

SÉNAT

PREMIÈRE SESSION ORDINAIRE DE 1975-1976

Annexe au procès-verbal de la séance du 20 novembre 1975.

RAPPORT GÉNÉRAL

FAIT

au nom de la Commission des Finances, du Contrôle budgétaire et des Comptes économiques de la Nation (1), sur le projet de loi de finances pour 1976, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE,

Par M. René MONORY,

Sénateur,

Rapporteur général.

TOME III

LES MOYENS DES SERVICES ET LES DISPOSITIONS SPÉCIALES

(Deuxième partie de la loi de finances.)

ANNEXE N° 35

Travail et Santé.

SANTÉ

Rapporteur spécial : M. Paul RIBEYRE.

(1) *Cette commission est composée de : MM. Edouard Bonnefous, président ; Geoffroy de Montalembert, Max Monichon, Jacques Descours Desacres, Henri Tournan, vice-présidents ; Yves Durand, Roger Gaudon, Joseph Raybaud, Modeste Legouez, secrétaires ; René Monory, rapporteur général ; Auguste Amic, Maurice Blin, Roland Boscary-Monsservin, Jacques Boyer-Andrivet, Pierre Brousse, René Chazelle, Bernard Chochoy, Jean Cluzel, Yvon Coudé du Foresto, Marcel Fortier, André Fosset, Gustave Héon, Paul Jargot, Michel Kistler, Robert Lacoste, Fernand Lefort, Georges Lombard, Josy-Auguste Moinet, Mlle Odette Pagani, M. Pierre Prost, Mlle Irma Rapuzzi, MM. Paul Ribeyre, Edmond Sauvageot, François Schleiter, Robert Schmitt, Maurice Schumann.*

Voir les numéros :

Assemblée Nationale (5^e législ.) : 1880 et annexes, 1916 (tomes I à III et annexe 29), 1917 (tome XVII) et in-8° 360.

Sénat : 61 (1975-1976).

Lois de finances. — Santé publique.

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	3
I. — La recherche médicale	6
II. — L'enseignement	13
III. — L'action médicale	17
IV. — L'action sociale	28
CONCLUSION	39

Mesdames, Messieurs,

Pour la première fois depuis bien longtemps, le budget de la Santé n'a pas été modifié dans ses frontières et, de ce fait, les comparaisons des dotations d'une année à l'autre s'en trouvent facilitées ; le « bleu », élagué d'une multitude de mesures de transferts, devient ainsi plus lisible.

Toutefois une modification de présentation est intervenue à l'intérieur même de l'enveloppe générale, commune à tous les départements ministériels qui possèdent des organismes de recherche, elle a été prise avec l'accord de la Délégation générale à la recherche scientifique et technique : seules demeurent au titre III (ou au titre IV quand il s'agit de subventions) les dépenses de personnel ; les dépenses de fonctionnement et de matériel, regroupées sous la dénomination de « soutien des programmes », sont transférées au titre VI « subventions d'équipement ».

Nous avons, dans le tableau qui suit, résumé le fascicule budgétaire, les dotations étant classées suivant l'ordre juridique classique :

Total	{	1975 : 10.250 millions de francs	}	+ 15,4 %
		1976 : 11.829 millions de francs		

TITRE III. — Moyens des services.

292 millions de francs, soit — 37 millions de francs (— 11,2 %).

	En millions de francs
A. — Mesures acquises (extension en année pleine des mesures de revalorisation des rémunérations publiques et application de textes)	+ 39
B. — Mesures nouvelles :	
— Renforcement des services de recherche (I.N.S.E.R.M. et S.C.P.R.I.) dont création de 131 emplois	+ 14
— Ajustements divers	+ 3
— Economies sur les crédits de vaccination contre la rubéole en milieu scolaire	— 3
Total	+ 14
C. — Mesure d'ordre : transfert d'une part des crédits de recherche au titre VI	— 89

TITRE IV. — Interventions publiques.

10.211 millions de francs, soit + 1.416 millions de francs (ou + 16,7 %).

	En millions de francs	
A. — Mesures acquises :		
— Ajustement des crédits d'aide médicale	+	394
— Ajustement des crédits de protection et de prévention sanitaire	+	270
— Ajustement des crédits d'aide sociale	+	659
Total	+	1.323
B. — Mesures nouvelles :		
1. Actions de caractère médical :		
— Recherche scientifique (Institut Pasteur, Institut du radium)	+	8
— Formation de personnels médicaux et paramédicaux	+	33
— Education sanitaire	+	2
— Centres de planification familiale	+	5
— Secours d'urgence, sécurité routière	+	2
— Divers	+	2
Total	+	52
2. Actions de caractère social :		
— Formation de personnels sociaux	+	19
— Subvention aux services départementaux d'aide sociale ..	+	15
— Prise en charge de 14 équipes de suite	+	3
— Financement partiel des centres sociaux	+	8
— Post-cure pour toxicomane	+	3
— Actions sociales expérimentales	+	3
— Aide aux personnes âgées	+	4
— Informations et conseils sur la régulation des naissances ..	+	5
— Divers	+	3
Total	+	63
C. — Mesure d'ordre :		
— Transfert des subventions de recherche au titre VI	—	22

TITRES V ET VI. — Budget d'équipement.

Autorisations de programme (en millions de francs) :

	1975 primitif	1975 modifié	1976
A. — Etudes et contrôles	11	11	12
B. — Equipements sanitaires :			
1. Etablissements d'Etat	10,4	10,4	8
2. Subventions d'équipement	1.023,6	1.313,6	1.110,1
dont :			
— travaux neufs	727,4	817,4	775,1
— travaux d'« humanisation »	235	435	265
— écoles d'infirmières	61,2		70

C. — *Equipements sociaux* :

1. Etablissements d'Etat	25,2	25,2	3
2. Subventions d'équipement	314,8	364,8	337
dont établissements pour :			
— enfants handicapés	68		61
— adultes handicapés	59		80
— enfants, adolescents, famille	104		110
— personnes âgées	62		66
— écoles de travailleurs sociaux	16		15

D. — *Equipements de la recherche médicale* (compte non tenu des transferts des titres III et IV)

49,7 63 79,5

Le budget de la Santé, avec près de 12 milliards de crédits, représente 4 % du budget général. Après avoir crû de 31,6 % l'an dernier, compte non tenu du collectif d'ailleurs, il progresse à nouveau de 15,4 % cette année : sur deux ans, il aura augmenté de moitié.

Ces chiffres ne doivent pas toutefois faire trop illusion. Certes, quelque chose a bougé à la Santé ; il y a une politique, mais elle s'inscrit l'an prochain dans une marge modeste. Pour les dépenses ordinaires, les mesures nouvelles constituent seulement 1,2 % du total et à peine plus de 1 % pour les seules interventions publiques (toute interférence des transferts éliminée).

C'est que ce budget comporte justement un énorme titre IV qui, avec plus de 10 milliards de crédits, contient 88,8 % de l'ensemble des dépenses de fonctionnement et de capital. Et à l'intérieur du titre, les deux chapitres d'aide médicale et d'aide sociale sont dotés de 7,5 milliards.

La croissance rapide signalée plus haut est imputable, pour une large part, à des effets mécaniques : d'où l'importance des services votés qui ne sont que la projection, à législation inchangée, des dépenses d'un exercice sur l'exercice suivant et les hausses de prix n'ont pas une mince responsabilité dans cette évolution rapide du budget de la Santé.

..

Après avoir donné de ce budget une présentation juridique, nous classerons les dotations à l'intérieur de quatre rubriques consacrées aux quatre grandes missions du Ministère, à savoir :

- la recherche médicale ;
- l'enseignement ;
- l'action médicale
- et l'action sociale.

I. — 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 (I.N.S.E.R.M.), ainsi que par 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 C.N.R.S. et les U.E.R. médicales.

Hors enveloppe, sont financées des études d'importance plus modeste assurées, soit par l'administration centrale, soit par l'I.N.S.E.R.M. et qui comportent l'élaboration de statistiques portant sur l'état sanitaire de la population ou sur le système de santé, des travaux d'épidémiologie et des études socio-économiques.

L'INSTITUT NATIONAL DE LA SANTÉ ET DE LA RECHERCHE MÉDICALE

La mission de l'I.N.S.E.R.M. comporte donc deux aspects essentiels :

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

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

Le VI^e Plan aura eu pour effet de rénover et de renforcer l'I.N.S.E.R.M. La politique générale a été guidée par un double souci :

— développer au maximum, l'efficacité des structures de recherche et lier, chaque fois que cela paraissait possible, la découverte scientifique à des retombées socio-économiques ;

— s'orienter vers une politique d'objectifs visant à finaliser une partie de la recherche vers des buts scientifiques ou socio-économiques, en maintenant un équilibre rigoureux entre recherche fondamentale et recherche appliquée.

Sur le plan de la gestion, un tableau de bord inspiré des principes en usage dans les entreprises industrielles, a été mis au point ; il permet d'obtenir à tout moment des informations sur la répartition du potentiel de recherche et sur la production scientifique, sur les hommes, les laboratoires, les objectifs, les crédits et les résultats.

Des modalités de financement originales de la recherche ont été organisées sous la forme des « actions thématiques programmées » (A.T.P.) à caractère multidisciplinaire qui permettent, sur un secteur défini, une concentration importante du potentiel scientifique et financier pour atteindre des objectifs prioritaires. Depuis 1970, 52 A.T.P. ont été lancées : 7 en 1971 qui sont terminées ; 8 en 1972, 9 en 1973, 12 en 1974 et 16 en 1975.

Mais la formule A.T.P. n'est pas exclusive d'autres procédures : il existe des « contrats libres », d'une durée de un à trois ans, lorsque le thème de recherches est défini par le demandeur, lequel traite avec la direction de l'I.N.S.E.R.M., celle-ci exerçant par ailleurs un contrôle scientifique rigoureux. Le contrat est signé par le chercheur lui-même et il en reste titulaire même en cas de changement de laboratoire.

Mis à part les secteurs de la cancérologie, de l'endocrinologie, de la gastro-entérologie où sont entreprises des recherches de niveau international, l'effort a plus particulièrement porté sur :

— la *périnatalogie* avec comme résultats une chute du taux de mortalité péri-natale de 30 ‰ en 1960 à 20 ‰ en 1973 ; en raison des incidences socio-économiques, l'effort sera poursuivi au cours du VII^e Plan ;

— l'*immunologie* au niveau des mécanismes de rejet des greffes ;

— le *cerveau*, non seulement sur le plan de la biologie et de la physiopathologie mais aussi sur les aspects psychiatriques et psychologiques ;

— la *pharmacologie clinique*, puis sur les essais thérapeutiques et enfin sur la toxicologie animale et cellulaire ;

— le *génie biologique et médical* pour combler le retard de l'industrie française dans ce domaine ;

— la *gérontologie*.

Une autre préoccupation de l'I.N.S.E.R.M. a été d'améliorer la répartition du potentiel scientifique sur le territoire. En ce qui concerne les hommes : en trois ans le nombre des chercheurs provinciaux est passé de 29 à 36 % du total. En ce qui concerne les constructions : pendant la durée du VI^e Plan, le nombre de mètres carrés construits à Paris a été ramené à 45 %.

Les moyens alloués à l'I.N.S.E.R.M. dans le budget de 1976 progressent dans l'ensemble de 15 %, passant de 286,5 millions de francs en 1975 à 329,4 millions. L'essentiel des mesures nouvelles est consacré, d'une part aux dépenses de personnel, d'autre part au financement des A.T.P.

a) Le nombre de créations d'emplois s'élève à 114 (contre 100 en 1975), soit 56 chercheurs (contre 45 en 1975) et 58 techniciens et administratifs (contre 55 en 1975).

Par ailleurs, 51 transformations d'emplois devront permettre une meilleure adaptation des personnels aux tâches spécifiques de l'I.N.S.E.R.M.

b) Les 53,3 millions de francs d'autorisations de programme se ventilent ainsi :

— 4,7 millions de francs au titre des opérations immobilières, correspondant à des dépenses de réévaluation pour des programmes en cours, notamment à Clamart et à Bordeaux (4,55 millions de francs) et à des charges d'aménagement (0,15 million de francs) ;

— 1 million de francs au titre du soutien des programmes ;

— 22 millions de francs en vue d'assurer le renouvellement du matériel installé et de couvrir les besoins en équipements des unités existantes ou d'unités nouvelles ;

— 25,6 millions de francs pour permettre le lancement de nouvelles actions thématiques programmées.

La ventilation de cette dernière dotation par grands objectifs de recherche se présente de la manière suivante :

— 7,2 millions de francs pour des actions intéressant la biologie cellulaire et portant notamment sur le cancer, la microbiologie, l'immunologie, l'hormonologie ;

— 7,4 millions de francs en vue de financer des A.T.P. ayant trait à l'étude des grandes fonctions (cardiologie, tube digestif, néphrologie, poumon) et permettant notamment une meilleure connaissance des causes et mécanismes des maladies affectant ces organes en vue d'une politique de prévention ;

— 5,8 millions de francs pour des actions à incidences industrielles (pharmacologie, médicaments, génie biologique et médical) visant tant à l'amélioration de la qualité des soins et du diagnostic qu'au développement de certaines branches industrielles ;

— 4,4 millions de francs pour la biologie de la reproduction et du développement, dont l'importance des retombées dans le domaine de la périnatalogie a déjà été soulignée ;

— 0,8 million de francs pour le lancement d'études en socio-économie de la santé.

Enfin, pour les activités non financées sur l'enveloppe de recherche, il est demandé un crédit supplémentaire de 145.700 francs, dont 100.000 francs destinés à renforcer les moyens de l'I.N.S.E.R.M dans le domaine des contre-expertises des dossiers soumis au Service central de la pharmacie et des médicaments en vue de l'obtention du visa autorisant la mise sur le marché des médicaments.

LE SERVICE CENTRAL DE PROTECTION CONTRE LES RAYONNEMENTS IONISANTS

Rattaché à l'I.N.S.E.R.M., le S.C.P.R.I. est chargé d'une triple mission de recherche, de contrôle et d'assistance dans le domaine de la radioactivité.

Son programme de recherche a pour objet l'étude des effets sur l'homme des rayonnements ionisants et de la contamination radioactive ainsi que des moyens de s'en protéger. Au cours des deux dernières années, les thèmes explorés par le Service ont été les suivants :

— recherches sur la radiobiologie et la cancérologie par les rayonnements ionisants ;

— études sur les autres affections provoquées par les rayonnements ionisants et les indicateurs d'irradiation : hématologiques, biochimiques, chromosomiques et neurologiques ;

— études concernant le traitement en cas de radioexposition grave ;

— études de rationalisation des choix en matière d'équipements mettant en œuvre les rayonnements ionisants à des fins médicales, compte tenu notamment des incidents radiobiologiques ;

— études radioécologiques et détermination de l'acceptabilité des divers milieux vis-à-vis des rejets d'effluents radioactifs.

Les dotations proposées au titre de 1976 sont les suivantes :

— 4,90 millions de francs de mesures nouvelles de fonctionnement dont la création de cinq postes de techniciens et d'administratifs (0,33 million de francs) ;

— 6,10 millions de francs d'autorisations de programme incluant 5,60 millions de francs de crédits de fonctionnement transférés dont

0,37 million de francs de mesures nouvelles au titre de l'exercice 1976.

L'INSTITUT PASTEUR

L'Institut Pasteur 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 D.O.M. et à l'étranger.

Pour atteindre les buts qu'il s'est fixé et pour poursuivre la tradition pastoriennne, l'Institut dispose :

- d'un centre de recherche et d'enseignement ;
- d'un centre hospitalier ;
- d'un centre de fabrication et de distribution des sérums, vaccins et autres produits.

Les difficultés financières rencontrées par l'Institut ont conduit le Ministre de la Santé à désigner, en accord avec les dirigeants de la fondation, un magistrat à la Cour des comptes pour faire le point de la situation et proposer des mesures de redressement.

La première conséquence tirée du rapport a été de porter le total des subventions accordées par l'Etat à l'Institut à 50,5 millions, ce qui représente une progression de 150 % par rapport à l'année précédente. Cette aide se ventile de la façon suivante :

- 19,64 millions au titre de la subvention de fonctionnement ;
- 2,46 millions pour les dépenses des centres nationaux de référence ;
- 7,90 millions en contrepartie des activités de service public de l'Institut ;
- 20 millions en autorisations de programme et 20,50 millions en crédits de paiement.

Ces chiffres ne représentent d'ailleurs pas l'intégralité de l'aide financière accordée par l'Etat à un organisme qui, en dépit de son statut de droit privé, constitue dans le domaine de la recherche biologique et de la santé publique un potentiel justifiant une attention particulière des pouvoirs publics. L'Institut Pasteur reçoit en effet, compte tenu de ses activités d'enseignement supérieur, des subventions inscrites au budget du Secrétariat d'Etat aux Universités. En outre, des chercheurs et des techniciens rémunérés sur les budgets des

divers organismes de recherche, notamment l'I.N.S.E.R.M. et le C.N.R.S. sont mis à la disposition de l'Institut. Enfin l'Etat prend à sa charge les dépenses occasionnées par les vaccinations anti-rabiques.

Les travaux de recherche des services et laboratoires du siège de Paris, groupés en départements, sont très variés mais plus spécialement concentrés dans trois domaines :

— Etude des phénomènes vitaux à l'échelon subcellulaire : étude des membranes, de la structure des macromolécules, des mécanismes d'action des hormones, cancérogénèse, bioénergétique ; virologie et immunologie qui représentent une des activités majeures de l'Institut ;

— Reproduction, développement et régulation des organismes pluricellulaires ;

— Inter-relations entre les êtres vivants et leur environnement : relations entre les organismes pathogènes et leur hôte, recherches sur la résistance des entéro-bactéries, des staphylocoques et des mycobactéries.

L'Institut de la *Guyane* a établi un réseau de détection et d'information sur la dengue et la fièvre jaune et poursuit des recherches sur la lèpre. Celui de la *Guadeloupe*, après l'échec d'une recherche, explore une nouvelle voie en ce qui concerne le rôle du parasite *S. mansoni* dans le déclenchement de la bilharzose. A la *Martinique* des études biochimiques et immunologiques ont été entreprises sur l'hépatite virale due au virus B sur les hémoglobines anormales.

L'*Institut Pasteur de Lille* a entrepris, en collaboration avec un laboratoire de Louvain, un programme de recherches concernant l'étude du rôle et des fonctions des anticorps IgE chez le rat. Ce service va se transformer en octobre 1975 en institut de recherche d'immunologie parasitaire.

En 1975, les activités de recherche du laboratoire de physiopathologie du métabolisme des lipides doivent porter notamment sur :

— l'étude comparative de différentes méthodes de dosage des lipoprotéines sériques ;

— l'étude du métabolisme des émulsions artificielles de triglycérides administrées par voie parentérale.

LA FONDATION CURIE - L'INSTITUT DU RADIUM
(Section biologie.)

Les recherches menées dans la section de biologie de la Fondation s'effectuent dans le cadre de l'objectif « Etude des phénomènes vitaux à l'échelon subcellulaire ».

Elles se poursuivent dans les directions suivantes :

— Dans le cadre de la sûreté nucléaire, programme tendant à la comparaison quantitative des pollutions mutagènes par radiation et par produits chimiques. Le but final est de mesurer et d'exprimer la pollution chimique en unités de radiation : si la pollution par radiation est soumise à un contrôle quantitatif fondé sur des normes internationalement admises, rien de semblable en effet n'existe pour la pollution chimique mutagène et cancérigène ;

— Travaux se rapportant à la purification de l'interféron permettant de préparer cette substance antivirale et dépressive de l'immunité avec un degré de pureté mille fois supérieur à ce qui se faisait auparavant ;

— Recherches concernant la radiobiologie fondamentale, la cancérologie virale et la cancérologie chimique in vitro.

La loi de finances pour 1976 apporte à la Fondation (avant la réforme des imputations) :

— 0,27 million de francs en mesures nouvelles de fonctionnement correspondant à la réactualisation des crédits de personnel et de fonctionnement ;

— 0,4 million de francs en autorisations de programme pour assurer la jouvence du matériel existant.

II. — L'enseignement.

La mission enseignante du département de la Santé est sinon vaste, du moins très variée puisqu'elle va de la dispense d'un enseignement élémentaire puis professionnel aux jeunes sourds et aux jeunes aveugles dans des instituts appartenant à l'Etat jusqu'à la formation des cadres médicaux, administratifs et techniques des services et des hôpitaux par l'Ecole nationale de la Santé publique de Rennes en passant par un concours important apporté à la formation professionnelle des étudiants en médecine, des personnels paramédicaux et des personnels sociaux.

*
**

Le budget de 1976 comporte un nombre réduit de mesures nouvelles mais d'importantes majorations de crédits.

EN MATIÈRE DE FORMATION SANITAIRE

— Pour l'Ecole nationale de la Santé publique, onze transformations d'emplois et l'ajustement des crédits de fonctionnement nécessitent un petit supplément de 132.000 francs au titre III.

— Les actions de formation spécifique ou de recyclage des personnels médicaux et paramédicaux subissent quelques ajustements qui se traduisent par une légère diminution de la dotation du chapitre (— 42.000 F) : des économies possibles sur la formation en matière de lutte contre le suicide, la toxicomanie et la transfusion permettent de renforcer le recyclage en matière de périnatalité et de secours d'urgence.

— Les crédits de la subvention aux établissements hospitaliers qui correspond aux dépenses supplémentaires occasionnées par l'accueil des étudiants en médecine demeurent à leur niveau de 1975, soit 26,9 millions de francs.

— Le gros de l'effort est consenti au bénéfice de la formation des auxiliaires médicaux et plus particulièrement à celle des infirmières :

a) Les crédits de *subvention aux écoles de formation*, hospitalières et non hospitalières, passeront de 151,9 à 169,9 millions de francs (+ 11,2 %) pour tenir compte des hausses des prix et des salaires ainsi que de l'augmentation des effectifs ;

b) Pour les crédits de *bourses*, l'ajustement proposé est de 14,6 millions, ce qui représente une majoration de 63,9 % qui se justifie ainsi :

- progression des effectifs de l'ordre de 10 % (soit + 2,29 millions) ;
- poursuite de la progression du taux des bourses en vue d'un alignement sur les taux accordés par le Ministère de l'Éducation pour des formations réclamant, au départ, le même diplôme (soit + 12,31 millions).

c) Les autorisations de programme ouvertes pour subventionner la *construction des écoles* s'élèvent à 70 millions contre 61,2 millions pour 1975 (+ 14,4 %).

Le tableau qui suit donne d'utiles indications sur le rendement du système éducatif en cause :

	1974	1975 Estimation	1976 Prévision
	(En milliers.)		
Personnel paramédical :			
effectif scolarisé (année scolaire).....	40	46,6	52
dont : infirmières	28,4	34,9	41
Diplômes délivrés (année scolaire).....	(a) 3,6	15,3	16,4
dont : infirmières	(a) 0,3	11,5	12,4
Bourses d'État (année scolaire)	7,1	9,4	12,4
dont : infirmières	5,5	7,3	10,3

(a) La baisse est due à l'allongement de quatre mois des études d'infirmières, conformément au décret du 5 septembre 1972.

Malgré tous les progrès accomplis sur le plan quantitatif et sur le plan qualitatif en matière de formation des infirmières, le secteur hospitalier public demeure encore déficitaire parce qu'il s'agit d'une profession où le « turn over » est important : dans les C.H.R. 28 % des infirmières quittent leur emploi dans les cinq années qui suivent l'obtention de leur diplôme. Les sujétions

du métier sont d'une part peu compatibles avec une vie de mère de famille. D'autre part, il faut bien incriminer les conditions de rémunération faites à des femmes dont le niveau intellectuel n'a cessé de se relever — à la rentrée d'octobre 1974, 47 % des élèves étaient bachelières et la durée des études a été portée à vingt-huit mois par le décret du 29 septembre 1972 — et qui accomplissent sans doute la tâche la plus exigeante qui soit.

Quelques améliorations ont été apportées en 1975 par une série de textes réglementaires parus en avril dernier :

- amélioration des perspectives de carrière par la création des emplois d'encadrement d'infirmière générale et d'infirmière générale adjointe, les intéressées étant chargées, au niveau de l'équipe de direction des établissements hospitaliers importants, de connaître de l'ensemble des problèmes intéressant le personnel infirmier ;
- en cas de nouveau recrutement après démission, la nouvelle nomination se fait à l'indice égal ou, à défaut, immédiatement supérieur à l'indice détenu en dernier lieu dans l'ancien emploi, et non plus à équivalence de traitement ;
- suppression de tout abattement sur la prime de service en cas d'absence pour congé de maternité ou pour congé provoqué par un accident du travail ou une maladie professionnelle ;
- majoration de 50 % du taux de l'indemnité pour travail accompli pendant les dimanches et jours fériés ;
- attribution d'une prime spécifique, dont le taux mensuel est de 100 francs pendant la première année de service, 150 francs après un an, 200 francs après deux ans et trois mois et 250 francs après trois ans et neuf mois.

On envisage également d'améliorer les modalités du travail à temps partiel, par introduction du travail à trois quarts de temps.

EN MATIÈRE DE FORMATION SOCIALE

— Il est ouvert à un article nouveau du chapitre 43-33 où sont rassemblées les dotations pour formation sociale, une subvention de 500.000 francs pour aider divers organismes concourant à la formation de personnes bénévoles dirigeant des associations exerçant leur activité dans le secteur social.

— Les subventions de fonctionnement aux *écoles* de formation passeront de 118,7 à 137 millions de francs, les 18,3 millions de supplément (ou + 15,4 %) se justifiant par une augmentation des effectifs de 4 %, une hausse des rémunérations de 12 % et une hausse des prix de 7,5 %.

— Les *crédits de bourses* seront majorés de 1,1 million (+ 7 %), la bourse de taux moyen passant de 5.310 à 5.800 francs.

— Les autorisations de programme inscrites pour subventionner la construction d'écoles de formation de travailleurs sociaux seront ramenées de 16 à 15 millions.

Les catégories de travailleurs sociaux sont multiples : assistants et assistantes de service social, conseillers en économie familiale et sociale, travailleuses familiales, éducateurs spécialisés, éducateurs de jeunes enfants, moniteurs-éducateurs, aides médico-psychologiques, personnels chargés de l'enseignement des jeunes sourds et jeunes aveugles. Leur formation, laissée originellement à l'initiative privée, a été progressivement nationalisée. Elle fait désormais l'objet de textes qui en précisent très nettement les programmes et la durée ainsi que les conditions d'accès ou d'évaluation.

Le tableau ci-dessous montre l'importance et le rendement actuels des formations de travailleurs sociaux :

	1974	1975 Estimation	1976 Prévision
	(En millions.)		
Elèves en formation	19.880	23.163	24.300
dont : assistantes sociales	5.006	5.529	5.800
dont : travailleuses familiales	688	670	800
Nombre de bourses	2.062	2.694	3.700
Nombre de diplômes délivrés	5.600	6.372	6.500
dont : assistantes sociales	1.500	1.600	1.700
dont : travailleuses familiales	700	680	700
Nombre d'écoles subventionnées	164	162	(a) 139

(a) La diminution du nombre d'écoles subventionnées résulte de l'intégration de trois centres de formation au sein de l'Institut régional de formation des travailleurs sociaux et de recherche sociale d'Aquitaine.

III. — L'action médicale.

Améliorer la protection et la prévention sanitaires, développer et aménager l'équipement hospitalier et rendre l'aide médicale plus efficace, tels sont les thèmes majeurs de l'action médicale.

PROTECTION ET PRÉVENTION SANITAIRES

Trois actions nouvelles, le renforcement des dotations du chapitre concerné : les modifications apportées sont peu nombreuses au titre IV :

— *Education sanitaire* : 2 millions sont demandés pour renforcer la campagne de lutte contre le tabac ;

— *Régulation des naissances* : 5 millions serviront à développer les actions des centres de planification familiale ;

— *Secours d'urgence* : une subvention de 2,4 millions est apportée pour développer le nombre des établissements hospitaliers équipés en S.A.M.U. : on devrait compter 42 services d'aide médicale urgente en 1976 contre 31 en 1975 ;

— *Ajustement aux besoins* : + 1,7 million de francs.

Nous ferons le point sur quelques actions de prévention poursuivies depuis quelques années.

1° *Le programme de périnatalité.*

Ce programme mis en place en 1971 sera poursuivi en 1976, étant donné la qualité des résultats obtenus jusqu'à présent, matérialisés par une baisse du taux de mortalité infantile en deçà de 20 ‰. Les crédits ouverts en 1975 seront pratiquement reportés pour conforter quelques actions prioritaires telles que :

— la recherche de l'information statistique ;

— le recyclage et le perfectionnement des personnels médicaux et paramédicaux (32.000 personnes auront été touchées pendant le VI^e Plan) ;

— la dotation, aux services de gynécologie-obstétrique des établissements hospitaliers publics, de subventions leur permettant d'acquérir du matériel technique (table de réanimation, incubateur) ;

— la rénovation des maternités (une part des 20 millions d'autorisations de programme prévues pour les actions prioritaires).

Par contre, il n'a pas paru nécessaire de reconduire l'aide de l'Etat à la campagne de vaccination de masse contre la rubéole qui avait été entreprise dans la population des fillettes de 13 ans et celle du personnel féminin en contact avec des groupes d'enfants, d'autres modalités de prise en charge devant être étudiées. D'où, au titre III, une économie de 2,6 millions de francs ; seul subsiste un crédit de 450.000 francs pour engager une action de contrôle sérologique de la rubéole afin de tester l'immunité conférée par les précédentes vaccinations.

2° *La régulation des naissances.*

Elle comporte deux aspects : la contraception et l'interruption volontaire de grossesse.

— *La contraception :*

a) L'activité des *établissements* d'information, de consultation ou de conseil familial a continué à se développer assez rapidement. Actuellement, 237 « établissements » (dont 4 pour les D.O.M.) ont été agréés et 158 ont passé une convention avec l'Etat leur permettant de bénéficier d'une subvention forfaitaire de 15 francs par heure de conseil conjugal ou familial assurée : en 1975, les crédits alloués aux établissements se sont élevés à 2,9 millions correspondant à près de 200.000 heures de conseil assurées.

b) 181 *centres* de planification et d'éducation familiale ont déjà reçu l'agrément ministériel (dont 16 dans les D.O.M.).

Les frais résultant du fonctionnement de ces centres, grâce aux dispositions de la loi du 4 décembre 1974, sont pris en charge par le budget de la Protection maternelle et infantile, les centres étant désormais une des formations sanitaires des centres de P.M.I. au même titre que les consultations prénatales ou de nourrissons.

Cependant, il a paru nécessaire de majorer le crédit qui est affecté aux subventions de ces centres (1,1 million) pour mener à bien une véritable politique de régulation des naissances susceptible de rompre la résistance de différents types de population à la contra-

ception et ainsi de limiter au maximum le nombre d'avortements. D'où le supplément de 5 millions prévu en 1976.

Un très grand effort doit par ailleurs être fait en matière de formation. Les organismes, qui actuellement assurent une formation en matière de planification familiale sont rares, ont des difficultés financières pour faire face aux nombreuses demandes qu'ils reçoivent en raison même de la création progressive des centres et manquent des personnels indispensables pour les faire fonctionner. Ces personnels doivent d'ailleurs acquérir une technicité particulière non seulement sur les problèmes de régulation, mais aussi sur ceux de l'avortement, la génétique, les problèmes de stérilité. En même temps, devra être assurée la coordination des programmes.

— *L'interruption volontaire de grossesse :*

L'ensemble des textes d'application de la loi sur l'interruption volontaire de grossesse ont été publiés.

a) Un « *dossier-guide* » doit être remis aux femmes par le médecin consulté. Il a été mis au point par la Direction de l'action sociale du Ministère et se présente sous forme d'une pochette dans laquelle sont insérés, d'une part, un texte général qui a fait l'objet d'une publication au *Journal officiel* du 15 mai 1975, d'autre part, une liste d'adresses établie par les directions départementales de l'action sanitaire et sociale. Les dossiers-guides ont été distribués aux médecins et aux établissements médicaux à la fin du mois de juin et au début du mois de juillet.

b) Le fonctionnement de la *consultation sociale* prévue à l'article L 162-4 du Code de la santé publique n'est pas encore précisé, compte tenu de la date récente de la publication du décret d'application.

Une première enquête effectuée en avril 1975 a permis d'évaluer à près de 6.000 le nombre d'interruptions volontaires pratiquées en deux mois.

3° *Le service de santé scolaire :*

Le service de santé scolaire voit ses moyens quelque peu renforcés par la création de 50 emplois d'infirmières (contre 20 en 1975) tandis que les crédits de vacation font l'objet d'un réajustement (+ 407.400 francs).

Mais les mailles du réseau de prévention sont encore trop lâches ainsi que le prouve le tableau suivant des bilans de santé scolaire :

	1973	1974
	(En pourcentage de l'effectif.)	
Premier bilan (entre 2 et 4 ans)	20	21
Deuxième bilan (entre 5 et 6 ans)	68	69
Troisième bilan (entre 10 et 11 ans)	63	65
Quatrième bilan (entre 14 et 15 ans)	80	77

Un décret à la co-signature du Ministre de l'Education prévoit la surveillance médicale systématique des enfants d'âge préscolaire fréquentant les écoles maternelles, les jardins d'enfants, les classes enfantines, les classes enfantines-jardins d'enfants.

Les examens de santé obligatoires et ceux qui sont effectués dans les écoles maternelles vont conduire à cerner un plus grand nombre de handicaps. Pour confirmer ou infirmer ces derniers et surtout en assurer la prise en charge, un décret en cours de préparation institue une nouvelle catégorie d'établissements : les *centres d'action médico-sociale précoce*.

Ces établissements ont pour but, en sus du dépistage, le traitement en cure ambulatoire et la rééducation des enfants de moins de 6 ans atteints d'un handicap sensoriel, moteur ou mental. Ils mettront à la disposition de ces enfants des équipes pluridisciplinaires qui pourront procéder aux rééducations tant dans les locaux de l'établissement qu'au domicile des patients, ceci dans le but de faire coopérer les familles à l'action de rééducation.

4° *La lutte contre les pollutions et les nuisances :*

Pour protéger l'individu contre les agressions qu'il subit du fait de la dégradation de son environnement, le Ministère de la Santé oriente son action vers les points suivants :

a) *Le contrôle des divers milieux :*

— *L'eau potable* : l'accent est mis sur la remise en ordre des fichiers destinés à tirer parti du résultat des analyses d'eau opérées dans toute la France. A cet effet, une expérience pilote de traitement

informatique des données est en cours dans quelques départements. L'objectif est de pouvoir connaître, dans un avenir proche, l'état ponctuel des eaux potables du pays et de pouvoir intervenir rapidement en cas de besoin.

De même, des mesures ont été prises pour renforcer la surveillance de la qualité des eaux des baignades. Des contrôles systématiques sont opérés à cet effet.

— *L'alimentation* : la section alimentation du Conseil supérieur d'hygiène publique de France oriente principalement son action vers des recherches toxicologiques, spécialement en ce qui concerne les additifs alimentaires et les emballages.

L'hygiène alimentaire ne se limite cependant pas aux seuls aspects toxicologiques. La nutrition prend progressivement une place essentielle.

— *L'assainissement* : l'action en ce domaine est double : d'une part, le développement des services de contrôle et d'assistance technique aux exploitants des stations d'épuration ; cette action est prise en compte dans les dépenses obligatoires. D'autre part, l'étude des moyens d'assainissement individuel avec la recherche d'une définition de leurs performances ; en effet, par suite de la multiplication des résidences secondaires, maisons isolées, etc. ce moyen d'assainissement a tendance à se développer de façon anarchique et il importe d'étudier les normes de contrôle, les techniques utilisées de façon à éviter la pollution du milieu.

— *L'air* : la lutte contre la pollution atmosphérique passe par l'extension géographique et l'automatisation des réseaux de surveillance utilisés en particulier pour déclenchement de l'alerte et par la mise en place de nouveaux indicateurs de pollution.

— *Le bruit* : la commission technique du bruit, émanation de la section de l'hygiène industrielle du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, participe à l'élaboration des normes et des niveaux de bruit acceptables.

— *L'habitat* : l'action entreprise pour résorber l'habitat insalubre est assurée, en particulier, par les inspecteurs de salubrité. De plus, la section de l'habitation du Conseil supérieur a été chargée de définir des critères de salubrité des locaux d'habitation ou de ceux recevant du public en ce qui concerne la ventilation et l'évacuation, à l'intérieur des immeubles, des ordures ménagères.

— *Ordures ménagères* : l'accent doit être mis sur l'étude des moyens de collecte et de destruction des déchets. Des études sont entreprises sur les déchets spécifiques, provenant notamment des hôpitaux (ex. : médicaments).

— *Produits industriels* : la section de l'hygiène industrielle du Conseil supérieur s'est vu confier une nouvelle tâche en ce qui concerne l'examen des produits d'hygiène et de beauté et de certains désinfectants à usage ménager, en application de la loi sur les produits cosmétiques et d'hygiène corporelle.

b) *Le développement des actions de recherche* :

Le contrôle et l'action dans un domaine si évolutif doivent s'appuyer sur la définition de normes sanitaires qui ne peuvent être proposées qu'après des recherches sérieuses et permanentes pour connaître les effets des polluants sur la santé de l'homme.

Ces recherches sont entreprises dans diverses directions dont voici quelques exemples :

— mise au point de méthodes analytiques pour le dosage des polluants dans le milieu et dans les échantillons biologiques ;

— réalisation d'enquêtes épidémiologiques, par exemple pour déterminer le rôle de la pollution de l'air dans l'apparition des maladies respiratoires, pour évaluer l'importance de la pollution de l'air sur la santé des enfants (ces dernières études se font dans le cadre de la Communauté économique européenne) ;

— recherches toxicologiques de plus en plus poussées, dans le domaine alimentaire et industriel, études fondamentales en matière de nutrition...

c) *Le renforcement des moyens* : le contrôle des divers milieux et le développement des actions de recherche impliquent un renforcement des équipements et du personnel (ingénieurs sanitaires et inspecteurs de salubrité).

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. Elles concernent l'aide médicale générale, l'aide médicale aux tuberculeux et l'aide médicale aux malades mentaux.

En 1976, la part de l'Etat à ce titre passera de 2.495,1 millions de francs à 2.889 millions (+ 15,8 %).

Les chiffres que nous donnons ci-dessous permettent d'apprécier l'évolution des divers types d'aide sur cinq années.

a) Aide médicale aux tuberculeux :

	DÉPENSES totales nettes	PART DE L'ÉTAT
	(En millions de francs.)	
1972	117,4	81,2
1973	109,3	75,9
1974 (résultat provisoire)	111,9	77,7
1975 (prévisions)	111,9	77,7
1976 (budget)	»	75,8

La régression de la tuberculose fait que la dépense ne connaît que peu de variations malgré la progression constante des prix de journée des établissements de soins.

b) Aide médicale aux malades mentaux :

	DÉPENSES totales nettes	PART DE L'ÉTAT
	(En millions de francs.)	
1972	412,1	269,2
1973	287,4	208,7
1974 (résultat provisoire)	783,6	569
1975 (prévisions)	1.244	903,3
1976 (budget)	»	1.715,4

Les dépenses accusent une nette majoration à compter du 1^{er} janvier 1974 par suite de la prise en charge par l'aide médicale aux malades mentaux des cotisations majorées d'assurance maladie volontaire pour les malades hospitalisés depuis plus de trois ans dépourvus de ressources suffisantes. Il convient de signaler qu'en raison des délais nécessités par la mise en place de cette procédure, de nombreuses cotisations afférentes à 1974 ne seront réglées qu'en 1975 dans un certain nombre de départements ce qui explique le montant des dépenses prévues pour 1975.

c) *Aide médicale générale :*

	DÉPENSES totales nettes	PART DE L'ÉTAT
	(En millions de francs.)	
1972	1.486,2	628,6
1973	1.709,1	732,9
1974 (résultat provisoire)	1.972,5	845,9
1975 (prévisions)	2.308,8	990,1
1976 (budget)	»	1.097,8

Ces dépenses tant à domicile qu'en milieu hospitalier accusent et continueront d'accuser une constante progression.

A cet égard, deux facteurs interviennent. Le premier résulte de la prise en charge par l'aide médicale générale :

— des cotisations des assurés volontaires de tous les régimes de sécurité sociale, dépourvus de ressources personnelles suffisantes et cela conformément à l'ordonnance du 21 août 1967 ;

— des cotisations des bénéficiaires de l'allocation aux handicapés adultes conformément aux dispositions de l'article 9 de la loi du 13 juillet 1971,

mais ces dépenses sont compensées en partie par la prise en charge des frais de maladie par les caisses.

Le second facteur, découlant de la conjoncture économique, est la hausse importante et constante du coût des soins à domicile et de l'hospitalisation qui rend de plus en plus fréquente et onéreuse, l'intervention de l'aide médicale pour la prise en charge du ticket modérateur.

EQUIPEMENT HOSPITALIER

En 1976, l'équipement hospitalier à lancer a été évalué (écoles de formation comprises) à 1.110,1 millions de francs ce qui nous amène à faire deux constatations :

1° Les constructions hospitalières exigent moins d'effort qu'au cours des années précédentes, les lacunes les plus criantes ayant été comblées au cours du VI^e Plan qui a été réalisé à 100 % pour les

centres hospitaliers régionaux (C.H.R.) et à 123 % pour les autres hôpitaux généraux.

La chute des dotations est même assez importante par rapport aux crédits ouverts en 1975, soit :

- 1.023,6 millions dans la loi de finances initiale ;
- 235 millions apportés par emprunt ;
- 290 millions ajoutés pour le troisième collectif, c'est-à-dire, au total, 1.548,6 millions de francs.

Le nombre des lits existants excéderait, paraît-il, les besoins.

2° Aussi, la part des travaux neufs ne représente-t-elle qu'à peine 70 % de la totalité des autorisations de programme et concerne :

- pour 312 millions les C.H.R. ;
- pour 70 millions quatre « hôpitaux types » à construire à Arcachon, Sens, Boulogne et Quimper ;
- pour 360 millions des établissements de cure ;
- pour 33,1 millions des établissements et services de protection et de prévention sanitaires.

Une part de plus en plus grande est consacrée à la rénovation des hôpitaux anciens, sous l'appellation d' « humanisation des hôpitaux » et dont l'objet principal est de faire disparaître les salles communes : la dotation initiale, à ce titre, était de 235 millions dans le budget de 1975 ; elle a été portée à 435 millions dans le cadre du plan de soutien et, dans le présent projet, elle est encore de 265 millions.

L'humanisation s'effectue sous deux formes :

— la rénovation et l'aménagement de bâtiments anciens : cette opération conduit à une perte de capacité en lits de 40 à 50 % qu'il faut compenser soit en constructions traditionnelles, soit en constructions industrialisées ;

— les opérations industrialisées qui sont apparues en 1971 et que l'on dénomme les « unités de soins normalisées » mises en place dans le secteur hospitalier, dans le secteur des personnes âgées ayant perdu leur autonomie de vie et dans le secteur psychiatrique. Fin 1973, 215.000 lits restaient à humaniser. L'opération devrait être achevée en 1980.

Elle pose un problème de financement pour les établissements hospitaliers : la participation de l'Etat est, en effet, limitée à 20 %

et il devient difficile de parfaire le financement. C'est la raison pour laquelle la Caisse nationale d'assurance-maladie et la Caisse nationale d'assurance-vieillesse ont été invitées à fournir des prêts pour les opérations en cause, la Caisse des dépôts apportant le reste.

D'autre part, il s'agit d'opérations onéreuses qui ont, par le biais de l'amortissement, leur répercussion sur les prix de journée : aussi, les instances responsables hésitent-elles à s'engager, ce qui ne peut que retarder l'utilisation des crédits.

En ce qui concerne les réalisations physiques, le tableau ci-après donne la mesure des progrès, année après année :

	Unité	1973	1974	1975 Estimation	1976 Prévision
Nombre de lits (1^{er} janvier) :					
— secteur hôpital	millier	238	239,3	242,2	244,6
— hôpitaux et services psychiatriques (1)	»	109,5	116,6	120,1	124,5
— sections d'hospices et maisons de retraite	»	249,6	253,2	257,9	263,3
— centres anti-cancéreux	»	4,0	4,1	4,4	4,7
— lutte contre la tuberculose (1)	»	23,2	20	19	17
Lits ouverts annuellement en unités de soins normalisés :					
— secteur hôpital	nombre	900	810	900	2.040
— hôpitaux et services psychiatriques	»	1.496	1.125	2.000	1.275
— sections d'hospices et maisons de retraite	»	1.046	1.925	4.000	6.920
Lits installés en chambre de 4 lits ou moins (1^{er} janvier) :					
— secteur hôpital	%	72,4	74,5	76,2	78
— sections hospices et maisons de retraite	»	51,4	58,7	62,5	67,2
— services psychiatriques	»	45	52	57	62

(1) Dont les établissements privés faisant fonction de public.

L'élaboration de la *carte sanitaire* prévue par la loi du 31 décembre 1970 se poursuit.

Le découpage provisoire du territoire en 337 secteurs est terminé et déjà trois régions ont présenté à la Commission nationale de l'équipement sanitaire leur projet de sectorisation définitive : l'Aquitaine, la Lorraine et le Languedoc-Roussillon.

Les indices de besoins ont été fixés en ce qui concerne :

— les moyens d'hospitalisation en médecine, chirurgie et gynécologie-obstétrique ;

- le traitement par hémodialyse périodique de l'insuffisance rénale chronique des adultes ;
- le traitement du cancer par radiothérapie ;
- les hospitalisations en neuro-chirurgie ;
- les caméras à scintillation.

Pour ces domaines, des cartes spécialisées sont actuellement en cours d'étude mais la procédure est longue puisqu'elle prévoit la consultation des conseils de groupement interhospitaliers et des commissions régionales ; et il faut que toutes les régions aient fait parvenir leurs dossiers pour que la Commission nationale puisse donner son avis et procéder à d'éventuelles compensations interrégions.

En ce qui concerne la pneumophtisiologie, la pédiatrie et la cardiologie, chaque région a été invitée à étudier l'organisation de chacune de ces disciplines sur la base de données indicatives fournies par l'administration centrale : besoins, capacité, répartition, etc. Au vu de ces résultats, le Ministre de la Santé décidera s'il convient d'élaborer une carte semblable à celle de la première catégorie, pour chacune de ces disciplines.

IV. — L'action sociale.

ACTION SOCIALE PROPREMENT DITE

L'intervention de l'Etat en ce domaine 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, ces actions ayant le plus souvent un caractère novateur et expérimental.

— 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.

Cette politique d'animation et de prévention concerne les individus à tous les âges de leur vie et plus particulièrement ceux qui souffrent de handicap. Au titre IV, un complément de 27,9 millions est accordé qui s'ajoutera aux 55,5 millions de crédits votés (+ 50,3 %).

1° Action sociale globale.

— Une importante dotation de 7,5 millions est ouverte en faveur des *centres sociaux* : c'est la première participation financière de l'Etat aux frais de fonctionnement de ces établissements jusqu'alors financés par les collectivités locales et les caisses d'allocation familiale. Le développement de ces centres — actuellement au nombre de 535 — était en effet freiné par des difficultés financières.

Les centres prennent en charge des services du type « équipements collectifs de voisinage » : service social, centre d'accueil et d'orientation, halte-garderie, etc. Ils assurent ainsi un rôle important de prévention sociale.

— L'ouverture d'un crédit de 2,5 millions est destiné à favoriser le lancement de quinze à vingt *actions sociales expérimentales* dans des villes nouvelles, des villes moyennes, des zones urbaines rénovées et des grands ensembles, à l'exemple de ce qui a été engagé en 1975 et sera poursuivi en 1976 à Saint-Etienne et à Saint-Gratien.

— Une dotation nouvelle de 3 millions servira à la prise en charge des dépenses de fonctionnement de *centres de postcure pour toxicomanes* pour permettre la réinsertion sociale d'environ 700 drogués.

2° *La famille et l'enfance.*

— *Les crèches :*

Fin 1974, les places disponibles s'élevaient à 40.700 en crèches collectives et à 17.800 en crèches familiales contre respectivement 32.828 et 7.678 fin 1971. Une part de l'autorisation de programme de 110 millions figurant à l'article 30 du chapitre 66-20 sera consacrée à la poursuite des constructions.

C'est le préfet qui fixe le montant de la dépense subventionnable et le taux de la subvention à l'intérieur de la fourchette 20-50 %. La Caisse nationale d'allocation familiale fournit une subvention égale à celle de l'Etat lorsque la crèche est ouverte aux enfants des ressortissants du régime général. Le surplus du financement est à la charge de la collectivité locale.

Si celui-ci est supportable puisqu'il peut être étalé dans le temps, au moyen de l'emprunt, les charges de fonctionnement le sont beaucoup moins. Il ressort d'une étude récente que le coût moyen par jour et par enfant s'élève à 50 francs dans les crèches collectives (et à 40 francs dans les crèches familiales). La répartition de la dépense serait en moyenne la suivante :

- 28 % à la charge des familles ;
- 30 % sous la forme de subventions de fonctionnement versées par les collectivités locales ;
- 22 % apportés par la Caisse nationale d'allocations familiales (30 % de prestations de service pour ses ressortissants ;
- 15 % apportés par la Caisse d'allocations familiales (aide au fonctionnement de l'établissement ou à la famille).

Il reste donc un déficit de 15 % pris en charge par les collectivités locales.

Au total, celles-ci supportent pas loin de la moitié de la charge.

— *La régulation des naissances :* au titre de l'action sociale, les organismes nationaux et les établissements d'information, de consulta-

tion ou de conseil familial, bénéficient d'une mesure nouvelle de 5,45 millions de francs pour financer 275.000 heures de conseil conjugal et familial et 150.000 heures de conseil social.

3° *Les personnes âgées.*

Au titre de l'ajustement des crédits de subventions à des organismes, clubs, foyers-clubs et centres de jour édifiés en vue de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées, le projet de budget pour 1976 va permettre :

a) *La poursuite en les amplifiant des réalisations du programme finalisé* mis en route à l'occasion du VI^e Plan, qui avait prévu la mise en place de 334 secteurs d'action gérontologique.

120 nouveaux secteurs seront créés et les crédits additionnels faciliteront une meilleure adaptation du programme en milieu rural où les crédits de fonctionnement doivent parfois être plus importants, compte tenu de la grande dispersion des personnes âgées, tandis que les crédits d'équipement sont parfois moins nécessaires.

b) *Le développement d'actions pilotes* : les crédits obtenus en 1976 permettront d'attribuer des subventions à des associations qui :

- soit mettront en œuvre une expérience nouvelle visant à lutter contre l'isolement des personnes âgées par exemple ;
- soit redéploieront ou redévelopperont leurs efforts pour mieux s'adapter à l'action sociale ;
- soit connaîtront des difficultés financières temporaires ;
- soit donneront aux personnes âgées la possibilité de prendre en main leur propre destinée.

4° *Les handicapés.*

Priorité est donnée aux handicapés adultes. A cet effet, un crédit nouveau de 2,5 millions de francs permettra la prise en charge partielle du financement de 14 « équipes de suite ».

L'intégration du handicapé dans le milieu normal du travail est souvent remise en cause par une crise d'adaptation susceptible de provoquer la rechute définitive d'un sujet particulièrement vulnérable. Dans la plupart des cas, un soutien moral et éducatif approprié suffirait

à remédier à des échecs moins imputables aux conditions techniques de travail, qu'au mode de vie qu'elles impliquent. Le coût social très élevé qui résulte de ces échecs se traduit par une prise en charge sans contrepartie qu'il s'agisse de cessation définitive d'activité, de mise en chômage ou simplement d'absentéisme professionnel élevé.

L'intergroupe « Handicapés-Inadaptés » au cours de la préparation du VI^e Plan déplorait cette carence de notre appareil social et concluait à la nécessité de créer des organismes spécialisés susceptibles de prendre en charge toutes les catégories de handicapés avec pour objectifs, d'une part de leur permettre de s'insérer professionnellement et socialement dans les meilleures conditions possibles et, d'autre part, de leur accorder rapidement le soutien qui s'avérerait éventuellement nécessaire.

Il a été décidé, à cette fin, de constituer des « équipes de préparation et de suite » de cinq personnes (un chef d'équipe, deux assistantes sociales, un psychologue ou psycho-sociologue et un secrétaire), en mesure de répondre à tout appel, d'où qu'il vienne, quel que soit l'âge ou le handicap de l'intéressé. En 1975, le financement de 18 équipes avait été assuré.

Les autorisations de programme destinées aux équipements sociaux pour handicapés adultes progressent d'un tiers pour atteindre 80 millions de francs.

AIDE SOCIALE

L'aide sociale peut se définir comme l'assistance financière accordée directement en espèces ou indirectement en nature ou en services à toute personne dont les ressources se situent au-dessous d'un plafond.

Elle est accordée par les conseils généraux, mise en œuvre par les directions départementales de l'action sanitaire et sociale avec le concours des bureaux municipaux d'aide qui reçoivent au présent budget un important complément de 15,14 millions de francs.

Les dotations budgétaires constituent le remboursement par l'Etat de sa quote-part de telles dépenses : leur total atteindra 5.604 millions de francs en 1976 contre 4.995 millions en 1975 (soit + 12,2 %). Tous les suppléments consistent en des mesures acquises.

1° *L'aide à l'enfance.*

L'évolution des dépenses au cours des cinq dernières années est retracée dans le tableau qui suit :

	DÉPENSES totales nettes	PART DE L'ÉTAT
	(En millions de francs.)	
1972	2.553,1	2.083,3
1973	3.002,6	2.446,6
1974 (résultat provisoire)	3.623,7	2.952,7
1975 (prévisions)	4.239,7	3.454,6
1976 (budget)	»	3.796,2

La progression de ces dépenses au cours des dernières années est due, d'une part, aux dispositions d'une ordonnance de 1958 qui a édicté en matière de protection de l'enfance des dispositions qui accroissent sensiblement les effectifs des enfants protégés par le service ; d'autre part, au relâchement des liens familiaux dans la vie moderne qui agit dans le même sens. En outre le Ministère de la Santé a entrepris, tant sur le plan quantitatif que qualitatif, une politique de constante amélioration des actions menées par les services départementaux en faveur des enfants concernés, notamment en matière de prévention. Seule l'intensification de l'action préventive peut permettre d'espérer, sinon dans l'immédiat, du moins d'ici quelques années, un ralentissement des dépenses diminuant le nombre des cas nécessitant une intervention lourde, et onéreuse parce que tardive. C'est dans cet esprit qu'un projet relatif à l'emploi de travailleuses familiales par l'aide sociale à l'enfance, doit permettre une aide mieux adaptée aux exigences de nombre de situations.

L'intérêt économique de cette mesure, doit être souligné : elle permet de substituer une prestation de service très modérément coûteuse à des séjours en internats au prix régulièrement croissant et dont l'efficacité sociale est parfois inférieure.

2° Aide aux infirmes, aveugles et grands infirmes.

	DÉPENSES totales nettes	PART DE L'ÉTAT
	(En millions de francs.)	
1972	1.627	658,1
1973	1.788,4	716,1
1974 (résultat provisoire)	2.128,9	852,5
1975 (prévisions)	2.564,5	1.026,9
1976 (budget)	»	1.004,7

En ce qui concerne les frais d'hébergement (25 % des dépenses totales), l'évolution est identique à celle afférente aux personnes âgées.

Les dépenses de rééducation (14 % du total) sont par contre susceptibles de croître sensiblement en fonction du développement des équipements spécialisés.

Quant aux allocations (61 % du total), elles sont en augmentation d'environ 13 % par an à l'exception des allocations mensuelles servies aux aveugles et grands infirmes dont le montant est en régression à compter du 1^{er} février 1972 par suite du versement de l'allocation aux handicapés adultes prévue par la loi du 13 juillet 1971.

Il faut en outre prévoir à partir du 1^{er} octobre 1975 une nouvelle régression de ces dépenses d'aide à domicile, les allocations actuellement servies aux infirmes et grands infirmes dans le cadre de l'aide sociale devant progressivement, entre le 1^{er} octobre 1975 et janvier 1978, être financées dans le cadre de la loi d'orientation relative aux personnes handicapées.

3° Aide aux personnes âgées.

	DÉPENSES totales nettes	PART DE L'ÉTAT
	(En millions de francs.)	
1972	1.231,5	455,2
1973	1.322,2	489,3
1974 (résultat provisoire)	1.577,4	583,9
1975 (prévisions)	1.814	671,5
1976 (budget)	»	718,8

L'allocation n'étant pas cumulable avec les prestations de vieillesse de la sécurité sociale, elle n'est servie qu'aux rares Français qui ne bénéficient d'aucune assurance vieillesse ou aux étrangers, qui faute de convention entre leur pays d'origine et la France, n'ont pas droit au bénéfice de ces prestations.

Par ailleurs, la poursuite de la politique de maintien à domicile des personnes âgées lancée au cours du VI^e Plan entraînera un accroissement des dépenses liées à l'extension de l'aide ménagère et au fonctionnement des foyers-restaurants, mais devrait se traduire, à plus longue échéance, par une stabilisation, en valeur absolue, des dépenses d'hébergement.

Quant à celles-ci qui représentent actuellement les 9/10^e des dépenses, elles varient en fonction des prix de journée, eux-mêmes tributaires des variations du coût de la vie.

4° Allocation de loyer.

	DÉPENSES totales nettes	PART DE L'ÉTAT
	(En millions de francs.)	
1972	73,3	44,8
1973	4,7	3,1
1974 (résultat provisoire)	1,5	1,5
1975 (prévisions)	1,5	1,0
1976 (budget)	»	1

L'entrée en vigueur à compter du 1^{er} juillet 1972 de la loi du 16 juillet 1971 relative à l'allocation de logement s'est traduite par une régression sensible des dépenses à compter du deuxième semestre 1972, régression qui s'est accentuée à partir de 1973, l'aide sociale n'ayant plus à supporter que les frais engagés par les bénéficiaires d'allocations de loyer mentionnés à l'article 184 du Code de la famille et de l'aide sociale.

5° Aide à la famille.

	DÉPENSES totales nettes	PART DE L'ÉTAT
	(En millions de francs.)	
1972	8,2	5,8
1973	8,3	5,8
1974 (résultat provisoire)	8,3	5,8
1975 (prévisions)	9,4	6,5
1976 (budget)	*	8

Ces dépenses d'un faible montant concernent pour leur quasi-totalité les seuls départements d'outre-mer. Sauf cas extrêmement rares, ces allocations ne sont pas en effet cumulables avec les prestations familiales, leur taux suivant la progression de ces dernières.

6° Centres d'hébergement.

	DÉPENSES totales nettes	PART DE L'ÉTAT
	(En millions de francs.)	
1972	43,3	31,4
1973	51,9	39,0
1974 (résultat provisoire)	76,3	57,3
1975 (prévisions)	89,3	67,0
1976 (budget)	*	65,5

La dépense est faible mais évolutive, les centres d'hébergement étant encore rares, mais en voie de développement.

7° Prévention et réadaptation sociale (prostitution).

	DÉPENSES totales nettes	PART DE L'ÉTAT
	(En millions de francs.)	
1972	7,7	5,3
1973	7,7	5,3
1974 (résultat provisoire)	8,7	6,1
1975 (prévisions)	10,0	7,0
1976 (budget)	»	8,5

Bien que des instructions aient été adressées à différentes reprises, de nombreux départements n'ont pas encore créé les services définis par le Code de la famille et de l'aide sociale, article 185-1 (difficulté de recrutement du personnel nécessaire — en particulier assistantes sociales — manque d'établissements d'accueil appropriés). C'est pourquoi les dépenses de l'espèce restent faibles. Elles évoluent en fonction des augmentations des prix de journée et des traitements.

*
**

L'aide médicale et l'aide sociale se modifient dans leurs structures pour des raisons démographiques, économiques et juridiques. Les différentes catégories de charge n'évoluent pas avec la même vitesse : le tableau ci-après en apporte l'illustration.

FORMES D'AIDE	1970	1971	1972	1973	1974 (chiffres provisoires)	1975 (prévisions)
Aide sociale à l'enfance	100	116,7	136,5	160,6	193,8	226,7
Aide médicale aux tuberculeux	100	101,3	101,6	94,5	96,8	96,8
Aide médicale aux malades mentaux	100	70	83,8	58,4	(a) 159,3	252,8
Allocation de loyer	100	117	(b) 89	5	2	2
Prévention et réadaptation sociale	100	126,9	148,1	148,1	167,3	192,3
Centres d'hébergement	100	133,5	165,6	197,3	290,1	339,5
Aide sociale à la famille	100	115,7	98,8	100	100	113,2
Aide sociale aux personnes âgées	100	113,2	136	146	174,2	200,4
Aide sociale aux infirmes, aveugles et grands infirmes	100	111,8	127,2	139,8	166,4	(c) 200,5
Aide Médicale	100	113,9	124,8	143,6	165,7	193,9
Ensemble	100	110,5	126,5	138,8	172,3	207,4

- a) Prise en charge par l'aide sociale à compter du 1^{er} janvier 1974 des cotisations majorées pour les hospitalisés permanents de plus de trois ans.
- b) Diminution des dépenses d'allocations de loyer par suite de l'entrée en vigueur à compter du 1^{er} juillet 1972 de la loi n° 71-582 du 16 juillet 1971 relative à l'allocation de logement. Seuls continueront à être supportés par l'aide sociale les frais engagés par les bénéficiaires d'allocation de loyer mentionnés à l'article 184 du Code de la Famille et de l'Aide sociale.
- c) A prévoir une régression des dépenses à domicile, certaines allocations servies aux aveugles et grands infirmes devant être payées à compter du 1^{er} octobre 1975 dans le cadre de la loi d'orientation des personnes handicapées.

Leur importance dans le budget de l'Etat et dans les budgets des Collectivités locales, leur croissance ininterrompue alors qu'on croyait les voir s'effriter au fur et à mesure que se rétrécit la fraction de la population non couverte par un régime de sécurité sociale, ont amené le Gouvernement à confier à une mission mixte (inspection générale des finances et inspection générale des affaires sociales) une étude critique des dépenses d'aide médicale et sociale : l'enquête a eu lieu en 1974 et le rapport a été déposé au printemps de la présente année.

Par ailleurs, depuis plus d'une décennie, votre Rapporteur demande que soit modifiée la clé de répartition des dépenses d'aide médicale et sociale entre l'Etat, le département et la commune, clé qui date aujourd'hui de vingt ans : c'est en effet un décret du 21 mai 1955 qui a fixé par département le barème des contingents de participation suivant les divers groupes de dépenses.

Dans le groupe I figure essentiellement l'aide sociale à l'enfance (36 % de l'ensemble) ; dans le groupe II l'aide aux malades mentaux (4 % du total) ; dans le groupe III l'aide médicale générale, l'aide aux personnes âgées et l'aide aux infirmes (environ 60 % de

la dépense totale). Par ailleurs, la part de l'Etat se situe légèrement au-dessus de 80 % dans le groupe I et de 70 % dans le groupe II, aux environs de 40 % dans le groupe III.

Les modalités de répartition des charges ont été conçues alors de façon à inciter les collectivités locales à une gestion raisonnable, ce qui semble normal.

Par ailleurs, elles tenaient compte de la richesse départementale appréciée à travers la valeur du centime et le produit de la taxe locale. Mais depuis 1955, non seulement les impositions ont changé mais encore l'évolution économique et sociale introduit entre les diverses catégories d'aide et entre les divers départements de sensibles distorsions. La législation de son côté a évolué : c'est ainsi que l'allocation de loyer a été remplacée hier par l'allocation de logement financée selon d'autres modalités et que la loi en faveur des handicapés va demain alléger considérablement les dépenses d'aide sociale actuellement payées sous la forme d'allocation ou d'hébergement.

Souhaitable, une réforme est devenue possible à partir des travaux de la mission de contrôle citée plus haut et des propositions formulées dont certaines ont pour objet une révision des modalités de financement : depuis la remise en cause du barème et la révision du contenu des trois groupes jusqu'à la prise en charge intégrale par les collectivités locales, assortie d'un transfert de ressources fiscales.

Aujourd'hui, le problème paraissant avoir mûri, devrait pouvoir intervenir la solution au plus tard au cours de l'année 1976.

EQUIPEMENTS SOCIAUX

Nous avons donné, par catégorie de bénéficiaires, l'importance des investissements sociaux et leur évolution dans le temps.

Pour ce qui est de leur masse, les subventions d'équipements avaient été fixées à 314,8 millions de francs dans la loi de finances initiale pour 1975. Le troisième collectif a porté la dotation à 364,8 millions. Le projet de budget pour 1976 a retenu le chiffre de 337 millions. Etant donné que les 50 millions ouverts en septembre seront utilisés à cheval sur les deux exercices, on peut dire que la progression des mises en chantier sera satisfaisante.

Dans le détail, les établissements pour handicapés adultes bénéficient d'une priorité très nette. Les suppléments apportés aux équipements pour enfants et personnes âgées suffiront tout juste à couvrir les hausses de prix. En ce qui concerne les équipements pour enfants handicapés, l'effort accompli en leur faveur au cours du VI^e Plan permet une pause.

CONCLUSION

Le budget de 1976 est le premier budget du VII^e Plan mais, suivant un errement regrettable, ce n'est qu'à la fin de la session du printemps prochain que le Plan sera définitivement adopté et que nous saurons, d'une manière chiffrée, quels sont les programmes retenus en matière d'équipements sanitaires et sociaux.

Faute de pouvoir « situer » le présent budget en tant que maillon initial d'une chaîne qui en comportera cinq, nous nous contenterons de faire le bilan des réalisations du VI^e Plan qui sont données dans le tableau suivant où sont consignées non seulement les autorisations de programme ouvertes par les lois de finances initiales ou rectificatives, mais encore celles qui ont été effectivement utilisées.

EXÉCUTION DU VI^e PLAN

(Autorisations de programme en millions de francs.)

RUBRIQUES	ENVELOPPE	AUTORISATIONS DE PROGRAMME ouvertes 1971-1975			FINANCEMENTS MIS EN PLACE		
		Francs courants	Francs 70	Pourcentage d'exécution (3/1)	Francs courants	Francs 70	Pourcentage d'exécution (6/1)
		1	2	3	4	5	6
Centres hospitaliers régionaux.....	1.084.000	1.345.454	1.077.428	99,39	1.345.454	1.065.509	98,29
Hôpitaux non CHR.....	651.000	1.011.201	805.355	123,71	1.011.201	803.740	123,46
Etablissements pour personnes âgées.....	496.000	383.393	292.195	58,91	383.393	291.831	58,83
Maladies mentales.....	465.000	430.329	352.442	75,79	430.329	350.539	75,38
Formation des personnels.....	217.000	135.536	102.858	47,40	135.536	102.667	47,31
Divers.....	187.000	267.083	220.337	117,82	267.083	214.486	114,69
Total Santé.....	3.100.000	3.572.996	2.850.615	91,95	3.572.996	2.828.772	91,25
Enfance inadaptée.....	298.000	345.883	280.785	94,22	345.883	277.655	98,17
Handicapés adultes.....	295.000	248.416	200.770	68,05	248.416	197.832	67,06
Famille.....	258.000	307.446	233.824	90,62	307.446	238.743	90,59
Personnes âgées.....	179.000	204.638	159.959	89,36	204.638	159.492	89,10
Formation des personnels.....	70.000	60.949	49.254	70,36	60.949	48.402	69,14
Total Action sociale.....	1.100.000	1.167.332	924.592	84,05	1.167.332	917.124	83,37
DOM : Santé.....	209.740	116.158	132.890	63,35	166.158	132.890	63,35
Action sociale.....	38.980	42.147	32.481	83,32	42.147	32.481	83,32
Recherche.....	570	775	601	105,61	775	601	105,61
Total DOM.....	249.290	209.080	165.972	66,84	209.080	165.972	66,84
Totaux généraux.....	4.449.290	4.949.408	3.941.179	88,57	4.949.408	3.911.868	87,92

Nous n'avons pu y intégrer les apports du collectif de septembre faute d'en connaître la ventilation mais nous dirons qu'en ce qui concerne les ouvertures de crédits, il a eu pour effet de porter :

- à 99,22 le pourcentage d'exécution des équipements sanitaires ;
- à 87,05 le pourcentage d'exécution des équipements sociaux ;
- à 94,06 le pourcentage d'exécution de l'ensemble.

Nous sommes donc en présence des secteurs ministériels qui ont été les mieux traités au cours des cinq années passées et plus particulièrement au cours des deux dernières.

Votre Commission souhaite qu'aucun accident ne vienne briser l'élan ainsi donné pour qu'à la fin du VII^e Plan, notre pays dispose d'un équipement hospitalier et d'un équipement social complètement rénové. Restera à résoudre le problème de l'encadrement humain. La crise durable de sous emploi et l'élévation du niveau des connaissances devraient conduire les jeunes gens vers les professions paramédicales et sociales ; encore faudrait-il conforter un tel mouvement par l'offre de rémunérations correspondant aux sujétions et de conditions de travail compatibles avec une vie familiale normale. De même il serait opportun d'ouvrir davantage l'accès aux facultés de médecine car il n'est pas démontré que l'encadrement médical du pays soit suffisant et, par ailleurs, nous pourrions, dans le cadre de la coopération, fournir aux Etats en voie de développement des médecins qui seraient les ambassadeurs non seulement de la science médicale française mais encore de l'ingénierie médicale et de l'industrie pharmaceutique nationales.

Le VII^e Plan devrait également faire un sort privilégié aux activités du thermalisme qui ont connu une période de reconversion difficile mais qui constituent pour le pays une richesse insuffisamment exploitée.

Enfin, la révision des barèmes d'aide sociale ne peut être différée une année encore. Votre Commission a donné mandat à votre Rapporteur d'appeler solennellement l'attention du Ministre sur ce sujet.

*
**

Sous le bénéfice des observations qui précèdent, votre Commission des Finances vous propose, pour 1976, d'adopter sans modification la section III. — Santé du budget du Ministère du Travail et de la Santé.