président de la République, de la mise en œuvre prochaine d'un plan de dix ans de lutte contre l'alcoolisme. Toutefois, étant donné la gravité et le coût de ce fléau, cause de tant de maladies et d'accidents, pourriez-vous, madame le ministre, nous apporter quelques précisions sur le projet de plan de lutte contre l'alcoolisme ?

Un secteur nous inspire actuellement une forte inquiétude : celui de la santé scolaire. L'avenir de ce secteur ne sera assuré que lorsque l'administration sera convaincue de l'utilité, pourtant indiscutable, de la médecine scolaire quand elle est pratiquée avec soin. Elle permet, en effet, de dépister le plus tôt possible les insuffisances sensorielles des jeunes enfants et les inadaptations des élèves.

Votre commission souhaite que les études entreprises à l'échelon ministériel en vue de la réorientation et de la réorganisation de la médecine scolaire qui s'imposent aboutissent rapidement afin que soit mis un terme aux tâtonnements et aux hésitations de la politique actuelle, dont les enfants sont les premières victimes.

En matière de recherche médicale, les crédits augmentent de 15,6 p. 100 pour atteindre 541 millions de francs. L'institut Pasteur, au sujet duquel nous éprouvons voilà quelques années les plus grandes inquiétudes, a maintenant reçu une aide suffisante du Gouvernement pour être « remis en selle », mais il est indispensable que cet effort soit poursuivi si l'on ne veut pas qu'il retombe dans la même situation. Il faut absolument que la recherche soit développée et qu'en même temps l'organisation commerciale de l'institut Pasteur soit, elle aussi, parfaitement mise au point.

J'examinerai maintenant devant vous le problème du troisième et du quatrième âges.

En effet, peu à peu, la France a pris conscience de l'important phénomène de société constitué par les personnes âgées qui

sont 9,6 millions à avoir plus de soixante ans et 2,7 millions — soit 5 p. 100 de la population — à avoir plus de soixante-quinze ans.

L'allongement de l'espérance de vie et le fait que les personnes âgées peuvent de moins en moins être prises en charge par la cellule familiale imposent un examen urgent de leurs besoins spécifiques, essentiellement dus à l'isolement et aux problèmes de santé, afin de rechercher des solutions répondant à la multiplicité de leurs besoins.

Il paraît particulièrement souhaitable d'éviter deux solutions extrêmes, aussi inadaptées l'une que l'autre et qui sont, d'une part, les hospices et les maisons de retraite vétustes, impersonnelles, dans lesquels les personnes âgées sont tenues à l'écart de la société et, d'autre part, les hôpitaux et les établissements aux équipements « ultra-médicalisés » trop coûteux, qui, eux non plus, ne correspondent pas, le plus souvent, aux besoins de la majorité des personnes âgées.

Puisque les personnes âgées souhaitent en majorité demeurer le plus longtemps possible à leur domicile et ne pas rompre avec leurs habitudes et leur environnement, il importe de continuer le développement de l'aide ménagère et de l'attribution de soins à domicile. C'est extrêmement important. Toutefois, je souligne que ces efforts auront un effet très limité si des mesures ne sont pas prises très rapidement pour améliorer davantage l'habitat, puisqu'il a été démontré que la moitié des logements habités par les personnes âgées sont actuellement dépourvus du confort le plus élémentaire.

Il serait également utile d'envisager une qualification des aides ménagères qui apportent aux personnes âgées une attention et une chaleur humaine fort appréciables.

En outre, il faut penser également aux besoins des personnes du troisième et du quatrième âges qui ne désirent plus, ou ne peuvent plus, demeurer à leur domicile après l'aggravation de leur état de santé. Dans la majeure partie des cas, ces personnes âgées réclament des soins plus ou moins constants mais leur état ne nécessite pas, toutefois, une hospitalisation.

Malheureusement, trop souvent encore, les familles doivent se résoudre à faire ce choix, parce qu'elles n'ont pas d'autre solution. Nous espérons que cet état de choses va maintenant s'améliorer.

Je reprendrai le propos de M. Ribeyre — et je le prie de m'en excuser — sur les dépenses d'action sanitaire et sociale. Chaque année, depuis quinze ans, puisque je rapporte le budget depuis 1962, comme le rappelait mon cher ami Ribeyre, l'un et l'autre nous nous efforçons de convaincre ceux qui nous entendent du fait que la répartition de l'aide sociale entre l'Etat et les collectivités locales ne correspond plus à la vérité.

**M. Paul Ribeyre, rapporteur spécial.** C'est un fait.

**M. Lucien Grand, rapporteur pour avis.** L'augmentation importante, au cours des années, des dépenses d'aide sociale pose de graves problèmes, notamment aux collectivités locales qui ne peuvent plus y faire face. De plus, les critères qui déterminent, d'une part, la répartition des dépenses d'aide sociale en trois groupes et, d'autre part, les pourcentages retenus pour la contribution de l'Etat et des collectivités locales, s'avèrent tout à fait inadaptés.

En effet, le décret de 1955 organisant la répartition des dépenses d'aide sociale avait fondé l'appréciation des capacités contributives sur la valeur du centime départemental et sur la moyenne du produit de la taxe locale encaissée par les départements au cours des années 1951 à 1953. Trois critères démographiques avaient été également ajoutés, mais qui ont peu d'importance. Or, chacun sait que la valeur du centime départemental n'évolue que très lentement et très modestement.

Par ailleurs, la taxe locale aujourd'hui disparue, qui avait été reconnue à l'origine comme un des critères valables, est maintenant remplacée par le versement représentatif de la taxe sur les salaires, laquelle ne peut être logiquement retenue comme la juste expression de la richesse potentielle des collectivités locales. Cela n'a plus aucun rapport.

Les pourcentages de répartition entre les trois divers groupes d'aide sociale reposent, en conséquence, sur des données qui ne reflètent plus les facultés contributives réelles des départements et des communes. Toutes les tentatives pour obtenir cette révision, se sont, hélas ! heurtées à des difficultés administratives que l'on nous dit insurmontables.

Ainsi le groupe II, qui comprend les dépenses d'aide médicale aux malades mentaux et aux tuberculeux, d'allocation de loyer, du centre d'hébergement et de réadaptation sociale, a été notam-

ment étendu par le décret de 1975 aux dépenses concernant l'interruption de grossesse, puis, par le décret du 23 mai 1977, aux dépenses concernant la prise en charge de la cotisation destinée à la couverture en matière d'assurance maladie des bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés. Toutes ces nouvelles dépenses augmentent considérablement et sans contrepartie les charges des collectivités locales.

Enfin, le groupe III n'a pas été suffisamment affecté par ces modifications. Or, ce sont essentiellement les dépenses appartenant au groupe III qui constituent les charges les plus pesantes pour les collectivités locales, plus particulièrement pour les communes.

L'article 2 du décret du 17 novembre 1954 prévoit, en effet, que le taux de participation de l'ensemble des collectivités locales dans chaque département est déterminé afin que les dépenses résiduelles à la charge des collectivités locales du groupe II soient le double de celui du groupe I et que les dépenses du groupe III soient le double du groupe II.

Du fait de cette cascade, les collectivités locales, départements et communes, ne peuvent plus y suffire.

**M. Paul Ribeyre, rapporteur spécial.** Très juste !

**M. Lucien Grand, rapporteur pour avis.** En vérité, les responsables des communes connaissent le coût réel de l'aide médicale gratuite, notamment de l'hospitalisation. Récemment, on a pu penser que la sécurité sociale prendrait un peu le relais avec, notamment, la loi d'orientation en faveur des handicapés, la création de l'allocation de parent isolé et la généralisation de la sécurité sociale. Mais, au contraire, la suppression du recouvrement de certaines dépenses sur les successions des bénéficiaires de l'aide sociale ainsi que la récente majoration du ticket modérateur pour quelques prestations sanitaires accentuent encore les difficultés de trésorerie des collectivités locales. En effet, il est bien évident que, lorsque vous augmentez le ticket modérateur, ce sont les communes qui en supportent la charge.

Pour 1978, les sommes destinées à la couverture des dépenses d'aide sociale s'élèvent à 11 milliards de francs, en comprenant l'aide médicale. L'aide sociale représente environ 70 p. 100 des dépenses de la section de fonctionnement des départements.

Le retard apporté par l'Etat dans le remboursement de sa contribution aggrave encore davantage les difficultés des trésoreries départementales.

Pour assurer le paiement des dépenses d'aide sociale, le département, qui tient le rôle d'intermédiaire, doit disposer des moyens suffisants. Or, ceux-ci sont dispensés par l'Etat et par les communes sous forme d'avances à valoir sur leur participation respective à l'ensemble des charges départementales, ce qui ne contribue pas à faciliter la tâche du département.

En 1976, dernière année connue, sur le total des dépenses d'aide sociale, 59 p. 100 étaient à la charge de l'Etat et 41 p. 100 à celle des collectivités locales. Cette situation ne semble pas se modifier puisque les dépenses progressent de 12,3 p. 100 l'an pour l'Etat, de 11,5 p. 100 pour les départements et de 13,4 p. 100 pour les communes.

Les timides engagements du décret de 1977 ne sauraient satisfaire les collectivités locales, qui attendent depuis longtemps et espèrent une révision des critères retenus originellement et surtout une participation beaucoup plus importante du budget de l'Etat dans le financement des groupes actuellement retenus.

Avec mon ami M. Ribeyre, je le répète depuis quinze ans...

**M. Paul Ribeyre, rapporteur spécial.** C'est exact.

**M. Lucien Grand, rapporteur pour avis.** ...avec autant de succès ! Peut-être un jour notre persévérance sera-t-elle récompensée.

Je souhaite, madame le ministre, que vous puissiez nous apporter des précisions sur tous les problèmes que j'ai soulevés hâtivement et sans doute d'une manière un peu trop sèche, mais mon rapport écrit contient des explications qui permettent de mieux interpréter ma pensée.

Sous réserve des observations contenues dans mon rapport écrit, la commission des affaires sociales, qui a longuement examiné ce budget au cours d'une discussion où nombre de mes collègues sont intervenus, a émis un avis favorable à l'adoption des crédits du ministère de la santé et de la sécurité sociale ainsi qu'à celle des articles 80, 81 et 82 du projet de loi de finances. (Applaudissements.)

**M. le président.** La parole est à M. Boyer, rapporteur pour avis.

**M. Louis Boyer, rapporteur pour avis de la commission des affaires sociales (sécurité sociale).** Monsieur le président, madame le ministre, mes chers collègues, cette année plus que les autres, les problèmes de la sécurité sociale ont fréquemment attiré l'attention de l'opinion et des pouvoirs publics. D'une part, le régime général s'est trouvé confronté pendant de longs mois à la perspective, pour 1977, d'un déficit considérable. D'autre part, c'est au 1<sup>er</sup> janvier 1978 que se situe l'échéance fixée par la loi pour la réalisation des trois grands objectifs de notre politique de sécurité sociale : généralisation, harmonisation, compensation.

Sur ces deux points, on sait déjà que la réalité ne correspondra pas aux prévisions. Le régime général connaîtra pour 1977 un solde financier positif, sans qu'il y ait lieu de trop s'en réjouir : les problèmes ne sont que différés. La loi du 24 décembre 1974 instituant une protection sociale de base commune à tous les Français et créant une compensation entre les régimes de base obligatoires ne sera pas entièrement applicable au 1<sup>er</sup> janvier 1978, sans qu'il y ait lieu de s'en étonner : sa mise en œuvre dans un délai aussi rapide apparaissait impossible, eu égard à la situation financière du régime général et à la très grande diversité des régimes de protection sociale en France.

Cette dernière constatation ne doit pas conduire à un trop grand pessimisme. De nombreuses améliorations ont été apportées cette année, ou sont en voie de l'être, à notre protection sociale. Je ne les évoquerai que brièvement. Vous les trouverez consignées de façon plus détaillée dans mon rapport écrit.

C'est en matière de prestations familiales qu'ont été réalisés les progrès les plus importants : création du complément familial, qui se substitue aux allocations de salaire unique, de la mère au foyer, ainsi qu'à leur majoration, et à l'allocation pour frais de garde ; amélioration notable des allocations d'orphelin et de parent isolé ; revalorisation non négligeable de la base de calcul des allocations familiales — plus 10, 6 p. 100 — qui, incluant 1,5 p. 100 de « participation à la croissance », va dans le sens du « rattrapage » souhaité à juste titre par les familles et par leurs représentants. Pendant trop longtemps, en effet, l'accroissement des prestations de vieillesse et de santé s'est fait au détriment de la politique d'aide aux familles, qui revêt pourtant le même caractère d'impérieuse nécessité.

Parmi les mesures en faveur des personnes âgées, rappelons qu'une troisième revalorisation spéciale de 5 p. 100 des pensions liquidées avant le 1<sup>er</sup> janvier 1973 a amélioré la situation de ceux que l'on appelle les « avant-loi Boulin ».

En outre, trois lois promulguées le 12 juillet 1977 ont permis d'accroître la possibilité, pour les conjoints survivants, de cumuler intégralement leur pension personnelle et une pension de réversion, grâce au relèvement du plafond de cumul ; de faciliter l'octroi d'une pension d'invalidité aux anciens déportés ou internés âgés de cinquante-cinq ans ou plus ; d'accorder aux femmes le droit à la retraite à soixante ans, à taux plein, dès lors qu'elles totalisent 37,5 annuités de cotisations.

Votre commission, tout en se félicitant d'une telle mesure, souhaite qu'elle produise des effets moins limités et moins décevants que la loi du 30 décembre 1975 relative à la retraite anticipée des travailleurs manuels. Enfin, je rappelle qu'outre ces mesures législatives le minimum vieillesse aura été très fortement relevé au cours de l'année, puisqu'il est déjà passé de 9 000 à 10 000 francs et devrait atteindre 11 000 francs à la fin de 1977.

Malgré ces améliorations, nous sommes encore loin de la protection sociale de base commune à tous les Français que prévoyait, pour 1977, la loi du 24 décembre 1974, loi dont la portée et les modalités ont été précisées par la loi du 4 juillet 1975.

Pour la généralisation, certes, nous nous trouvons près du but : la généralisation est pratiquement acquise en matière de prestations familiales. Elle devrait être prochainement réalisée par décrets pour l'assurance vieillesse. Reste l'assurance maladie, pour laquelle nous serons appelés à examiner deux projets de loi avant la fin de cette session.

L'harmonisation, en revanche, est encore loin d'être réalisée. Elle est en voie d'achèvement en matière de prestations familiales, sous réserve d'un aménagement des efforts contributifs de certaines catégories. En ce qui concerne l'assurance maladie, le régime des artisans commerçants a été modifié dans le sens de l'harmonisation des prestations, avec une amélioration de la couverture du « gros risque », et des contributions, avec un relèvement notable du taux des cotisations. De même, un rattrapage très important a été réalisé quant aux prestations vieillesse des artisans et commerçants.

Néanmoins, des inégalités considérables subsistent. Le niveau extrêmement bas des prestations vieillesse et invalidité des exploitants agricoles n'est qu'un exemple parmi d'autres des lacunes qu'il reste à combler.

En tout état de cause, même en tenant compte du fait qu'harmonisation ne signifie pas alignement, l'échéance du 1<sup>er</sup> janvier 1978 ne pourra pas être tenue.

J'en viens maintenant aux problèmes du financement de la sécurité sociale.

A la fin de l'été 1976, les prévisions financières concernant le régime général aboutissaient pour 1977 à un déficit de l'ordre de 12 milliards de francs. Moins d'un an plus tard, se dessinait la perspective non seulement d'une résorption du déficit, mais encore d'un excédent, qui sera finalement de 1 600 millions de francs. Comment un tel renversement de tendance a-t-il pu être obtenu ?

La réponse, nous la trouvons d'abord dans l'efficacité de certaines mesures prises dans le cadre du plan de redressement de septembre 1976, puis à partir du mois d'avril 1977 : subvention du budget de l'Etat au fonds national de solidarité ; augmentation du taux des cotisations, d'autant plus profitable pour le régime général que les salaires ont progressé un peu plus vite que prévu ; diminution du taux de remboursement de certaines prestations.

Mais l'élimination du déficit pour 1977 tient aussi à un phénomène de ralentissement de l'augmentation des dépenses de santé. Ralentissement fort modeste, certes, puisque l'accroissement a tout de même été de 14,85 p. 100, et dû partiellement aux mesures prises par le Gouvernement. Mais d'autres causes peuvent être invoquées, parmi lesquelles votre rapporteur met au premier rang un début de prise de conscience par l'opinion publique et le corps médical de l'importance du coût de la santé.

Cependant, les prévisions financières pour 1978 indiquent un retour au déficit, avec un solde d'environ moins cinq milliards de francs.

L'année 1977 marque donc un répit dans les difficultés de financement du régime général plutôt qu'une amorce de solution à ces difficultés.

C'est pour cette raison que le projet de loi de finances pour 1978 prévoit de différer la prise en charge effective par le régime général — prise en charge qui devait intervenir au 1<sup>er</sup> janvier 1978 — des transferts de compensation.

En tout état de cause, le régime général de sécurité sociale est en état de déséquilibre financier structurel, même si ce déséquilibre a pu être longtemps masqué, pendant la période de forte croissance des années 1968-1973, par un fort taux d'inflation et de progression des salaires.

Les causes en sont bien connues. C'est d'abord l'impact du niveau de l'emploi sur les finances du régime général ; si les chômeurs avaient pu travailler, percevoir un salaire et cotiser en 1976, la sécurité sociale aurait bénéficié d'un supplément de recettes de 11 milliards de francs. Or la crise de l'emploi ne paraît pas en passe d'être résorbée.

C'est ensuite la situation démographique défavorable, avec un rapport actifs-inactifs qui tend à se dégrader du fait de l'allongement de la scolarité et de l'augmentation de l'espérance de vie, alors qu'un nombre croissant d'individus aspire à l'abaissement de l'âge de la retraite.

C'est enfin la forte croissance des prestations, en particulier en matière d'assurance vieillesse. Les dépenses de la caisse nationale d'assurance vieillesse ont plus que triplé entre 1968 et 1975.

Les moyens que nous avons d'agir sur ces facteurs apparaissent singulièrement limités, sauf à renoncer à une amélioration de la protection sociale voulue par tous.

Certes, il demeure possible d'accroître encore les ressources du régime général. C'est ainsi que les pouvoirs publics ont à plusieurs reprises augmenté le taux des cotisations réclamées aux employeurs et aux salariés. Mais nous approchons à grands pas du seuil de tolérance au-delà duquel un surcroît de charges sociales sur les salaires ne pourrait plus être supporté.

Quant au projet de réforme de l'assiette des cotisations, annoncé par le Gouvernement, il apparaît, au vu des études les plus récentes, sinon remis en cause, du moins suspendu.

Il reste, dans ces conditions, à agir sur les dépenses.

Freiner l'évolution des dépenses de vieillesse et des prestations familiales n'apparaît ni possible ni souhaitable, puisqu'il s'agit au contraire de domaines où un important rattrapage est encore nécessaire.

En revanche, nous assistons depuis quelques années — malgré la pause enregistrée pour 1977 — à une croissance incontrôlée des dépenses de santé. C'est sur ce dernier point qu'un effort pourrait être engagé.

La progression considérable des dépenses de santé, en effet, n'est pas seulement due à des phénomènes inéluctables, tels que le progrès technique ou le vieillissement d'une population qui, par ailleurs, attache une importance croissante à la préservation de sa santé. Elle résulte aussi d'un fonctionnement défectueux de notre système de soins.

C'est pourquoi il conviendrait, en priorité : d'une part, de rationaliser notre secteur hospitalier, qui absorbe une part croissante des dépenses de santé, et dont le mode de fixation des prix de journée est en lui-même incitateur aux séjours prolongés ; d'autre part, de mettre fin à une certaine « surconsommation » médicale.

Dire qu'il existe une surconsommation médicale ne signifie pas que tous les besoins de santé sont correctement couverts. Les lacunes et les insuffisances, on le sait, sont encore nombreuses. Il n'en est pas moins vrai que les assurés ont tendance à recourir de plus en plus systématiquement à la médecine, quitte à lui demander plus qu'elle ne peut donner ; et que nombre de médecins ont tendance — parfois pour se rassurer eux-mêmes, plus souvent encore pour rassurer les malades — à multiplier les prescriptions d'analyses et de médicaments.

Là aussi, un changement dans les mentalités, une attitude plus responsable de la part des intéressés apparaissent indispensables. Il reste que l'augmentation rapide du nombre des médecins — leur nombre doit doubler en dix ans — risque de contrarier gravement une telle évolution.

Enfin, autant votre commission juge discutables les mesures prises par le Gouvernement pour diminuer le taux de remboursement de certains médicaments — mesures techniquement peu efficaces et qui, socialement, pénalisent les plus défavorisés — autant elle souhaite que soit engagée une véritable politique du médicament qui, à travers notamment un développement de la recherche associant les facultés, l'industrie, les hôpitaux, permettrait de réduire la part d'importations souvent fort coûteuses.

Ces réformes seront sans doute lentes à réaliser, lentes à produire leur effet. Par ailleurs, elles ne suffiront certainement pas à éliminer les risques de déficit du régime général. Cependant — répétons-le une nouvelle fois — ce n'est pas la croissance des dépenses de sécurité sociale qui est choquante — encore qu'il faille se décider un jour à fixer les limites qu'on veut lui assigner — mais la mauvaise utilisation des ressources.

Pour le reste, il est probable que nous assisterons à une prise en charge croissante par l'État du financement de la protection sociale.

Votre commission n'y est pas hostile, à deux conditions : que l'on ne remette pas autoritairement en cause l'autonomie de régimes auxquels les assurés demeurent attachés ; que cette prise en charge par la collectivité nationale ne se traduise pas par une disparition de l'esprit de responsabilité. A cet égard, il faut bien reconnaître que la coexistence, dans notre pays, d'un secteur libéral et d'un secteur hospitalier, est loin d'être génératrice de concurrence inutile et de gaspillage, si la coordination est correctement faite, et constitue un puissant facteur de progrès permettant, grâce à des expériences diversifiées, de mieux connaître et de dégager des résultats positifs, et de favoriser, par le meilleur choix, une meilleure maîtrise des dépenses de santé.

Telles sont, mes chers collègues, les quelques remarques que votre commission des affaires sociales souhaitait formuler sur ce difficile problème de la sécurité sociale. (*Applaudissements.*)

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

**Mme Simone Veil, ministre de la santé et de la sécurité sociale.** Monsieur le président, mesdames, messieurs les sénateurs, pour la quatrième année consécutive, je viens présenter à l'approbation du Sénat le projet de budget du ministère de la santé. Et, pour le caractériser, je m'en tiendrai aux propos du rapporteur spécial de votre commission des finances, M. Ribeyre, dont l'expérience dans le domaine de la santé n'est pas à rappeler, et qui a pu souligner que ce budget avait été manifestement bien traité.

Par rapport à l'an dernier, il comporte une innovation essentielle puisqu'il est désormais également celui de la sécurité sociale.

Le rapporteur de votre commission des affaires sociales, M. Grand, s'est félicité de ce que se trouvaient à nouveau réunis, sous l'autorité d'un même ministre, les domaines de la santé et de la sécurité sociale.

La cohérence de la politique de santé s'en trouve certainement renforcée. C'est pourquoi, avant d'aborder l'examen de mon budget proprement dit, je voudrais développer ce point important que constituent l'évolution des dépenses de santé et ses conséquences sur l'institution de la sécurité sociale.

Je remercie M. Boyer d'avoir rappelé la nécessité d'une maîtrise de la croissance des dépenses de santé. Mais je voudrais insister particulièrement sur l'idée, qu'il a d'ailleurs exprimée, qu'en soi, l'augmentation de ces dépenses n'est pas choquante. Outre le fait que c'est une évolution constatée dans tous les pays développés, qui s'explique par des données objectives — tels le vieillissement de la population, le progrès médical — elle traduit à la fois l'importance plus grande que chacun attache à la protection de la santé et l'accroissement de l'effort que la collectivité est prête à y consacrer.

Mais cette croissance, parce qu'elle rencontre inéluctablement des limites dans le financement collectif que la société peut lui apporter, conduit à se poser sérieusement la question du meilleur emploi possible des dépenses de santé.

Bien sûr, doivent être acceptées les dépenses qui traduisent une meilleure satisfaction des besoins, mais il faut proscrire celles qui constituent un gaspillage.

Il faut que notre système de soins comporte tous les moyens en hommes et en équipements nécessaires à la qualité des soins, mais il faut éviter les doubles emplois, les équipements sous-utilisés ou mal utilisés, c'est-à-dire utilisés sans bénéfice pratique pour les malades.

Il faut que nous procédions à toutes les réformes ou réorganisations de gestion qui, sans mettre en cause la qualité des soins, permettent des économies.

J'ai déjà eu l'occasion d'exposer ce point de vue au Sénat qui sait que je me suis résolument engagée dans cette voie et qui a bien voulu m'apporter son appui.

M. Grand a rappelé les instructions que j'ai adressées aux préfets le 1<sup>er</sup> août dernier pour leur demander de refuser toute augmentation des capacités en lits hospitaliers. Ce tournant capital de notre politique hospitalière est maintenant accepté par tous et s'il subsiste, je le sais bien, des inégalités dans la répartition des équipements sur le territoire ou par secteur, des aménagements peuvent être apportés, mais la tendance générale de stabilisation du nombre de lits doit impérativement être respectée.

Votre rapporteur a demandé que la reconversion des établissements insuffisamment occupés soit au nombre des préoccupations prioritaires du Gouvernement.

Monsieur Grand, c'est déjà l'une de mes priorités. J'en donne un exemple que vous avez d'ailleurs évoqué dans votre rapport : celui des dispensaires dont vous savez combien les frais de fonctionnement pèsent sur les dépenses obligatoires de santé auxquelles participent les collectivités locales. J'ai demandé à l'inspection générale des affaires sociales une grande enquête et j'ai donné d'ores et déjà aux préfets l'instruction d'étudier la reconversion — voire dans certains cas la fermeture — de ceux d'entre eux qui n'apparaissent plus nécessaires. Il s'agit, bien entendu, des dispensaires de prévention et non des dispensaires de soins. Ils constituent un réseau assez étendu, mais souvent de conception ancienne, adapté à la pathologie et aux besoins de l'après-guerre, notamment en matière de tuberculose.

Pour mieux utiliser ces moyens, il nous faut aujourd'hui les reconvertir vers des formes associant action sociale et action médicale, ou vers des interventions médicales nouvelles, par exemple l'hygiène mentale ou encore l'intégration de la planification familiale dans les centres de protection maternelle et infantile.

Je vous donnerai un autre exemple de la souplesse qu'il est nécessaire à mon sens d'avoir dans le domaine des équipements. Je veux parler des crèches. Votre commission des finances m'a demandé d'assouplir les dispositions réglementaires qui les concernent.

J'ai été sensible, dès mon arrivée au ministère, aux nombreuses observations des élus locaux sur ce point, en particulier des maires, qui savent combien ce problème est important. Et j'ai

tenu à apporter les assouplissements demandés et nécessaires par un arrêté du 5 novembre 1975 et une circulaire du 16 décembre de la même année qui allègent les normes des locaux des crèches collectives, hors les normes de sécurité, et dotent les préfets du pouvoir d'accorder des dérogations pour l'ensemble des crèches.

J'ai, au surplus, autorisé l'agrément de formules expérimentales de gardes, telles que les mini-crèches ou l'entraide du voisinage, mais je dois dire que cela m'a valu de la part des organisations syndicales des personnels, des parents et même de certains élus locaux de très vives critiques. Pourtant, comme vous l'estimez vous-mêmes, ces assouplissements me paraissent nécessaires, si l'on veut développer les crèches dont le nombre de places a d'ailleurs doublé depuis 1970.

J'invite donc les sénateurs à utiliser toutes ces procédures d'assouplissement et, en particulier, les possibilités offertes par la déconcentration des décisions, en fonction des besoins.

Toujours dans le domaine des équipements, vos rapporteurs, en particulier M. Fortier, ont souligné la nécessité de rationaliser la gestion du secteur hospitalier qui représente, vous le savez, plus de la moitié des dépenses de l'assurance maladie de la sécurité sociale. Je dirai que, dans ce domaine, les résultats obtenus sont spectaculaires et je veux apporter au Sénat le témoignage des efforts réalisés par les directeurs d'hôpitaux auxquels je tiens à rendre un hommage tout à fait particulier. Alors que les taux de croissance des prix de journée des hôpitaux dépassaient 30 p. 100 en 1975 et qu'ils étaient encore de 24 p. 100 en 1976, j'ai bon espoir qu'ils ne devraient pas, pour 1977, être supérieurs à 18 p. 100 et nous visons des objectifs inférieurs pour 1978.

Je souligne que ces réductions n'ont en aucune manière mis en cause la qualité des soins apportés aux malades, mais résultent d'améliorations de gestion et d'organisation réalisées à la diligence des directeurs d'hôpitaux. Je remercie votre commission des affaires sociales d'avoir souligné l'importance des directeurs et d'approuver les revalorisations statutaires que j'ai pu obtenir en leur faveur. Je souhaite mieux aider encore les directeurs d'hôpitaux en plaçant auprès de chaque centre hospitalier régional des équipes légères qui prendront en charge les problèmes d'organisation, ainsi que ceux des établissements qui entourent le CHR.

Vos rapporteurs ont aussi évoqué le projet de loi que le Sénat aura à connaître dans les prochains jours sur la réforme du prix de journée hospitalier, permettant l'expérimentation, en réel, de deux nouvelles méthodes de tarification des dépenses hospitalières. Nous en attendons un progrès dans la connaissance des dépenses qui nous permettra d'en tirer des conséquences pratiques au plan de la gestion et des procédures pour mieux associer les médecins à l'organisation hospitalière.

La formation des personnels médicaux constitue un second axe d'action. M. Boyer a dénoncé les risques d'une surconsommation médicale due en particulier à l'augmentation très rapide du nombre des médecins. Mais je voudrais lui dire que la politique courageuse d'orientation et de limitation du nombre des étudiants en médecine qu'il souhaite est dès maintenant entreprise puisque, cette année et déjà l'année dernière, Mme Saunier-Seïté et moi-même avons réduit de 5 p. 100 le nombre de ceux qui ont été admis en deuxième année de médecine.

L'application rigoureuse de la carte sanitaire, les modalités nouvelles d'admission au remboursement des produits pharmaceutiques, le contrôle de la publicité des laboratoires, s'ajoutent à ces mesures qui permettront à terme, non pas une stabilisation, mais une croissance plus raisonnable de la part de la dépense de santé dans le produit national.

Certes, les effets de ces orientations ne se font sentir que progressivement. Mais on peut d'ores et déjà attribuer, en partie au moins, à l'action de sensibilisation engagée depuis quelque temps la décélération que l'on observe du taux de croissance des dépenses de santé.

Le rythme de croissance de ces dépenses était de plus 23,6 p. 100 par an au 31 juillet 1976 ; il n'a plus été que de plus 13,3 p. 100 par an au 31 juillet 1977.

Il est important de souligner que cette inflexion de tendance a porté sur tous les postes : les honoraires, où le taux de croissance annuel est passé de 20 à 11,5 p. 100 ; la pharmacie, où le taux de croissance est passé de plus 16 à 6,5 p. 100, si l'on ne tient pas compte de la baisse de la TVA ; les analyses, où il est passé de plus 27 à 11,4 p. 100 ; les indemnités journalières, où le taux est passé de plus 18 à 9,6 p. 100.

Il est bien entendu trop tôt pour savoir si ces tendances seront durables. Nous demeurons vigilants pour suivre l'évolution des dépenses de santé. Quelques indices récents indiquent, en effet, une certaine reprise de la croissance, mais encore trop incertaine pour que nous sachions sur quelle tendance à long terme elle s'inscrit et si nous devons repartir vers une tendance inflationniste supérieure à celle de l'évolution des prix.

La croissance raisonnable des dépenses de santé n'est pas seulement un objectif de sagesse pour la collectivité. Elle seule nous permettra de maintenir l'institution et les garanties de la sécurité sociale à laquelle les Français sont, à juste titre, fortement attachés. Je ne reviendrai pas sur le caractère temporaire de l'équilibre financier de la sécurité sociale attendu pour 1977, que M. Fortier a évoqué dans son rapport. M. Boyer vous a expliqué comment les mesures prises par le Gouvernement, en septembre 1976, puis en avril dernier, la rentrée des cotisations plus importante que prévu et la décélération des dépenses de santé ont permis de passer d'un déficit prévisionnel de 12 milliards de francs à une situation de quasi-équilibre. Mais cet équilibre est — je le précise — temporaire, car pour 1978, c'est un déficit de plus de 5 milliards de francs qui est actuellement prévu.

Je tiens d'ailleurs à insister sur le caractère tout à fait prévisionnel de ce chiffre. S'il me paraît bon et justifié que les prévisions des comptes de la sécurité sociale soient connus de tous pour une bonne information, il faut que chacun sache à quel point les soldes financiers sont sensibles à toute inflexion des dépenses ou des recettes. Celles-ci constituent des masses qui atteignent 240 milliards de francs et toute modification de 1 p. 100, par exemple, entraîne une différence de 2 milliards et demi, en excédent ou en déficit.

Il faut aussi garder bien présent à l'esprit que ces prévisions, établies sur la base des hypothèses économiques retenues par la commission des comptes de la nation pour les mois et l'année à venir, intègrent en particulier les tendances constatées dans le passé, les décisions arrêtées par le Gouvernement. Mais elles dépendent des hypothèses économiques sur lesquelles elles sont fondées. Or, plus ces hypothèses portent sur des périodes éloignées dans le temps, moins elles peuvent être absolument rigoureuses. Au surplus, les perspectives financières ainsi dégagées reposent sur l'extrapolation des tendances constatées dans le passé et ne peuvent prendre en compte que très imparfaitement les modifications — par nature imprévisibles — des comportements individuels ou collectifs. Enfin, et surtout, elles n'intègrent pas, bien évidemment, les mesures volontaires que peut prendre un Gouvernement pour redresser la tendance qu'elles annoncent.

Quoi qu'il en soit, c'est seulement au moyen d'une croissance raisonnable des dépenses de santé que nous pourrions maintenir les avantages acquis en matière de protection sanitaire et poursuivre la politique sociale de progrès que nous avons entreprise.

Vos rapporteurs ont pu rappeler les mesures nouvelles importantes intervenues pour les familles et les personnes âgées. M. Fortier, en particulier, a parlé des aides aux familles.

Pour les familles, ces mesures sont les suivantes : majoration de 10,6 p. 100 des allocations familiales, dont 1,5 p. 100 pour l'accroissement du pouvoir d'achat et l'anticipation de cette revalorisation ; allocation de rentrée scolaire majorée de 300 francs en septembre ; création d'un congé parental avec couverture par l'assurance maladie ; augmentation de 25 p. 100 du revenu minimum garanti aux parents isolés à compter du 1<sup>er</sup> octobre ; majoration de 50 p. 100 de l'allocation d'orphelin et versement du complément familial à compter du 1<sup>er</sup> janvier prochain, date à laquelle interviendra une nouvelle majoration des allocations familiales.

Pour les personnes âgées, ces mesures consistent, en moyenne, en un doublement du minimum vieillesse en quatre ans, et cette progression sera poursuivie en 1978, comme l'a indiqué M. Fortier.

D'autres améliorations sont intervenues à l'initiative du Gouvernement et du Parlement : amélioration de la situation des pensions des retraités d'avant la loi du 31 décembre 1971 ; amélioration de la situation de la personne âgée, veuf ou veuve ; retraite à soixante ans pour certaines catégories de femmes ; amélioration de la situation des anciens déportés et internés ; revalorisation importante des pensions vieillesse du régime général : 8,6 p. 100 au 1<sup>er</sup> janvier, 7,1 p. 100 au 1<sup>er</sup> juillet.

En faveur des personnes âgées, je souligne aussi la mesure législative sur laquelle le Sénat aura à se prononcer tout à l'heure : l'article 81 du projet de loi de finances met fin à tout recouvrement sur la succession de ceux qui ont bénéficié de l'allocation aux vieux travailleurs salariés. Ainsi, nous ferons

disparaître l'une des causes qui font que beaucoup de personnes âgées répugnent à demander cette allocation, à laquelle elles ont pourtant droit, de peur de léser leurs héritiers. D'autres mesures complémentaires mettant les petites successions à l'abri de toute récupération sont en préparation.

Pour les Français de l'étranger, M. Boyer a parlé d'une réforme importante. Je souhaite annoncer au Sénat la publication imminente de l'ensemble des mesures d'application de la loi du 31 décembre 1976 relative à la situation des travailleurs salariés à l'étranger au regard de la sécurité sociale.

Dès le début de l'année prochaine, les Français de l'étranger travailleurs salariés pourront bénéficier, s'ils le souhaitent, et quel que soit le pays où ils exercent leur activité, d'une couverture sociale proche de celle dont ils bénéficieraient en France.

Au-delà de ces mesures nouvelles pour les familles, les personnes âgées et les Français de l'étranger, le Sénat aura à débattre dans les prochaines semaines d'un projet de loi permettant d'étendre le bénéfice de la sécurité sociale à tous les Français, projet dont M. Fortier a bien voulu souligner l'importance.

Le principe de la généralisation a été posé dès l'origine, mais dans la pratique, le droit à la sécurité sociale n'a été étendu que par étapes.

Tout récemment, la loi du 4 juillet 1975 a posé les fondements nécessaires à la généralisation de l'assurance vieillesse et des prestations familiales.

Pour l'assurance vieillesse, son extension à l'ensemble des personnes exerçant une activité professionnelle sera réalisée par décret avant la fin de cette année.

L'ensemble des décrets d'application pour le droit aux prestations familiales interviendra dans les mêmes délais.

En ce qui concerne la généralisation de l'assurance maladie, dont le principe a été posé et précisé par les lois du 24 décembre 1974 et du 4 juillet 1975, un projet de loi restait nécessaire. Le Gouvernement s'était engagé à le présenter au vote du Parlement avant la fin de cette année. Cet engagement a été tenu malgré les difficultés techniques très importantes pour la mise au point d'un texte qui concerne des catégories sociales et professionnelles disparates, parfois marginales et difficiles à connaître.

Nous aurons ainsi réalisé une étape essentielle dans le droit de la sécurité sociale, puisque aucun Français ne demeurera en dehors de notre système de couverture sociale, sauf s'il en exprime la volonté expresse.

Il s'agit là, incontestablement, d'un progrès fondamental dans l'extension de la solidarité nationale.

J'en viens maintenant à l'examen du budget de la santé et de la sécurité sociale.

Après vos rapporteurs, que je voudrais tous remercier ici pour l'excellence de leurs rapports et l'aide qu'ils m'ont ainsi apportée, je n'insisterai pas sur les chiffres globaux qu'ils ont tous rappelés. Je noterai simplement la satisfaction exprimée par vos commissions des finances et des affaires sociales devant l'augmentation des crédits de ce budget : 24 p. 100 par rapport au budget initial de 1977 et 14,59 p. 100 par rapport au budget corrigé par la première loi de finances rectificative, c'est-à-dire un taux d'accroissement supérieur à celui du reste du budget de l'Etat, comme l'a souligné M. Ribeyre.

M. Grand a dit de ce budget qu'il marquait une continuité. J'accepte cette définition, qui reconnaît la cohérence de l'action menée pour la politique de la santé depuis plusieurs années.

Ce budget traduit, en particulier, quatre priorités essentielles que je voudrais développer : la prévention, l'amélioration des soins, la recherche médicale, le renforcement des moyens de l'administration.

La prévention, tout d'abord. En me demandant d'exposer, voilà quelques semaines, au conseil des ministres, les grandes lignes de l'action menée en ce domaine, le Président de la République a montré l'intérêt qu'il porte à une politique de santé globale, couvrant tout le champ des actions intéressant la santé, depuis la protection de l'environnement jusqu'aux soins réparateurs les plus sophistiqués.

Le rapporteur de votre commission des affaires sociales parle à juste titre d'un élargissement de la conception de la notion de santé. Certes, la politique de prévention est ancienne en France, puisque les vaccinations obligatoires datent du début du siècle et que le réseau public des dispensaires de prévention, je l'ai

dit tout à l'heure, a été mis en place dans les années qui ont suivi la première guerre mondiale. Mais il faut convenir qu'elle avait vieilli dans ses moyens comme dans ses objectifs et qu'une relance de cette idée de prévention s'imposait.

Un dossier que j'ai adressé à tous les parlementaires a fait le point des actions entreprises : les crédits d'éducation sanitaire portés en quatre ans de 1 à 11,6 millions de francs ; le comité d'éducation pour la santé rénové et doté d'objectifs, de méthodes et de moyens nouveaux ; une politique active de lutte contre le tabagisme ; la protection de la mère et de l'enfant dotée de crédits accrus, plus 20 p. 100 en 1978 ; la remarquable politique de périnatalité, engagée par mes prédécesseurs, poursuivie et même renforcée dans certaines régions, notamment dans celle du Nord-Pas-de-Calais, qui paraissait en retard à cet égard ; le dépistage précoce des handicaps entrepris de façon systématique ; les examens obligatoires revus pour répondre à l'évolution de la médecine, notamment l'examen prénuptial, qui permettra de vérifier si les futures épouses ont été immunisées contre la rubéole et la toxoplasmose, maladies qui sont à l'origine de bien des handicaps ; une attention particulière propre à éviter l'utilisation injustifiée des radiations ionisantes dans les examens médicaux, et tout spécialement la radioscopie ; enfin — votre commission des affaires sociales l'a noté avec satisfaction — une coordination des efforts souvent trop dispersés des diverses administrations, au sein d'une commission dont l'arrêté constitutif est en cours de signature après avoir recueilli l'accord de tous mes collègues intéressés.

Telles sont quelques-unes des actions entreprises, à quoi s'ajoutera la mise au point d'un plan de dix ans de lutte contre l'alcoolisme annoncé par le Président de la République aux entretiens de Bichat, projet à propos duquel votre commission des affaires sociales a également marqué sa satisfaction.

M. Grand m'a demandé si je pouvais lui donner quelques précisions. Pour l'instant, ce n'est pas possible, car nous allons entreprendre une réflexion qui doit naturellement être approfondie et toucher de nombreux domaines. Aussi, serait-il, de ma part, prématuré d'en parler pour l'instant.

M. Ribeyre a noté que l'alcoolisme constituait toujours, avec toutes ses conséquences sanitaires, sociales et économiques, un problème majeur de notre société.

Monsieur le rapporteur, permettez-moi de vous en remercier. Je partage, en effet, complètement votre point de vue et je pense qu'une politique cohérente de lutte contre l'alcoolisme est indispensable, tant sur le plan législatif qu'en matière d'information. Nous sommes, en effet, dans un domaine où toute mesure qui, d'une façon ou d'une autre, freine l'action difficilement entreprise, prend valeur de symbole. C'est pourquoi je ne peux qu'être très préoccupée de certaines tendances qui se sont actuellement manifestées à cet égard.

Votre commission des finances a exprimé son inquiétude pour l'avenir de la santé scolaire, de même, d'ailleurs, que votre commission des affaires sociales. Afin de définir une politique cohérente, et avant d'entreprendre toute réforme qui pourrait figer l'avenir, j'ai demandé à un groupe permanent et à un comité consultatif de réfléchir aux objectifs, aux méthodes et aux moyens de la santé scolaire.

Les travaux ont commencé à la fin de 1976. D'ores et déjà, votre commission des affaires sociales a noté qu'un important effort de formation permanente avait été entrepris en faveur des personnels de santé scolaire pour actualiser leurs connaissances et mieux orienter leur surveillance. Ainsi, les mesures intervenues pour l'amélioration de leur situation statutaire et celle de leurs rémunérations témoignent de l'intérêt que nous leur portons.

Après la prévention, j'évoquerai les soins. Allant à l'essentiel, je ne vous parlerai que de la situation des infirmières et de celle des équipements.

Je vous ai dit, chaque année, depuis trois ans, que le problème des infirmières faisait l'objet d'une priorité absolue : améliorations indiciaires et indemnitaires, encouragement de la promotion sociale des aide-soignantes, meilleures conditions de travail, triplement des crédits consacrés à la construction des écoles. Toutes ces mesures ont porté leurs fruits.

M. Ribeyre souligne qu'un renversement de tendance s'est effectué assez rapidement, et votre commission des affaires sociales indique que nous sommes désormais sortis de la pénurie aiguë que nous connaissions voilà quelques années.

Mais l'effort ne doit pas se relâcher. S'il n'est plus indispensable de maintenir les crédits d'équipement des écoles au niveau considérable qu'ils avaient atteint en 1976, nous devons, conformément au programme d'action prioritaire inscrit au Plan, qui

prévoit une augmentation importante des effectifs formés, pour suivre l'objectif d'amélioration du nombre et, surtout, du taux des bourses, dont les crédits sont en hausse de 20 p. 100, en 1978, par rapport à l'année précédente et de 185 p. 100, par rapport à 1975.

Dans le même temps, puisque les candidatures sont toujours nombreuses, une réforme des modalités d'accès aux écoles d'infirmières a uniformisé quelque peu les critères de recrutement et, surtout, évitera que se renouvelle la fâcheuse aventure des « reçus-collés » sur laquelle plusieurs d'entre vous avaient appelé mon attention.

Pour le budget d'équipement, la priorité est, comme les années précédentes, l'humanisation, dont le rapporteur de votre commission des affaires sociales a souligné qu'elle était en bonne voie.

Il résulte, en effet, des premiers dépouillements d'une enquête que j'ai prescrite voilà quelques mois, qu'entre le 1<sup>er</sup> janvier 1973 et le 1<sup>er</sup> janvier 1977, 87 000 lits en salles communes auront été supprimés, soit avec l'aide de subventions d'Etat, soit en prélevant sur les fonds propres des établissements, soit avec l'aide des collectivités locales ou des établissements publics régionaux.

Compte tenu des opérations réalisées grâce au budget de l'année 1977, l'ensemble des financements mis en place au 1<sup>er</sup> janvier 1978 aura permis la suppression de 110 000 lits en salles communes sur un total d'environ 235 000. Sur les 125 000 lits restant à humaniser, 45 000 environ concernent la psychiatrie, dont au moins le tiers ne doit pas être rénové ou reconstruit, compte tenu de l'évolution des soins en matière psychiatrique, qui entraîne une diminution très importante de l'hospitalisation dans ce domaine.

On peut donc estimer à 110 000 le nombre de lits qui restent véritablement à humaniser.

L'objectif de suppression des salles communes pour 1981 n'est donc pas utopique si tous les intéressés poursuivent l'effort entrepris depuis cinq ans, et j'indique à M. Grand que je ne partage pas, sur ce point, ses interrogations. L'Etat, pour sa part, y aura consacré 1 350 millions de francs en quatre budgets.

Mais vous avez raison, monsieur Grand, de dire que l'humanisation n'est pas seulement une affaire d'équipement et de confort.

Vous avez raison, bien sûr, mais considérez les changements profonds déjà intervenus dans nos hôpitaux : l'accueil, la qualité des repas, l'augmentation du nombre des infirmières, la généralisation du plein-temps des médecins, les progrès — encore trop lents — des rendez-vous pour les consultations. C'est déjà un changement profond de mentalité qui se produit sous nos yeux.

Il faut souligner, au demeurant, que, selon un processus normal et qu'il ne faut pas décrier, même si, parfois, il nous gêne, les exigences des malades s'accroissent de façon très importante au fur et à mesure que le progrès s'instaure.

L'humanisation des hôpitaux concerne en priorité les établissements de personnes âgées. Je me préoccupe d'adapter la politique menée sur ce point aux besoins des intéressés tels que l'expérience nous les révèle. En effet, à côté de la politique de maintien à domicile désormais bien engagée, il y a et il restera toujours des nécessités d'hébergement en établissement, principalement pour les invalides.

Un projet de loi sera déposé au Parlement au cours de cette session. Il comportera deux dispositions nouvelles concernant les personnes âgées hébergées en établissements de long séjour. D'une part, les dépenses de soins médicaux seront pour la première fois prises en charge par la sécurité sociale, quelle que soit la catégorie de ces établissements de long séjour : hospices, maisons de cure médicale de type classique ou de type normalisé. En outre, dans les foyers logements et les maisons de retraite, la sécurité sociale pourra prendre en charge de façon forfaitaire une part correspondant aux soins dispensés aux personnes âgées qui y sont hébergées. Ainsi, ces personnes âgées pourront être soignées comme elles auraient pu l'être à leur domicile.

D'autre part, les dépenses d'hébergement continueront d'être supportées selon les cas par la personne âgée elle-même, ou l'aide sociale si ses ressources sont insuffisantes, éventuellement de façon forfaitaire pour les établissements sanitaires de long séjour.

Je pense donc, monsieur Grand, que ce projet de loi apaisera l'inquiétude que vous avez manifestée. Vous avez raison de dire qu'il y avait quelque flottement dans la doctrine à ce sujet.

J'en ai pris assez vite conscience et je crois que chacun commence à comprendre qu'une séparation trop rigide, en ce qui concerne les personnes âgées, des établissements à vocation sanitaire et des établissements à vocation sociale est peut-être intellectuellement séduisante, mais n'est ni acceptable sur le plan humain, ni souhaitable sur le plan économique. Le projet de loi que je viens d'évoquer atténue sensiblement ce que cette distinction avait d'excessif.

**M. Lucien Grand, rapporteur pour avis.** Très bien !

**Mme Simone Veil, ministre de la santé.** Mais je voudrais encore insister sur les difficultés de la planification en cette matière. M. Pierre Massé, ancien commissaire général au Plan, a dirigé une étude de rationalisation des choix budgétaires très approfondie sur ce point. Il a souligné les incertitudes qui existent inévitablement en ce qui concerne les besoins d'établissements médicalisés pour les personnes âgées, compte tenu du vieillissement prévisible de la population, des progrès du maintien à domicile, de l'élévation du niveau de vie des retraités, des incertitudes sur la définition médicale de l'invalidité. Cette difficulté de prévision ne signifie pas pour autant que l'administration ne doive pas prévoir l'avenir, mais elle doit le faire sous forme de plans évolutifs et souples, envisageant notamment une diversification des formes d'hébergement des personnes âgées qui ont perdu leur autonomie de vie.

S'ajoutant aux moyens de l'humanisation, les crédits d'équipement sanitaire proprement dits s'élèvent à 820 millions de francs pour 1978.

Ils permettront de poursuivre les opérations en cours et de réaliser les programmes d'action prioritaires nationaux ou d'initiative régionale du VII<sup>e</sup> Plan.

Ils permettront aussi de réaliser des reconstructions nouvelles, et en catégorie I. Je citerai les hôpitaux de Béthune et Neufchâteau, l'institut de la naissance à Paris, le service des maladies sanguines et tumorales de Villejuif, la maternité du centre hospitalier régional de Rouen et l'hôpital « La Mère et l'Enfant » de Brest, auxquels s'ajouteront les opérations déconcentrées parmi lesquelles les hôpitaux de Bastia et Château-Thierry.

Des études pour la construction de plusieurs autres hôpitaux seront également engagées ou poursuivies à Chartres, Nantes, Le Mans, Roubaix, par exemple.

La recherche médicale constitue le troisième axe de la politique de santé que je poursuis.

Ce budget confirme que cette branche de la recherche a été reconnue prioritaire par le Gouvernement. Au total, les crédits s'élèvent, pour 1978, à 540 millions de francs, soit un accroissement d'environ 16 p. 100 par rapport à 1977.

En ce qui concerne l'Institut national de la santé et de la recherche médicale, l'INSERM, 146 emplois nouveaux seront créés en 1978, dont 64 pour les chercheurs.

Parmi ceux-ci, dix postes d'accueil sont destinés à des universitaires et cinq à des internes en médecine en fin d'internat.

Il s'agit d'un premier développement d'une politique importante. La recherche fondamentale en matière bio-médicale est, partout dans le monde, faite par des chercheurs formés, pour certains, dans les facultés des sciences et, pour d'autres, dans les facultés de médecine. Pour diverses raisons, la recherche bio-médicale a attiré, surtout en France, les chercheurs d'origine scientifique, ce qui a conduit à une relative « démedicalisation » de l'INSERM.

Aussi avons-nous entrepris une politique cohérente pour faire revenir les médecins dans cet institut, et les postes d'accueil qui sont proposés dans ce budget en constituent un premier élément.

Les crédits du soutien des programmes, qui représentent l'essentiel des crédits de recherche, s'accroissent de 16,5 p. 100. Ils seront affectés au développement des secteurs prioritaires du plan qui ont été évoqués par M. Ribeyre.

Pour ce qui est des instituts Pasteur, comme l'a noté aussi M. Ribeyre, l'Etat continuera de leur apporter en 1978 une aide importante. M. Grand a rappelé qu'en 1974 l'institut Pasteur était au bord de la faillite et qu'un soutien massif des pouvoirs publics, en 1975 et 1976, lui a permis de retrouver un équilibre satisfaisant.

Cette institution de recherche est désormais sauvée mais nous maintenons la subvention au niveau élevé qui avait été atteint en 1976, en l'augmentant même de 10 p. 100, ce qui n'empêche pas, bien entendu, de rechercher pour l'avenir les moyens de développer d'autres recettes.

Le quatrième point fort de ce budget est le renforcement de l'administration du ministère de la santé et de la sécurité sociale. Il s'agit, à mes yeux, d'une priorité fondamentale.

Le secteur social a longtemps été sous-administré ; j'en mesure chaque jour les conséquences pour la conduite de la politique de la santé, dans un domaine où les sommes en jeu sont énormes et les répercussions humaines considérables.

Il faut nous donner les moyens de ne pas décevoir ceux que l'administration de la santé attire et qui sont aujourd'hui nombreux et de qualité. Je considère que c'est une de mes responsabilités essentielles, comme ministre comptable de l'avenir de notre politique sociale.

A cet égard, comme le souhaite M. Grand, j'ai engagé une réflexion à long terme sur la refonte du corps des médecins inspecteurs, car les difficultés de recrutement ne me paraissent pas pouvoir être surmontées dans le cadre actuel.

Monsieur Ribeyre, vous avez relevé que le ministère de la santé figure sur la liste des rares ministères privilégiés en matière de recrutement. En effet, au total, je vous propose de retenir pour 1978 près de 600 emplois nouveaux, 598 exactement.

Pour les services extérieurs des affaires sanitaires et sociales, il est prévu 513 emplois. Ce chiffre est comparable à la somme des créations intervenues depuis 1975 et qui est de 520 postes en trois ans. Nous avons donc, pour une année, autant de créations que pour les trois années précédentes. Ce chiffre correspond à la réalisation du programme d'action prioritaire du VII<sup>e</sup> Plan.

Je remercie votre rapporteur de la commission des affaires sociales d'avoir souligné que cet effort était très substantiel. Il nous permet, en particulier, de mettre en œuvre dans de bonnes conditions la fusion des services extérieurs de l'action sanitaire et sociale et de la sécurité sociale, fusion déjà en place dans six régions.

Réalisant au plan local l'équivalent du rattachement au niveau central de la sécurité sociale à la santé, cette fusion est indispensable pour mener une politique de santé coordonnée et efficace. Elle sera achevée dans cinq ans, et cette progressivité est, pour moi, la garantie que sera évitée cette désorganisation que vous craignez, monsieur Grand, et que je n'ai pas, pour ma part, constatée, bien que je veille à avoir de nombreux contacts et entretiens avec les fonctionnaires des services extérieurs du ministère de la santé.

Pour le laboratoire national de la santé, il est prévu la création de six emplois. Il y a là un outil technique précieux pour le ministère de la santé qui mérite d'être conforté.

Enfin, pour l'administration centrale, commune avec le ministère du travail, il est prévu la création de soixante-dix-neuf emplois et d'une direction de la pharmacie, dont j'attends beaucoup pour l'élaboration d'une politique du médicament.

Le projet de budget de 1978 du ministère de la santé et de la sécurité sociale est ainsi délibérément un budget de continuité et de progrès.

Je remercie votre commission des finances d'avoir apprécié l'effort global effectué en faveur de la santé.

C'est un budget de continuité parce que l'accent est mis sur les actions qui sont la base de notre système de santé : la prévention, l'humanisation des hôpitaux, le renforcement de l'administration du ministère de la santé et de la sécurité sociale, enfin la recherche médicale.

C'est également un budget de progrès parce que le Gouvernement a voulu mieux aider les groupes sociaux défavorisés, en particulier les personnes âgées, mettre en application une politique familiale cohérente et dynamique et, enfin, étendre à tous le bénéfice de la protection sociale. (*Applaudissements.*)

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

**M. René Lenoir, secrétaire d'Etat auprès du ministre de la santé et de la sécurité sociale.** Monsieur le président, mesdames, messieurs les sénateurs, la politique sociale prend la forme soit d'actions volontaristes en direction de groupes de population — jeunes, familles, personnes âgées, personnes handicapées — soit de l'exercice de la solidarité nationale ou locale en faveur des personnes momentanément ou durablement en difficulté : il s'agit alors de l'intervention de l'aide sociale.

Le budget du secrétariat d'Etat, dont j'ai la charge, répond-il à la politique annoncée par le Gouvernement et approuvée

par le Parlement au travers des lois votées ? Je me limiterai à répondre à cette question, d'autant que vos rapporteurs ont analysé ce budget avec précision et pertinence.

L'action sociale est une priorité : ses crédits augmentent de 56 p. 100 d'une année sur l'autre. Depuis le premier budget que j'ai eu l'honneur de vous présenter, voici trois ans, ils se seront accrus de 220 p. 100.

Ces crédits sont de faible importance, mais ils permettent de créer, d'entraîner, d'innover. Ils sont relayés, vous le savez, par l'ensemble des fonds d'action sociale des régimes de sécurité sociale qui s'élèvent à près de 5 milliards de francs et dont les orientations sont fixées par le secrétariat d'Etat en liaison avec les partenaires sociaux.

Trois programmes d'action prioritaires sont concernés, relatifs à une nouvelle politique de la famille, aux personnes âgées et à la vie dans la ville.

Les crédits consacrés aux familles augmentent de 70 p. 100. Ils sont destinés, pour l'essentiel, à l'accueil et à l'animation dans de petits équipements comme les maisons familiales de vacances et surtout les centres sociaux qui, dans leur totalité, recevront une aide de l'Etat en 1978.

De même, une part plus importante des dépenses socio-éducatives sera prise en charge dans 400 foyers de jeunes travailleurs.

J'avais signalé, l'an dernier, l'importance du groupe « habitat et vie sociale », structure souple qui permet des interventions coordonnées pour réaliser des équipements sociaux dans des zones dégradées. Les crédits qui lui sont consacrés augmentent de 65 p. 100 et atteignent 11,5 millions de francs. Une dizaine d'opérations, portant chacune sur un millier de logements en moyenne, seront réalisées l'an prochain. Si l'on totalise les crédits inscrits aux budgets des sept ministères concernés, on obtient une somme de 200 millions de francs pour ces opérations.

Les premiers centres d'information sociale, une vingtaine, seront installés. Mieux vivre dans la ville consiste souvent à être bien informé sur les droits sociaux et sur les équipements et services mis à la disposition de tous.

Des moyens accrus seront consacrés à la formation de responsables d'associations. M. Grand vous a signalé la création d'une ligne dans un compte spécial du Trésor, pour permettre à l'Etat d'aider les associations qui démarrent, en leur consentant des avances. C'est la première fois depuis la Libération qu'un tel compte est ouvert au ministère de la santé. Il évitera aux associations l'obligation de recourir à l'emprunt et au marché financier aux moments difficiles de leur début. Il est, dans un premier temps, doté de 3 millions de francs qui seront, bien entendu, réutilisés au fur et à mesure des remboursements.

Dans le même esprit d'aide à la création, j'ai mis à la disposition des promoteurs publics ou privés un guide du promoteur social.

Le programme prioritaire consacré aux personnes âgées est destiné à favoriser leur maintien à domicile et leur participation à la vie de la cité. Les crédits augmentent de 70 p. 100 ; ils permettront, à l'intérieur des secteurs nouveaux ou anciens, d'intervenir sur les services et les équipements de quartier, l'habitat, l'information, la préparation à la retraite, la nutrition, l'animation.

Ces interventions se font avec beaucoup de souplesse et s'appuient sur la participation active des personnes âgées, comme le souhaite M. Grand.

Ainsi, les crédits d'Etat ont permis de mobiliser d'autres crédits provenant des collectivités locales ou des caisses de sécurité sociale. Plusieurs dizaines de milliers de personnes âgées ont évité l'hébergement collectif. Deux millions d'entre elles fréquentent les clubs et leurs modes de participation à la vie sociale se diversifient : plus de ségrégation, moins d'isolement. S'il est un secteur où l'argent des contribuables est bien employé, c'est celui-là.

Il est vrai que le succès même de cette politique appelle des mesures en matière d'habitat des personnes âgées, comme l'a justement souligné le rapporteur de votre commission des affaires sociales.

Deux mesures importantes figurent au budget du ministère de l'équipement. Elles concernent des prêts remboursables à la première mutation et des possibilités d'achat en viager par les collectivités locales, avec mise immédiate aux normes de confort nécessaire.

Trois autres mesures en faveur des personnes âgées méritent d'être signalées : l'application du taux réduit de la T. V. A. — 7 p. 100 au lieu de 17,60 p. 100 — aux maisons de retraite, les mesures de déductions fiscales supplémentaires qui figurent dans le projet de loi de finances et la suppression de l'obligation alimentaire en matière d'aide ménagère à domicile.

A propos de cette aide ménagère, un membre de votre commission des finances a remarqué que les besoins restent considérables. C'est tout à fait vrai. Les crédits qui ont été consacrés à l'aide ménagère, tels ceux du fonds d'action sociale des caisses et de l'aide sociale sont passés de 50 millions de francs en 1970 à 550 millions de francs en 1977. Le Gouvernement a décidé de doubler, en quatre ans, les effectifs des bénéficiaires de l'aide ménagère. Pour ce faire, le fonds d'action sociale et la caisse nationale vieillesse disposeront, en 1978, de 100 millions de francs supplémentaires.

L'aide aux personnes handicapées ne relève pas d'un programme prioritaire ; la politique en ce domaine a été fixée par l'importante loi que vous avez votée il y a deux ans.

A ce jour, vingt-cinq décrets ont été publiés. Une dizaine d'autres le seront d'ici à la fin de l'année.

Les moyens de les appliquer figurent en partie au budget de l'Etat, pour un montant de 426 millions de francs. Les commissions départementales sont dotées de moyens importants : 155 emplois nouveaux — auxquels il faut ajouter soixante emplois prévus au budget du ministère du travail — et neuf cents vacataires recrutés dans le cadre du plan relatif à l'emploi.

Une campagne de sensibilisation du public vient d'être lancée par le comité français d'éducation pour la santé. En outre, des moyens non négligeables sont prévus pour l'information sur les handicapés en 1978, l'objectif étant de faciliter l'insertion des personnes handicapées dans la vie active.

Comme l'avait annoncé le Président de la République au congrès de l'UNAPEI, l'Union nationale des associations de parents d'enfants inadaptés, et comme l'ont rappelé tout à l'heure MM. Ribeyre et Grand, une mesure législative présentée à votre vote — c'est l'article 82 du projet de loi de finances, que nous évoquerons bientôt — met fin aux poursuites qui pourraient être exercées pour des dettes contractées envers l'aide sociale, antérieurement à la loi d'orientation, par les débiteurs d'aliments des mineurs et des adultes handicapés. Il s'agit d'une mesure d'équité et de justice, qui va dans le sens de la loi d'orientation.

Pour appliquer cette politique volontariste orientée vers toutes les catégories de la population, il faut des personnels qualifiés.

Mme Veil vous a indiqué dans quelle mesure les services extérieurs du ministère seront renforcés. Vous savez aussi l'importance de l'effort fait pour les travailleurs sociaux dont les effectifs en formation augmentent de 9 p. 100 — de 36 p. 100 pour les travailleuses familiales compte tenu des orientations données à l'aide aux familles.

J'en viens à l'aide sociale, qui demeure une des grandes formes d'expression de la solidarité nationale vis-à-vis des plus défavorisés.

Les dépenses d'aide sociale atteindront onze milliards en 1978. C'est un accroissement de 20 p. 100 par rapport à la loi de finances initiale pour 1977, mais de 11,8 p. 100 seulement par rapport au budget de cette même année rectifié par le premier collectif.

Comme vous le savez, les dépenses d'aide sociale sont constituées à 75 p. 100 environ par des dépenses d'hébergement et de soins en établissements.

La décelération constatée tient pour l'essentiel à la croissance moins rapide de ces dépenses. Il n'y a pas de miracle.

J'ai eu l'occasion d'exposer dans le détail à votre commission des affaires sociales les raisons de l'augmentation de certains postes et de la diminution d'autres. Je n'y reviendrai pas.

L'ensemble de ces dépenses continuent de faire l'objet de toutes mes préoccupations. Je sais l'importance que vous y attachez. Elles dépendent de milliers de décisions prises au plan local par les commissions cantonales auxquelles beaucoup d'entre vous appartiennent. Mais je n'en cherche pas moins à mieux maîtriser leur évolution.

Je vous avais annoncé l'an dernier qu'une mission de fonctionnaires de la direction de l'action sociale commençait de se rendre dans toutes les régions pour étudier sur place les dépenses d'aide sociale. A ce jour, toutes les régions ont été visitées, sauf l'Île-de-France et la région Midi-Pyrénées. Les réunions ont regroupé plusieurs départements.

Les directeurs départementaux des affaires sanitaires et sociales ont été ainsi informés de la situation des dépenses dans leur département et ont pu se situer par rapport aux autres. Des écarts sont apparus qui ont déjà donné lieu à de premières discussions.

La mission étudie actuellement les conclusions à tirer des analyses auxquelles elle a procédé, département par département. Une synthèse est en cours.

Quant à la réforme des modes de remboursement par l'Etat des dépenses d'aide sociale aux collectivités locales, j'ai déjà eu l'occasion de dire devant vos commissions et en séance publique que le secrétariat d'Etat à l'action sociale ne pouvait l'entreprendre seul. Cette réforme est liée à celle plus générale des finances locales et ce sont à la fois le ministre des finances et le ministre de l'intérieur qui sont concernés et compétents, en particulier pour apprécier la richesse de chaque collectivité locale.

Pour ma part, j'ai fait savoir, et tout récemment encore, que j'étais prêt à entreprendre avec ces deux ministères les études nécessaires.

Je vous ferai cependant remarquer que vos vœux ont été partiellement exaucés, puisque le partage des charges arrêté à 50 p. 100 pour l'Etat et à 50 p. 100 pour les collectivités locales en 1955 est désormais de 60 p. 100 pour l'Etat et de 40 p. 100 pour les collectivités locales.

Tel est, monsieur le président, mesdames, messieurs les sénateurs, l'essentiel de ce budget. Je le résumerai en deux phrases : il augmente de façon raisonnable dans sa partie la plus volumineuse consacrée à l'aide sociale — et cette augmentation n'est pas supérieure à celle de l'ensemble du budget ; les crédits de l'action sociale au sens strict sont en croissance très rapide ; ils traduisent la volonté d'exécuter les programmes d'action prioritaires que vous avez approuvés. Ils marquent la volonté du Gouvernement de faire de l'action sociale un budget tout à fait prioritaire.

C'est donc un budget en plein progrès que je présente à votre approbation. (*Applaudissements.*)

**M. le président.** J'indique au Sénat que, compte tenu de l'organisation du débat décidée le 17 novembre 1977 par la conférence des présidents, les temps de parole dont disposent les groupes pour cette discussion sont les suivants :

- Groupe socialiste, 26 minutes ;
- Groupe de l'union centriste des démocrates de progrès, 26 minutes ;
- Groupe de l'union des républicains et des indépendants, 24 minutes ;
- Groupe de la gauche démocratique, 22 minutes ;
- Groupe du rassemblement pour la République, 21 minutes ;
- Groupe communiste, 20 minutes ;
- Groupe du centre national des indépendants et paysans, 19 minutes.

La parole est à M. Paul Guillard.

**M. Paul Guillard.** Monsieur le président, madame le ministre, mes chers collègues, mon intervention sera très brève ; elle se limitera à une question précise, bien conscient que je suis, madame le ministre, de vos remarquables efforts pour « humaniser » — avec tout ce que comporte ce terme — tant les hôpitaux que les maisons de retraite.

Il y a un mois, madame le ministre, vous êtes venue à Nantes présider une réunion d'études à la préfecture sur les besoins hospitaliers urgents de l'agglomération nantaise, avant de visiter longuement, et non sans une émotion visible, un établissement départemental, admirable, avez-vous souligné, d'éducation de jeunes aveugles et d'inaugurer une maison de retraite au sud de Nantes.

M. le maire de cette ville a pu vous rappeler, au cours de cette réunion à la préfecture, la demande, réitérée depuis quelque dix ans avec de plus en plus d'insistance par son prédécesseur, notre collègue M. André Morice, de création d'un nouvel hôpital dans la périphérie nord de Nantes. Il vous a donné — ou plutôt redonné — les éléments du dossier, lesquels peuvent se résumer dans cette simple constatation : si l'hôpital de Nantes, en grande partie détruit par des bombardements aériens, les 16 et 23 septembre 1943, qui ont enseveli de très nombreuses victimes — malades, infirmiers, religieuses, médecins — a été reconstruit, il possède cependant un nombre de lits très inférieur — plusieurs centaines — à celui qu'il comportait avant ces

bombardements, alors que la population de l'agglomération nantaise est passée de quelque 300 000 habitants à cette époque à près de 450 000 aujourd'hui, soit 50 p. 100 de plus. Il en résulte une situation de plus en plus dramatique, le mot n'est pas trop fort.

Une vaste propriété, en partie boisée, a été acquise, il y a plusieurs années, pour l'implantation de cet hôpital dans la commune riveraine située au nord de Nantes, Saint-Herbain, alors dirigée par notre collègue M. Chauty, et le conseil du CHR de Nantes a, en même temps, procédé à une importante étude prospective et architecturale.

A cette réunion que vous avez présidée, en présence des élus de toute option politique, dont M. le maire de Nantes s'est fait le porte-parole, vous avez reconnu l'urgence et le bien-fondé de cette demande. Vous nous avez déclaré que d'importants crédits d'étude seraient affectés, en 1978, à la mise au point complète du dossier, afin de lancer, sous le couvert d'une inscription budgétaire d'autorisations de programme au budget prévisionnel de 1979, l'appel d'offre, au plus tard en janvier 1979, pour commencer la construction au printemps de cette même année.

Or, si, personnellement, j'ai entière confiance quant à la suite qui sera donnée à vos déclarations, rien n'indique, rien ne peut indiquer, à la lecture de votre budget, que votre promesse, dont beaucoup de responsables nantais doutent après une si longue attente et tant de déceptions, soit réalisée selon les modalités et dans le temps fixés par vous-même.

C'est pourquoi, madame le ministre, ma question — et vous n'en serez pas étonnée — est simple, mais précise. Au nom de mes collègues, je vous demande : où en êtes-vous de vos promesses de Nantes ?

**M. le président.** La parole est à M. Cluzel.

**M. Jean Cluzel.** Mes remerciements s'adresseront tout d'abord à vous, monsieur le président, pour avoir bien voulu accepter de me donner la parole ce matin : je dois, en effet, prendre la parole cet après-midi devant l'assemblée générale des veuves civiles chefs de famille, où je retrouverai Mme Missoffe.

Mes remerciements iront également à vous, madame le ministre, pour avoir bien voulu accepter que soit organisé devant le Sénat, le 15 novembre dernier, un débat sur le problème du statut de veuvage.

Afin de ne pas abuser de la patience du Sénat, je résumerai l'exposé que j'avais préparé et je traiterai essentiellement, madame le ministre, du thermalisme. Vous ne vous étonnerez pas qu'une nouvelle fois je vous en entretienne.

On a cru à un certain renouveau du thermalisme français lorsque, en 1976, le nombre des curistes atteignit 530 000, alors que, pour la période de 1966 à 1970, il n'était que de 329 000 en moyenne.

Mais il faut se demander aujourd'hui s'il ne s'agissait pas plutôt d'une amélioration provisoire et si les obstacles que rencontre le thermalisme en France ne sont pas plus importants que jamais. Il s'agit de l'insuffisance des chaires d'hydrologie, de l'insuffisance de la recherche thermale, du manque d'information des Français et surtout, hélas ! — c'est le point sur lequel je voudrais insister — des décisions prises par la sécurité sociale en novembre 1976.

Que s'est-il passé ?

C'est l'arrêté du 3 novembre 1976 qui est en cause, car il a limité les remboursements de cure aux assurés dont les revenus ne dépassent pas un certain plafond.

Maintenant, le plafond des ressources pour bénéficier du forfait « frais de séjour et de déplacement » correspond à une certaine somme fixée chaque année, sans aucun liaison, et j'insiste sur ce point, avec le plafond des cotisations de sécurité sociale. Pour 1977, cette somme a été fixée à 30 000 francs par an, soit 2 500 francs par mois, relevée de 50 p. 100 par personne à charge ; non seulement, madame le ministre, monsieur le secrétaire d'Etat, ce plafond n'a pas été ajusté en fonction de l'érosion monétaire, mais il a été abaissé par rapport au plafond des cotisations de sécurité sociale, qui était de 3 160 francs par mois en 1976 et qui est, cette année, de 3 610 francs.

L'abaissement du niveau des ressources prises en considération revient à éliminer du bénéfice du remboursement 350 000 personnes qui auraient désiré faire des cures thermales.

Par ailleurs, le trajet du domicile à la ville d'eau, soit le billet de la SNCF, n'est plus pris en charge par la sécurité

sociale qu'à 70 p. 100 ; un ticket modérateur de 30 p. 100 est donc désormais supporté par les curistes et, éventuellement, par les « accompagnants ».

Certes, madame le ministre, monsieur le secrétaire d'Etat, vous me répondez que l'ensemble de ces mesures représente environ 35 millions de francs d'économie pour la sécurité sociale. Mais est-ce une économie réelle ?

Je voudrais faire état d'une enquête statistique menée par une caisse régionale d'assurance maladie, qui a établi que l'absentéisme dans les entreprises était réduit, lorsque les malades pratiquaient la crénothérapie, dans une proportion de 12 à 57 p. 100, selon les cas et suivant la nature des affections considérées. De plus — et c'est le point, me semble-t-il, le plus important — une réduction d'un tiers de la consommation des produits pharmaceutiques a été observée par rapport à la période qui précède la cure.

Je ne donnerai pas, bien sûr, un caractère général à une statistique régionale ; mais elle me paraît tout de même devoir être prise en considération.

Puisque, grâce à vos efforts et à votre politique, madame le ministre, le déficit de la sécurité sociale a pu être réduit — j'ai bien noté ce que vous avez dit tout à l'heure à ce sujet et vos inquiétudes pour les années à venir — je me ferai l'écho des préoccupations et des propos de mon collègue et ami M. Gabriel Péronnet, député de l'Allier, qui, vous a entretenu de cette question, tout récemment, à l'Assemblée nationale.

Je souhaite avec lui qu'il vous paraisse possible de rapporter ces mesures, car elles risquent de ruiner les efforts des stations thermales, de surcroît, d'empêcher, comme je l'ai indiqué tout à l'heure, de bénéficier de la crénothérapie tous ceux qui le voudraient.

Permettez-moi de dire maintenant quelques mots de ces efforts des stations thermales.

Ces mesures restrictives ont entraîné une baisse de fréquentation sensible de certaines stations et leur incidence risque, madame le ministre, d'être plus forte encore en 1978. En effet, en 1977, de nombreux curistes, mal ou non informés, sont quand même venus dans les stations et ont appris, le jour de leur arrivée, les conséquences de l'arrêté en question. Et, comme certains me l'ont dit, ils ont bien juré qu'on ne les y reprendrait plus. Aussi, à la lumière de cette situation, j'apprends ce qui risque de se passer en 1978.

Vous savez aussi bien que moi, madame le ministre, que ces assurés sociaux ne vont pas « prendre les eaux » par dilettantisme, mais qu'ils attendent et obtiennent de la crénothérapie une amélioration de leur santé.

Dans le département que j'ai l'honneur, avec mon ami M. André Rabineau, de représenter au Sénat, trois stations peuvent illustrer mon propos : Vichy, Bourbon-l'Archambault et Nérès-les-Bains. Elles témoignent de la volonté de modernisation des stations thermales et méritent d'être soutenues. A ce sujet, madame le ministre, je tiens à vous remercier sincèrement de ce que votre département ministériel, sur vos instructions, a réalisé pour chacune de ces trois stations. Permettez-moi de citer l'exemple de Vichy où, depuis 1973, le rythme des investissements n'a cessé de s'accroître avec l'effort, il convient de le reconnaître, de la municipalité de cette ville présidée par mon ami le docteur Lacarin.

Mais, si les collectivités locales apportent une contribution importante au maintien et au développement du thermalisme, elles doivent être, me semble-t-il, vigoureusement soutenues dans leurs efforts par l'Etat, que ce soit pour les investissements thermaux qu'elles réalisent dans leur station ou dans le cadre des charges générales d'équipement qu'elles assument pour la moderniser.

Sachons également que le thermalisme est un secteur encore fragile, dont le chiffre d'affaires atteint tout de même 1 500 millions de francs et qui assure du travail à 250 000 personnes, ce qui n'est tout de même pas négligeable, me semble-t-il, surtout aujourd'hui.

Enfin, je voudrais dire que les petits salariés et les petits retraités qui devront renoncer à un traitement thermal trop coûteux devront faire appel aux prescriptions médicales et à une consommation pharmaceutique dont vous connaissez mieux que quiconque la charge financière.

Depuis quelque temps se développe une campagne publicitaire sur le thème : « Soignez-vous bien, soignez-vous mieux ». Car beaucoup effectivement se soignent mal, en abusant de médicaments.

Or, le thermalisme me paraît apporter des réponses positives et efficaces aux questions posées par cette campagne.

Avant de terminer cet exposé résumé, je le rappelle, je voudrais maintenant attirer votre attention sur deux problèmes particuliers.

Dans le cadre des dispositions de la loi d'orientation du commerce et de l'artisanat du 27 décembre 1973, l'article 20 prévoyait que les artisans retraités seraient dispensés du versement des cotisations d'assurance maladie à compter du 31 décembre 1977.

Certes, un certain nombre de retraités ont bien été exonérés de ces cotisations. Mais il me semble, et je ne crois pas me tromper, que l'engagement pris par le législateur, en plein accord avec le Gouvernement, n'est pas encore complètement tenu.

Je souhaiterais, madame le ministre, que vous nous indiquiez quelles dispositions vous comptez prendre pour réaliser cette nécessaire mesure de justice.

Je voudrais, en terminant, évoquer les problèmes douloureux que connaissent parfois les travailleurs handicapés pour leur réinsertion sociale.

La fédération nationale des mutilés du travail a formulé lors de son dernier congrès national, quelques revendications qu'il me paraît nécessaire d'examiner et de satisfaire, notamment la mise en œuvre de mesures de réadaptation, de rééducation et de reclassement. Il faudrait, me semble-t-il, prévoir l'organisation si nécessaire du rattrapage scolaire dans une période de réadaptation et l'institution d'une meilleure coordination entre les établissements hospitaliers, les centres de réadaptation et les centres de rééducation, de même que la création de nouveaux centres de réadaptation et de rééducation.

Certes, des progrès ont été accomplis — je suis le premier à le reconnaître — dans le domaine de l'appareillage, et je tiens à vous associer, monsieur le secrétaire d'Etat, aux remerciements que je présente. L'amélioration des conditions d'attribution du droit à l'appareillage et de ses modalités d'application doit être faite pour réduire les délais en faveur de ceux qui sont handicapés.

Enfin, me faisant l'interprète de plusieurs de mes collègues, je souhaite que puissent être précisées, au cours de ce débat budgétaire, les dates de publication des textes d'application de la loi d'orientation concernant les handicapés.

Cet après-midi, madame le ministre, pour les raisons que je vous ai indiquées, je ne pourrai pas entendre vos réponses. Mais mon excellent collègue et ami, M. Chauvin, qui suivra la discussion de votre budget, me les transmettra et, de toute façon, je les lirai très attentivement au *Journal officiel*, dans son édition des débats du Sénat. En tout cas, dès maintenant, madame le ministre, monsieur le secrétaire d'Etat, je vous remercie. (*Applaudissements.*)

**M. le président.** A cette heure, le Sénat vaudra sans doute suspendre ses travaux pour les reprendre à quinze heures. (*Assentiment.*)

La séance est suspendue.

(*La séance, suspendue à douze heures cinquante-cinq minutes, est reprise à quinze heures.*)

**M. le président.** La séance est reprise.

Nous poursuivons l'examen des dispositions du projet de loi concernant la santé et la sécurité sociale.

La parole est à M. Louis Perrein.

**M. Louis Perrein.** Madame le ministre, je limiterai mon propos à la critique des chapitres de votre budget qui concernent les personnes âgées, ces oubliées de notre société de consommation.

Malgré de louables efforts qu'on soulignés nos collègues MM. Boyer et Grand, l'innovation est plus dans les bonnes intentions, dont nous vous créditions volontiers, que dans l'ampleur des moyens que vous entendez consacrer à cette catégorie de citoyens : les personnes du troisième âge.

En effet, comme vous l'avez déclaré, madame le ministre, vous voulez à la fois augmenter les ressources des personnes âgées et améliorer leurs conditions de vie.

Sur le premier point, vous avez souligné que le minimum vieillesse, actuellement de 10 000 francs par an, serait relevé en décembre 1977 pour atteindre 11 000 francs et qu'il serait de 12 000 francs en 1978. Ce minimum, vous l'avez rappelé,

n'était que de 5 200 francs en juin 1974. Mais de combien le coût de la vie a-t-il augmenté depuis cette époque ? Et pensez-vous vraiment que l'on puisse vivre avec à peine la moitié du SMIC à un âge de la vie où les besoins, contrairement à ce que l'on proclame pour se donner bonne conscience, loin de fléchir, ne font qu'augmenter, notamment en matière de dépenses de santé ?

M. le Président de la République a déclaré, dans un discours très largement diffusé par les médias, que nous pouvions être fiers, nous Français, de la justice ainsi rendue à nos anciens.

Pensez-vous, madame le ministre, qu'il s'agit bien d'un système juste lorsque deux millions cent mille personnes âgées n'ont, pour toutes ressources, que 27,70 francs par jour pour se nourrir, se vêtir, s'éclairer, se chauffer et même payer les impôts locaux de plus en plus lourds — en définitive, pour vivre ?

La réalité est bien connue des élus locaux, nombreux dans cette assemblée. Trop de personnes âgées sont dans le plus sombre dénuement à une période de leur vie où elles devraient enfin jouir d'un repos bien mérité. Mais, nous direz-vous, il y a les autres régimes de retraite. Eh bien ! justement, parlons de ces autres régimes.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1973, le calcul des pensions de retraite s'effectue sur les dix années qui ont connu le salaire le plus favorable. Mais, par une astuce subalterne, basée, il faut bien le reconnaître, sur le principe républicain de la non-rétroactivité des lois, l'Etat refuse d'appliquer les dispositions favorables aux retraites acquises antérieurement à 1973. Cette attitude, profondément injuste, lèse de très modestes travailleurs retraités.

Je ne citerai, en outre, que pour mémoire l'incroyable désordre qui règne dans les multiples régimes de retraite, où l'on voit les revenus des retraités se situer dans une fourchette allant de 1 à 24, alors que l'on considère comme anormale une hiérarchie des salaires allant de 1 à 10.

Quant aux pensions de reversion, alors que l'intergroupe des personnes âgées du VI<sup>e</sup> Plan préconisait un taux de 75 p. 100, vous nous annoncez un taux de 60 p. 100 qui, d'ailleurs, la plupart du temps, n'est que de 50 p. 100. Le régime général plafonne d'ailleurs le cumul à 1 083 francs par mois. Comme en matière de retraite, le régime de reversion crée une inégalité injustifiée. Dans certains cas, le cumul d'une pension de reversion avec le droit propre est limité, voire interdit.

On pourrait citer encore nombre d'injustices et d'incohérences ; elles conduiraient à la même conclusion. La situation des personnes âgées en matière de revenus reste en 1977, et le restera certainement en 1978, contrairement aux affirmations, bien en-deça des justes besoins, lesquels sont parfaitement connus des pouvoirs publics.

Pour ce qui concerne les autres aspects du problème du troisième âge, M. le Président de la République, s'adressant aux personnes âgées à Lyon, a déclaré également : « Chacun d'entre vous doit pouvoir continuer à vivre chez lui. » Louables intentions, qui reprennent les conclusions de nombreux travaux sur la politique à adopter en ce qui concerne le troisième âge. Je citerai, entre autres, la commission Laroque qui remonte déjà à quinze ans et le rapport du Conseil économique et social de 1976. Mais ce que nous attendons, madame le ministre, ce sont des réalisations.

Or le VI<sup>e</sup> Plan, en particulier dans le cadre des programmes finalisés, n'a pas été réalisé dans ce domaine et le VII<sup>e</sup> Plan, qui a mis en place un programme d'action prioritaire numéro 15 ayant pour objectif de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées, ne pourra être réalisé. Certes, on ne peut qu'applaudir à ces choix mais les moyens et les ambitions de ce programme ne sont pas à la mesure des problèmes à résoudre.

L'action sur l'habitat du programme d'action prioritaire numéro 15 ne permettra pas, sauf erreur de ma part, de financer plus de vingt logements par an à 1 500 francs par logement.

Les actions sur le cadre de vie, c'est-à-dire l'adaptation du logement aux handicapés du grand âge — que l'on appelle maintenant, par euphémisme, le « quatrième âge » — la formation d'aides ménagères, la restauration alimentaire en matière de soins à domicile, etc., seront peu efficaces car, pour leur réalisation, les crédits manqueront. En effet, avec 480 millions de francs seulement pour la durée du VII<sup>e</sup> Plan, soit 64 francs par personne âgée, cela limite sérieusement l'intérêt de ce programme, même — ce dont vous me permettez de douter, madame le ministre — s'il est complètement réalisé.

Il faut ajouter que ces actions volontaristes dont a parlé M. le secrétaire d'Etat ne peuvent donner lieu à une politique d'ensemble du troisième âge.

Il n'est pas étonnant que, dans cet ordre d'idées, le point fort du discours de M. le Président de la République à Lyon ait consisté à annoncer que la taxe de raccordement du téléphone pour les personnes âgées allocataires du fonds national de solidarité — et seulement pour celles-là, je le souligne — serait pris en charge par le budget des P. T. T. Mais prétendez-vous qu'avec 27,70 francs par jour il est possible de faire face aux dépenses d'abonnement et de communications pour l'usage du téléphone ?

La caractéristique de la situation des personnes âgées est, en vérité, celle-là même qui domine la société française actuelle, c'est-à-dire l'inégalité. Mais ce qui est spécifique au troisième âge c'est que l'inégalité, à ce stade de la vie, s'accroît considérablement. Pour les moins fortunés, et ils sont nombreux, être vieux, c'est être encore plus pauvre. Il suffit de consulter à cet égard les conclusions de la commission de M. Méraud : citons l'inégalité en matière de revenus et, en conséquence, l'inégalité dans les conditions d'existence ; l'inégalité en matière de santé et de loisirs ; l'inégalité devant la mort, aussi. Selon les statistiques, pour 1 000 cadres supérieurs âgés de cinquante-cinq ans, 719 arriveront à l'âge de soixante-dix ans, contre 498 seulement pour les manœuvres.

L'action spécifique en faveur du troisième âge devrait être orientée dans deux directions : d'une part, assurer à toutes les personnes âgées un revenu décent, vraiment décent et, d'autre part, mettre en œuvre des mesures d'action sociale portant sur les personnes et sur les équipements. Certes, l'équilibre entre ces deux types d'action est à définir.

Bien des efforts, en particulier dans le cadre de l'aide sociale, s'expliquent par l'état de nécessité matérielle dans lequel se trouvent les personnes âgées.

Résoudre le problème du revenu par l'augmentation substantielle des retraites et par une revalorisation importante du minimum vieillesse, c'est régler nombre de situations que les interventions en matière d'assistance de l'aide sociale et du régime de la sécurité sociale ne peuvent résorber. Mais cela ne suffit pas. La situation des personnes âgées reste celle de personnes assistées, ce qui n'est pas conforme à l'idée que l'on devrait se faire du citoyen responsable.

En revanche, certains services, par exemple en matière de santé ou de loisirs, ne correspondent pas à des difficultés matérielles mais à des caractéristiques propres au troisième âge. Vous devriez privilégier vos actions en ce domaine, madame le ministre.

Il s'agit aussi de déterminer les structures à mettre en place pour mener ces actions par la création, par exemple — c'est une suggestion de ma part — de structures administratives de coordination. Pourquoi ne pas prévoir la création d'un haut commissariat qui se préoccuperait plus particulièrement de l'ensemble des personnes du troisième âge, puisque tous ces problèmes, je le reconnais, ne relèvent pas totalement de votre ministère ?

De même, il conviendrait de déterminer le rôle et la place respectifs de la sécurité sociale et de l'aide sociale en préservant leur caractère propre. Il faudrait assurer, dans cette structure, la représentation des organisations syndicales et des groupements de retraités et de personnes âgées. Il faudrait associer, à tous les niveaux de l'élaboration de cette politique, les représentants des collectivités locales.

Les collectivités locales, parce qu'elles sont proches des individus et qu'elles s'adaptent aux nécessités humaines géographiques, économiques et culturelles de la France, doivent être un lieu privilégié de l'action sociale pour le troisième âge. Mais, madame le ministre — et cela ne relève pas, je viens de le dire, de votre ministère — encore faudrait-il que ces collectivités locales disposent de ressources suffisantes afin de pouvoir créer, par exemple, des services spécifiques au troisième âge qui aideraient les personnes âgées en matière juridique et administrative, des clubs du troisième âge, des logements-foyers et, enfin, des offices municipaux pour les grands problèmes relevant du troisième âge. Voilà un certain nombre de suggestions qu'il ne devrait pas être difficile, semble-t-il, de mettre en œuvre.

Pour toutes ces raisons, madame le ministre, vous ne serez pas étonnée que le groupe socialiste ne vote pas ce budget qui ne dégage pas les moyens de la politique annoncée dans les discours.

Nous nous bornons à prendre acte des mesures annoncées. Nous serons attentifs, croyez-le bien, à leur application et nous ne manquerons pas, éventuellement, de vous questionner sur les retards que nous prévoyons et sur les transferts qui ne

manqueront pas de se produire vers les collectivités locales et qui sont trop habituels, malgré ce qu'en a pu dire M. le secrétaire d'Etat. (*Applaudissements sur les travées socialistes.*)

**M. le président.** La parole est à M. Cantegrit.

**M. Jean-Pierre Cantegrit.** Monsieur le président, madame le ministre, monsieur le secrétaire d'Etat, mes chers collègues, alors que nous examinons le budget du ministère de la santé, le sénateur représentant les Français de l'étranger que je suis se doit d'aborder la protection sociale des Français établis hors de France.

Je rappellerai brièvement que, dans ce domaine important, il restait, en 1976, beaucoup à faire. A cette date, le pays ayant commencé à prendre conscience des problèmes intéressant les Français de l'étranger, un groupe de travail s'attachait à étudier leur protection sociale. De ses travaux sortait la loi du 31 décembre 1976 relative à la situation, au regard de la sécurité sociale, des travailleurs salariés à l'étranger. C'était là une nouvelle étape vers l'extension de la sécurité sociale à tous les Français, qu'ils vivent en métropole ou à l'étranger.

La loi améliorerait la protection sociale des salariés français ou étrangers détachés à l'étranger et des travailleurs expatriés dans le sens d'une plus grande égalité de traitement avec les salariés demeurés en France, sans toutefois atteindre, compte tenu de la complexité des problèmes soulevés, l'égalité totale souhaitée par les Français de l'étranger. Cette loi était accueillie avec intérêt et espoir par mes compatriotes français établis hors de France.

Aussi, madame le ministre, dès le 2 avril 1977, par une question écrite, je vous rappelais l'urgence de la sortie des textes d'application. Bien qu'ayant pu me rendre compte de la complexité qu'entraînerait la sortie des décrets, le 9 septembre, j'insistais à nouveau sur l'urgence de la sortie des textes. Vous avez bien voulu, dans votre réponse — je vous en remercie — me donner l'assurance que toute diligence serait faite pour que les décrets d'application soient publiés au *Journal officiel* avant la fin de la présente année.

Quant aux décrets, il semble que, dans un désir centralisateur et de référence à ce qui s'applique sur le territoire métropolitain, on ait méconnu certains problèmes spécifiques aux salariés français à l'étranger. Je pense notamment au transfert des cotisations et à leurs délais, qui ne semblent pas tenir compte des difficultés et des retards dus à la législation sur les changes de certains pays ; je pense aux maladies professionnelles spécifiques aux pays tropicaux, comme le paludisme, la maladie du sommeil et la fièvre jaune.

Il serait trop long d'aborder l'étude des décrets à laquelle j'ai pu participer dans le groupe de travail auquel vous avez bien voulu me convier, et vous me permettez de remettre une note à vos services à ce sujet.

Cette étape franchie, encore faudra-t-il que cette loi, qui donne tant d'espoir aux Français de l'étranger, soit mise en application. Je pense notamment à l'effort d'information qui devra être fait auprès des intéressés. Des circulaires précises et détaillées devront être envoyées à nos représentations diplomatiques à l'étranger pour que nos compatriotes puissent, sans difficulté, être informés des avantages de cette loi et y souscrire s'ils le désirent.

Mais cette loi ne constitue qu'une étape et, lors de sa dernière session plénière, le conseil supérieur des Français de l'étranger a émis le vœu que cette protection sociale soit étendue à l'ensemble des Français de l'étranger. Je rappellerai qu'à cette tribune, le 14 novembre 1974, le ministre du travail avait pris l'engagement de faire accélérer les travaux afin que des mesures interviennent rapidement, grâce auxquelles les Français, qu'ils vivent en métropole ou hors de la métropole, seraient couverts de la même façon par la sécurité sociale.

Depuis cette déclaration, a été promulguée la loi du 4 juillet 1975 sur la généralisation en France de la protection sociale. C'est la raison pour laquelle l'action du Gouvernement doit être poursuivie sans relâche en vue d'obtenir un parallélisme quasi automatique entre les mesures prises en métropole et celles qui sont prises en faveur des Français de l'étranger. Puisque cela va être le cas en métropole, il faut que les non-salariés puissent bénéficier d'une protection sociale équivalente à celle que prévoient les dispositions de la loi du 31 décembre 1976 pour les salariés.

Notre objectif devra tendre également à mettre fin à la situation des Français résidant à l'étranger bénéficiaires d'une retraite vieillesse, qui ne peuvent percevoir les prestations en nature pour les soins maladie reçus à l'étranger. Ils ne peuvent bénéficier de ces prestations que pour les soins reçus en France.

Nous souhaitons donc que soit trouvée une solution pour qu'ils ne soient pas exclus du bénéfice de ces prestations lorsqu'ils résident hors de France.

Nous devons également rechercher des solutions pour les cas sociaux de nos compatriotes à l'étranger : le rachat, par exemple, des cotisations de l'assurance volontaire vieillesse. Cela concerne certains compatriotes vivant à l'étranger qui ne peuvent, en raison du régime de retraite particulier à leur profession, souscrire au coût élevé d'une assurance volontaire vieillesse, dont les retraites professionnelles sont d'ailleurs insuffisantes pour leur assurer une existence décente. C'est aussi le cas des contractuels et anciens contractuels ayant servi dans des Etats qui étaient jadis sous la souveraineté et la tutelle de la France.

Quant aux personnes âgées qui résident à l'étranger dans le pays où elles ont vécu une partie de leur existence et qui sont aidées par les sociétés de bienfaisance et par le fonds d'assistance du ministère des affaires étrangères mis à la disposition des consulats, elles reçoivent des allocations très insuffisantes, eu égard en particulier à l'augmentation rapide du coût de la vie dans leur pays de résidence.

Enfin, je voudrais aborder le douloureux problème des handicapés français résidant à l'étranger. Le 10 juin 1977, j'ai rappelé à M. le secrétaire d'Etat à l'action sociale que la loi du 30 juin 1975 ne s'appliquait pas à nos compatriotes handicapés résidant hors de France, lesquels ne pouvaient bénéficier d'aucune assistance de la France dans ce domaine particulier. M. Lenoir — je l'en remercie — a bien voulu m'indiquer, dans une réponse très complète, qu'il se préoccupait de ce problème. Depuis cette date, un groupe de travail a été constitué et, participant à ses travaux, je souhaite vivement qu'il aboutisse à des mesures concrètes en faveur des Français handicapés résidant à l'étranger.

Il reste, comme vous le voyez, madame le ministre, beaucoup à faire.

Pourtant, nous n'avons pas abordé tous les problèmes. Je pense notamment à la création ou à l'aménagement d'un équipement médico-hospitalier décent pour nos compatriotes qui résident dans des pays en voie de développement. Alors qu'à cette heure-ci je me trouvais hier au milieu de nos compatriotes de Mauritanie, avant tout inquiets, comme vous l'imaginez, de leur sécurité, ils ont attiré mon attention sur l'importance que revêt à leurs yeux cette infrastructure médico-hospitalière ainsi que sur le problème du rapatriement sanitaire. Les Français de métropole, les pouvoirs publics semblent prendre enfin conscience qu'une politique d'exportation indispensable à l'économie française ne peut se développer sans la présence de Français à l'étranger.

Il en est de même du rayonnement culturel et politique de la France, mais le pays devra donner à ses enfants les plus entreprenants qui acceptent de quitter la mère patrie une protection sociale indispensable dans le monde moderne où nous vivons. (*Applaudissements.*)

**M. le président.** La parole est à Mme Perlican.

**Mme Rolande Perlican.** Monsieur le président, madame le ministre, mes chers collègues, le budget de la santé qui nous est présenté ne saurait s'abstraire de son environnement, marqué par la poursuite de la politique d'austérité; au contraire, je dirai qu'il en témoigne.

L'objectif confirmé pour ce budget est, en effet, la poursuite de la loi d'orientation définie les précédentes années et des mesures qui l'accompagnent; c'est dire qu'il tend à réduire le plus possible les dépenses de santé.

Une fois de plus, le Gouvernement se tourne, non pas vers les trusts, mais vers les 17 millions de gens de notre pays les plus pauvres, vers ceux qui ont les plus grandes difficultés, pour les culpabiliser, pour leur demander encore de faire des sacrifices. Il s'adresse à ceux qui ne perçoivent que le SMIC à 1 700 francs par mois ou moins, à ceux qui ont un chômeur et parfois plusieurs dans leur famille et touchent peu ou pas d'indemnités, aux femmes seules mères de famille, aux personnes âgées qui n'ont pas 900 francs par mois pour vivre, aux handicapés,...

**M. Jean Chérioux.** Ce sont donc ceux qui habitent la banlieue de gauche ?

**Mme Rolande Perlican.** ... à ceux qui n'ont pas de quoi vivre, encore moins de quoi se soigner.

Il est connu que les couches les plus défavorisées économisent sur les soins les plus courants ou les retardent au maximum, ce qui entraîne à terme une détérioration supplémentaire de l'état de santé et des soins plus onéreux, notamment l'hospitalisation.

J'évoquerai d'abord le cas des personnes handicapées. Deux ans après la loi d'orientation, la situation n'a fait que s'aggraver, particulièrement, là encore, pour les plus pauvres et pour les plus touchés par le handicap.

Prenons quelques exemples. L'allocation adulte fixée à 768 francs est très insuffisante: elle représente moins de 48 p. 100 du SMIC. Il en est de même pour la tierce personne: une allocation de 333 francs ne permet certes pas l'emploi d'une personne rémunérée à plein temps et contraint, en fin de compte, au placement des grands handicapés, qui leur interdit ainsi toute réinsertion sociale. De plus, les adultes handicapés doivent réserver aux établissements dans lesquels ils sont accueillis la majeure partie de leur allocation. Dans ces conditions, comment trouver les moyens de faire face aux nécessités de la vie quotidienne ?

En ce qui concerne les enfants, les commissions d'éducation spécialisée sont surchargées. Le déconventionnement des établissements d'accueil appliqué actuellement aboutit à la fermeture de nombreux centres, au licenciement du personnel, au renvoi des enfants dans les familles. Alors que les organisations syndicales chiffrent à 10 000 le nombre des personnels employés, 2 800 postes seulement sont créés par la loi de finances pour réaliser leur intégration dans l'éducation nationale.

En définitive, la situation des personnes handicapées est bien marquée — je le répète — par l'austérité. On économise sur tout, en particulier sur les aides aux plus démunis.

Tout, dans les faits, contredit les paroles et les intentions affirmées d'apporter une solution réelle aux handicaps.

La démarche du parti communiste — est-il besoin de le préciser ? — va totalement à l'opposé. Les personnes handicapées ne doivent plus être exclues de la société. Il faut tout faire pour qu'elles puissent vivre avec les autres.

Les changements profonds qu'apporteraient nos propositions dans le contre-budget présenté à l'Assemblée nationale, en améliorant la vie du plus grand nombre, changeraient du même coup la vie des handicapés.

Nous proposons que l'allocation spéciale aux mineurs soit versée comme une allocation familiale ordinaire et qu'elle soit relevée de 50 p. 100 dans un premier temps. L'allocation aux adultes doit être portée à 1 200 francs dans l'immédiat et revalorisée par la suite pour atteindre 80 p. 100 du SMIC. La tierce personne devrait être progressivement étendue, son taux permettant réellement l'emploi d'une personne à plein temps. Des mesures doivent être prises pour permettre aux handicapés de participer à la vie de la cité, à la vie de la société, en matière de transport, de logement, d'enseignement, de formation professionnelle et d'emploi. La prévention et les soins doivent être également améliorés. Ces mesures permettraient une vie meilleure pour ceux qui souffrent de handicaps.

Je vais parler maintenant de l'hospitalisation. Dans ce domaine également, on peut constater que toutes les mesures visent à imposer l'austérité aux malades, aux établissements hospitaliers et aux médecins dans leur pratique professionnelle.

Après une large campagne contre les dépenses de santé, puis une propagande, plus insidieuse, pour un meilleur équilibre alimentaire, contre la surconsommation des médicaments, on est allé jusqu'à prétendre que 100 000 hospitalisations étaient dues aux excès de médicaments.

En vérité, on veut faire gérer la crise par les hôpitaux. Pour imposer cette gestion de la pénurie, vous enfermez la gestion financière des hôpitaux dans une tutelle qui constitue un carcan contraignant et autoritaire. Toute extension de l'hôpital public, à quelques exceptions près, est stoppée.

Vous affirmez que la capacité d'accueil idéale est atteinte. On parle d'humanisation, mais, en fait, qu'en est-il ? Je prendrai pour exemple une ville comme Paris, dont on pourrait penser qu'elle est convenablement pourvue.

Considérons le groupe hospitalier Bichat-Claude-Bernard. Il accuse un déficit budgétaire de l'ordre de 2 milliards de centimes, constaté à la commission de surveillance du 20 octobre dernier. Ce déficit est dû, contrairement à ce que l'on pourrait penser, non à un excès de dépenses, mais à un manque de recettes, occasionné par la fermeture ou la non-réouverture de salles d'hospitalisation.

La raison en est précise : il s'agit du manque de personnel. Des salles de maternité, de médecine sont restées fermées après les travaux de réfection. Pour 1978, on prévoit la fermeture d'autres salles de médecine ; vingt-trois lits de la maternité sont inoccupés faute de personnel, ce qui crée un préjudice assez grave pour la population, surtout si l'on sait que la maternité Bretonneau du même arrondissement est démolie et qu'aucun budget n'est prévu pour sa reconstruction, et ce, alors que l'activité de cet hôpital non seulement ne s'est pas ralentie, mais s'est accrue. Le nombre de journées d'hospitalisation a baissé, mais le nombre de malades admis a progressé.

Les conséquences de cette situation sont que de plus en plus de soins sont effectués à la limite de la sécurité. L'état de fatigue du personnel est permanent ; le travail d'équipe, la réflexion sont rendus impossibles.

La solution avancée par la direction générale de l'assistance publique est qu'il faut économiser 7 millions de francs d'ici à la fin de l'année, c'est-à-dire économiser sur le matériel, la nourriture, le personnel.

A l'hôpital Broussais, dans le XIV<sup>e</sup> arrondissement, un brevet concernant des dispositifs cardiaques et inventé par un médecin de l'établissement a été vendu à une firme américaine, à qui l'on achète ensuite les appareils ! Voilà une belle illustration du gâchis des intelligences et de l'argent en France.

En ce qui concerne l'application de la loi sur l'interruption volontaire de grossesse, les crédits nécessaires ont diminué de moitié, alors que le manque de moyens actuels pose des problèmes.

Quant à la contraception, elle est toujours dotée d'une somme dérisoire.

La politique d'austérité comporte d'autres conséquences. A Paris, sur 57 000 employés de l'assistance publique, 20 p. 100 ont un salaire inférieur à 2 200 francs, 40 p. 100 un salaire inférieur à 2 500 francs. Les femmes de ménage, jamais employées plus de sept heures par jour, reçoivent moins de 1 300 francs par mois.

Dans tous les établissements, les conditions de travail se dégradent, car les effectifs en personnel n'augmentent pas au même rythme que l'activité des hôpitaux.

En dix ans, on a compté 35 p. 100 de créations d'emploi, alors que, durant la même période, les actes médicaux ont doublé, voire triplé dans certains cas.

Une enquête effectuée par l'administration de l'assistance publique au mois de mars 1977 révèle que, sur 44 000 agents prévus auprès des malades, 14 000 manquent chaque jour et ne sont pas remplacés : 50 p. 100 pour maladies ou causes diverses, 50 p. 100 pour congés hebdomadaires.

Le métier d'infirmière demande aujourd'hui de plus en plus de résistance physique et nerveuse en raison des difficultés énumérées tout à l'heure, ajoutées à des techniques difficiles et à des horaires particuliers.

Pour comprendre la situation des infirmières, il faut en avoir vu quitter l'hôpital à onze heures le soir avec un bébé dans les bras retiré de la crèche et prendre les transports en commun pour rentrer chez elles. Quoi d'étonnant à ce que nombreuses sont celles qui démissionnent, au bout de cinq ans en général ! De nombreux postes sont vacants : 500 chez les ouvriers, 600 dans le personnel administratif ; 1 400 sur 10 362 postes manquent chez les infirmières. Parmi les surveillantes et infirmières générales, 12 p. 100 des postes ne sont pas pourvus.

A Paris, il faudrait disposer immédiatement, pour résoudre les problèmes urgents, de 4 000 postes nouveaux et, dans l'avenir, de 10 000. Ajoutons à ce tableau que l'assistance publique pour Paris et ses environs a dû, faute de subventions suffisantes de l'Etat — bien qu'elle paie une T. V. A. énorme — emprunter 100 millions pour réaliser sa trésorerie en 1977. Comment parler alors véritablement d'humanisation ?

Ajoutons que le ministère de la santé devrait prendre en charge le recrutement et la formation du personnel dont les frais sont actuellement à la charge des hôpitaux, c'est-à-dire inclus dans les frais de journée que paient les malades et la sécurité sociale.

Des charges énormes pèsent sur le prix de journée. Les charges de constructions, de transformations, des écoles d'élèves infirmières, devraient incomber à l'ensemble des futurs utilisateurs.

En réalité, ce qui grève le budget des hôpitaux, c'est le profit capitaliste des trusts pharmaceutiques, la spéculation qui est faite sur la santé.

Les communistes proposent que l'hospitalisation soit dégagée des dépenses qui doivent revenir à l'Etat. Ils proposent de nationaliser dans leur totalité les groupes pharmaceutiques industriels. L'hospitalisation, certes, doit jouer son véritable rôle. Pour cela, il faut lui en donner les moyens.

Notre pays a besoin d'une politique de santé nouvelle. Ici encore, le budget du changement présenté par le parti communiste à l'Assemblée nationale permettrait, dans le domaine de la santé, d'améliorer considérablement la situation. Par exemple, il permettrait de créer 20 000 emplois dans les hôpitaux.

C'est une politique réelle de la santé que nous proposons de promouvoir, une politique de progrès social pour laquelle nous appelons les Français à agir avec nous. (*Applaudissements sur les travées communistes.*)

**M. le président.** La parole est à M. Mézard.

**M. Jean Mézard.** Madame le ministre, le budget que vous venez de nous présenter pour 1978 est un bon budget, aussi varié qu'important, alliant les problèmes de santé publique à l'appareil des soins et à la recherche.

Le taux de croissance réel de ce budget de la santé est de 14,59 p. 100, soit de deux points supérieur à celui du budget général. Nous devons reconnaître qu'à peu près tous les ans, depuis quatre ans, vous nous présentez un budget dont le taux de croissance est supérieur à celui du budget général et nous devons vous en remercier.

Comme le faisait remarquer notre rapporteur, M. Ribeyre, le budget de la santé a été bien traité en cette période d'austérité. Cependant on doit constater que 80 p. 100 du total des dépenses de la santé sont des dépenses de constatations inévitables : treize milliards de francs pour la prévention sanitaire, la lutte contre les fléaux sociaux, l'aide sociale, l'Etat apportant obligatoirement une contribution mathématiquement déterminée ; d'autre part, environ cinq milliards de francs servent à combler les déficits de certains régimes de la sécurité sociale. Restent donc 17 p. 100 seulement du total de la dépense pour trouver des actions volontaristes. Mais on doit remarquer qu'il ne faut pas se plaindre de ces dépenses inévitables car elles vont en complément à la partie de la population qui a le plus de difficultés, du fait de la faiblesse de ses ressources, à accéder aux soins. Cependant il devient essentiel qu'une nouvelle répartition des tâches soulage les budgets des collectivités locales, qui sont surchargés de toute part.

Après avoir entendu les rapports toujours excellents de mes collègues, c'est donc notre appui et l'appui de mon groupe que je vous apporte en me permettant d'envisager devant vous quelques aspects plus particuliers, problèmes budgétaires, certes, mais surtout problèmes de santé publique.

Votre budget se présente à la fois comme un budget de solidarité sociale et comme un budget qui prépare l'avenir. L'évolution des quatre derniers budgets montre, en effet, une progression de plus de 200 p. 100 des crédits des programmes d'action sociale. Je n'évoquerai pas les programmes pour les familles, pour les jeunes, pour les handicapés, programmes sur lesquels divers intervenants insisteront. En revanche, je tiens à souligner certains points particuliers.

Les actions en faveur des personnes âgées, lesquelles ont été depuis plusieurs années l'objet de vos préoccupations, l'humanisation des hospices et maisons de retraite, la création de V. 120 et V. 240 forment un total impressionnant. Le département que je représente ici en a obtenu, grâce à vous, une très large part. Au nom de nos populations et de nos personnes âgées, je tiens à vous apporter nos remerciements les plus sincères.

Ces problèmes du troisième et du quatrième âge ont de plus en plus d'importance, étant donné la pyramide des âges de notre pays et l'abaissement progressif de l'âge de la retraite. C'est surtout la préparation à la retraite qui me paraît mériter qu'on s'y arrête un instant.

C'est un problème social difficile, car il comporte l'hébergement, ou mieux le maintien dans leur foyer de ces personnes, mais nécessite aussi une certaine activité de la part des personnes âgées.

Idéale dans l'absolu, la retraite est souvent désillusion dans la réalité. L'impression de rejet hors du circuit social, la diminution des ressources financières et celle des possibilités physiques détruisent souvent l'ordonnance de beaux projets envisagés à une époque où les contingences matérielles et physiques ne se posaient pas.

En fait, on peut dire que, tant sur le plan matériel que sur le plan psychologique, la retraite doit être préparée. Dans certains pays, où l'âge habituel de la retraite est plus précoce, on encourage les gens à conserver une activité, même partielle, en particulier des fonctions d'initiation professionnelle auprès des jeunes.

On a pu dire que l'adaptation de la personne âgée à l'environnement créé par notre société passe par l'acquisition et le développement d'une autonomie psychologique, ambition que seule une prise de conscience antérieure à l'âge de la retraite peut permettre de réaliser.

Parler des loisirs ou du loisir quand on parle du troisième âge, c'est peut-être évoquer l'un des obstacles difficiles à vaincre au début de la retraite. Quelques chiffres seulement : il faut retenir que 5 p. 100 des plus de soixante-cinq ans ne sont jamais allés au cinéma, que 41 p. 100 ne sont jamais allés au théâtre, 66 p. 100 à un concert, 83 p. 100 à un spectacle sportif.

Si certains intellectuels lisent encore beaucoup, les personnes de plus de soixante-cinq ans consacrent trois quarts d'heure à lire le journal mais ne lisent pratiquement jamais, sinon jamais, un hebdomadaire, un mensuel ou un livre.

Par contre, le bricolage, le jardinage — et j'avais insisté, il y a deux ans, sur la vaccination antitétanique des personnes du troisième âge justement en fonction de cette activité importante du jardinage — le tricot féminin, occupent 46 p. 100 des gens autour de soixante ans.

C'est dire qu'il faut envisager des loisirs sociaux, des clubs du troisième âge ; il y en aurait aujourd'hui plus de 7 000, qui rassemblent plus de 600 000 adhérents, et qui offrent des activités très diverses.

On peut même avancer qu'au troisième âge, et spécialement dans ces clubs, l'activité créatrice reste encore très possible ; en fait, l'ambition de ces clubs n'est évidemment pas de découvrir des talents cachés, mais de maintenir les adultes âgés dans le circuit social, d'une façon adaptée à leurs idées et à leurs possibilités. Ces clubs défendent les anciens contre la solitude et l'isolement et leur permettent de conserver une certaine autonomie. Il faut donc les aider.

Un deuxième aspect très important de votre budget est la continuation de la politique de prévention. Cette politique se traduit soit par des actions collectives, soit par des actions individuelles.

Parmi les premières, la plus importante est la formation et l'éducation du public. Vous avez à juste titre, madame le ministre, attaqué le tabagisme. Quelles que soient les ressources que M. le ministre de l'économie et des finances retire du tabac, il faut bien reconnaître que c'est un poison qu'il distribue contre argent aux Français. Si la tuberculose pulmonaire n'est plus le fléau social effroyable chez les jeunes que nous avons connu jusqu'aux antibiotiques — et elle tue encore — en revanche, la bronchite chronique, l'insuffisance respiratoire avec ses complications infectieuses et cardiaques, le cancer du poumon de plus en plus fréquent sont la rançon, le « péage » de l'utilisation du tabac.

La propagande que vous avez faite, les mesures que vous avez prises sont excellentes, mais insuffisantes ; elles contribuent néanmoins à montrer aux Françaises et aux Français l'importance de ce fléau social.

J'en dirai autant, sinon plus, de l'alcoolisme, et d'autres que moi vont insister, je pense, sur ce facteur de nombreuses maladies. Il est assez vexant de voir certains étrangers venir dans notre pays voir ce qu'est une cirrhose du foie parce qu'il en existe très peu chez eux. L'alcoolisme est un facteur d'accidents du travail, d'accidents de trajet, d'accidents de la route ; c'est un facteur de délinquance et de violence le samedi soir. Il y a là un fléau auquel il faut s'attaquer, car s'il existe aussi dans d'autres pays, il revêt chez nous une importance capitale. A ce sujet, vous avez annoncé, madame le ministre, un programme sur dix ans.

Je ne veux pas aborder le problème de la drogue. Là aussi, il y a beaucoup à faire. Il semble bien que la drogue pénètre de plus en plus dans les provinces les plus reculées et surtout chez les jeunes étudiants et même les écoliers.

Dans les actions individuelles de prévention, nous avons d'abord les vaccinations. Les maladies infectieuses sont toujours latentes ; on ne peut jamais relâcher l'attention, la surveillance, la prévention. Si la tuberculose a cessé d'être un fléau dans les pays industrialisés grâce aux mesures d'hygiène, au BCG et aux

antibiotiques, elle tue encore 400 000 personnes par an dans le monde. Les médecins ont bien souvent de mauvaises surprises, spécialement chez les jeunes et les tout-petits.

Le tétanos reste une maladie fréquente — autour de 500 cas en France — très grave, une maladie longue et coûteuse. Une seule solution : la vaccination antitétanique, très peu coûteuse, sans risque, indolore, mais il faut faire des rappels. Je suis heureux de voir que cette vaccination n'est pas oubliée dans votre budget.

Vous avez dans ce domaine de la prévention, depuis des années, madame le ministre, porté une attention particulière aux problèmes de périnatalité et aux problèmes du premier âge.

La mortalité infantile ne représente plus en France que 14,6 p. 100 des décès pour mille enfants nés vivants. Parmi les causes les plus fréquentes de mortalité au-dessous d'un an, les malformations congénitales représentent presque le quart des décès. Il est donc de la plus haute importance de renforcer la prévention concernant la femme et l'enfant pendant toute la durée de la grossesse. C'est le rôle du médecin de famille et il faut donc qu'il soit spécialement préparé à cette tâche.

Les accidents de l'accouchement sont, eux, responsables de 20 p. 100 des décès de l'enfant. Au total, il apparaît que 54 p. 100 des cas de mortalité avant l'âge d'un an ne sont pas dus aux maladies, notamment infectieuses, mais plutôt à un handicap biologique. On peut donc noter l'efficacité des moyens thérapeutiques quand il s'agit de maladies classiques, mais aussi tout ce qu'il reste à faire dans le domaine de la prévention.

J'aborde ici un point très précis qui n'entre probablement pas dans le cadre de la discussion de ce budget car il relève plutôt d'une question écrite ou orale. Mais, comme il s'agit d'un problème de sécurité sociale concernant les enfants et impliquant pour les jeunes ménages des conséquences financières assez douloureuses, je me permets de vous le soumettre aujourd'hui, madame le ministre, en vous demandant, si vous ne pouvez l'évoquer dans ce débat, de me faire parvenir une réponse écrite. Pourriez-vous me faire préciser s'il est exact que les nouveau-nés exonérés du ticket modérateur sont ceux qui pèsent moins de trois kilos et sont dits prématurés, ainsi que ceux qui relèvent de la réanimation ?

Mais certains risques néo-nataux ne sont pas totalement pris en charge par la sécurité sociale. Par exemple, pour un enfant douteux, dont on pense qu'il est atteint d'une infection néonatale, hospitalisé en médecine, et non en réanimation, et placé en observation, les parents devront payer l'équivalent du ticket modérateur, ce qui, au taux actuel du prix de journée, fait en moyenne 120 francs par jour, somme lourde pour un jeune ménage, le plus souvent en cause.

Il en est de même pour les enfants chez lesquels on est en droit de suspecter une toxoplasmose — cela concerne surtout les immigrés, en particulier d'Afrique et du Portugal — et pour lesquels il faut prévoir une hospitalisation, des examens biologiques délicats, des prises de sang répétées, des ponctions lombaires. Si les résultats sont positifs, il n'y a pas de problème, la sécurité sociale prend en charge à 100 p. 100 les frais encourus. S'ils sont négatifs, le remboursement du ticket modérateur n'est pas systématique.

Sans vouloir donner à cette intervention une allure médicale qui serait déplacée ici, je tiens cependant à attirer votre attention, madame le ministre, sur les problèmes pratiques posés par la pathologie tropicale d'importation.

Aujourd'hui, la multiplication des échanges intercontinentaux est venue modifier la pathologie : la pathologie tropicale s'observe désormais sous nos climats. Bien plus, l'importation de la main-d'œuvre étrangère a contribué à amplifier l'incidence des maladies exotiques et a même pu constituer parfois un véritable réservoir de virus.

Enfin, il ne faut pas oublier que certaines affections historiques, aujourd'hui disparues de nos contrées en raison du haut degré d'hygiène, sont encore capables d'être contractées outre-mer ou importées en Europe. Le choléra est ainsi toujours à nos portes.

Je veux insister ici sur la pathologie des travailleurs migrants, en laissant de côté la pathologie d'acquisition, dominée chez eux, par la tuberculose, la pathologie d'adaptation, en ce qui concerne les troubles du comportement, sans parler de la pathologie d'importation, avec les maladies exotiques parasitaires et non parasitaires.

Maladies d'importation chez les migrants ou maladies importées chez les Français en voyage doivent être une préoccupation pour les médecins praticiens et pour les services de prévention.

On peut mourir, en France, maintenant, de paludisme ; on peut présenter une dysenterie amibienne avec ses complications et sa chronicité ; on peut rapporter des maladies cutanées importantes. La bilharziose qui est un fléau mondial extrêmement répandu.

S'il existe des centres bien équipés, à Paris et dans d'autres métropoles, si les médecins ont leur attention braquée sur ces maladies exotiques d'importation, c'est surtout la population qui doit être avertie de ces divers dangers.

Je n'avais pas l'intention d'aborder les problèmes de l'hospitalisation et de la recherche ; plusieurs de mes collègues en ont parlé ou vont en parler avec compétence. Il n'est pas dans mes intentions d'adresser à nos confrères pharmaciens la moindre critique, car j'ai pu, en un demi-siècle d'études et de pratique, apprécier et leur compétence et leur souci de la santé publique dans les domaines de la pharmacologie, certes, mais aussi de la biologie. Mais la proposition de loi n° 2855 relative à l'enseignement hospitalier — je dis bien « hospitalier » — des étudiants en pharmacie et aux liaisons hospitalo-universitaires pharmaceutiques soulève une grande inquiétude parmi les médecins biologistes des centres hospitaliers régionaux faisant partie d'un CHU.

S'il y a lieu d'enseigner la biologie pratique à certains étudiants en pharmacie de deuxième cycle, on doit remarquer que de nombreux services et postes de biologie hors CHU ont été récemment créés pour les pharmaciens qui y pratiquent la biologie, situation qui porte déjà gravement préjudice au développement des spécialités hospitalo-universitaires, notamment la biochimie médicale, et qui, si une telle loi était votée, atteindrait, sans raison scientifique valable, l'hématologie, la bactériologie, la parasitologie et l'immunologie. On doit remarquer aussi que des pharmaciens de statut hospitalo-universitaire ont été recrutés, à sens unique, par les filières médicales et enseignent, conjointement avec les médecins, les pharmaciens qui sont accueillis pour effectuer les stages des certificats d'études spéciales.

Le syndicat national des biologistes des centres hospitalo-universitaires exprime son inquiétude devant l'extension d'une biologie parallèle par la mise hors CHU de postes ou de services.

Vous avez veillé, madame le ministre, sur la santé physique et la santé morale des Français. Le rôle des médecins est important, majeur dans ce domaine. Il est un problème qui commence à devenir préoccupant, c'est celui de la pléthore médicale. Si, par certains côtés, elle permet d'envisager une amélioration de la santé, en revanche, elle ne laisse pas de donner quelques inquiétudes sur le plan financier, de la sécurité sociale notamment, mais surtout sur celui de la santé même des Français et sur l'éthique médicale. Je sais que vous vous en préoccupez.

Trois ans après le vote de la loi sur l'interruption de grossesse, on peut commencer à faire le point.

En 1976, comme le note dans son excellent rapport M. Grand, 130 493 interruptions volontaires de grossesse ont été recensées en secteur hospitalier public et privé. Il s'agissait de femmes jeunes pour la plupart et une fois sur trois célibataires ; dans 50 p. 100 des cas environ, les femmes avaient déjà deux enfants ou plus.

Médecin, je veux y voir essentiellement les résultats bénéfiques. Les services hospitaliers ne voient pratiquement plus ces infections, ces septicémies majeures consécutives à des avortements pratiqués dans des conditions abominables. On voit aussi beaucoup moins d'infections chroniques, de mutilations. C'est déjà un résultat heureux. De plus, les femmes se rendant à l'étranger pour interruption de grossesse — et nous savons dans quelles conditions elles le faisaient — sont nettement moins nombreuses : en Angleterre, neuf fois moins, c'est-à-dire 4 500 en 1976 au lieu de 37 000 en 1974. C'est, là aussi, un résultat heureux.

Cette loi a-t-elle eu une incidence sur la démographie, sur la diminution du nombre des naissances, si préoccupante pour notre pays ? Personnellement, je crois qu'il n'en est rien et que cette diminution des naissances et de la fécondité relève essentiellement d'autres causes, comme dans la majorité des pays dits industrialisés. Devons-nous rester pessimistes à ce sujet ? Je ne le crois pas, car certains indices qui nous viennent des pays à basse natalité, en particulier, semblent montrer une certaine inversion de la courbe.

Telles sont, madame le ministre, les quelques remarques que j'avais à faire au sujet du budget de la santé publique. Vous avez mené, depuis plusieurs années, une politique cohérente,

de continuité et de progrès dans les domaines de la santé publique et de la couverture sociale des Français. En votant ce budget, nous aurons le sentiment de vous en remercier. (Applaudissements des travées socialistes à la droite.)

**M. le président.** La parole est à M. Chérioux.

**M. Jean Chérioux.** Monsieur le président, madame le ministre, monsieur le secrétaire d'Etat, mes chers collègues, il ne saurait être question, dans le court délai imparti par le règlement à chaque orateur, de commenter toutes les dispositions contenues dans le budget du ministère de la santé et de la sécurité sociale, dans votre budget, madame le ministre, ni même de porter une appréciation sur les principales orientations autour desquelles s'articule votre action.

Il est vrai que, année après année, nous retrouvons les mêmes éléments fondamentaux qui constituent les grands axes de la politique sanitaire et sociale engagée par la V<sup>e</sup> République après des dizaines d'années de carence et d'inaction et dont nous nous honorons d'avoir assumé la responsabilité, car nous ne nous contentons pas de déclarations démagogiques, nous agissons. (Protestations sur les travées communistes et socialistes.)

De quoi s'agit-il ? De la modernisation et de l'humanisation des hôpitaux, de l'extension de la couverture sociale, du développement des mesures de solidarité en faveur des plus faibles et des plus déshérités.

Le budget que vous nous présentez aujourd'hui, madame le ministre, est d'abord, ainsi que vous l'avez vous-même déclaré, un budget de solidarité par l'importance des crédits affectés à la politique sociale.

Solidarité, n'est-ce pas là le maître mot de la pensée et de l'action gaullistes dans le domaine social ? Aussi, je ne peux que me réjouir d'une telle orientation et, pour tenir compte des priorités que vous avez voulu déterminer, je limiterai mon propos à l'examen de quelques-unes des mesures à caractère social qui sont inscrites dans la trame de votre budget.

Pour les handicapés, d'abord, vous nous proposez un effort considérable afin de disposer des moyens nécessaires à la mise en œuvre de la loi d'orientation.

Il s'agit à l'évidence d'un texte d'une grande portée, qui ajoute un complément substantiel aux droits déjà reconnus aux handicapés, notamment par la loi de 1971. Mais il ne faut pas se dissimuler que son application exigera des financements très lourds, et je me demande si tous les crédits nécessaires sont bien pris en compte dans le budget.

De même, je m'inquiète du retard qui pourrait être apporté à la publication des textes d'application et je souhaiterais que vous me confirmiez qu'ils seront définitivement mis au point avant la fin de l'année.

Dans le domaine du troisième âge, vous continuez à donner une place prioritaire au maintien à domicile des personnes âgées. C'est là une politique réaliste qui répond aux aspirations de la majorité d'entre elles et qui présente également l'avantage d'être moins coûteuse que l'hébergement systématique dans des établissements spécialisés : maisons de retraite, résidences ou foyers-logements.

Néanmoins, il ne faut pas perdre de vue qu'elle implique que soit menée parallèlement une politique d'habitat comportant, non seulement la modernisation et la réhabilitation des logements anciens, mais aussi la construction de logements neufs mis à la disposition des personnes âgées à des prix abordables.

A ce propos, la création par les municipalités de logements protégés gérés par leurs bureaux d'aide sociale est une solution qui mérite d'être encouragée.

Il convient de souligner, d'autre part, que la récente décision prise par le Gouvernement de mettre gratuitement le téléphone à la disposition des personnes âgées isolées vient compléter heureusement l'arsenal des moyens utilisés dans le cadre de cette politique de maintien à domicile.

Il n'en demeure pas moins que le succès de cette politique est conditionné par l'existence d'aides ménagères en nombre suffisant. Or je ne vous apprend rien en vous disant qu'il se pose un problème de recrutement des aides ménagères et que celui-ci ne pourra commencer à être réglé que lorsque l'on aura enfin revalorisé les traitements qui leur sont actuellement offerts et qui sont, il faut le reconnaître, nettement insuffisants.

Je voudrais enfin citer deux mesures contenues dans la loi de finances et qui me paraissent particulièrement bonnes. Il s'agit, d'une part, de l'article 81 de cette loi, qui met fin à

tout recours sur la succession de la personne âgée qui a bénéficié de l'allocation aux vieux travailleurs salariés, et, d'autre part, de la suppression de l'obligation alimentaire qui touchait les prises en charge par l'aide sociale d'heures d'aide ménagère à domicile.

Cela m'amène à poser, de façon plus générale, le problème de l'obligation alimentaire vis-à-vis des ascendants.

Il n'est pas supportable qu'une personne âgée puisse perdre le bénéfice d'avantages sociaux au motif qu'elle a des enfants susceptibles de l'aider et qu'elle se refuse de les voir mettre en cause à la suite de ses démarches. Or, cela arrive souvent, trop souvent, hélas ! C'est, en effet, pour elle une question de dignité. Mais il ne faut pas perdre de vue que, dans un tel cas, s'il est fait référence à l'obligation alimentaire, celle-ci n'est pas mise en jeu effectivement et qu'en définitive, c'est la personne âgée qui est la victime de cette exigence administrative.

Il est bien évident que l'on ne peut souhaiter, par contre, l'abrogation de l'obligation alimentaire, car il est difficile d'admettre que des enfants ayant, comme on dit, une belle situation puissent se désintéresser impunément de leurs parents, alors que leur attitude serait sans doute toute différente s'ils avaient la perspective de recueillir un héritage.

Une solution serait souhaitable, solution qui se traduirait par l'abandon non pas de l'obligation alimentaire, mais de la référence à l'obligation alimentaire pour l'octroi des avantages sociaux réservés aux personnes âgées, et qui prévoirait, en contrepartie, la taxation systématique des contribuables qui devraient être mis en cause par leurs ascendants au titre de l'obligation alimentaire du fait du niveau élevé de leurs ressources.

Je le répète : il s'agit non pas de supprimer l'obligation alimentaire, mais de rompre le lien qui existe entre la demande de la personne âgée et la mise en cause de ses enfants.

Je livre ce problème à votre réflexion, madame le ministre, en insistant sur le fait qu'une solution positive aurait des répercussions humaines et sociales considérables.

Il est, enfin, un domaine où, ces dernières années, l'action du Gouvernement a été par trop timide : c'est celui de la famille. Et pourtant, il serait plus nécessaire que jamais de mettre en œuvre une politique familiale généreuse et cohérente.

Je me dois de reconnaître que, cette année, un effort est proposé, il est vrai, surtout à travers la sécurité sociale : à partir du 1<sup>er</sup> janvier prochain, le complément familial se substituera, en les améliorant, à un certain nombre de prestations actuelles ; il permettra d'aider plus particulièrement les familles les plus modestes.

Je regrette toutefois que des mesures ne soient pas envisagées en faveur des familles privées de leur chef naturel, en particulier l'octroi d'aides spécifiques dont pourraient bénéficier les femmes chefs de famille, notamment en matière de formation professionnelle.

Permettez-moi, puisqu'il s'agit de crédits inscrits à votre budget, d'évoquer un problème soulevé par notre commission des affaires sociales, à l'occasion de l'examen du budget des anciens combattants : il s'agit du plafond annuel de la retraite mutualiste des anciens combattants. Ce plafond est actuellement fixé à 2 000 francs, notre commission a demandé qu'il soit porté à 2 200 francs.

J'aimerais, madame le ministre, que vous nous indiquiez si vous êtes disposée à consentir un geste sur ce point.

Je ne voudrais pas terminer cette intervention sans aborder, moi aussi, le vieux problème de la répartition des dépenses d'aide sociale entre l'Etat et les collectivités locales.

Les taux de contingent fixés en 1955 ne sont plus adaptés et se traduisent par des charges de plus en plus difficiles à supporter pour les départements et les communes. Je rappellerai en particulier que, pour les dépenses d'aide sociale des catégories II et III, Paris ne bénéficie que d'un contingent de 10 p. 100, ce qui signifie que 90 p. 100 des dépenses, qui sont des aides légales, sont supportées par le contribuable local parisien. C'est tout bonnement écrasant.

Voilà, madame le ministre, quelques remarques et quelques suggestions, quelques critiques, mais aussi quelques marques de satisfaction.

Quant à votre budget, je puis vous dire qu'il bénéficiera d'un vote positif de ma part et de celle de mes amis.

Dans ce vote positif, nous espérons que vous verrez notre souci de vous donner les moyens d'agir, une invitation à amé-

liorer et à compléter cette action, et aussi un encouragement à poursuivre une politique qui s'inscrit dans le cadre des objectifs à long terme que s'est fixée, depuis son origine, la V<sup>e</sup> République. (*Applaudissements à droite, au centre et sur les travées du RPR.*)

**M. le président.** La parole est à M. Henriët.

**M. Jacques Henriët.** Monsieur le président, madame le ministre, mes chers collègues, j'ai un peu l'impression qu'en cette journée et à cette heure je serai plutôt la *vox clamantis in deserto*, ce qui me donnera en compensation l'avantage de penser que ce sera non pas une intervention, mais « un colloque singulier » comme les médecins aiment à en avoir.

Je veux d'abord, madame le ministre, vous faire ce reproche de n'avoir pas parlé, dans l'exposé que vous avez fait, des travaux de recherche médicale qui sont conduits par l'INSERM car, les uns et les autres, nous avons eu l'attention attiré par le fait que le professeur Guillemin, d'origine française, avait obtenu le prix Nobel aux Etats-Unis.

Les Français ont peut-être l'impression qu'en matière de recherche nous pouvons éventuellement rester en retard. La vérité est tout à fait différente et je tiens par conséquent à proclamer que l'INSERM, dont vous pouvez être fière, a accompli et poursuit des travaux d'avant-garde.

Ainsi, voilà quelques jours à peine autant que je sache, un colloque de très haut niveau, très suivi, a attiré des savants du monde entier. Les recherches sur le cerveau poursuivies en France se situent, en réalité, au niveau le plus élevé.

Puisque je dois être bref — je l'ai promis tout à l'heure — je veux seulement ajouter quelques remarques ponctuelles, mais importantes, à l'occasion de l'examen de votre budget.

Madame le ministre, je suis très ému, à chaque fin de semaine, de lire dans la presse le nombre considérable de jeunes qui sont victimes d'un accident. L'hécatombe des jeunes est une chose effrayante, et je crois savoir — je l'imagine tout au moins — qu'elle est due à l'âge, mais aussi le plus souvent à l'alcool. C'est la raison pour laquelle je tiens à conforter les promesses qui ont été faites de prendre des mesures, en dix ans, avait-on dit, contre l'alcoolisme.

Depuis de longues années, j'appartiens au comité d'étude des problèmes de l'alcoolisme, qui siège à Matignon, et j'ai déjà eu l'occasion de faire des propositions concernant la lutte contre l'alcool.

Je ne veux pas rappeler qu'il est interdit en France de faire de la publicité en faveur de l'alcool dans tous les endroits fréquentés par les jeunes. Cela a été imposé par la loi Chenot, qui date, je crois, de 1961 ou de 1962.

Depuis de longues années, j'interviens à cette tribune pour demander d'une façon générale à M. le ministre de l'économie et des finances la suppression ou tout au moins l'abaissement de la TVA perçue sur les jus de fruits.

Il serait peut-être utile que nous créions au sein de notre commission, mon cher président sénateur-maire de Besançon, une sous-commission spéciale chargée d'étudier les problèmes de l'alcoolisme.

J'évoquerai très brièvement le budget de la sécurité sociale car tout a été dit par des gens qui savent apprécier les chiffres mieux que je ne saurais le faire moi-même.

Il me paraît extravagant que les sommes exorbitantes dépensées par la sécurité sociale ne soient pas soumises au contrôle parlementaire. Je fais confiance aux hauts fonctionnaires, qui sont incontestablement des gens de très grande qualité et je n'ignore pas leur dévouement et leur intelligence. Mais il me semble que vous pourriez, madame, proposer une réforme tendant à instituer un contrôle efficace du Parlement sur le budget de la sécurité sociale.

Je voudrais ensuite, là encore très brièvement, vous parler de l'hospitalisation. Nous approuvons les efforts faits pour l'humanisation des hôpitaux à laquelle, les uns et les autres, nous avons contribué de notre mieux.

Je veux seulement vous interroger à propos de la difficulté qu'éprouve aujourd'hui l'hospitalisation privée dont nous avons cependant un grand besoin.

Je ne parlerai pas de la globalisation des prix de journée — vous l'avez fait — ni de leur éclatement ni de la vérité des prix. Je voudrais savoir ce que vous pensez — peut-être me le direz-vous plus tard — de l'intervention du docteur Pons,

à l'Assemblée nationale, qui estime que, par décret en Conseil d'Etat, des conventions pourraient être passées entre la sécurité sociale et les cliniques privées. Et M. Pons ajoutait : « Les tarifs devront tenir compte du coût réel des prestations fournies ainsi que de la rémunération des investissements. »

L'idée est incontestablement originale. Elle doit être étudiée et je crois que, plutôt que de faire de la globalisation ou d'appliquer un prix de journée éclaté, il serait préférable de s'orienter vers la vérité des prix, comme le propose le docteur Pons, après d'autres, me semble-t-il.

**M. Yves Estève.** Très bien !

**M. Jacques Henriot.** Mais j'en arrive, madame le ministre, à l'objet principal de mon intervention.

Je voudrais vous demander de bien vouloir ajouter, à votre budget, une ligne réservée à l'écologie de la santé et je m'en explique.

J'ai eu, voilà peu de temps, le plaisir et l'honneur de présider — *honoris causa* — un symposium international sur le problème de l'environnement et du cancer. A cette occasion, je me suis instruit, car y participaient de nombreux chercheurs de l'INSERM ainsi que des chercheurs américains. En écoutant leurs communications, j'ai songé que si l'environnement pouvait favoriser l'apparition du cancer, il devait également exercer une certaine influence lors de l'apparition de nombreuses autres maladies.

A mon sens, la recherche des nuisances de l'environnement prolongerait votre politique de prévention. Or, la pollution de l'environnement susceptible d'affecter la santé est due, bien sûr, au développement de la grande industrie, à la recherche scientifique liée à la commercialisation, à l'industrie chimique, notamment à la chimie organique, et aussi à l'invention, à la création de substances non dégradables.

Les sources de cette pollution de l'environnement sont nombreuses. Au premier chef, on trouve l'agriculture moderne, avec ses engrais, ses pesticides, ses insecticides, qui polluent la chaîne alimentaire, ses colorants, ses œstrogènes, et j'en passe.

S'il existe, bien sûr, un seuil de tolérance, cette pollution a souvent des effets cumulatifs, non seulement sur les hommes mais aussi sur la flore et la faune.

Après l'agriculture moderne, les agents chimiques ont une grande responsabilité dans la pollution de l'environnement. Je citerai le plomb, le mercure, l'oxyde de carbone, les sulfures, l'amiante, les hydrocarbures, les détergents, et j'en passe, mais aussi les milliers de molécules nouvelles créées et mises sur le marché.

Je citerai encore les médicaments — à cet égard, je n'insiste pas — ainsi que les producteurs d'énergie : le charbon, le pétrole, dont les déchets se répandant dans l'air, dans l'eau, dans le sol, constituent ainsi autant de nuisances.

Je pourrais naturellement évoquer un certain nombre de maladies et leur éventuelle pathogénie, mais je ne veux pas être pédant. J'évoquerai seulement la bronchite chronique, les insuffisances respiratoires, les maladies cardio-vasculaires, dont meurent les hommes modernes. Mais je veux retenir surtout, et très brièvement, les atteintes sur l'individu et les risques de cancérisation ainsi que la pollution de l'appareil génétique. En effet, la cancérisation peut être due à cette pollution.

Déjà en mars 1975, l'association française d'écologie et de cancérologie avait été créée ; elle a dénoncé cette influence de la détérioration de l'environnement sur les causes de cancers.

A chaque réunion, de nombreuses discussions pluridisciplinaires montrent bien que les problèmes de cancer et d'environnement intéressent non seulement le cancérologue, mais aussi le juriste, le sociologue, le psychiatre, le géographe, le travailleur à l'usine ainsi que l'industriel dans son entreprise.

On ne peut condamner en bloc, bien sûr, les progrès du progrès. On ne peut revenir en arrière, à la vie primitive où le cancer était rare. Les progrès de la civilisation sont un phénomène qui paraît irréversible. L'essentiel est de connaître les périls, de leur trouver des remèdes ainsi que les moyens de protection contre les dangers présents ou futurs, pour la sauvegarde de l'humanité.

Les risques cancérogènes par des agents chimiques sont nombreux et je ne les citerai pas. Tout à l'heure, on a parlé du tabac et je ne fais que conforter ce qui a été si bien dit. Je vous complimenterai une fois de plus de ce que vous avez fait en matière de lutte contre le tabac.

Mais il y a aussi la pollution de l'eau, celle provoquée par les médicaments, la pollution de l'environnement viral.

La pollution atteint une telle gravité que certains chercheurs ont prétendu que 60 p. 100, selon les uns, 80 p. 100, selon les autres, des cancers humains sont dus à des facteurs d'environnement et donc qu'ils peuvent être évités si la prévention et la protection sont efficaces.

Un américain, le docteur Greenberg, est allé jusqu'à dire que probablement plus de 80 p. 100 des cancers seraient dus à l'environnement.

Je parlerai surtout de la pollution de l'appareil génétique par l'environnement. Sans être pédant, je dirai que la génétique est la science de la transmission des caractères héréditaires.

Il n'y a pas longtemps encore, on croyait que ce joli petit nez retroussé qui embellissait le visage d'une jolie femme venait du joli petit nez retroussé de sa grand-mère et que ce petit nez se trouvait dans les gonades pour réapparaître. Ce n'est pas tout à fait exact. Aujourd'hui, on sait que la transmission des caractères héréditaires se fait par des formules chimiques et que l'hérédité relève de la chimie moléculaire.

Cette transmission chimique des caractères héréditaires peut subir des nuisances de la part de l'environnement. J'ai noté trois domaines dans lesquels cette pollution chimique peut être grave à l'égard de l'appareil génétique.

Cette pollution peut s'exercer par la contraception chimique, mais je n'en parlerai pas davantage, madame le ministre, je ne fais que la citer. Je rappellerai simplement au passage ce que disait Jean Rostand lorsqu'il dénonçait ces dangers : « Qui dira combien de mutations nocives sont aujourd'hui achetées chez le pharmacien ? »

C'est notre éminent collègue, le docteur Lucien Grand qui, à cette même tribune, lorsque nous avons débattu du projet de loi tendant à interdire les prescriptions d'œstrogènes de synthèse aux jeunes veaux, s'écriait : « Ah ! Si les femmes savaient ce qu'on leur prescrit ».

Je n'insisterai pas davantage sur ce point. J'ai seulement voulu rappeler, madame le ministre, que les travaux conduits par l'INSERM sur ce sujet n'ont pas été poursuivis. Lorsque l'usage de la contraception chimique a été accepté par le Parlement, celle-ci a fait l'objet d'une étude de la part de plusieurs chercheurs de l'INSERM. Leur conclusion a été la suivante : « Il est hautement désirable de poursuivre cette recherche avant d'émettre quelque conclusion que ce soit ». Cela signifie que, sur le problème de la pollution chimique de l'appareil génétique, la connaissance n'est pas encore totale.

Par ailleurs, madame le ministre, vous avez été chargée de répandre dans le public français la justesse des réflexions que font les médecins et chercheurs sur l'innocuité de la recherche nucléaire.

Je ne peux que vous conforter dans cette voie car, effectivement, les nuisances nucléaires ne sont pas toujours ce que l'on dit ou ce que l'on essaie de faire croire, notamment vis-à-vis de l'appareil génétique.

A ce sujet, je rappellerai encore une fois que la génétique est la science de la transmission des caractères héréditaires et que cette transmission se fait par des moyens chimiques ; or, nous savons depuis Watson quelle est la structure de cette macro-molécule de l'ADN qui est faite de phosphate, de sucre, de bases pyrimidiques.

Ce qui unit ces bases, c'est un élément hydrogène, je me permets de le souligner pour que vous le reteniez. Cet élément « hydrogène » est l'élément le plus bas situé dans la chaîne de Mendéléïev et ne comporte qu'un proton, un neutron et un électron. Il est, encore une fois, le plus léger mais aussi le moins stable. C'est celui-là qui, dans la chaîne chimique — l'ADN — peut être touché par les radiations ionisantes dont vous aurez à vous préoccuper.

Personne ne sait et personne ne vous dira ce qu'est l'ionisation, même pas les biologistes. J'ai été obligé de m'adresser à un professeur de physique nucléaire pour savoir ce que représentait l'ionisation due à ces rayons ionisants dont on parle tant.

L'atome comporte un noyau autour duquel se trouvent des électrons. Que fait le rayon gamma qui crée cette ionisation ? Il détruit les électrons, si bien que le noyau se trouve « veuf », si l'on peut dire, sans ses électrons — voilà ce qu'est l'ionisation — à la suite de quoi, bien sûr, les tissus sont modifiés, détruits, à la suite de quoi la chaîne d'ADN ne peut plus faire une replication normale.

J'ai donc parlé de l'industrie nucléaire. C'est, en effet, le risque de mutation génétique qui est le plus à craindre. Il pourrait provoquer la régression à l'un quelconque des échelons que l'animalité a franchis avant d'arriver jusqu'à l'homme.

Or, l'atome d'hydrogène, je viens de le dire, n'a qu'un seul électron qui gravite autour de son noyau, et c'est cet électron qui est éventuellement déplacé par le rayon ionisé.

La liaison des deux bases est donc détériorée, et c'est là le point d'impact des rayons gamma et des rayons X. C'est là le mécanisme de la lésion grave apportée à la molécule d'ADN. C'est là la cause, la justification de la grande peur de voir modifié le patrimoine génétique des hommes sous l'action des radiations ionisantes produites par la fission de l'atome.

Si les savants ont été si actifs dans leurs recherches, on a le droit de penser que ceux-là mêmes qui ont eu le génie de découvrir les secrets du noyau et d'en rechercher les nuisances ont eu aussi le désir d'en détecter et d'en pallier les nuisances.

Je me suis informé en lisant un rapport de radio-protection qui m'a été procuré par Mme Vigne, une spécialiste de ces problèmes. J'en ai parlé à la tribune du Sénat et je n'y reviendrai pas.

Je veux seulement vous le faire remarquer, madame le ministre, on peut admettre l'opinion des experts quand ils sont assez affirmatifs et compétents pour nous apporter la preuve que ces nuisances génétiques n'ont pas la gravité que certains se plaisent à dénoncer.

La communauté scientifique internationale mène des travaux qui confortent ce point de vue, partagé par les savants depuis un certain temps.

Je veux surtout vous citer les paroles d'un de vos chercheurs, le professeur Pellerin, qui appartient aux chercheurs de l'INSERM. « Jamais », a-t-il dit, « dans toute l'histoire de la technologie, on n'a assisté à un déferlement de sottises telles qu'à propos des dangers que ferait courir l'énergie nucléaire ».

J'apporte de l'eau, madame le ministre, à votre moulin. Personnellement, j'ai acquis cette conviction que la production d'énergie nucléaire était infiniment moins polluante que la pollution traditionnelle d'une centrale électrique au charbon, laquelle, crachant des nuages de fumée, distribue d'énormes quantités de dioxyde de soufre ou d'oxyde d'azote, au même titre d'ailleurs que les foyers domestiques.

C'est encore le professeur Pellerin qui conclut : « C'est pourquoi j'affirme que le jour où on aura remplacé ces sources de pollution importantes par des sources d'énergie non polluantes, l'énergie atomique en particulier, on aura fait un immense progrès et l'espérance de vie s'en trouvera augmentée ».

Il ajoute encore : « Ce qui a été fait sur le plan de la protection et de la sûreté dans le domaine nucléaire est exemplaire et devrait, tout au contraire, servir de modèle dans la lutte contre la plupart des graves pollutions traditionnelles ».

Voilà, madame le ministre, ce que je voulais vous dire au sujet de cette pollution de l'appareil génétique.

Je dois encore souligner que l'environnement peut avoir une action sur l'appareil génétique à l'occasion de certaines études de la science fondamentale.

Aujourd'hui, expérimentalement bien sûr, et *in vitro*, les savants peuvent greffer à une bactérie des gènes qui produisent des hormones et on peut imaginer qu'un jour, qui est certes très lointain, on greffera des gènes qui produiront de l'insuline pour traiter le diabète. Mais nous sommes encore très loin de cette éventualité.

Cela me conduit, madame le ministre, à vous demander de penser d'ores et déjà à élaborer une réglementation des manipulations génétiques.

Ma conclusion sera la suivante : mes collègues qui m'ont précédé à cette tribune ont dit ce qu'ils pensaient de ce budget. Je fais miens, madame le ministre, leurs compliments, en reconnaissant que vous avez, depuis le jour où vous avez pris vos fonctions de ministre de la santé, apporté incontestablement des améliorations considérables à la santé des Français ainsi qu'au système hospitalier, je pense en particulier à l'humanisation des hôpitaux.

En conclusion de cette intervention, je vous demanderai tout spécialement de bien vouloir créer, dans votre budget, une ligne supplémentaire consacrée à l'étude de l'écologie de la santé. (*Applaudissements au centre et à droite.*)

**M. le président.** La parole est à M. Lemarié.

**M. Bernard Lemarié.** Monsieur le président, madame le ministre, monsieur le secrétaire d'Etat, mes chers collègues, l'analyse du budget de la santé a été très complètement, très parfaitement faite par mes collègues. Je partage pleinement leurs conclusions, singulièrement celles de notre rapporteur de la commission des affaires sociales, le docteur Grand.

Aussi n'entre-t-il pas dans mes intentions de me livrer à un nouveau survol des différents chapitres de ce très important budget que vous nous présentez, madame le ministre.

Plus simplement et plus rapidement, je soulignerai, au nom de mes collègues de l'UCDP quelques points qui nous paraissent fondamentaux dans le domaine de la santé.

En ce qui concerne la recherche en matière de santé, nous voudrions, madame le ministre, que des mesures soient prises tendant à augmenter les crédits de fonctionnement des centres de recherche, qui sont insuffisants, même si l'équipement de ces centres commence à être satisfaisant.

De même, en ce qui concerne l'information sanitaire, nous souhaiterions que vous apportiez aide et concours aux comités et associations spécialisés dans la diffusion de cette information.

Comment ne pas vous dire aussi combien nous souhaitons le maintien de la médecine libérale, afin que les praticiens puissent garder toute liberté de prescription et de soins.

Enfin, nous affirmons notre attachement au maintien des deux secteurs d'hospitalisation publique et privée et nous manifestons notre soutien à l'hospitalisation privée à but non lucratif, application exemplaire de la vie associative.

Il y a quelques mois, madame le ministre, vous citiez la belle phrase de Tocqueville : « Après la liberté d'agir seul, la plus naturelle à l'homme est celle de combiner ses efforts avec les efforts de ses semblables, et d'agir en commun ».

Cette liberté d'agir en commun, madame le ministre — que la loi de 1884 a confiée aux travailleurs, avant que la loi de 1901 ne la confère à tous les citoyens — a été obtenue après un bon siècle de lutte, mais n'a pas encore droit de cité. Nos traditions jacobines, mais aussi l'émergence de « l'Etat-providence » — l'Etat administratif tel que l'avait défini auparavant André Siegfried — l'en ont empêchée.

Mais votre ministère est celui dans lequel peut le mieux se développer cette vie associative, cette action communautaire.

Vous avez, madame le ministre, fait le pari de cette association, et les membres de mon groupe tiennent à vous en féliciter.

Encore faut-il qu'elle ne devienne ni assistance, ni « bonnes œuvres », ni « contre-pouvoir ».

Mes collègues du groupe de l'UCDP se montreront particulièrement attentifs à toute mesure prise en faveur du développement de la vie associative et apprécieront les soutiens qui lui seront donnés, tels que, conformément au vœu de l'union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux, l'UNIOPSS, l'encouragement à une participation des usagers au système d'éducation sanitaire et la plus grande participation possible des personnes âgées à la vie sociale de leur cité.

Quittant cette évocation de la vie associative, j'aborderai l'important problème de la démographie et de la famille.

Je voudrais, au nom de mes collègues, souhaiter que notre Haute Assemblée puisse ouvrir un large débat sur l'avenir démographique de notre pays, car c'est bien l'avenir démographique qui conditionne l'avenir tout court d'une nation.

Les observations et remarques que je voudrais formuler n'ont d'autre but que de vous demander de nous préciser les mesures prises ou envisagées par le Gouvernement pour obtenir le redressement indispensable d'une situation que je veux souligner : la démographie française ne saurait être le reflet d'une politique familiale qui serait elle-même sacrifiée à des considérations strictement budgétaires et à courte vue.

Bien qu'en 1976 le nombre des naissances — 719 400 — ait encore excédé celui des décès — 556 700 — laissant par conséquent un excédent de 162 700, la situation démographique de la France devient préoccupante.

L'excédent naturel était de l'ordre de 300 000 depuis 1945 ; le remplacement des générations n'est plus assuré. Avec la fécondité de 1976, une femme n'a plus, en moyenne, que 1,83

enfant, alors qu'il en faudrait 2,1 au moins pour que la population se maintienne stationnaire, compte tenu de la mortalité de l'enfance et du rapport des sexes.

On peut donc prévoir qu'à plus ou moins long terme, si aucun changement n'intervient, les décès l'emporteront sur les naissances et que la baisse brutale du nombre des naissances — 857 000 en 1973, 719 000 en 1976 — se traduira par des à-coups dans les effectifs scolaires, dans la population active et, enfin, dans le régime des retraites. Les factures démographiques se paient toujours pendant environ quatre-vingts ans.

Dès maintenant, cette baisse engendre un rétrécissement du marché intérieur, qui contribue à aggraver la crise économique et le chômage.

La reprise de la natalité signalée par le Président de la République et constatée depuis le milieu de 1976 reste minime, alors que jamais, au cours de son histoire, la France n'a eu tant de femmes en âge d'être mères.

Le relèvement de l'indice de fécondité du moment est insignifiant : on s'attend à ce que le nombre moyen d'enfants par femme s'établisse, pour l'année 1977, à 1,86, contre 1,83 en 1976, alors qu'il faudrait, je le répète, atteindre 2,1 pour assurer le simple remplacement des générations. Contrairement à ce qui est souvent avancé, les politiques démographiques ne sont pas inefficaces, à condition qu'elles soient cohérentes et soutenues.

C'est ainsi que la Tchécoslovaquie, où le nombre moyen d'enfants par femme était tombé à deux en 1968, a créé, en 1970, une allocation de la mère au foyer, qui représente le quart du salaire ouvrier moyen jusqu'à ce que l'enfant ait atteint un an, et relevé les allocations familiales en 1973. A la suite de ces mesures, le nombre d'enfants par femme est remonté à 2,5 en 1974.

De même en Hongrie, cette moyenne est remontée de 1,79 en 1972 à 2,32 en 1974.

En France, est-il besoin de rappeler que le conseil central de planification dans sa réunion du 27 mars 1975, a pris comme objectif souhaitable à moyen terme celui d'une « stabilisation de la fécondité à un niveau proche de celui qui assure le remplacement des générations ».

Telles sont, madame le ministre, les considérations qui ont amené la question que je vous ai posée. Nous attendons de vous, au-delà des intentions, la définition des grandes lignes d'une nouvelle politique, qui a été promise à plusieurs reprises et qui conditionne l'avenir même de notre pays.

Mais démographie et famille ne sont que deux aspects d'un même problème.

Or, notre groupe a rappelé à de nombreuses reprises sa position en matière de politique familiale.

Il croit à la dignité de la personne humaine et lutte pour l'épanouissement de communautés vivantes.

La famille est pour nous la communauté fondamentale, la cellule de base de la société et le cadre privilégié pour la formation de l'enfant. Nous considérons que l'institution familiale véhicule des valeurs essentielles. Si la France vient en tête de tous les pays du monde en ce qui concerne l'aide à la famille, notre système reste d'une extraordinaire complexité. De plus, l'évolution de la structure familiale engendre une modification dans les mentalités : la mère de famille souhaite la reconnaissance de la valeur économique de son travail.

Nous suggérons, pour répondre à nos analyses, deux axes d'action : simplifier le régime des prestations familiales et reconnaître un statut à la mère ; mettre en œuvre un ensemble de mesures concernant l'environnement social de la famille.

L'accroissement des ressources de la famille et la simplification du régime des prestations familiales constituent les points fondamentaux de notre doctrine.

L'amélioration de la qualité de vie des familles passe par une nouvelle organisation de la vie collective adaptée à l'évolution de la famille et de chacun de ses membres. Cela signifie que la femme qui veut exercer une activité professionnelle ne doit rencontrer aucun obstacle psychologique, social ou matériel. Elle doit pouvoir concilier ses différentes vocations et bénéficier d'une véritable liberté de choix.

En ce qui concerne la protection des familles, deux principes doivent être respectés et constituer la règle d'or et le fondement de la politique familiale.

Premièrement, le principe de la compensation des charges doit régir le système des prestations familiales. Deuxièmement, dans une société libérale, le principe du risque inhérent à chacun de

nos actes ne doit pas être altéré : la constitution d'une famille doit entraîner une prise en charge par l'individu de ses responsabilités.

Cependant, l'environnement social doit permettre à la famille de s'épanouir dans des conditions favorables. En préconisant une telle politique, le groupe de l'UCDP reste fidèle à sa tradition à la fois personnaliste et communautaire.

Il est un autre sujet sur lequel je souhaiterais, maintenant, attirer votre attention à l'occasion de l'examen de ce budget : celui de la toxicomanie.

Une enquête réalisée par le secrétariat d'Etat à la jeunesse et aux sports a montré récemment que ce fléau — que l'on imagine volontiers en régression parce que la presse n'en parle que par intermittence — est, en réalité, en constante progression.

Selon le rapport sur la violence présenté par M. Alain Peyrefitte, il y aurait environ 30 000 usagers de stupéfiants dans notre pays. Mais on peut imaginer que ce chiffre n'approche que de façon très imparfaite et lointaine la réalité.

Nous ne sommes plus, hélas ! comme au XIX<sup>e</sup> siècle ou avant les années 1965-1966, en face d'un phénomène marginal, une extravagance de comportement réservée aux artistes ou aux poètes qualifiés de « maudits », mais devant quelque chose de plus grave et de plus profond.

La diffusion du mal à travers tout le pays, son extension à toutes les classes sociales nous démontrent qu'il ne s'agit pas d'une mode quelconque plus ou moins farfelue, mais d'un symptôme de ce mal de la jeunesse, qui n'est peut-être qu'un des aspects de notre incapacité à lui ouvrir les voies de l'espérance.

La loi du 31 décembre 1970, dont j'ai été le rapporteur devant la Haute Assemblée, paraît ne pas avoir subi trop rapidement l'érosion du temps ; elle répond encore à ce souci d'équilibre que nous souhaitons instaurer entre la sanction et le traitement.

Je me félicite, madame le ministre, de l'effort important mené par votre ministère en ce qui concerne la multiplication et la diversification des centres de soins. Peut-être serait-il bon de dresser, sept ans après l'entrée en vigueur de la loi, un rapide bilan. On s'apercevra alors, sans nul doute, que le problème de l'intoxication par la drogue ne se règle pas seulement par des mesures administratives. Il faut, de la part de ceux qui tentent de renouer le dialogue avec ces êtres à la dérive, beaucoup de chaleur humaine, qualité qui échappe à toute réglementation, mais qui est pourtant un des éléments fondamentaux de toute thérapeutique.

La solution n'est pas codifiable. Elle n'est pas non plus purement médicale. La palette est nuancée des modes d'interventions nécessaires, et je sais que, si certains êtres ont besoin pour sortir de leur calvaire d'être pris en main dans des groupes où sont pratiquées des méthodes autoritaires, d'autres, au contraire, ont besoin de vie participative.

Nous le constatons, la drogue dévoile une absence tragique d'espérance qu'il faut combler. Créer des centres de soins est important, mais ce n'est pas tout. Soigner est nécessaire, mais insuffisant. La guérison passe par une « resocialisation » et une restructuration de l'individu et, à cet égard, toutes les expériences sont intéressantes : les centres ruraux, les centres artisanaux, ou le sauvetage par l'écologie, tenté par une équipe qui, à Metz, a choisi avec succès cette méthode.

Les expériences diverses des équipes qui soignent ou encouragent les drogués dans leur guérison semblent toutes arriver à cette conclusion que le travail, notamment créatif, est un des moyens de rééquilibrer les individus.

Nous savons que la réinsertion sociale est également une chose importante. Dès lors, pourquoi ne pas tenter de donner une formation professionnelle à ces malades pendant la période de cure ? Elle leur permettrait à la fois de progresser vers la guérison et de trouver ensuite une place dans la société.

Dans ce domaine de la réinsertion sociale, je souhaiterais, madame le ministre, que vous nous fassiez part des résultats obtenus dans les centres de moyen séjour à caractère sanitaire, tels celui de Bourg-Saint-Bernard, près de Toulouse ou celui de Feytiat, près de Limoges, qui sont des intermédiaires entre la posture suivie dans un centre hospitalier et le placement familial.

Ce bilan général devrait, me semble-t-il, permettre de développer un aspect qui semble être passé au second plan : je veux parler de la prévention et, avant tout, de l'information.

Vous avez orchestré une campagne nationale pour dénoncer les méfaits du tabagisme. Pourquoi ne pas agir pareillement en ce qui concerne la toxicomanie, en trouvant une argumen-

tation propre à sensibiliser les principales victimes, c'est-à-dire les jeunes ? Pourquoi ne pas dire qu'en 1972 la drogue a tué six personnes et qu'en 1976 elle en a tué soixante-seize ?

Certes, des émissions de télévision consacrées à tel ou tel « gourou » ou aux centres médicaux tels que celui de Marmottan ont leur importance. Certes, la circulaire du 27 mars 1973 donnant aux chefs d'établissement scolaire et aux enseignants des conseils sur la conduite à tenir en face des difficultés rencontrées dans le domaine de la toxicomanie a été une heureuse initiative. Mais il faudrait trouver des moyens qui permettraient d'alerter les familles et de mettre en garde tous ceux qui sont sur le point de tenter l'expérience.

On ne peut ignorer, non plus, que ces drogues soient sources de bénéfices et font l'objet d'un florissant commerce. Il faut certainement distinguer entre les drogues dures et les drogues douces, encore qu'il faille le faire avec prudence, entre l'adolescent qui partage un peu de chanvre avec son voisin de classe et celui qui fait profession de fournir de l'héroïne.

Tout ce qui sera fait dans le sens de la répression des « marchands d'illusion » et de rêves à bon compte sera, croyez-le, accueilli avec la plus grande faveur par l'opinion publique. Les méthodes de traitement étant excessivement onéreuses, il paraît indispensable de renforcer l'aspect préventif et répressif dans ce domaine.

Nous savons qu'il n'y a pas de solution miracle à ce mal des âmes, mais il faut que tous les moyens soient mis en œuvre pour que ceux qui, aujourd'hui, ont succombé ou sont gravement menacés puissent dire demain avec Henri Michaux : « Les drogues nous ennuiant avec leur paradis ».

J'en aurais fini si je ne tenais à évoquer encore un problème : celui de l'application des systèmes de préretraite.

Lors des Etats généraux du troisième âge, M. le Président de la République s'est prononcé pour un passage progressif organisé sur plusieurs années d'une activité professionnelle à une activité plus réduite, puis à la retraite.

Or, les entreprises qui veulent appliquer un système progressif de préretraite conforme à la fois au souhait du Président de la République et à celui d'une très grande majorité de travailleurs, se heurtent à différentes difficultés, et c'est l'une d'entre elles que je me permettrai d'évoquer devant vous.

L'article L. 120 du code de la sécurité sociale indique que pour le calcul des cotisations des assurances sociales, des accidents du travail et des allocations familiales, sont considérées comme rémunérations toutes les sommes versées aux travailleurs en contrepartie ou à l'occasion du travail, notamment les salaires ou gains, les indemnités de congés payés, le montant des retenues pour cotisations ouvrières, les indemnités, primes, gratifications et tous les autres avantages en argent, ainsi que les avantages en nature, et les sommes perçues directement ou par l'entremise d'un tiers à titre de pourboire.

Ce texte est appliqué avec une certaine rigueur par l'administration. C'est ainsi que les indemnités complémentaires aux allocations journalières de sécurité sociale versées directement par l'employeur au salarié lorsque celui-ci adopte le système progressif de préretraite sont toujours considérées comme une rémunération et passibles, de ce fait, de l'ensemble des charges sociales, puisqu'il semble que, seules, les indemnités de préretraite servies aux travailleurs dont le contrat avec l'entreprise est rompu sont exonérées de cotisations sociales et que, par voie de conséquence, les indemnités versées aux salariés dont le contrat de travail est maintenu sont incluses dans l'assiette des cotisations sociales.

Les divers textes que nous avons votés jusqu'à présent et qui tendaient en particulier à abaisser l'âge de la retraite pour les travailleurs manuels et pour certaines ouvrières mères de famille n'ont pas malheureusement connu le succès escompté, et ce essentiellement pour des raisons d'ordre financier. Un travailleur manuel à l'âge de soixante ans aspire sans aucun doute à prendre sa retraite, mais même s'il dispose d'une retraite à taux plein, cette dernière n'est malheureusement pas suffisante pour lui permettre de faire vivre sa famille. Par ailleurs, se pose le problème de l'adaptation des travailleurs à leur retraite. C'est la raison pour laquelle il convient de favoriser les systèmes progressifs de préretraite.

Mais, pour que ceux-ci puissent être adoptés par le plus grand nombre d'entreprises, il serait sans doute souhaitable d'assouplir la réglementation actuelle, en interprétant de manière moins restrictive l'article L. 120 du code de la sécurité sociale et en prévoyant à terme l'exonération totale des charges sociales assises sur la partie du traitement versé aux personnes ayant

adopté le système progressif de préretraite, partie qui ne correspond pas effectivement à une prestation en travail de la part de ces salariés.

Monsieur le président, madame le ministre, monsieur le secrétaire d'Etat, mes chers collègues, je vous remercie de votre bienveillante attention. (*Applaudissements sur de nombreuses travées.*)

**M. le président.** La parole est à M. Schwint.

**M. Robert Schwint.** Après la présentation d'excellents rapports, après les brillantes interventions de nombreux orateurs et après le magistral exposé du professeur Henriot — j'espère, mes chers collègues, que vous avez enfin compris l'importance de la molécule d'hydrogène et la signification parfaite de l'ionisation (*Sourires*) — je voudrais, à mon tour, très honnêtement souligner à la fois les éléments concrets de votre budget, madame le ministre — bien traité, nous a dit le rapporteur, M. le président Ribeyre, en cette période d'austérité — et le caractère positif de votre action en matière de politique sanitaire et sociale, action complétée par celle de votre secrétaire d'Etat, M. Lenoir.

L'effort réalisé en matière de santé a porté au cours des dernières années notamment sur l'amélioration de l'appareil de soins par une action d'humanisation, qui a coûté, avez-vous dit, madame le ministre, 1 350 millions de francs depuis quatre ans.

Cet effort a porté également sur le développement de la prévention des maladies et des handicaps, sur la formation du personnel sanitaire et social et sur l'amélioration de ses conditions de travail, enfin, sur un effort de solidarité en faveur des catégories les plus défavorisées, notamment les handicapés — c'est la loi d'orientation — les familles et les personnes âgées.

Les mesures en faveur des familles se sont traduites par l'instauration en 1977 du complément familial — cette mesure importante, évaluée à 3 250 millions de francs, concernera environ 2 600 000 familles — par le congé parental d'éducation institué par la loi du 12 juillet 1977, par l'amélioration des allocations d'orphelin avec une majoration prévue de 30 p. 100 de l'allocation au taux partiel, par l'amélioration des allocations de parent isolé — le revenu garanti devant passer de 1 200 francs à 1 536 francs pour un parent avec un enfant — enfin par la revalorisation des prestations familiales puisqu'il faut noter pour 1977 une augmentation de 10,6 p. 100, dont, chose intéressante, 1,5 p. 100 de « participation à la croissance ». C'est là une mesure qui est modeste, mais qui va dans le sens du rattrapage demandé depuis très longtemps par l'ensemble des sénateurs.

J'en viens aux mesures prises en faveur des personnes âgées. Ce sont la majoration des pensions liquidées avant le 1<sup>er</sup> janvier 1973, l'amélioration de la situation des conjoints survivants, l'avancement de l'âge de la retraite à taux plein pour certaines catégories, telles que les anciens déportés et internés de la Résistance, ainsi que pour certaines femmes. Cette dernière mesure, mes chers collègues, va d'ailleurs s'appliquer en deux étapes pour ramener progressivement l'âge de la retraite à soixante ans. Enfin les prestations de vieillesse du régime général et les rentes d'accident du travail ont fait l'objet de revalorisation : 8,6 p. 100 au 1<sup>er</sup> janvier 1977 et 9,1 p. 100 au 1<sup>er</sup> juillet de même année.

Dans le domaine de l'aide et de l'action sociale, de nombreuses mesures ponctuelles sont déjà intervenues. D'autres sont envisagées dans le présent projet de loi de finances et nous les approuvons pleinement. Il faut notamment relever la suppression de l'obligation alimentaire pour les personnes âgées demandant le service d'une aide ménagère, la suppression de tout recouvrement sur la succession de la personne âgée qui a bénéficié de l'allocation aux vieux travailleurs salariés, la suppression du recouvrement des créances de l'aide sociale contre les débiteurs d'aliments des mineurs et des adultes handicapés pour les sommes versées sous le régime en vigueur avant la loi d'orientation, enfin l'abaissement de 17,6 p. 100 à 7 p. 100 du taux de la taxe sur la valeur ajoutée appliqué aux fournitures de logements et de nourriture des maisons de retraite.

Toutes ces mesures, je le répète très ponctuelles, vont dans le sens d'une amélioration des conditions de vie des catégories les plus dignes d'intérêt et nous sommes heureux de le constater. Toutefois, nous estimons que l'Etat ne fait pas toujours l'effort souhaitable et souvent, trop souvent à notre gré, les collectivités doivent prendre le relais, financer, parfois de façon importante, certaines réalisations, compléter, voire innover.

J'aimerais maintenant souligner l'effort consenti par nos collectivités locales dans cette action en faveur de la santé et de l'action sociale. Je le ferai en citant deux exemples.

Le premier concerne les travaux d'humanisation des hôpitaux, qui est absolument indispensable non seulement pour supprimer les salles communes, mais pour améliorer les relations entre malades et personnels soignant et médical.

Un centre de soins que je connais bien, puisque je préside son conseil d'administration depuis quelques années, a envisagé récemment des travaux d'humanisation pour un montant de 6 millions de francs. La subvention du ministère de la santé se monte à 20 p. 100 du montant de la dépense subventionnable.

Il faut donc trouver le complément. Nous avons fait appel à la caisse régionale d'assurance maladie qui apportera son concours sous forme d'un prêt sans intérêt représentant 40 p. 100 du montant des travaux.

L'établissement public régional consentira une subvention de 10 p. 100. Pour le reste, il faudra avoir recours à l'emprunt auprès de la caisse des dépôts. Mais, là encore, le conseil général — donc le département — aidera cet établissement en prenant à sa charge 35 p. 100 du montant des annuités d'emprunt.

Quand on connaît les difficultés financières des collectivités locales, on ne peut que regretter, notre collègue M. Grand l'a fait tout à l'heure, la participation trop faible de l'Etat qui, ne l'oublions pas, récupère sur ces travaux 17,60 p. 100 de T.V.A. Pour peu que le coût de ces travaux dépasse le montant des dépenses subventionnables, l'Etat va finir par trouver un certain avantage financier à réaliser l'humanisation des hôpitaux.

Dans le domaine de l'action sociale, la répartition des dépenses d'aide sociale entre l'Etat, les départements et les communes, est un système, nous l'avons déjà maintes fois souligné, largement dépassé.

Nous le critiquons depuis longtemps, et cette année encore, la commission des affaires sociales a chargé M. le président Grand d'intervenir très énergiquement dans le débat relatif au budget du ministère de l'intérieur, pour dénoncer, une fois de plus, les critères de répartition vieux de près de vingt-cinq ans. En effet, les sommes dues par les départements et les communes sont fonction de leur richesse, laquelle était mesurée à partir des ressources fiscales perçues en 1951, 1952 et 1953. La cour des comptes avait elle-même reconnu, dans son rapport de 1975, que les facultés contributives des départements avaient subi d'importantes distorsions depuis le décret du 21 mai 1955 qui avait fixé, département par département, les clés de répartition. Il est évident, par ailleurs, que les réalités économiques, démographiques, locales se sont profondément modifiées depuis vingt-cinq ans, affectant les charges de l'action sociale, aussi bien au niveau de l'aide à l'enfance qu'à celui des personnes âgées.

C'est pourquoi nous demandons de nouveau une révision des critères à partir desquels les charges respectives de l'Etat, du département et des communes sont réparties. Cette révision est d'autant plus urgente, à notre avis, que le système actuel rend de plus en plus insupportable la part laissée à la charge des collectivités locales en leur imposant dans le groupe III la part la plus élevée.

Un autre point particulier mérite d'ailleurs une certaine attention. Il concerne le remboursement au bureau d'aide sociale des frais d'instruction des dossiers d'aide légale. En effet, obligation a été faite aux maires prétendant à ce remboursement d'employer un personnel spécialement affecté à cette tâche et rémunéré sur le compte du bureau d'aide sociale. Il semble que l'esprit du texte instituant cette ressource s'est trouvé trahi, en ce sens qu'au lieu d'aider les maires des petites et moyennes localités à constituer des bureaux d'aide sociale autonomes, elle n'a été, en fait, accordée qu'aux villes d'une certaine importance ayant obligatoirement un volume plus grand d'activités.

Les instructions données par vous-même, madame le ministre, à certains directeurs départementaux des affaires sanitaires et sociales confirment cette interprétation restrictive. Une protestation unanime a été émise par les responsables de Franche-Comté des bureaux d'aide sociale contre le fait que le remboursement n'est accordé qu'à partir d'un certain nombre de dossiers dont le nombre n'est, d'ailleurs, fixé par aucun texte et qui dépend, par conséquent, de la seule appréciation des directeurs départementaux des affaires sanitaires et sociales. Il semble parfaitement normal de procéder au remboursement des frais d'instruction, quel que soit le nombre de dossiers concernés.

Je voudrais souligner maintenant que, là où l'Etat n'est pas en mesure de remplir sa mission, ce sont les collectivités locales et, au premier chef, les communes qui parent au plus pressé, jouant le rôle de précurseur pour des mesures nouvelles.

Tel est le cas, par exemple, du minimum social garanti, instauré depuis plusieurs années déjà dans la ville que j'ai l'honneur d'administrer et que j'aimerais très rapidement vous faire découvrir.

La politique menée au titre du minimum social garanti a été découverte, chemin faisant, par l'équipe sociale de notre ville, dans son souci permanent de « collier au terrain ». Il ne s'agit pas de la projection d'un concept intellectuel sur le quotidien, mais de la mise en place progressive d'une mesure locale générale inspirée de cas très concrets.

Les personnes âgées ont été les premières à bénéficier de cette volonté politique d'éviter à des générations qui ont mené toute une vie de travail de se voir réduites, au moment de la retraite, à un niveau de ressources indigne de la personne humaine. Dès 1968, un effort était entrepris pour garantir des ressources égales à 70 p. 100 du SMIC à toutes les personnes âgées de la ville.

Les membres de la commission administrative chargés des problèmes familiaux ont alors fait observer que d'autres catégories sociales, telles les femmes seules, se trouvaient dans une situation souvent plus douloureuse encore que celle des personnes âgées. C'est pourquoi nous avons créé ensuite, à leur intention, un complément au capital décès pour les veuves et une allocation régulière d'aide à l'enfance pour toutes les femmes seules chargées de famille.

L'année suivante, enfin, l'action était étendue à toutes les familles en difficulté, c'est-à-dire celles où la maladie, l'accident, l'inadaptation du père ou la simple malchance font que ses ressources ne lui permettent plus une vie décente et l'exposent, parce qu'une pauvreté excessive porte en elle des germes d'inadaptation et de délinquance, aux pires ennuis et à la dégradation.

Avec les femmes seules, mais surtout avec les familles, la nécessité est apparue ensuite de ne plus limiter le dispositif mis en place, comme c'était le cas cas pour les personnes âgées, au simple paiement d'allocations garantissant un minimum de ressources, mais de le doubler d'une action socio-éducative visant à redonner aux bénéficiaires leur véritable autonomie.

C'est là, bien entendu, le volet le plus important de l'action entreprise, mais c'est aussi le plus difficile, car il nécessite un gros effectif de travailleurs sociaux et, de la part de l'équipe sociale concernée, un souci constant de reconstruction familiale, alors que la réalité quotidienne est peu souvent encourageante.

Nous avons donc, à Besançon, institué une garantie de ressources complétée d'une action socio-éducative. Quel en était le coût pour la collectivité ? Je citerai quelques chiffres.

Pour l'année 1977, en appliquant la base de 70 p. 100 du SMIC pour une personne âgée seule, le SMIC total pour une femme seule ayant deux enfants et deux fois le SMIC pour une famille ayant dix enfants, plus les allocations familiales, — le revenu étant entendu sans les allocations familiales — les dépenses, pour la seule ville de Besançon, se sont élevées à 2 375 000 francs, ce qui représente 1 p. 100 seulement des dépenses totales de la ville, 19 francs par habitant ou 60 p. 100 du contingent d'aide sociale réclamé à cette même ville.

Malgré les efforts des collectivités locales, le coût de la santé des Français reste très préoccupant. Fréquemment, les titres des journaux témoignent avec éclat de ce souci permanent des responsables de la santé en France. On a pu lire, en effet : « La France étouffe sous les charges sociales ; les employeurs supportent plus de la moitié des dépenses sociales de la nation » et, notamment, en 1974 : « Sur cent jours, les Français travaillent quarante et un jours pour la sécurité sociale ».

Notre rapporteur pour avis, M. Boyer, ayant analysé avec pertinence les causes essentielles du déséquilibre structurel du régime général de la sécurité sociale, je n'y reviendrai pas.

Il me paraît cependant urgent de modérer sérieusement les dépenses de santé, étant persuadé que l'on peut soigner moins cher en soignant aussi bien, comme l'ont prouvé des études présentées en mars dernier à la cinquième journée d'économie médicale de l'hôpital Necker.

Il conviendrait tout d'abord de rationaliser le secteur hospitalier ; puis de prévoir un mécanisme de contrôle du rapport entre la qualité et le coût des soins, plus efficace que le simple profil médical ; ensuite d'informer largement les médecins et les étudiants en médecine en matière d'économie de la santé ; enfin, d'éveiller les Français eux-mêmes à une prise de conscience de leurs responsabilités, en leur précisant que les longues

ordonnances ne sont pas nécessairement les meilleures et que les traitements les plus onéreux ne sont pas obligatoirement les plus satisfaisants.

C'est par la mise en œuvre progressive de toutes ces mesures que l'on parviendra à maîtriser les dépenses de santé, condition indispensable à la survie de notre régime de protection sociale des Français.

Bien entendu, d'autres solutions pourraient être envisagées, avec un gouvernement de nature politique très différente et une autre majorité, pour s'orienter vers un autre type de société. *(Sourires à droite.)*

Mon cher collègue Henriët, le programme commun signé en 1972 est très net à ce sujet. Je me permettrai de vous en lire quelques extraits, persuadé que vous les ignorez. Je cite : « Il faut mettre à la portée de tous une médecine de qualité englobant la prévention, le diagnostic, les soins et la réadaptation dans un ensemble coordonné et humanisé où les besoins de la santé ne seront plus soumis à la loi du profit. Une organisation rationnelle et démocratique des structures sanitaires de toutes natures sera mise en place dans le respect des principes suivants : sécurité sociale, liberté de prescription, libre choix du médecin par le malade. »

Voici un autre passage : « Dès son arrivée au pouvoir, le gouvernement organisera une table ronde avec toutes les parties intéressées pour préciser les modalités d'application, le calendrier d'exécution et le financement de ce programme. » Mais je suis sûr qu'il sera plus agréable d'en parler à une autre époque de l'année, c'est-à-dire non pas en cette fin d'automne mais au printemps prochain, après que les citoyens français se seront prononcés sur un choix clair et précis.

**M. Robert Laucournet.** Très bien !

**M. Robert Schwint.** Dans cette attente nous ne pouvons que constater, madame le ministre, l'effort sérieux entrepris depuis votre nomination à ce poste de responsabilité pour améliorer les conditions de vie sanitaires et sociales de la nation, sans avoir pour autant, à notre avis, résolu fondamentalement l'ensemble des problèmes que pose et que posera à tout gouvernement le souci permanent de la santé et de la vie sociale des Français. *(Applaudissements sur les travées socialistes, sur diverses travées de l'UCDP et à droite.)*

**M. le président.** La parole est à M. Gamboa.

**M. Pierre Gamboa.** Monsieur le président, madame le ministre, mes chers collègues, permettez-moi, avant toute chose, d'exprimer la profonde réprobation du groupe communiste sur le temps de parole imparti aux parlementaires pour un débat qui concerne la vie et la santé de notre peuple.

« Notre protection sociale est à un tournant de son histoire. Jamais l'institution n'a été aussi fragile, aussi menacée. » Qui tient ces propos ? Ce n'est ni un parlementaire communiste, ni une personnalité de l'opposition, c'est M. Beullac, ministre du travail. Puisqu'une telle appréciation est portée par une personnalité éminente de ce Gouvernement, il eût été légitime que ce débat puisse se dérouler dans de bonnes conditions devant le parlement de notre pays. C'est la première critique de fond que je me permets de formuler.

Sans doute, madame le ministre, le Gouvernement que vous représentez ne souhaite-t-il pas laisser tout son essor à la critique qui monte du pays en raison de l'insatisfaction qu'engendre la dégradation permanente de la protection sociale et de la santé, laquelle affecte la vie de dizaines de millions de nos compatriotes.

C'est pourquoi, compte tenu du temps de parole dont les parlementaires peuvent disposer dans ce débat, je limiterai mon propos à une seule question, celle de l'harmonisation et de la généralisation de la sécurité sociale en liaison avec votre budget pour 1978.

Pour nous, la santé des Français ne devrait pas être considérée comme une contrainte ou comme une charge financière mais, au contraire, comme un investissement éminemment rentable et productif pour la société. C'est ce qu'exprimait, sous une certaine forme, le conseiller d'Etat Pierre Laroque, voilà quelques décennies, lorsqu'il déclarait : « Tout industriel considère comme normal et nécessaire de prélever sur ses recettes les sommes nécessaires, indispensables pour l'entretien de son matériel ; or, la sécurité sociale représente, dans une très large mesure, l'entretien du capital humain du pays et c'est là un aspect du problème trop souvent méconnu ».

Est-ce cette préoccupation qui guide l'action gouvernementale actuelle ? Assurément non. La philosophie de votre budget, que nous récusons, est celle du régime d'assistance et de couverture minimum.

Notre opposition est d'autant plus vigoureuse que la situation de crise dans laquelle se trouve plongé notre pays du fait de votre politique se caractérise de plus en plus par l'austérité et la misère pour des millions de Françaises et de Français, de ce pays.

Aujourd'hui, pour les familles les plus démunies, la maladie ou l'accident représente un véritable drame, drame souvent à l'origine du mécanisme inexorable qui aboutit aux formes extrêmes de la misère. La crainte de la maladie devient une véritable hantise, équivalente à celle de la perte de l'emploi, et ce à un moment où la dégradation des conditions de vie et de travail agresse la santé et développe les besoins en matière de soins.

Aujourd'hui, il faut dire nettement, mes chers collègues, que, pour 17 millions de Françaises et de Français — ce n'est pas une invention des parlementaires communistes ; des statistiques ont été élaborées par d'éminents experts selon lesquelles, sur des bases modernes, on peut actuellement déterminer que 17 millions de Françaises et de Français vivent dans la misère — pour ces Françaises et ces Français, dis-je, la sécurité sociale ne saurait être une question en plus ou une question d'ordre technique, car les prestations de sécurité sociale représentent aujourd'hui une composante du pouvoir d'achat.

Or, nous assistons, depuis une certaine période, à une extraordinaire campagne orchestrée par les représentants du CNPF et du Gouvernement contre la sécurité sociale. « L'immense machine anonyme, irresponsable et sacrée », c'est ainsi que M. Yvon Chotard, vice-président du CNPF, a défini la sécurité sociale lors de l'assemblée générale du patronat le 18 janvier dernier. M. Chotard ajoutait : « Si elle continuait à se développer au même rythme, elle mettrait encore plus à mal l'économie qu'elle ne le fait maintenant. Il faut donc, concluait le représentant du CNPF, mettre un terme à la croissance des dépenses de santé. » C'est ce à quoi s'emploie votre gouvernement, madame le ministre.

J'en perçois l'aveu dans l'intervention du rapporteur général de la commission des finances de l'Assemblée nationale du 5 octobre dernier. En effet, à cette occasion, M. Maurice Papon, parlementaire de la majorité, déclarait : « Le ralentissement de la croissance des dépenses de santé peut partiellement s'expliquer par les incertitudes de la situation économique qui n'ont guère incité les particuliers à des dépenses superflues. » Par parenthèse, les six millions de salariés français qui gagnent moins de 2 000 francs par mois apprécieront un tel jugement de la part d'un représentant de la majorité actuelle ! Ce même parlementaire ajoutait, je me permets d'y insister : « Il est en tout cas incontestable que la politique entreprise depuis près de deux ans commence à porter ses fruits. » Quel aveu !

Pour étayer leur campagne, les détracteurs de la sécurité sociale utilisent généralement deux arguments : d'abord, son déficit ; ensuite, les charges sociales qui mettraient à mal la compétitivité de notre économie. Là encore, ces informations n'ont rien à voir avec la réalité. On passe sous silence les conséquences du chômage, les bas salaires, les charges indues, les profits des trusts pharmaceutiques, les dettes patronales...

Je vous citerai quatre exemples pour démontrer la véracité de mon propos.

Premièrement, la CGT a estimé, par exemple, que le seul fait de porter le SMIC à 2 200 francs par mois, sans prendre en compte les répercussions d'une telle mesure sur les autres catégories de salariés, se traduirait par une recette supplémentaire de 4 400 millions de francs par an pour le seul régime général.

Deuxièmement, lors de son audition à la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, le 18 novembre à l'Assemblée nationale, Mme Jacqueline Lambert, secrétaire confédérale de la CGT, a rappelé que son organisation chiffrait, *grosso modo*, à 25 milliards de francs les charges indues supportées par le régime général de la sécurité sociale.

Troisièmement, l'aggravation des conditions de travail a engendré, ces dernières années, la multiplication des accidents du travail. Ainsi, pour la seule année 1975, on a estimé à 40 milliards de francs le coût, toutes conséquences cumulées, de ce véritable fléau que sont devenus les accidents du travail du fait de l'intensification des cadences imposée par les grandes sociétés de notre pays.

Quatrièmement, pour ne pas allonger mon propos, je m'en tiendrai à l'exemple de l'hospitalisation. Celle-ci représente

un marché considérable, près de la moitié des dépenses d'assurance maladie. Dans le même temps qu'il facilitait la pénétration des grands groupes industriels sur ce marché, comme la CGR, filiale de la Thomson-CSF, qui fournit 75 p. 100 des matériels radiologiques de l'assistance publique, votre gouvernement, madame le ministre, a, depuis un certain nombre d'années, incorporé dans les prix de journée les investissements de ce secteur. Voilà pour le déficit.

On parle aussi de la charge sociale, mais on passe sous silence le fait que la somme des salaires et des cotisations sociales est, en France, la plus faible de la CEE, ce qui réduit à néant l'argument selon lequel les charges sociales entravent la compétitivité des entreprises françaises.

A la vérité, bas salaires et dégradation de la couverture sociale sont deux aspects, deux composantes d'une même politique.

Vous présentez votre budget de 1978 comme devant permettre de jeter les bases d'une véritable harmonisation de la couverture sociale des Françaises et des Français. Sans nul doute, vous avez repris une aspiration légitime et profonde qui s'exprime depuis des décennies dans ce pays, mais les faits que je viens d'exposer démontrent que ce n'est pas cet objectif qui sera atteint.

En effet, pour nous, une véritable harmonisation devrait se fixer pour objectif la mise en place d'un régime unique assurant une protection maximale à tous. Nous considérons que la voie de l'unification doit passer par une harmonisation des régimes sur la base des législations les plus évoluées et allant dans le sens d'une participation financière identique de chacune des catégories sociales.

Dans ce cadre et comme le proposent les grandes organisations syndicales représentatives, le budget de l'Etat devrait participer au moins pour 15 p. 100 au fonctionnement de la sécurité sociale. Certes, je le sais, vous allez nous répondre, madame le ministre, que, d'après les statistiques actuelles, 18,9 p. 100 des dépenses de la sécurité sociale sont prises en charge par l'Etat. Mais ce chiffre ne cadre pas avec la réalité, compte tenu des transferts de charges que j'ai évoqués tout à l'heure, ce qui témoigne bien du réalisme de cette proposition.

Par conséquent, lorsque l'on y regarde de plus près, on s'aperçoit que votre budget se caractérise par deux éléments essentiels. Le premier, c'est que son augmentation relative comble faiblement l'inflation dont souffre ce pays et ne permettra pas la généralisation. Le deuxième, c'est que, dans l'exposé des motifs de la loi sur l'harmonisation, vous avez exclu la notion de solidarité nationale, ce qui, du même coup, « gomme » les engagements de l'Etat.

Cela confirme donc bien que votre budget ne permettra pas de répondre aux besoins des salariés, aux besoins de notre pays. Alors qu'aujourd'hui 56,5 p. 100 des salariés de ce pays gagnent moins de 2 500 francs par mois, alors que 17 millions de Françaises et de Français sont dans la pauvreté, alors que, selon les normes du bureau international du travail, on peut évaluer à 1 600 000 le nombre des demandeurs d'emploi, une nouvelle politique de la sécurité sociale s'impose et s'imposera toujours davantage.

La gestion démocratique du système de couverture sociale permettra l'adéquation de celle-ci à une politique démocratique de la santé associant au mieux, santé et prévention, à une nouvelle politique de la famille et de la vieillesse : c'est le premier volet de cette politique que nous avons voulu faire figurer dans notre contre-projet de budget.

Cependant, dans l'immédiat, il faut venir en aide, par des mesures rapides, à toutes celles et à tous ceux qui souffrent. C'est pourquoi notre parti s'honore d'en proposer quatre.

Parmi ces mesures, nous proposons une prime de fin d'année de 500 francs pour tous les salariés gagnant moins de 2 500 francs par mois ou ne bénéficiant pas du treizième mois, pour les chômeurs, les personnes âgées, les handicapés adultes. Nous appelons toutes celles et tous ceux qui ont besoin de cette aide à agir avec nous pour voir aboutir cette légitime revendication.

Madame le ministre, il faut connaître et écouter pour comprendre la misère de notre pays. Aujourd'hui, des millions de Françaises et de Français souffrent. Ils ne sont pas responsables de ces difficultés.

Pour notre part, rejetant ce budget qui ne correspond pas aux besoins des travailleurs et de notre pays, nous agissons pour la satisfaction des revendications immédiates, comme la prime de 500 francs en faveur des pauvres, pour un programme com-

mun bien actualisé, qui permettrait au pays de sortir de la crise et de bâtir une véritable sécurité sociale. (*Applaudissements sur les travées communistes.*)

**M. le président.** La parole est à M. Gargar.

**M. Marcel Gargar.** Monsieur le président, madame le ministre, monsieur le secrétaire d'Etat, mes chers collègues, partageant l'analyse de mon collègue M. Gamboa, je désire attirer une fois de plus l'attention du Sénat et du Gouvernement sur les multiples inégalités et discriminations qui affectent les départements d'outre-mer, dont la Guadeloupe, dans le domaine de la législation sociale française, incomplètement ou mal appliquée dans ces territoires lointains et mal aimés.

Nos nombreuses questions ou observations en matière sociale n'ont reçu du ministère de la santé que des réponses évasives, négatives ou des solutions parcelaires, lesquelles tournent le dos à l'essentiel des revendications des prestataires ultra-marins, à savoir l'extension et la mise en application de la loi du 22 août 1946, pierre angulaire, pièce maîtresse de la couverture sociale des Français de France.

Si cette importante loi recevait son application dans les départements d'outre-mer, bien des problèmes humains et sociaux trouveraient d'heureuses conclusions bénéfiques à des populations privées, pour la plupart, de moyens économiques, confrontées à un inquiétant marasme économique et à un taux non moins inquiétant de chômage, plus de 50 p. 100 de la population active ne travaillant pas d'une manière permanente.

Le refus obstiné des gouvernants d'accorder l'aide publique au chômage n'est pas la moins scandaleuse attitude du pouvoir. Faut-il rappeler que les cotisations de sécurité sociale sont les mêmes dans les départements d'outre-mer qu'en France ?

Dès lors, pourquoi ces réticences, ces restrictions, ces artifices de procédure pour frustrer les travailleurs des départements d'outre-mer des améliorations arrachées par les travailleurs de l'ensemble français ? Ne va-t-il pas de soi qu'à cotisations égales doivent correspondre des prestations identiques ? On ne peut nier une telle logique ni une telle évidence.

Un exemple tout récent illustre cette discrimination permanente. Un projet de loi portant sur le complément familial a été soumis pour avis aux conseils généraux des départements d'outre-mer, mais il comportait un montant bien moindre qu'en métropole : 200 francs au lieu de 340 francs.

Le Gouvernement n'ignore pas cependant que le coût de la vie dans ces territoires, tributaires de l'importation pour tout ce qu'ils consomment, est de 65 p. 100 plus élevé que dans la région parisienne. Doit-on penser que les spécificités géographique et ethnique conditionnent ces mesures au rabais ?

Les conseils d'administration des caisses d'allocations familiales insulaires condamnent, une fois encore, de telles différences, de telles inégalités envers des hommes et des femmes appartenant au même ensemble.

Permettez également de signaler la difficile situation hospitalière à la Guadeloupe, difficultés aggravées par les événements du volcan La Soufrière. L'hôpital psychiatrique et son personnel soignant attendent encore des solutions convenables à leurs problèmes.

La deuxième tranche de l'extension du centre hospitalier de Pointe-à-Pitre demeure parmi les principales préoccupations du monde médical et des malades. Je souligne que la charge d'aide sociale des collectivités locales atteint l'insupportable.

La politique d'austérité du Gouvernement érigée en système ne nous permet pas d'espérer une amélioration dans les domaines de la santé et de la couverture sociale dans ces territoires marginalisés.

Ce n'est, cependant, ni en quémandeurs, ni en assistés que nous réclamons un peu de justice et d'égalité. Notre juste part, notre juste dû sont des impératifs auxquels tiennent les populations des départements d'outre-mer. (*Applaudissements sur les travées communistes.*)

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

**Mme Simone Veil, ministre de la santé et de la sécurité sociale.** Monsieur le président, mesdames, messieurs les sénateurs, je voudrais remercier tous les orateurs qui ont participé à ce débat et qui, par des interventions très diverses et fort intéressantes, me donnent l'occasion d'apporter quelques précisions supplémentaires sur des points que je n'avais pas abordés lors de mon exposé préliminaire. Je vais essayer de répondre à chacun d'entre vous, parfois brièvement, pour ne pas trop prolonger ce débat, mais de la façon la plus précise possible.

Je voudrais tout d'abord dire à M. le sénateur Guillard qui s'est inquiété de la construction du nouvel hôpital Nord de Nantes que je tiens à confirmer ici, de façon très ferme, les propos que j'ai tenus récemment devant le conseil d'administration du CHU de la ville de Nantes. Vous savez d'ailleurs, les uns et les autres, car vous avez eu souvent l'occasion de me rencontrer en province lors de mes visites très fréquentes à des établissements hospitaliers, que je ne fais de promesses que lorsque je sais pouvoir les tenir.

Je confirme devant la Haute Assemblée que cette opération est d'ores et déjà décidée. En 1978, les crédits d'études, qui y sont affectés, doivent permettre la mise au point définitive du projet. Les entreprises pourront être consultées dans les premières semaines de l'année 1979, année au cours de laquelle sera mis en place le financement complet de cet établissement.

La réalisation de l'hôpital Nord de Nantes est pour nous maintenant classée dans la catégorie I, c'est-à-dire la catégorie non déconcentrée; c'est une opération prioritaire pour l'année 1979.

**M. Paul Guillard.** Je vous remercie, madame le ministre.

**Mme Simone Veil, ministre de la santé et de la sécurité sociale.** M. Cluzel s'est préoccupé, à propos du thermalisme, des conséquences éventuelles de l'arrêté du 3 novembre 1976 qui a subordonné l'attribution de prestations supplémentaires servies à l'occasion de cures thermales à la condition que les ressources de l'assuré ne dépassent pas 30 000 francs par an.

Je tiens à lui préciser que les règles qui régissent les conditions de prise en charge des frais de soins et d'attribution des indemnités journalières n'ont pas été modifiées. N'a pas été modifié non plus le niveau de la prise en charge des frais de séjour des assurés qui effectuent des cures thermales. Comme précédemment, la caisse d'affiliation des intéressés rembourse 70 p. 100 d'un forfait de séjour fixé chaque année par arrêté ministériel.

En conséquence, l'arrêté du 3 novembre 1976 a seulement institué un ticket modérateur de 30 p. 100 sur les frais de transport engagés à l'occasion d'une cure thermale. De même, le décret du 4 février 1977 institue un ticket modérateur de 30 p. 100 sur l'ensemble des transports sanitaires.

Ces mesures, il faut le dire, s'inscrivent dans le cadre de l'action engagée par le Gouvernement en vue de rééquilibrer les comptes de la sécurité sociale. Je voudrais souligner que vous avez approuvé cette action, que vous l'avez même souvent souhaitée et que vous avez parfois même demandé qu'elle soit encore plus vigoureuse. Or cet effort ne peut être efficace que s'il porte sur l'ensemble des prestations.

En matière de sécurité sociale, on ne peut pas limiter les efforts à la gestion hospitalière ou à telle ou telle prestation. Il faut examiner de façon lucide tous les postes où l'on peut éviter des dépenses non indispensables. Dans cette perspective, compte tenu de la situation financière de la sécurité sociale, il n'est pas envisagé, monsieur Cluzel, de modifier les dispositions en cause. Mais je ne crois pas que cela portera atteinte au développement du thermalisme, développement que vous avez souligné pour 1976. D'ailleurs, le ministère de la santé et de la sécurité sociale fait un effort d'investissement très important pour aider la modernisation du patrimoine du thermalisme.

M. Cantegrit s'est préoccupé de l'application de la loi du 31 décembre 1976 relative à la protection sociale des Français de l'étranger. Je lui réponds que les textes d'application sont prêts; ils sont actuellement à la signature, et ils paraîtront au *Journal officiel* très prochainement.

Dès leur publication, un grand effort d'information, dont nous étudions les modalités avec le ministère des affaires étrangères, sera entrepris. Mais comme me l'a signalé M. Cantegrit, certains problèmes pratiques subsistent.

En ce qui concerne les prestations, mes services sont prêts à étudier les documents qui pourront leur être communiqués et notamment ceux concernant les maladies professionnelles spécifiques aux pays tropicaux.

Pour les cotisations, des dispositions seront étudiées pour éviter toutes conséquences fâcheuses résultant des retards dans les versements consécutifs aux difficultés de transferts de fonds.

Par ailleurs, la question des rachats intéressant nos compatriotes aux revenus les plus modestes, sera également examinée dans un esprit de grande ouverture.

Vous avez également abordé le problème de la protection de l'ensemble des Français à l'étranger, en particulier des non-salariés. Nous étudierons cette question, en nous inspirant de ce que nous avons fait ou faisons en France pour ces catégories. Mais la loi du 31 décembre 1976 concerne spécifiquement les salariés, et il convenait, dans un premier temps, de mettre ce texte en œuvre. Ce sera bientôt chose faite et l'expérience montrera peut-être le chemin le mieux adapté pour aller, éventuellement, au-delà dans l'avenir.

M. Cantegrit a également évoqué la question de l'assurance maladie des pensionnés Français vivant à l'étranger. Certes, ce problème existe, mais son acuité est très variable suivant que les intéressés vivent dans des pays de la Communauté européenne ou dans des pays ayant passé une convention bilatérale avec la France en ce qui concerne la sécurité sociale, ou encore dans des pays n'ayant aucun lien de cet ordre.

Un bilan de la situation concrète dans laquelle se trouvent nos compatriotes pensionnés à l'étranger sera établi et nous pourrons ensuite étudier les mesures les plus adaptées pour pallier les difficultés éventuelles auxquelles ils se heurteraient.

M. Perrein a parlé des « oubliés » de notre société de consommation. Là, je vais peut-être tenir des propos qui vont quelque peu détonner par rapport à ceux dont je dirai qu'ils sont « à la mode ».

Les Français passent leur temps à dire, et même les hommes politiques, quelle que soit leur appartenance, que nous sommes plus égoïstes qu'autrefois, que nous délaissions nos vieux, que nous ne faisons plus rien pour les autres, que la solidarité de voisinage n'existe plus, pas plus que la solidarité entre générations. On parvient, de ce fait, à culpabiliser ceux qui nous entourent et à nous culpabiliser nous-mêmes.

Je ne suis pas sûre que ce raisonnement soit très sain; d'une certaine façon, il est même extrêmement mauvais pour le moral des Français. De plus, il ne me semble pas correspondre à la réalité. En fait, à l'égard des personnes âgées, à l'égard des handicapés, jamais l'effort de solidarité n'a été aussi grand qu'aujourd'hui. Je ne comprends pas que l'on puisse dire que les personnes âgées sont les « oubliées » de notre société de consommation, car c'est depuis quelques années seulement que l'on s'occupe de leur situation, sans doute parce qu'elles sont beaucoup plus nombreuses que par le passé et parce que l'espérance de vie a beaucoup augmenté.

On dit qu'elles étaient davantage intégrées dans les foyers des jeunes générations. Ce n'est pas toujours exact, et elles y étaient souvent fort mal traitées. En tout cas la notion de retraite, celle de pension, se sont beaucoup développées. Et ce qui a été fait, depuis dix ans en faveur des personnes âgées est considérable. Cet effort est à mettre au crédit des générations actuelles. (*Applaudissements.*)

**M. Edouard Bonnefous, président de la commission des finances, du contrôle budgétaire et des comptes économiques de la nation.** Très bien!

**M. Robert Schwint, président de la commission des affaires sociales.** Me permettez-vous de vous interrompre, madame le ministre?

**Mme Simone Veil, ministre de la santé et de la sécurité sociale.** Je vous en prie.

**M. le président.** La parole est à M. Schwint, avec l'autorisation de Mme le ministre.

**M. Robert Schwint, président de la commission des affaires sociales.** Je vous remercie, madame le ministre, de me permettre de vous interrompre un petit instant. Vos remarques sont vraies, mais il convient de les nuancer.

Actuellement, les handicapés, les personnes du troisième âge sont soutenus par la collectivité, c'est exact, mais à la solidarité individuelle et permanente qui se pratiquait beaucoup autrefois se substitue, maintenant, une solidarité qui est le fait de la collectivité tout entière, plus unanime. C'est effectivement, dans la plupart des cas, la vie moderne qui est la cause principale de cette évolution.

Oui, les handicapés, les personnes du troisième âge restent des « oubliés », non pas, je le précise, au niveau de la collectivité nationale, mais au niveau individuel, au niveau du voisinage. Souvent on ne connaît pas le voisin de l'étage du dessus ou même le voisin de palier. Quand c'est une personne âgée ou une personne en difficulté, cela est grave.

Depuis quelques années, ce type de solidarité semble s'être reporté au niveau collectif, au niveau national. Vous y avez fortement contribué au détriment peut-être de l'effort individuel qui devrait encore être le fait de chacun d'entre nous.

**Mme Simone Veil, ministre de la santé et de la sécurité sociale.** Nous pouvons difficilement, en ce moment, engager un débat, qui serait d'ailleurs passionnant, sur ce sujet. Toutefois, ces propos me rendent un peu triste. On fait vivre les jeunes qui n'ont pas connu cette période dans le souvenir d'un monde où tout aurait été merveilleux. Très souvent, on rêve ! Quand on pense qu'il n'y a pas si longtemps les handicapés — beaucoup d'entre eux d'ailleurs ne vivaient pas — étaient cachés par les familles qui n'osaient pas les montrer. Il faut donc mettre à l'actif de notre société le fait d'avoir supprimé complètement cette ségrégation.

Quant aux personnes âgées, il faut dire qu'elles n'étaient pas toujours tellement bien intégrées dans la famille où elles vivaient. Quelquefois, on leur faisait sentir le poids de leur existence.

Alors, il ne faut pas rêver sur cette solidarité qui aurait disparu, car elle est aujourd'hui souvent beaucoup plus grande qu'on ne le dit. Les générations actuelles ont fait des efforts en faveur des personnes âgées, sous la forme d'un prélèvement effectué sur les ressources de chaque individu. Mais si le poids des retraites est actuellement important et si, en ce qui concerne le minimum vieillesse, il reste un gros effort à accomplir, c'est parce que, pendant longtemps, les personnes âgées n'avaient pas de retraite. Nous nous devons de rattraper ce retard, et nous le faisons d'ailleurs. S'il reste encore beaucoup à faire, je rappelle cependant, à l'intention de M. Perrein, qu'en quatre ans le minimum vieillesse a doublé, alors que le coût de la vie augmentait de 40 p. 100. Il s'agit donc d'une amélioration substantielle du pouvoir d'achat du minimum vieillesse.

M. Perrein a longuement parlé de la politique du maintien à domicile des personnes âgées, semblant ignorer, ce que je regrette, que ce qui a été fait dans le domaine social pour le maintien à domicile des personnes âgées depuis la mise en œuvre du VI<sup>e</sup> Plan — je m'en suis rendu compte à l'occasion de nombreuses visites en province — est sans doute ce qu'il y a eu de plus efficace dans notre politique sociale. L'effort des collectivités locales dans ce domaine, ainsi que celui des individus et de l'Etat, n'est pas négligeable. Je puis vous assurer que les réalisations obtenues, si on les compare à celles des pays étrangers, et alors que nous avons été longtemps en retard sur ce point, nous font honneur.

Mme Perlican et M. Gamboa ont évoqué l'absence d'une politique réelle de santé. Leurs propos m'ont quelque peu consternée, non par ce qu'ils ont dit sur notre absence de politique de santé, mais par ce qu'ils ont proposé. Ils ont fait preuve d'un tel manque de responsabilité et d'une telle méconnaissance des réalités dans ce domaine, qu'il y a de quoi être fort inquiet.

Selon eux, une politique de santé consisterait essentiellement à investir pour procurer des ressources, à un hôpital par exemple lorsqu'il crée et équipe des lits.

Les bras vous en tombent, car si la collectivité a un devoir, une obligation à assumer, c'est bien de mettre à la disposition des malades les lits les mieux équipés possible et de les faire prendre en charge par la sécurité sociale.

Mais comment peut-on considérer que la santé pourrait devenir une industrie ? En fait, c'est ce que vous proposez et je trouve cela paradoxal.

On entend dire que certains hôpitaux sont en déficit parce qu'ils ne peuvent pas fonctionner à plein. Ce sont là des idées contre lesquelles nous nous battons. Jamais un équipement hospitalier, un appareil aussi sophistiqué soit-il, un acte médical, des médicaments ne doivent être — et je suis vraiment consternée de vous avoir entendu dire le contraire — considérés du point de vue de la rentabilité. C'est une notion contre laquelle je me bats, je le répète, car on a quelquefois tendance à la considérer, dans tel ou tel secteur, comme un critère.

Vous dénoncez le profit dans les hôpitaux, la santé en tant que profit. Quelle contradiction si, du moment qu'il s'agit de l'hôpital public, vous acceptez qu'il soit question de rentabilité ! Il est vraiment inutile d'essayer de comprendre, il n'y a plus qu'à tirer l'échelle ! (Applaudissements sur les travées de l'Union centriste des démocrates de progrès, du rassemblement pour la République et à droite.)

Vous avez parlé de Bichat et de Beaujon. Des travaux y sont en cours, on y refait une maternité. Comme la capacité

des hôpitaux voisins est en ce domaine suffisante, nous avons effectivement fermé des lits pour pouvoir effectuer ces travaux. Un hôpital très moderne est en construction à Bichat.

Comment peut-on parler d'économies réalisées sur les hôpitaux en laissant penser que l'on dépense moins, alors que, en matière hospitalière, les dépenses ont augmenté de 30 p. 100 en 1975, 24 p. 100 en 1976 et 18 p. 100 en 1977 !

Enfin, vous laissez croire que c'est en prélevant sur les superprofits de l'industrie pharmaceutique que l'on pourra combler le déficit de la sécurité sociale. Je vous répondrai tout simplement que les dépenses pharmaceutiques représentent globalement 5 p. 100 des dépenses hospitalières. Ce n'est donc pas avec cela que vous pourrez faire face à une croissance exponentielle de ces dépenses. J'ajoute que le chiffre d'affaires de l'ensemble de l'industrie pharmaceutique représente 12 milliards de francs. Faire croire aux Français que vous ferez face à l'augmentation des dépenses de santé en prélevant sur les superprofits de l'industrie pharmaceutique, c'est faire preuve d'une mauvaise foi flagrante et surtout d'un manque de responsabilité. (Applaudissements sur les travées de l'Union centriste des démocrates de progrès, du rassemblement pour la République et à droite.)

MM. Mézard et Henriot ont évoqué le grave problème de l'alcoolisme. Pour ma part, monsieur Henriot, je ne pourrais qu'approuver la création d'une sous-commission au sein de la commission des affaires sociales, qui étudierait ce problème et pourrait nous apporter des conclusions très utiles dans le cadre de la préparation du plan d'action du Gouvernement.

Monsieur Mézard, vous avez parlé de la pathologie des travailleurs migrants et des problèmes que posent les maladies contractées dans les pays tropicaux. J'ai reçu récemment un professeur très spécialisé dans ces problèmes. Nous avons l'intention d'engager des actions particulières, en ce qui concerne notamment les travailleurs immigrés, en concertation avec le secrétariat d'Etat chargé des travailleurs immigrés. Toutefois, une formation continue auprès des médecins s'avérera nécessaire. Je vous remercie, en tout cas, d'avoir évoqué cette question qui, effectivement, m'apparaît de plus en plus préoccupante.

En ce qui concerne les inquiétudes de certains médecins quant au développement de la biologie faite par les pharmaciens, je voudrais vous dire que, très vraisemblablement, le Sénat aura à connaître de la proposition de loi qui a été déposée à l'Assemblée nationale par M. Delong. Une concertation très active se poursuit et nous sommes d'ores et déjà parvenus à établir un texte susceptible de donner satisfaction aux uns et aux autres.

Quant à la « pléthore médicale », vous savez que c'est une de nos préoccupations, non seulement sur le plan économique, mais plus encore, car je crois que c'est beaucoup plus grave, quant aux conséquences éthiques que ce phénomène pourrait avoir sur la profession.

M. le sénateur Chérioux a soulevé le problème des aides spécifiques aux femmes chefs de famille. De très importants textes ont été pris cette année à ce sujet. Il s'agit d'abord de l'allocation de parent isolé — son montant est encore faible, mais c'est tout de même un pas très important qui a été franchi sur le plan de notre droit social. Il s'agit ensuite de la majoration de 50 p. 100 de l'allocation d'orphelin, qui sera versée à partir du 1<sup>er</sup> janvier prochain. Enfin, un certain nombre de mesures ont été prises pour favoriser — vous y avez insisté à juste raison — le recyclage professionnel de ces femmes. Si nous avons encore des efforts à faire dans ce domaine, il faut néanmoins reconnaître que beaucoup a été fait depuis deux ans.

Vous avez également évoqué, monsieur le sénateur — comme l'a fait M. Dailly — le problème de la revalorisation du plafond des rentes des anciens combattants. Votre commission des affaires sociales a demandé que ce plafond soit porté de 2 000 à 2 200 francs. M. Beucler m'a écrit à ce sujet. Je suis heureuse d'annoncer au Sénat que ce relèvement pourra effectivement être réalisé. J'ai obtenu sur ce point l'accord du ministre des finances, qui déposera devant le Sénat, au cours de la deuxième délibération de la loi de finances, un amendement augmentant du montant nécessaire les crédits correspondants de mon budget.

Je remercie M. le sénateur Henriot d'avoir insisté — ce que je n'avais pas fait dans mon exposé introductif, car je ne voulais pas lasser votre attention — sur les travaux effectués par les chercheurs de l'INSERM sur le cerveau. Il s'agit là d'un secteur dans lequel les Français ont obtenu des succès importants. Je ne citerai pas de noms, ne voulant pas risquer d'oublier celui de certains chercheurs de grande qualité, mais je les ai tous présents à l'esprit. Je sais que nous sommes tout à fait au point dans ce domaine, et j'ai eu souvent l'occasion

d'en discuter avec le directeur général de l'INSERM. Mais nous voulons encore progresser pour être vraiment les premiers, alors que nous occupons déjà une bonne place.

**M. Jacques Henriët.** C'est exact !

**Mme Simone Veil, ministre de la santé et de la sécurité sociale.** On a dit qu'il n'y avait pas de contrôle parlementaire sur la sécurité sociale. Je voudrais rappeler que le Parlement est tout de même très fréquemment appelé à traiter des problèmes relatifs à la sécurité sociale, notamment à voter les textes qui modifient les prestations, dans leur esprit si ce n'est dans leur montant. C'est ainsi que j'ai déjà eu l'occasion, depuis que j'ai la responsabilité de la sécurité sociale, de défendre devant vous un certain nombre de projets de loi concernant aussi bien les retraites que le complément familial. Le Parlement est donc très fréquemment amené à connaître des problèmes de sécurité sociale.

Mais je précise que ce ne sont pas de hauts fonctionnaires du ministère de la santé qui gèrent la sécurité sociale. Ce sont des personnes privées, car les organismes de sécurité sociale sont des organismes privés. Nous ne sommes pas dans le cadre de la fonction publique. La direction de la sécurité sociale n'exerce qu'une tutelle, elle ne gère pas.

Vous vous êtes également préoccupé, monsieur Henriët, de l'hospitalisation privée. M. Lemarié en avait également parlé. Vous m'avez demandé plus particulièrement ce que j'avais pensé de l'intervention du docteur Pons, à l'Assemblée nationale, et de sa proposition tendant à prévoir des conventions entre les organismes de sécurité sociale et les établissements privés, qui seraient passées par décret. J'ai eu l'occasion, cette semaine, de répondre au docteur Pons que nous nous préoccupons actuellement de la situation des établissements privés et du prix de journée. En ce qui concerne le système de tarification, un accord a d'ores et déjà été conclu entre les établissements privés et la sécurité sociale. Il définit un système de classification qui paraît beaucoup plus souple et mieux adapté à leur situation. Un arrêté, qui doit être publié d'ici à la fin de l'année, prévoira la mise en œuvre d'une classification par catégorie d'établissements et, ensuite, selon ces catégories, une forfaitisation. Nous sommes obligés, en effet, de prévoir certains forfaits.

Sinon, pour respecter la vérité des prix, il faudrait, pour chaque malade, pour chaque cas individuel, revoir le prix de journée. Ce serait un système très lourd et très complexe et cela risquerait d'entraîner des contrôles qui feraient dire, une fois de plus, que l'administration est vraiment abusive.

Un minimum de forfait me paraît nécessaire, et tout le monde est d'accord sur ce point. Les systèmes du budget global et du budget éclaté, qui sont envisagés et pour lesquels vous aurez bientôt à examiner un projet de loi, ne concernent, en aucune manière, les établissements privés. Ils visent seulement les établissements publics. Pour les établissements privés, c'est le système de classification dont j'ai parlé qui doit être mis en œuvre après concertation entre les différents partenaires.

Monsieur le sénateur, vous avez demandé qu'une ligne budgétaire relative aux problèmes d'écologie de la santé figure dans mon budget. Je précise que tout ce qui touche à l'écologie, même de la santé, relève à la fois du ministère de l'environnement et du ministère de la santé. Un certain nombre de mesures ont déjà été prises dans ce domaine, même si elles ne sont pas regroupées dans une ligne budgétaire. L'INSERM s'est, notamment, préoccupé des risques tératogènes des substances chimiques et, en particulier, des médicaments et des dérivés œstrogéniques. C'est ainsi qu'une importante enquête épidémiologique, effectuée par le docteur Rouquette, a été publiée récemment.

Il ressort de cette enquête qu'aucun risque tératogène nouveau n'a été décelé. Enfin, en ce qui concerne d'une manière générale la protection de l'environnement en matière de cancérologie, l'INSERM travaille en relation très étroite avec le centre international de recherche sur le cancer de Lyon, qui est particulièrement spécialisé dans ce domaine. Donc, là aussi, des travaux importants ont été effectués.

Mais surtout, à la suite de vos observations, j'ajoute que les nouvelles tâches que vous avez évoquées et qui m'ont été imparties comme présidente du comité d'information sur l'énergie nucléaire ont suscité chez moi beaucoup d'inquiétude et de perplexité. Je savais ces problèmes difficiles et complexes ; ils me le sont encore apparus davantage à la suite de votre intervention.

En outre, il m'apparaît que les orientations de chacun et ses convictions personnelles sont essentielles en ce domaine. Je

m'aperçois que, dans ce secteur comme dans celui de la pollution génétique, il est bien difficile que chacun les laisse de côté. Cela rendra encore plus ardue ma tâche de présidente de ce comité d'information sur l'énergie nucléaire puisqu'il s'agit en fait d'un comité d'objectivité, c'est-à-dire de vérification de l'information.

Ce n'est pas seulement la science qui est en cause ; il s'agit d'un engagement profond et affectif. Nous nous efforcerons de distinguer ces deux notions.

Je voudrais, enfin, indiquer, puisque vous vous êtes préoccupé à juste titre des médicaments chimiques qui constituent effectivement un réel danger, que, déjà, la DGRST, direction générale à la recherche scientifique et technique, a mis en place une commission d'éthique. Mais cela ne me semble pas suffisant et, au-delà, un groupe de travail recherche actuellement les moyens législatifs ou réglementaires d'édicter un certain nombre de règles pour le contrôle des manipulations génétiques.

Il est certain que c'est une question préoccupante dont la France, peut-être, s'est un peu trop désintéressée jusqu'à maintenant. Toutefois, j'espère que nous aurons rapidement connaissance des conclusions de ce groupe de travail et que celles-ci nous permettront de prendre des dispositions.

**M. Jacques Henriët.** Je vous en remercie.

**Mme Simone Veil, ministre de la santé et de la sécurité sociale.** M. Lemarié s'est préoccupé des problèmes démographiques. Ces questions me paraissent particulièrement difficiles et laissent chacun perplexe.

J'ai assisté à Mexico, l'été dernier, à certains des travaux de la conférence internationale sur la démographie qui réunissait la plupart des grands démographes du monde entier. Ils vous disent à peu près ceci : en matière démographique, une des rares règles, c'est qu'on ne les connaît pas et qu'on ne sait pas comment les dominer.

Par exemple, personne ne comprend pourquoi, depuis 1964, selon un mouvement très lent, tous les pays industrialisés se sont orientés vers une baisse du taux de natalité alors que, depuis quelques mois, avec des législations totalement différentes et des situations économiques qui le sont souvent aussi, ces mêmes pays amorcent une reprise. Il ne s'agit, certes, pas encore d'une reprise importante, mais on la constate toute de même.

Vous avez cité certains pays qui ont effectivement connu, après une baisse brutale, une reprise importante : la Tchécoslovaquie, la Hongrie, la Roumanie, et vous avez énuméré certaines des mesures qui y ont été prises.

Je suis allée dans certains de ces pays et j'ai jugé que les mesures ne s'étaient pas révélées efficaces. En effet, ces pays ont enregistré une très forte hausse pendant quelques mois, et même dans certains cas, juste au bout de neuf mois ; parfois cette hausse s'est maintenue quelque temps, puis l'on a constaté une chute quelques années après.

Dans certains de ces pays, les mesures prises sont considérées comme extrêmement contraignantes. Vous avez parlé, dans ce domaine, de la nécessité du respect de la dignité de la personne humaine. Or, je ne suis pas sûre du tout, d'après ce qui m'a été dit, que cette dignité de la personne humaine ait été respectée dans tous les cas.

En effet, les mesures prises comportent une limitation extrêmement rigoureuse de tous les moyens contraceptifs et sont accompagnées d'une véritable inquisition en matière de répression de l'avortement. On m'a dit également que la législation était tellement rigoureuse qu'on a vu réapparaître les conséquences désastreuses qui avaient disparu en matière d'avortement.

J'en viens à la situation des femmes, plus précisément des très jeunes mères. Eh bien ! dans certains de ces pays, j'imaginai qu'on accordait de longs congés pour permettre aux jeunes mères de s'occuper de leurs enfants tout en percevant l'équivalent d'un salaire. Or, ce n'est pas du tout le cas. Souvent la jeune mère recommence à travailler après une interruption dont la durée est du même ordre que celle que nous connaissons en France.

Effectivement, la jeune mère est aidée, ou plutôt elle n'est pas découragée d'avoir des enfants, cela par des systèmes de prise en charge des enfants qui ne conviendraient pas du tout aux femmes françaises. En effet, les enfants sont rassemblés dans des crèches où les mères les conduisent au début de la semaine pour les reprendre quelques heures le dimanche. Je ne crois pas que ce soit là ce que souhaitent les femmes françaises.

On leur dit : vous pouvez ainsi parfaitement concilier activité professionnelle et maternités, puisque vos enfants sont gardés. Seulement je ne suis pas sûre qu'il s'agisse là d'une solution qui se révèle excellente dans l'avenir.

Car, s'il se pose, du point de vue démographique, un problème quantitatif important, il se pose aussi un problème qualitatif qui est tout aussi important. L'équilibre des mères, des couples, des enfants, la façon dont sont élevés ces derniers, doivent également être pris en considération.

**M. Pierre Gamboa.** Madame, me permettez-vous de vous interrompre ?

**Mme Simone Veil, ministre de la santé et de la sécurité sociale.** Volontiers !

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

**M. Pierre Gamboa.** Madame le ministre, pouvez-vous me dire qui, en France, propose le système que vous venez d'évoquer ? Existe-t-il une force politique, des parlementaires, un programme gouvernemental qui propose une telle solution ? En effet, je suis surpris par vos propos.

**Mme Simone Veil, ministre de la santé et de la sécurité sociale.** Ceux qui ont suivi les débats cet après-midi ont entendu dire que, dans certains pays, on était parvenu à redresser la situation démographique. C'est exact, et je suis tout à fait consciente de la nécessité d'y parvenir, mais je ne suis pas persuadée que leurs méthodes seraient tolérées dans notre pays. Nous devons donc encore réfléchir aux moyens à utiliser.

Bien sûr, il faut s'en préoccuper, mais il convient aussi d'être vigilant en ce qui concerne la façon d'agir. L'aspect psychologique est très important. D'ailleurs, lorsque l'on interroge les démographes sur ces questions, ils se montrent eux-mêmes perplexes et recommandent d'agir avec prudence.

A l'inverse, certaines méthodes utilisées dans d'autres pays pour limiter les naissances, même lorsqu'il s'agissait d'une question vitale, ne seraient pas non plus tolérées par les Français.

Ce sont donc des problèmes particulièrement ardues auxquels, ensemble, il nous faut réfléchir. J'ai quelquefois été déçue, je dois le dire, de ce que j'ai vu.

Vous avez également évoqué, monsieur le sénateur, le problème de la toxicomanie. Je vous remercie d'avoir bien voulu souligner l'effort accompli pour mettre en place des centres de post-cure. Soyez assuré que nous nous préoccupons de continuer cette action.

Vous vous êtes demandé s'il ne serait pas souhaitable d'organiser une grande campagne contre la toxicomanie analogue à celle qui avait été menée contre le tabagisme. Nous nous sommes posé cette question et nous y avons répondu par la négative.

L'information destinée au grand public peut souvent très mal « passer ». Je vous en donnerai un exemple : celui d'un disque destiné à l'information des personnels spécialisés ainsi qu'à celle du grand public. Tous ceux à qui nous l'avons fait écouter nous ont dit que c'était une incitation à la drogue et non pas une simple information. Je ne crois pas que les gens ignorent que la drogue est dangereuse, alors que voilà quelques années on ne soupçonnait pas les dangers du tabagisme. C'est non pas une question d'information mais un problème psychologique différent. En tout cas, une grande information sur la drogue nous a semblé risquer de banaliser le phénomène, voire de le répandre.

Je crois que tout le monde n'est pas de cet avis. Il est de fait que toutes les émissions qui ont été diffusées, que tous les articles publics sur ce sujet ont souvent été l'objet de critiques de la part des spécialistes. J'ai fréquemment reçu des protestations de gens qui disaient : « Vous voyez : en définitive, chaque fois que vous abordez le problème, vous faites plutôt une incitation qu'une prévention. »

C'est vraiment une question extrêmement difficile. Je ne crois pas que la voie que nous avons suivie à l'occasion de la campagne contre le tabagisme soit parfaitement adaptée au problème de la toxicomanie.

**M. Jacques Henriët.** C'est très juste !

**Mme Simone Veil, ministre de la santé et de la sécurité sociale.** Vous avez également posé le problème de la formation professionnelle dans les centres de postcure.

Dans ce domaine également, je me demande si la formation professionnelle telle qu'elle est conçue pour les jeunes travailleurs répond parfaitement aux besoins des jeunes drogués.

A juste titre, vous avez souligné le rôle que peut jouer la créativité dans la prévention de la toxicomanie.

J'ai visité le centre de postcure de Metz, que vous avez évoqué et qui m'est apparu tout à fait remarquable. C'est plus l'aspect créativité, allié à une assez grande liberté laissée aux malades en postcure et aux médecins qui les prennent en charge, qui donne les meilleures chances de réadaptation.

En revanche une formation professionnelle trop encadrée, trop rigoureuse, risque souvent d'être mal adaptée à cette espèce de difficulté de vivre qu'éprouvent souvent les jeunes toxicomanes.

Peut-être la seconde fois, alors qu'ils sont passés par un centre et qu'ils ont pu s'exprimer sous une forme plus souple et plus libérale, peut-on envisager effectivement cette formation professionnelle que vous avez évoquée ?

Vous avez, enfin, souligné les problèmes posés par une pré-retraite qui serait une excellente préparation à la retraite.

Sur un plan strictement juridique, il ne fait pas de doute que la part de rémunération qui ne correspond à aucune prestation de travail doit donner lieu à cotisation dès lors que le contrat de travail n'a pas été rompu.

La question que vous avez posée est complexe. La mesure que vous souhaitez aurait de multiples incidences : au niveau social, puisque la protection des préretraités au regard des droits à pension et des prestations accidents du travail serait réduite ; au plan financier, la réduction de l'assiette entraînerait des pertes importantes et elle peut se comparer à une dégradation des rapports déjà préoccupants entre cotisants et bénéficiaires.

Cette incidence serait d'autant plus marquée qu'elle devrait être d'application générale. Si toute exonération des cotisations paraît devoir être exclue — et à ce titre, l'interprétation donnée par l'ACOSS, agence centrale des organismes de sécurité sociale, dans la circulaire du 24 avril 1973, me paraît exacte — en revanche, une solution pourrait être recherchée dans le cadre des textes relatifs au temps partiel car, dans ce domaine, on se heurte à peu près aux mêmes difficultés. Ces textes permettent aux entreprises de ne pas supporter des charges sociales supplémentaires lorsqu'elles utilisent plusieurs personnes à temps partiel pour occuper un même poste de travail.

Je suis donc prête à étudier avec vous les propositions qui seraient faites tout en notant, d'ailleurs, que ces problèmes relèvent plus particulièrement du ministère du travail ou du secrétariat d'Etat aux travailleurs manuels. Je suis disposée à examiner très favorablement la question de la prise en charge sociale car je crois que sur le plan social il s'agit d'une mesure tout à fait souhaitable.

M. Gargar a évoqué le problème de l'inégalité des prestations sociales en métropole et dans les départements d'outre-mer, et a dit que ces derniers étaient des mal aimés.

Je ne peux pas laisser passer cela, car je crois que, depuis deux ans notamment, nous avons fait un effort très considérable pour parvenir à une véritable égalité des prestations dans les départements d'outre-mer et dans les départements métropolitains.

Je voudrais, par exemple, souligner qu'en matière d'équipement un effort très important a été consenti aussi bien en ce qui concerne les équipements hospitaliers que les équipements sociaux, par exemple pour l'hôpital de La Ménard, à Fort-de-France. C'est pourquoi nous allons maintenant étudier les conditions de sa mise en service avant de savoir ce que devra être l'hôpital de Pointe-à-Pitre.

Sur le plan hospitalier en général, les départements d'outre-mer, les Antilles notamment, ont très largement bénéficié des crédits disponibles.

Il en est de même pour l'action sociale en faveur de laquelle un effort particulier a été consenti.

Quant aux prestations elles-mêmes, nous avons maintenant atteint un niveau qui va permettre de dépasser la parité globale. Le bénéfice des prestations familiales va être étendu, ainsi que celui de l'allocation de parent isolé.

S'agissant du complément familial, un texte va être soumis, comme j'en avais pris l'engagement, au Parlement au cours de cette session, et s'il est un peu différent dans ses modalités, le fait qu'il s'ajoute aux prestations existantes permettra, je le répète, de dépasser la parité globale.

Enfin, la consultation des conseils généraux est actuellement menée pour l'extension aux non-salariés du régime d'assurance maladie. On peut donc dire que, depuis un an en particulier, on arrive à une harmonisation presque parfaite des prestations ; en tout cas on dépasse déjà la parité globale.

M. Schwint a estimé que l'humanisation des établissements hospitaliers, notamment des établissements pour personnes âgées, faisait l'objet d'une trop faible participation de l'Etat. Nous avions le choix : ou bien maintenir la participation de 40 p. 100, ou bien prévoir une éventuelle participation plus faible, mais qui permettait de supprimer les salles communes dans un délai plus rapproché.

Il fallait tenir compte du retard extrêmement important de notre équipement hospitalier dans ce domaine. Pendant plus de cent ans, en effet, entre 1850 et 1960, on n'a rien fait à cet égard, les hospices et les hôpitaux sont restés en l'état. Il existe encore malheureusement quelques établissements vieux de deux cents ou trois cents ans.

Nous avons pensé qu'il était préférable de gagner du temps et, avec une même masse globale de crédits, d'aller plus vite en prévoyant un financement à 20 p. 100.

Même si, dans certains cas, on aboutit à un montant égal à celui de la TVA, celle-ci serait de toute façon due, même s'il n'y avait pas de subvention.

Vous souhaitez la nationalisation du système hospitalier. Un effort très important a été fait depuis la loi de 1970. Je ne vois pas comment nous pourrions faire plus.

Un effort est également accompli en matière d'économie de la santé. Mais les spécialistes manquent. Nous nous efforçons de les former, d'intéresser à ce problème de plus en plus d'économistes et aussi de médecins afin que, dorénavant, dans toutes les universités médicales, des cours d'économie de la santé soient systématiquement organisés. Un nombre de plus en plus grand de médecins s'intéressent d'ailleurs à ces questions, cela est fort encourageant.

Quant au problème de la longueur des ordonnances, nous organisons actuellement une campagne sur le bon usage de la médecine de façon à expliquer très exactement aux médecins, comme aux malades, que l'ordonnance la meilleure n'est pas forcément la plus longue.

Nous avons même fait éditer une affiche qui reproduit une ordonnance médicale, dont chacune des indications donne lieu à certaines précisions quant à l'intérêt de bien respecter ce qu'a prescrit le médecin, notamment de ne pas dépasser les délais fixés par celui-ci. Je vous enverrai, si vous le souhaitez, ce document, car il est très intéressant. Nous avons déjà fait parvenir à l'ensemble des parlementaires différents documents, notamment en matière de prévention, mais il serait utile que je vous fasse tenir également tous les documents relatifs à nos campagnes d'éducation sanitaire. Je le ferai très prochainement. Cela va tout à fait dans le sens de ce que vous avez souhaité, notamment en ce qui concerne les médicaments.

**M. Robert Schwint, président de la commission des affaires sociales.** Nous vous en remercions, madame le ministre.

**Mme Simone Veil, ministre de la santé et de la sécurité sociale.** Cela me donne, en conclusion, l'occasion de dire que les problèmes de santé et de sécurité sociale, qui sont complémentaires, me paraissent fondamentaux. Je suis souvent étonnée de constater que les Français les connaissent mal, alors que tous les sondages d'opinion publique montrent que 98 p. 100 d'entre nous placent les problèmes de santé au premier chef de leurs préoccupations.

Notre effort doit porter sur une meilleure information. Nous devons informer les Français sur ce que représente la santé, sur ce que sont les responsabilités, responsabilités individuelles et celles des pouvoirs publics à tous les niveaux. Il convient notamment, de faire comprendre aux Français que l'on ne peut pas indéfiniment augmenter les dépenses de santé et faire n'importe quoi. Quel que soit le système politique, des choix s'imposent, et ils représentent le fondement même d'une politique.

C'est ce que j'essaie de faire et c'est ce à quoi vise mon budget. Je sais d'ailleurs que la plupart d'entre vous l'ont compris et c'est la raison pour laquelle je m'efforce de diffuser le maximum d'informations, chaque fois que j'en ai l'occasion, sur les problèmes généraux et sur l'éducation sanitaire, notamment auprès des professions de santé qui sont naturellement concernées au premier chef par ces questions. (*Applaudissements sur les travées de l'union centriste des démocrates de progrès, du rassemblement pour la République, à droite, ainsi que sur certaines travées de la gauche démocratique.*)

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

**M. René Lenoir, secrétaire d'Etat.** Monsieur le président, mesdames, messieurs les sénateurs, je répondrai successivement aux questions relatives aux personnes handicapées et puis aux personnes âgées, enfin à des questions diverses.

A M. Cluzel et à M. Chérioux, je dirai que les textes d'application de la loi d'orientation seront, du moins en ce qui concerne les principaux, publiés avant la fin de l'année.

Le Premier ministre a arbitré sur la très difficile question de la garantie de ressources aux travailleurs handicapés et les promesses que j'avais faites au Parlement seront tenues, je puis vous l'assurer. Cette garantie de ressources sera bien de 70 p. 100 du SMIC en centre d'aide par le travail, de 90 p. 100 en atelier protégé et de 100 p. 100 en milieu non protégé.

Les crédits pour l'application de cette loi inscrits au budget de l'Etat s'élèvent à 429 millions de francs, car la sécurité sociale supporte une grande part de cette charge. Ces crédits figurent dans plusieurs budgets. Ils seront augmentés si la nécessité s'en faisait sentir en cours d'année.

Un groupe appelé à travailler sur les problèmes d'appareillage a été créé. C'est un domaine dans lequel les plus gros efforts sont faits, en liaison avec le secrétariat d'Etat aux anciens combattants qui reste responsable de la quasi-totalité des centres d'appareillage.

M. Cantegrit sait que le problème de la protection des Français handicapés à l'étranger est étudié avec soin. C'est également un des secteurs dans lesquels un progrès reste à faire, mais je lui promets qu'il sera fait.

A Mme Perlican, je ferai remarquer que l'allocation « handicapé adulte », au niveau où elle se situe actuellement, est à 53 p. 100 du SMIC. Elle sera de 930 francs le 1<sup>er</sup> décembre et son coût représente plus de trois milliards de francs. Ce sont des sommes très importantes ! Elle touche plus de 300 000 personnes. Le chiffre que je vous donne — plus de trois milliards de francs — est considéré en année pleine, bien entendu.

Vous avez évoqué les crédits figurant au budget du ministère de l'éducation. Il est vrai que ce budget comporte les crédits nécessaires à la prise en charge de 2 800 enseignants. Mais ce ne sont pas les seuls enseignants mis à la disposition de ces établissements pour handicapés, car, dans la moitié des établissements, il s'agit d'enseignants qui étaient pris en charge par la sécurité sociale. Ceux-ci le seront désormais par l'Etat. Mais, dans l'autre moitié, le ministère de l'éducation met déjà des enseignants à la disposition des établissements d'éducation spéciale et il les paie.

J'en viens au problème des personnes âgées. Le docteur Mézard a évoqué la question de leurs loisirs. Le nombre des clubs qu'il a cité est déjà largement dépassé ; il l'est d'ailleurs de semaine en semaine. Ce ne sont plus 7 000, mais 10 700 clubs qui existent actuellement.

Toutes les autres statistiques que vous avez citées seront très vite dépassées, compte tenu de la vitalité de ces clubs, qui s'intéressent à la fois à la vie sociale, aux sports, à la culture, à l'activité physique, aux activités manuelles de toute sorte et aux voyages des personnes âgées.

Quant à la préparation à la retraite, ce sera le thème d'une des campagnes du comité d'éducation français pour la santé en 1978.

M. Perrein a évoqué plusieurs questions et d'abord celle du minimum social, qu'il juge insuffisant. Je voudrais rappeler, à cet égard, car on l'oublie trop souvent, que ces personnes au minimum social bénéficient de l'aide sociale sous deux formes : l'aide sociale à l'hébergement et l'aide médicale. Le montant de ces deux aides varie, selon les années, entre trois et quatre milliards de francs et elles s'ajoutent à ce que l'on fait par ailleurs pour ces mêmes personnes, comme l'allocation « logement » qui est versée à 600 000 allocataires pour un montant de un milliard de francs.

Quant aux autres remarques que M. Perrein a formulées sur le maintien à domicile, je ne peux pas les comprendre. Elles ne peuvent s'expliquer que par une ignorance complète d'un certain nombre de faits et de chiffres.

Dans le cadre du VI<sup>e</sup> Plan, nous devons faire 330 secteurs. Nous en avons constitué 440. Pour l'application du VII<sup>e</sup> Plan, la progression des crédits que je vous présente à ce budget est de 70 p. 100.

M. Perrein a souligné l'insuffisance du crédit de 48 millions de francs qui a été prévu à cet effet, mais de quoi parle-t-on ?

Il ne s'agit pas de crédits destinés aux personnes âgées, mais de crédits d'incitation pour créer des petits équipements de quartier comme les clubs, les foyers-restaurants, les services d'aides ménagères et les centres d'animation.

Les personnes âgées peuvent bénéficier, en général, d'une aide ménagère. Les crédits accordés à ce titre pour une seule année ont dépassé ceux qui avaient été prévus dans le programme finalisé pour l'ensemble du VI<sup>e</sup> Plan et s'élèvent, en 1977, à 550 millions de francs.

Pour l'aide à l'adaptation des logements des personnes âgées, vous trouvez dans le budget du ministère de l'équipement un crédit de 280 millions de francs.

La construction de 100 foyers-restaurants par an représente, à peu près, une dépense de 500 millions de francs.

Tel est l'ensemble des aides que nous avons prévues pour les personnes âgées et pour leur maintien à domicile.

M. Perrein a souhaité que les personnes âgées elles-mêmes soient consultées ainsi que les collectivités locales. Mais que faisons-nous d'autre avec les précontrats ?

En effet, un an avant de signer des contrats de secteurs, nous signons des précontrats avec les associations et les collectivités locales concernées. Nous leur tenons ce langage : « Vous souhaitez avoir dans un an un contrat. Que souhaitez-vous exactement, puisque toute une gamme de dispositions s'offre à votre choix ? Adoptez celles qui sont les plus utiles localement sur les bases que vous aurez vous-mêmes définies avant de signer le contrat. » Peut-on trouver meilleure façon de faire participer et les collectivités locales et les personnes âgées ?

M. Chérioux a très justement souligné que la politique du maintien des personnes âgées à domicile supposait une politique d'accompagnement en matière d'habitat. Les 280 millions de francs que je viens d'évoquer et qui figurent au budget du ministère de l'équipement doivent servir à financer deux mesures. Il s'agit soit d'avances de l'Etat d'un montant maximum de 50 000 francs, qui sont remboursables seulement à la première mutation et qui permettent de mettre tout de suite aux normes d'habitabilité des logements occupés par des personnes âgées, soit d'avances destinées à aider les travaux financés par les collectivités locales pour mettre le confort dans des immeubles achetés en viager.

Depuis quelques années figure dans les règlements de construction des logements neufs une disposition selon laquelle 20 p. 100 de ces logements sont réservés aux petits logements destinés à des personnes isolées.

Les aides ménagères posent quelques problèmes dans les grandes villes, c'est vrai. Nous avons obtenu récemment une revalorisation de 10 p. 100. Cet effort sera poursuivi. Je vous sais gré, monsieur Chérioux, de n'avoir pas proposé la suppression pure et simple de l'obligation alimentaire en matière d'hébergement et de soins, mais la solution que vous préconisez aboutira, dans neuf cas sur dix, au même résultat.

Quels parents, en effet, une fois pris en charge gratuitement par l'aide sociale, feraient jouer demain, devant les tribunaux, l'obligation alimentaire à l'encontre de leurs enfants, sinon ceux qui auraient un compte à régler ? Et quelle tentation pour les enfants de pousser leurs parents à une solution coûteuse, l'hébergement collectif !

Ce serait aller à l'encontre de la politique du maintien à domicile, dont l'intérêt n'est contesté par personne.

Dans ce domaine de l'obligation alimentaire, nous avançons prudemment. Nous l'avons supprimée pour les handicapés parce qu'il n'y avait pas de réciprocité possible entre parents et enfants. Nous l'avons supprimée également pour l'aide ménagère parce qu'elle constitue un pilier du maintien à domicile et que cette mesure nous a paru nécessaire pour progresser dans ce domaine.

M. Lemarié a évoqué le problème de la vie associative. Aux mesures déjà annoncées, comme la multiplication des locaux collectifs résidentiels, s'ajoutent la formation des responsables d'associations que finance mon secrétariat d'Etat et des mesures de prévention sociale, de couverture des accidents du travail. Des décrets paraîtront incessamment.

Une recommandation sera faite pour que les salariés membres de conseils ou de commissions créés par les lois et règlements puissent bénéficier d'autorisations de s'absenter.

Mais ce qui compte surtout, c'est l'attitude des administrations qui doivent apprendre à tenir compte des désirs des usagers et à passer avec eux des conventions claires. C'est ce que nous nous

efforçons de faire, et je dois dire qu'à l'échelon national le résultat est bon, notamment au sein du comité national consultatif des personnes handicapées.

M. Schwint a soulevé plusieurs questions. Je traiterai d'abord de l'aide sociale. En cette matière, il faut distinguer la répartition entre l'Etat et les collectivités locales, d'une part, et entre les collectivités locales elles-mêmes, d'autre part.

Monsieur Schwint, vous n'avez pas évoqué le problème de la répartition entre l'Etat et les collectivités locales. Je dois signaler que le Doubs, département que vous représentez, avait à sa charge, en 1955, 52,73 p. 100 des dépenses. En 1975, vingt ans plus tard, il n'en supporte plus que 42,84 p. 100.

Cela illustre le mouvement qui consiste, au fil des ans, à faire supporter davantage de charges à l'Etat qu'aux collectivités locales.

Le problème que vous avez soulevé est celui de la répartition entre les collectivités locales elles-mêmes. Vous avez tout à fait raison, les critères de répartition sont dépassés ; mais je suis obligé de répéter que le ministère de la santé n'est absolument pas équipé pour étudier les critères de richesse réelle ou potentielle des collectivités locales. Deux ministères sont armés pour le faire : le ministère de l'économie et des finances, d'une part, grâce à la comptabilité publique, le ministère de l'intérieur, d'autre part. Nous avons déjà dit à plusieurs reprises à ces deux ministères que nous ne voyions aucune objection à ce que soit étudiée une nouvelle répartition des charges entre l'Etat et les collectivités locales. Chaque fois, il nous fut répondu que cette répartition serait réétudiée dans le cadre d'une grande réforme des finances des collectivités locales qui, comme vous le savez, est en préparation.

Vous avez soulevé, en deuxième lieu, le problème du remboursement des frais d'enquête aux bureaux d'aide sociale. En zone rurale, on fait appel à des enquêteurs qui sont rémunérés sur le budget départemental ; en ville, notamment dans les grandes agglomérations, on a recours à des enquêteurs des bureaux d'aide sociale. La question du remboursement à ces derniers des frais d'enquête sera étudiée soigneusement.

Si vous avez des suggestions à nous faire sur une façon de procéder, je serai heureux de les examiner.

Vous avez souligné, en troisième lieu, l'effort accompli par la ville de Besançon en faveur de certaines catégories. Je m'en félicite pour vos concitoyens.

Je sais que le système d'aide de l'Etat ne peut répondre à toutes les détresses. Je voudrais simplement faire remarquer qu'en matière d'aide à l'enfance, lorsque vous inscrivez 20 au budget de votre commune, l'Etat inscrit 80.

Quant à l'effort accompli par l'aide sociale facultative, il est normal dans une grande ville. Quelle que soit l'étendue du système de protection sociale, il faudra toujours porter remède à certaines situations dramatiques et imprévues, d'une façon rapide et directe... sauf à faire de tous les Français une population d'assistés, ce qui n'est pas notre vœu, ni le vôtre, j'en suis sûr, compte tenu des propos que vous venez de tenir sur l'affirmation de la solidarité de voisinage.

**M. Jean Chérioux.** Me permettez-vous de vous interrompre, monsieur le secrétaire d'Etat.

**M. René Lenoir, secrétaire d'Etat.** Je vous en prie.

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

**M. Jean Chérioux.** Monsieur le secrétaire d'Etat, je voudrais vous poser une question.

Si l'on en juge par certaines déclarations qui ont été faites tout à l'heure à cette tribune, seuls les partis de gauche seraient capables de promouvoir une politique sociale généreuse et hardie. Aussi, je vous demande, monsieur le secrétaire d'Etat, de me dire si, à votre connaissance, il existe en France une seule municipalité — je dis bien une seule municipalité — qui fasse un effort comparable à celui que consent sur les fonds d'aide sociale facultative, c'est-à-dire sans aucune participation de l'Etat, la ville de Paris qui, par le biais de l'allocation aux personnes du troisième âge, garantit à celles-ci 1 610 francs par mois. Or, jusqu'à plus ample informé, la majorité du conseil de Paris n'est pas socialo-communiste !

**Mme Rolande Perlican.** Vous êtes bien nerveux, monsieur Chérioux !

**M. Jean Chérioux.** Pas plus que vous !

**M. Dominique Pado.** C'est son tempérament !

**M. René Lenoir, secrétaire d'Etat.** Je ne peux pas vous répondre de façon très précise, car je ne connais pas l'effort consenti par toutes les villes de France.

Il est indéniable, en tout cas, que Paris, fait un grand effort pour les personnes âgées.

En me promenant à travers toute la France, j'ai constaté que les efforts que font certaines collectivités locales, compte tenu de leurs ressources, sont importants, alors que d'autres n'en font pas du tout. Mais je ne peux pas épingler au tableau d'honneur ou de déshonneur des communes que je ne connais pas. Il en existe trente-huit mille en France !

**M. Robert Schwint.** Surtout en fonction d'étiquettes politiques qui n'ont rien à faire ici !

**M. Jean Chérioux.** Ce n'est pas ce que j'ai cru comprendre.

**M. le président.** Vous avez seul la parole, monsieur le secrétaire d'Etat.

**M. René Lenoir, secrétaire d'Etat.** J'en ai terminé, monsieur le président. (Applaudissements sur les travées de l'UCDP, du RPR et à droite.)

**M. le président.** Nous allons examiner les crédits concernant le travail et la santé, III. — Santé et sécurité sociale, et figurant aux états B et C, ainsi que les articles 80, 81 et 82.

#### ETAT B

**M. le président.** « Titre III : plus 897 260 502 francs. »

Personne ne demande la parole ?...

Je mets aux voix le crédit du titre III.

(Ce crédit est adopté.)

**M. le président.** « Titre IV : plus 5 086 423 554 francs. »

La parole est à M. le président de la commission des affaires sociales.

**M. Robert Schwint, président de la commission des affaires sociales.** Monsieur le président, madame le ministre, monsieur le secrétaire d'Etat, mes chers collègues, le Sénat a voté hier le budget des anciens combattants pour 1978. Rapporteur pour avis de la commission des affaires sociales, en remplacement de mon collègue M. Marcel Souquet, j'étais chargé d'intervenir sur la retraite mutualiste des anciens combattants.

Afin que ceux-ci puissent compléter leur retraite du combattant, dont le taux est relativement modeste, les pouvoirs publics leur ont offert la possibilité de se constituer une retraite mutualiste en effectuant des versements auprès d'une caisse mutualiste. Cette retraite a été instituée par la loi du 4 août 1923 au profit des titulaires de la médaille interalliée, qui a été remplacée par la carte du combattant.

On ne saurait trop souligner que cette retraite mutualiste complémentaire du combattant que peuvent ainsi se constituer les anciens combattants, procure un certain nombre d'avantages. Elle est majorée par l'Etat et bénéficie, en outre, d'avantages fiscaux aux termes de l'article 99 bis du code de la mutualité. Les retraites mutualistes constituées par les titulaires de la carte du combattant ou du titre de reconnaissance de la nation et les ayants droit des militaires morts pour la France peuvent bénéficier également d'une majoration de l'Etat.

Mais cette rente, augmentée de la majoration de l'Etat, ne peut dépasser un montant maximum, qui était de 1 200 francs en 1970 et de 2 000 francs en 1977. Ces rentes ne sont malheureusement pas indexées. Pour être juste, il convient de dire qu'elles bénéficient de revalorisations accordées par l'Etat aux rentes viagères instituées à titre onéreux, ce qui peut constituer une clause de sauvegarde de leur pouvoir d'achat.

Votre commission des affaires sociales a toutefois considéré que cette disposition était insuffisante par rapport à l'augmentation du coût de la vie.

Vous venez de dire, madame le ministre, que vous aviez accepté de traduire dans la réalité cet encouragement pour le monde combattant en faisant passer le plafond de 2 000 à 2 200 francs. Nous vous en remercions. Mais pouvons-nous vous suggérer, afin de ne pas revenir chaque année sur cette question, d'étudier un système de revalorisation automatique de ce plafond, qui permettrait aux retraités mutualistes de suivre au moins l'augmentation du coût de la vie ?

**Mme Simone Veil, ministre de la santé et de la sécurité sociale.** Je demande la parole.

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

**Mme Simone Veil, ministre de la santé et de la sécurité sociale.** Monsieur le sénateur, je ne peux que confirmer ce que j'ai dit tout à l'heure en ce qui concerne le dépôt d'un amendement à la loi de finances qui permettra d'abonder mon budget.

Quant à l'indexation, c'est un problème que j'examinerai avec le ministre des finances. Ces questions d'indexation sont toujours vues avec une certaine réticence, mais s'il y a une possibilité, je m'emploierai à la trouver.

**M. le président.** Personne ne demande plus la parole ?...

Je mets aux voix le crédit du titre IV.

**M. Marcel Gargar.** Le groupe communiste vote contre ce crédit, ainsi que contre les crédits figurant aux deux titres suivants.

**M. le président.** Je lui en donne acte.

(Ce crédit est adopté.)

#### ETAT C

**M. le président.** « Titre V : Autorisations de programme, 22 500 000 F ». — (Adopté.)

« Crédits de paiement, 17 800 000 F ». — (Adopté.)

« Titre VI : Autorisations de programme, 1 678 460 000 F ». — (Adopté.)

« Crédits de paiement, 641 035 000 F ». — (Adopté.)

#### Article 80.

**M. le président.** « Art. 80. — I. — L'article L. 602 du code de la santé publique est rédigé comme suit :

« Art. L. 602. — Toute demande d'autorisation de mise sur le marché doit être accompagnée du versement d'un droit fixe, dont le montant sera fixé par décret. »

« II. — Il est inséré dans le code de la santé publique les dispositions suivantes :

« Art. L. 602-1. — Les spécialités pharmaceutiques bénéficiaires d'une autorisation du ministre chargé de la santé publique sont frappées d'une taxe annuelle, perçue au profit de l'Etat.

« Art. L. 602-2. — I. — La taxe annuelle prévue à l'article précédent est fixée à 1 000 francs par spécialité pharmaceutique bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché. Elle est due par le titulaire de cette autorisation.

« II. — La taxe n'est pas exigible pour les spécialités dont les ventes, à l'exclusion des ventes à l'exportation, n'ont pas atteint, au cours de l'année civile précédente, un montant hors taxe de 500 000 francs.

« III. — Lorsqu'une spécialité pharmaceutique est présentée en plusieurs conditionnements d'une contenance différente, c'est le montant total des ventes de la spécialité, sous ses différents conditionnements, qui doit être retenu pour l'application des dispositions précédentes.

« IV. — En ce qui concerne les spécialités pharmaceutiques à base de préparations homéopathiques ou d'allergènes, la taxe est perçue une seule fois pour une même famille de produits ; dans ce cas, le montant annuel des ventes à prendre en considération est celui qui est réalisé pour l'ensemble des produits de la même famille.

« Art. L. 602-3. — I. — Les redevables de la taxe sont tenus d'adresser au ministre de la santé, au plus tard le 31 mars de chaque année, une déclaration indiquant les spécialités pharmaceutiques donnant lieu au paiement de la taxe. Cette déclaration est établie conformément au modèle fixé par arrêté du ministre de la santé.

« II. — En l'absence de déclaration dans le délai fixé ou en cas de déclaration inexacte, le ministre de la santé peut procéder à une taxation d'office, qui entraîne l'application d'une pénalité de 10 p. 100 pour retard de déclaration et de 50 p. 100 pour défaut ou insuffisance de déclaration.

« A défaut de versement dans les deux mois à compter de la date de la notification du montant à payer, la fraction non acquittée de la taxe, éventuellement assortie des pénalités applicables, est majorée de 10 p. 100.

« III. — La taxe et les pénalités sont recouvrées et jugées comme en matière de contributions directes. L'action en répétition dont l'administration dispose pour le recouvrement de la taxe peut être exercée jusqu'à l'expiration de la quatrième année suivant celle au cours de laquelle la taxe doit être versée.

« Art. L. 602-4. — Les pharmaciens inspecteurs de la santé peuvent obtenir sur place, de tout titulaire d'autorisation de mise sur le marché, communication des documents comptables nécessaires au contrôle de la taxe. »

« III. — L'article L. 605 du code de la santé publique est complété par un alinéa 9° ainsi conçu :

« 9° Les conditions d'application des articles L. 602 à L. 602-4 relatifs à la taxe annuelle des spécialités pharmaceutiques. »

**M. le président.** La parole est à Mme Perlican.

**Mme Rolande Perlican.** Cet article constitue un nouveau pas dans la politique du Gouvernement qui fait de la maladie — je l'ai déjà dit tout à l'heure, mais je le répète malgré les réponses qui m'ont été faites — une véritable pourvoyeuse d'impôts pour l'Etat. Reporter sur les consommateurs de produits pharmaceutiques accroîtra l'inégalité scandaleuse devant la maladie ou l'accident qui existe aujourd'hui et concourra de plus à aggraver la situation de l'assurance maladie du régime général de la sécurité sociale.

En effet, les frais pharmaceutiques représentaient déjà 10 milliards de francs en 1970.

Le groupe communiste se prononce, lui, pour l'application du taux zéro de la TVA aux produits pharmaceutiques, pour une politique qui prenne véritablement soin de la santé en s'attaquant, notamment par la nationalisation, aux profits des grands trusts pharmaceutiques.

Dans ces conditions, je confirme que nous voterons contre cet article.

**Mme Simone Veil, ministre de la santé et de la sécurité sociale.** Je demande la parole.

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

**Mme Simone Veil, ministre de la santé et de la sécurité sociale.** J'ai dit tout à l'heure que quelquefois les bras vous tombaient d'étonnement devant certaines interventions. Mais je n'étais pas au bout de mes surprises. Car après l'intervention que je viens d'entendre, ce n'est plus de l'étonnement que j'éprouve, c'est de la stupéfaction !

J'indique au Sénat que l'article 80 tend à fixer le taux d'une taxe annuelle applicable aux spécialités pharmaceutiques, qui sera payée par les industries pharmaceutiques.

A quoi cette taxe est-elle destinée ? A assurer un meilleur contrôle des spécialités pharmaceutiques afin que ne soient pas mis sur le marché des produits qui n'apporteraient pas une réelle innovation thérapeutique.

Cette taxe permettra donc de fournir une meilleure prestation aux consommateurs et d'assurer un meilleur contrôle des prix. Ainsi pourrions-nous éviter de faire peser sur la collectivité des dépenses qui, en fait, pourraient justement provenir de « super-profits » — pourquoi pas, cette fois ? — de l'industrie pharmaceutique.

Alors jugez de mon étonnement lorsque j'entends que certains protestent contre cette taxe perçue sur l'industrie pharmaceutique pour améliorer justement la qualité des produits et faire en sorte que leur prix soit parfaitement conforme à leur coût réel !

Personne ne demande la parole ?...

Je mets aux voix l'article 80.

(L'article 80 est adopté.)

### Article 81.

**M. le président.** — « Art. 81. — I. — L'article L. 631 du code de la sécurité sociale est abrogé.

« II. — Les dispositions de l'article L. 698 du code de la sécurité sociale sont abrogées et remplacées par les dispositions suivantes :

« Art. L. 698. — Les arrérages servis au titre de l'allocation supplémentaire du fonds national de solidarité sont recouvrés en tout ou en partie sur la succession de l'allocataire lorsque l'actif net est au moins égal à un montant fixé par décret.

« Le recouvrement est effectué par les organismes ou services payeurs de l'allocation dans des conditions et selon des modalités fixées par décret.

« Les sommes recouvrables sont garanties par une hypothèque légale prenant rang à la date de son inscription.

« L'action en recouvrement se prescrit par cinq ans à compter du jour de l'enregistrement d'un écrit ou d'une déclaration mentionnant exactement la date et le lieu du décès du défunt ainsi que le nom et l'adresse de l'un au moins des ayants droit. »

« III. — L'article L. 700 du code de la sécurité sociale est complété comme suit :

« ... ainsi qu'à la mise en œuvre des dispositions de l'article L. 698 notamment en ce qui concerne la détermination du montant des successions. »

La parole est à Mme Perlican.

**Mme Rolande Perlican.** J'ai une question à poser sur l'article 81.

Le montant de l'actif net au-delà duquel les arrérages servis au titre de l'allocation supplémentaire du fonds national de solidarité ne sont pas récupérés est aujourd'hui fixé à 100 000 francs. De ce fait, de nombreuses personnes âgées refusent de faire valoir leurs droits à cette allocation de peur de léser leurs enfants et se retrouvent ainsi dans une situation encore plus misérable.

En réponse à un amendement de mon ami Bardol, vous avez annoncé, à l'Assemblée nationale, qu'un décret qui prévoyait le relèvement de ce plafond était en cours d'élaboration. Pour pouvoir se prononcer sur cet article, notre groupe souhaiterait connaître précisément le contenu probable de ce décret et sa date d'entrée en vigueur.

**Mme Simone Veil, ministre de la santé et de la sécurité sociale.** Je demande la parole.

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

**Mme Simone Veil, ministre de la santé et de la sécurité sociale.** Un décret est en cours de préparation, comme je l'avais indiqué lors du débat devant l'Assemblée nationale. Il prévoit que le recouvrement ne s'exercera plus que dans la limite comprise entre le montant de l'actif net et un plafond fixé à 150 000 francs au lieu de 100 000 francs actuellement.

Ce décret entrera en application à compter du 1<sup>er</sup> janvier prochain.

**M. le président.** Personne ne demande la parole ?...

Je mets aux voix l'article 81.

**M. Pierre Gamboa.** Le groupe communiste s'abstient.

(L'article 81 est adopté.)

### Article 82.

**M. le président.** « Art. 82. — I. — Il est mis fin au recouvrement des créances des services départementaux de l'aide sociale contre les familles des mineurs handicapés bénéficiaires, antérieurement au 1<sup>er</sup> septembre 1976, des dispositions de l'article 178 du code de la famille et de l'aide sociale, et contre les débiteurs d'aliments des adultes handicapés dont les frais d'hébergement et d'entretien dans les établissements de rééducation professionnelle et d'aide par le travail ainsi que dans les foyers et foyers-logements ont été pris en charge par l'aide sociale aux infirmes, aveugles et grands infirmes antérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 1977.

« Il est mis fin à toute procédure d'exécution en cours au jour de la publication de la présente loi.

« Les sommes déjà versées aux comptes du Trésor ne peuvent pas donner lieu à reversement sur la base du présent article.

« II. — Quelle que soit la date à laquelle les prestations ont été versées, dès lors que le décès du bénéficiaire est intervenu après la date de promulgation de la présente loi et que les héritiers du bénéficiaire sont ses enfants, son conjoint ou la personne qui a assumé de façon effective et constante la charge du handicapé, les recours en récupération sur succession prévus à l'article 146-a du code de la famille et de l'aide sociale ne sont pas exercés en ce qui concerne les prestations en nature ou en espèces et relatives à :

— la prise en charge des frais d'éducation spéciale des mineurs infirmes et grands infirmes ;

— la majoration pour aide constante d'une tierce personne aux aveugles et grands infirmes ;

— l'allocation de compensation aux grands infirmes travailleurs ;

— la prise en charge des frais de séjour dans les centres de rééducation professionnelle, les centres d'aide par le travail, les foyers et foyers-logements ;

— l'allocation mensuelle d'aide sociale aux infirmes, aveugles et grands infirmes, l'allocation spéciale aux parents de mineurs grands infirmes ainsi que l'allocation supplémentaire du fonds national de solidarité versée en application de l'article L. 711-1 du code de la sécurité sociale.

« III. — Sur demande du bénéficiaire des prestations mentionnées au II ci-dessus, et à condition que ce bénéficiaire soit marié ou qu'il ait des enfants, il est donné mainlevée de l'hypothèque légale inscrite en application de l'article 148 du code de la famille et de l'aide sociale. La radiation de l'hypothèque ne donne lieu à aucune perception au profit du Trésor. » — (Adopté.)

Nous avons terminé l'examen des dispositions concernant le travail et la santé qui figurent à la section III. — Santé et sécurité sociale.

— 3 —

## ORDRE DU JOUR

**M. le président.** Voici quel sera l'ordre du jour de la prochaine séance publique, précédemment fixée au lundi 28 novembre 1977, à dix heures et à quinze heures :

Suite de la discussion du projet de loi de finances pour 1978, adopté par l'Assemblée nationale [n° 87 et 88 (1977-1978)]. — M. Maurice Blin, rapporteur général de la commission des finances, du contrôle budgétaire et des comptes économiques de la nation.

**Deuxième partie.** — Moyens des services et dispositions spéciales :

### Budget annexe des postes et télécommunications :

M. Louis Perrein, en remplacement de M. Bernard Chochoy, rapporteur spécial empêché. (Rapport n° 88, annexe 39.)

M. Pierre Marzin, rapporteur pour avis de la commission des affaires économiques et du Plan. (Avis n° 90, tome XIX.)

## ECONOMIE ET FINANCES

### I. — Charges communes :

M. Henri Tournan, rapporteur spécial. (Rapport n° 88, annexe 9.)

II. — Services financiers (à l'exclusion du commerce extérieur) :

M. Henri Tournan, rapporteur spécial. (Rapport n° 88, annexe 10.)

M. Jean Proriol, rapporteur pour avis de la commission des affaires économiques et du Plan. (Avis n° 90, tome VII.)

Personne ne demande la parole ?...

La séance est levée.

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

Le Directeur  
du service du compte rendu sténographique,  
ANDRÉ BOURGEOT.

**QUESTIONS ECRITES**

REMISES A LA PRESIDENCE DU SENAT LE 26 NOVEMBRE 1977

Application des articles 74 et 75 du règlement, ainsi conçus :

« Art. 74. — 1. Tout sénateur qui désire poser une question écrite au Gouvernement en remet le texte au président du Sénat, qui le communique au Gouvernement.

« 2. Les questions écrites doivent être sommairement rédigées et ne contenir aucune imputation d'ordre personnel à l'égard de tiers nommément désignés ; elles ne peuvent être posées que par un seul sénateur et à un seul ministre.

« Art. 75. — 1. Les questions écrites sont publiées durant les sessions et hors sessions au Journal officiel ; dans le mois qui suit cette publication, les réponses des ministres doivent également y être publiées.

« 2. Les ministres ont toutefois la faculté de déclarer par écrit que l'intérêt public leur interdit de répondre ou, à titre exceptionnel, qu'ils réclament un délai supplémentaire pour rassembler les éléments de leur réponse ; ce délai supplémentaire ne peut excéder un mois.

« 3. Toute question écrite à laquelle il n'a pas été répondu dans les délais prévus ci-dessus est convertie en question orale si son auteur le demande. Elle prend rang au rôle des questions orales à la date de cette demande de conversion. »

*Français de l'étranger : permis de chasser.*

24807. — 26 novembre 1977. — M. Pierre Croze attire l'attention de M. le ministre de la culture et de l'environnement sur la situation de nos compatriotes établis hors de France et qui, devant rentrer définitivement en France, sont dans l'obligation de passer un examen pour obtenir un permis de chasser. Certains sont titulaires de permis de chasse délivrés par les autorités locales depuis de nombreuses années, voire même par les autorités françaises lorsque leur pays de résidence était sous l'autorité ou le protectorat de la France. Il paraîtrait donc logique de dispenser ces Français qui ont une longue expérience de la chasse et qui, pour la plupart, ont déjà un certain âge, de l'obligation de passer cet examen. D'autre part, il arrive que des Français expatriés rentrent en France après la date de l'examen, ce qui les prive d'une saison de chasse. C'est pourquoi il lui demande d'envisager la possibilité de dispenser nos compatriotes répondant à certaines conditions du passage de cet examen et, pour les autres, d'instaurer des sessions particulières leur permettant de chasser dès leur retour en France.

*Auto-écoles : régime des prix.*

24808. — 26 novembre 1977. — M. Francis Palmero demande à M. le ministre délégué à l'économie et aux finances s'il entend prendre en considération la demande des auto-écoles qui souhaitent une

revalorisation de leur situation, soit par l'augmentation des tarifs horaires, soit par la détaxation du matériel utilisé qui supporte une TVA de 33,33 p. 100.

*Embargo de livraisons d'armes à l'Afrique du Sud : respect par une entreprise.*

24809. — 26 novembre 1977. — M. Serge Boucheny signale à M. le ministre des affaires étrangères que des informations récentes font état du fait que des techniciens militaires de l'Union sud-africaine doivent effectuer un stage de formation dans les Etablissements CIT-Alcatel. Cette entreprise productrice de sonars à usage militaire livrerait ces matériels à l'Afrique du Sud, alors que des pays comme la Grande-Bretagne et la République fédérale allemande continuent à fournir des pièces détachées et du matériel militaire sous couvert d'entreprises privées. Il lui demande : 1° de bien vouloir lui indiquer quelles mesures compte prendre le Gouvernement français à l'égard de la société Alcatel, s'il se révélait exact que celle-ci enfreint les recommandations d'embargo décidées par l'ONU sur les livraisons d'armes à l'Afrique du Sud ; 2° comment une société de cette importance peut-elle recevoir des techniciens militaires sans l'avis du Gouvernement français ? Ce comportement est-il conforme à la politique du Gouvernement français.

*Répartition des responsabilités financières des organismes agissant en faveur de la famille et de l'enfance.*

24810. — 26 novembre 1977. — M. Jean Cluzel demande à Mme le ministre de la santé et de la sécurité sociale de bien vouloir préciser la suite qu'elle envisage de réserver à une suggestion formulée dans le rapport annuel pour 1976 de l'inspection générale des affaires sociales dans laquelle il est demandé que soient mieux réparties les responsabilités financières entre l'Etat et les organismes de sécurité sociale et les institutions privées gérant divers services en faveur de la famille et de l'enfance.

*Coordination pour la sécurité sociale entre le régime métropolitain et celui en vigueur dans certains territoires d'outre-mer.*

24811. — 26 novembre 1977. — M. Jean Cluzel attire l'attention de Mme le ministre de la santé et de la sécurité sociale sur le fait qu'il n'existe malheureusement pas de règle de coordination entre le régime métropolitain de sécurité sociale et le régime en vigueur dans certains territoires d'outre-mer, en particulier la Polynésie française sauf en ce qui concerne les titulaires de pension ou d'allocations vieillesse résidant en métropole. C'est ainsi que les personnes qui ont été affiliées au régime obligatoire de prévoyance sociale de la Polynésie française demandant à bénéficier du régime général de sécurité sociale pour les prestations de l'assurance maladie se voient refuser leur demande avec toutes les conséquences qu'une telle décision comporte pour eux et leurs familles. Il lui demande, dans ces conditions, de bien vouloir préciser les dispositions qu'elle compte prendre tenant à remédier à cette situation.

ABONNEMENTS			VENTE au numéro.
	FRANCE et Outre-Mer.	ÉTRANGER	FRANCE et Outre-Mer.
	Francs.	Francs.	Francs.
<b>Assemblée nationale :</b>			
Débats .....	22	40	0,50
Documents .....	30	40	0,50
<b>Sénat :</b>			
Débats .....	16	24	0,50
Documents .....	30	40	0,50

**DIRECTION, RÉDACTION ET ADMINISTRATION**  
26, rue Desaix, 75732 Paris CEDEX 15.

Téléphone ..... { Renseignements : 579-01-95.  
Administration : 578-61-39.