

SÉNAT

PREMIÈRE SESSION ORDINAIRE DE 1977-1978

Annexe au procès-verbal de la séance du 22 novembre 1977.

AVIS

PRÉSENTÉ

au nom de la Commission des Affaires sociales (1), sur le projet
de loi de finances pour 1978, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE
NATIONALE.

TOME II

Travail et Santé.

SECTION COMMUNE ET SANTE

Par M. Lucien GRAND,

Sénateur.

(1) Cette commission est composée de : MM. Robert Schwint, président ; Lucien Grand, Jacques Henriot, Bernard Lemarié, Hector Viron, vice-présidents ; Hubert d'Andigné, Roland du Luart, Jean Mézard, André Rabineau, secrétaires ; Jean Amelin, Hamadou Barkat Gourat, Jean Béranger, Noël Berrier, André Bohl, Louis Boyer, Jean-Pierre Cantegrit, Jean Chérioux, Michel Crucis, Georges Dagonia, Michel Darras, Jean Desmarests, Pierre Gamboa, Marcel Gargar, Henri Goetschy, Jean Gravier, Marceau Hamecher, Michel Labèguerie, Edouard Le Jeune, Roger Lise, Pierre Louvot, Serge Mathieu, Marcel Mathy, André Méric, Michel Moreigne, Mme Rolande Perlican, MM. Jean-Jacques Perron, Guy Robert, Victor Robini, Pierre Sallenave, Albert Sirgue, Marcel Souquet, Bernard Talon, Henri Terré, René Touzet, Georges Treille, Jean Variet, Jacques Verneuil.

Voir les numéros :

Assemblée Nationale (5^e législ.) : 3120 et annexes, 3131 (tomes I à III et annexe 32), 3148 (tomes XII et XIV) et in-8° 778.

Sénat : 87 et 88 (tomes I, II et III, annexes 32 et 33) (1977-1978).

Loi de finances. — Santé publique - Aide sociale - Hôpitaux - Médecins - Médecine scolaire - Recherche médicale - Institut Pasteur - Pharmacie - Action sociale - Personnes âgées - Laboratoire national de la Santé - Institution nationale de la Santé et de la Recherche médicale (INSERM) - Inspecteurs de la Santé - Médecine préventive.

SOMMAIRE

	Pages.
Introduction	3
I. — Présentation du budget.	5
II. — Une administration plus efficace.	11
1. La création d'une direction de la pharmacie.....	11
2. Le renforcement des effectifs.....	12
3. Le cas particulier du corps des inspecteurs de la santé.....	12
4. La réforme structurelle des services extérieurs.....	13
III. — L'amélioration de l'appareil de soins.	15
1. L'amélioration du service hospitalier.....	15
2. L'amélioration de la gestion hospitalière.....	17
IV. — La prévention sanitaire.	19
1. L'éducation sanitaire.....	19
2. Des motifs de satisfaction.....	20
3. Une inquiétude : l'avenir de la santé scolaire.....	22
V. — L'aide sociale et l'action sociale.	24
1. Remarques à propos de l'aide sociale.....	24
2. Observations sur les problèmes posés par les personnes âgées.....	25
VI. — La recherche médicale	29
1. L'I. N. S. E. R. M.....	29
2. L'Institut Pasteur.....	30
3. Le Laboratoire national de la santé.....	31
Conclusion : EXAMEN EN COMMISSION	33
ANNEXE	39

Introduction.

Mesdames, Messieurs,

Avant d'aborder l'examen du budget de la Santé pour 1978, il convient de rappeler que la charge des problèmes de Sécurité sociale a été transférée, lors du dernier remaniement ministériel, du Ministère du Travail au Ministère de la Santé.

Ce changement dans la répartition des compétences ministérielles nous paraît devoir être approuvé. Un seul et même département étant responsable du contrôle de l'appareil de soins et de la tutelle des organismes de Sécurité sociale qui assurent la plus large part du financement des dépenses de santé, il est permis de penser que seront désormais évitées des divergences de vues préjudiciables à la cohérence de la politique gouvernementale en la matière.

Ainsi se trouve heureusement confortée au niveau national la réforme qui vient d'avoir lieu au niveau des services extérieurs, puisque région par région, les directions de la Sécurité sociale et celles de l'Action sanitaire et sociale sont désormais fusionnées au sein d'une seule et unique direction régionale des Affaires sanitaires et sociales. Cette réforme, qui a pris effet avec le décret n° 77-249 du 22 avril 1977, entrera en vigueur progressivement.

* *

Comme chaque année, un seul document annexe au projet de loi de finances comporte les prévisions budgétaires pour le Ministère du Travail et celui de la Santé.

Ce document comporte trois parties :

— la section commune, qui regroupe les services placés sous l'autorité conjointe des Ministères du Travail et de la Santé : Direction de l'administration générale, du personnel et du budget, Inspection générale des affaires sociales, Service des études et prévisions, Division des relations internationales ;

— la section Travail ;

— la section Santé, qui, cette année, englobe les subventions aux régimes de Sécurité sociale.

On trouvera dans le présent avis l'examen des crédits de la section commune et de la section Santé, à l'exception des aides aux régimes sociaux. En effet, les questions de sécurité sociale font l'objet d'un rapport pour avis spécifique présenté par notre collègue M. Boyer.

Quant aux crédits de la section Travail ils seront analysés par notre collègue M. Méric dans le cadre de l'avis qu'il présente sur les problèmes du travail, de l'emploi et de la population.

*
*

Les rapporteurs successifs qui, à l'Assemblée Nationale ou au Sénat, se penchent cette année sur les crédits de la Santé éprouvent quelques difficultés à établir des comparaisons significatives avec les sommes inscrites au budget de l'année dernière. En effet, la modification des structures de l'administration centrale et des services extérieurs a entraîné des transferts de crédits qui compliquent considérablement notre tâche.

Fort heureusement, nous laisserons à la Commission des Finances le soin d'examiner les dotations budgétaires. On trouvera dans le présent rapport, après une présentation d'ensemble des grandes lignes du budget de la Santé, quelques observations de notre commission sur certains aspects de la politique poursuivie depuis quatre ans par les responsables de la Santé et de l'Action sociale.

Ces observations seront regroupées sous cinq têtes de chapitre :

- le renforcement des moyens de l'administration ;
- l'amélioration de l'appareil de soins ;
- la prévention sanitaire ;
- l'aide et l'action sociale ;
- la recherche médicale.

I. — PRESENTATION DU BUDGET

a) En 1978, les crédits de la **section Santé** s'élèveront à 21.660 milliards de francs. Cette somme n'est pas comparable avec celle inscrite au budget de 1977. Il faut en déduire les crédits consacrés à la Sécurité sociale (4.920 milliards de francs) et 875 millions de francs correspondant au transfert à la section Santé des crédits des services des affaires sanitaires et sociales, inscrits l'an dernier à la section commune.

A structure inchangée par rapport au budget de 1977, les dépenses de la section Santé s'élèveraient donc à 15.8 milliards de francs, dont :

- 14,2 milliards de crédits de fonctionnement ;
- 1.6 milliard de dépenses en capital.

b) En ce qui concerne la **section commune**, les dépenses ordinaires passent de 1 116 millions en 1977 à 622 millions de francs en 1978. Cette diminution n'est qu'apparente. Elle s'explique compte tenu du transfert à la section Santé des dépenses de personnel et de fonctionnement des services extérieurs. A l'inverse, ont été rattachés à la section commune dix-neuf agents précédemment rémunérés par la Caisse nationale d'assurance maladie et quarante et un par la ville de Paris.

Les dépenses en capital de la section commune s'élèvent à 33.6 millions de francs.

∴

Les crédits de la santé augmentent de **21,87 %** par rapport à la loi de finances pour 1977. Ce pourcentage, très important à première vue, doit être corrigé compte tenu des crédits votés dans le cadre de la première loi de finances rectificative (85 millions de francs).

Même ainsi calculé, l'accroissement des crédits atteint **14,6 %**, ce qui est légèrement plus élevé que l'augmentation d'ensemble du budget de l'Etat (12,47 %). *C'est pour notre commission, qui avait*

déploré l'an dernier la faiblesse du taux d'augmentation des crédits de santé (10,2 % par rapport au budget pour 1976), un motif de satisfaction. Il convient toutefois de ne pas perdre de vue, pour apprécier convenablement la portée de ces chiffres, que l'érosion monétaire représentera pour 1977 environ 10 %.

Pour fixer les idées, indiquons que le montant global du budget de l'Etat pour 1978 atteint près de 400 milliards de francs.

Rappelons également que les crédits inscrits au budget de la Santé ne représentent qu'une partie de l'effort national en matière de protection sanitaire et sociale, auquel contribuent largement les collectivités locales et, à travers les régimes de sécurité sociale, les employeurs et les assurés. Selon le *Budget social de la Nation* (document annexé au projet de loi de finances) l'enveloppe santé a atteint plus de 100 milliards de francs en 1976 (dernière année connue).

* *

Comment se caractérise le budget de la santé pour 1978 ?

Le premier point à noter, que nous soulignons 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 % 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, la part de crédits qui pourront être consacrés à l'action « volontaire » augmente substantiellement en 1978, puisqu'elle devrait atteindre 3,7 milliards 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**, qui permettra d'avancer vers la réalisation des objectifs de politique sanitaire et sociale que s'est donnés le Gouvernement et que le Parlement a approuvés dans le cadre du VII^e Plan.

Dans ses grandes lignes, la politique suivie en matière de santé a pour finalité :

— l'amélioration de l'appareil de soins, en qualité plus qu'en quantité ;

— le renforcement des moyens et de l'efficacité de l'administration qui gère les crédits budgétaires mais aussi réglemente et contrôle tout le système de santé ;

— le développement de la prévention des maladies et des handicaps sous des formes renouvelées ;

— le soutien d'une recherche qui doit être de niveau international ;

— la formation d'un personnel sanitaire et social suffisant en quantité et en qualité ;

— le renforcement de l'effort de solidarité en faveur des catégories de populations défavorisées : handicapés, familles, personnes âgées.

Ce cadre restant valable, le budget prévu pour 1978 ne comporte pas d'orientations nouvelles, mais marque plutôt la concrétisation de projets qui ont mûri au cours des années récentes, avec cependant quelques initiatives ponctuelles qui ont un caractère novateur dans le domaine de l'action sociale surtout.

Il convient de garder à l'esprit combien la conjoncture économique difficile dans laquelle se trouve notre pays pèse sur la mise en œuvre de la politique sanitaire et sociale. Dans ces circonstances, la recherche de l'élimination des gaspillages à tous les niveaux du système de santé doit s'accompagner d'un effort d'utilisation aussi rationnelle que possible de crédits encore rares.

En 1978, l'effort portera plus particulièrement sur les points suivants :

— le renforcement des moyens de l'administration centrale : création de 79 emplois nouveaux ; création d'une direction supplémentaire (pharmacie) ;

— la restructuration et le renforcement des services extérieurs : mise en œuvre de la réforme tendant à fusionner les directions des affaires sanitaires et sociales et les directions de la Sécurité sociale, création d'emplois, amélioration du statut des médecins de la santé ;

— la **prévention sanitaire** : augmentation de **63 %** des crédits d'éducation sanitaire ;

— l'**action sociale** (crédits en augmentation de **56 %**), tout particulièrement en faveur des personnes âgées : développement des équipements et services légers concourant à la politique de maintien à domicile ;

— la mise en œuvre de la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées ;

— la **formation des personnels sanitaires et sociaux**, notamment en ce qui concerne le personnel infirmier ;

— la **recherche médicale**, pour laquelle les crédits augmentent de **16 %**.

Comme *mesures ponctuelles intéressantes dans le domaine de l'aide et de l'action sociale* récemment intervenues ou prévues dans le cadre du projet de loi de finances, notons en particulier :

1 La suppression de l'obligation alimentaire pour les personnes âgées demandant le service d'une *aide ménagère*. En application du décret n° 77-872 du 22 juillet 1977, l'aide sociale prend désormais en charge le service de l'aide ménagère sans tenir compte des créances alimentaires auxquelles peut prétendre la personne âgée. Cette mesure se traduira, en 1978, pour l'Etat, par une dépense de 4 millions de francs ;

2 La suppression de tout recouvrement sur la succession de la personne âgée qui a bénéficié de l'*allocation aux vieux travailleurs salariés*. Cette disposition, prévue par l'**article 81 du projet de loi de finances**, a pour effet d'aligner l'AVTS sur l'allocation spéciale de vieillesse et l'allocation de base des travailleurs non salariés. En revanche, les sommes versées au titre de l'allocation supplémentaire du Fonds national de Solidarité resteront récupérables sur la succession lorsque l'actif successoral est au moins égal à 100 000 F (plafond en vigueur depuis le 1^{er} janvier 1975) ;

3 L'abaissement de 17,6 % à 7 % du taux de la TVA appliqué aux fournitures de logements et de nourriture des *maisons de retraite*. Prevue par l'**article 10 du projet de loi de finances**, cette mesure a pour objet d'étendre aux maisons de retraite un avantage dont bénéficient déjà partiellement les hôtels de tourisme, les villages de vacances et les gîtes ruraux. Son coût est évalué à 25 millions de francs pour 1978 ;

4° 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 ;

5° 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. Cette mesure est prévue par l'article 82 du projet de loi de finances. Les procédures de recouvrement en cours seront stoppées.

Dans un autre ordre d'idées, l'article 80 du projet de loi de finances institue une taxe nouvelle dite *taxe annuelle de spécialités pharmaceutiques* à laquelle seront assujetties les spécialités mises sur le marché dont le chiffre d'affaires est supérieur à 500 000 F. Cette taxe sera égale à 1 000 F donc d'un montant peu élevé. Elle sera versée par le fabricant. Le produit attendu, de l'ordre de 2 millions de francs, est destiné à accroître les moyens financiers du Ministère de la Santé pour améliorer l'efficacité du contrôle de la qualité des médicaments.

*
**

Nous avons ainsi tenté de replacer le budget pour 1978 dans son contexte et d'en souligner les points forts.

Le tableau ci-après, établi à partir du document annexé au projet de loi de finances qui présente le budget du Travail et de la Santé sous forme de « budget de programme », permet d'apprécier le montant des crédits des sections commune et santé par grands domaines d'intervention :

Présentation en budget de programme 1978.
(En milliers de francs.)

DOMAINES	DEPENSES ordinaires + crédits de paiement.	AUTORI- SATIONS de programme.
<i>Interventions en matière de santé.</i>		
Protection et prévention sanitaires.....	2 222 453	12 250
Equipement hospitalier.....	1 067 065	1 132 650
Aide médicale.....	3 109 000	»
Total du domaine.....	6 398 518	1 144 900

DOMAINES	DEPENSES ordinaires + crédits de paiement.	AUTORI- SATIONS de programme.
<i>Interventions en matière sociale.</i>		
Action sociale.....	505 443	275 580
Aide sociale.....	7 895 000	»
Régimes et sécurité sociale.....	4 919 449	»
Total du domaine.....	13 319 892	275 580
<i>Professions sanitaires et sociales.</i>		
Professions sanitaires.....	345 127	30 000
Professions sociales.....	243 602	10 000
Total du domaine.....	588 729	40 000
<i>Services extérieurs et actions diverses (santé et sécurité sociale).</i>		
Services extérieurs.....	605 538	14 190
Contrôle de l'aide sociale.....	197 600	»
Formation du personnel.....	21 295	»
Total du domaine.....	824 433	14 190
<i>Etudes et recherche médicale.</i>		
Recherche médicale.....	546 535	239 980
Etudes en matière sanitaire et sociale.....	10 053	500
Total du domaine.....	556 588	240 480
Total général.....	21 688 160	1 715 150

II. — UNE ADMINISTRATION PLUS EFFICACE

Il devient d'autant plus nécessaire de renforcer les moyens de l'Administration centrale et des services extérieurs du Ministère de la Santé que les responsabilités de cette administration s'alourdissent :

a) Le Ministère de la Santé doit assurer la mise en œuvre des quatre programmes d'action prioritaire dont il est le « chef de file » :

- le P. A. P. n° 14 : Nouvelle politique de la famille ;
- le P. A. P. n° 15 : Maintien à domicile des personnes âgées ;
- le P. A. P. n° 16 : Prévention et action sociale volontaire ;
- le P. A. P. n° 17 : Harmonisation des hôpitaux.

b) Il doit faire face à l'entrée en application de la loi d'orientation en faveur des handicapés avec, tâche considérable, l'installation des commissions d'orientation pour les handicapés mineurs et majeurs.

c) Les énergies sont mobilisées pour assurer le contrôle de la gestion du système de santé de la manière la plus rationnelle possible.

Nous évoquerons successivement :

- la création d'une direction de la pharmacie ;
- le renforcement des moyens en personnel ;
- le cas particulier des médecins inspecteurs de la santé ;
- la réforme des services extérieurs.

1. La création d'une direction de la pharmacie.

Le Service central de la pharmacie et des médicaments a été transformé en direction. Il s'agit, par cette réforme, a déclaré Mme le Ministre de la Santé devant l'Assemblée Nationale, « de donner une ampleur nouvelle au service du médicament, qui est

amené à jouer un rôle important dans l'élaboration et l'application de la politique de la santé, mais aussi dans le contrôle de l'évolution des dépenses ».

Votre commission n'a pas de commentaire particulier à formuler à ce propos.

2. Le renforcement des effectifs.

Au niveau de l'*administration centrale* du Ministère du Travail et du Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale, 55 emplois nouveaux ont été créés en 1977.

Pour 1978, 79 créations d'emplois sont proposées (60 titulaires, dont 43 de catégorie A, et 19 contractuels). A ces créations s'ajouteront différentes mesures de transformation d'emplois et de remise en ordre des emplois budgétaires. D'autre part, la réactivation d'emplois d'administrateurs civils, d'attachés d'administration et de secrétaires administratifs précédemment pris en charge par la Caisse nationale des travailleurs salariés a été recherchée.

Au niveau des services extérieurs, l'effort de recrutement est très substantiel, puisque est prévue la création de 513 emplois nouveaux (145 en 1977). Sur ces emplois, 230 sont inscrits au titre du P. A. P. n° 16, « Prévention et action sociale volontaire ». Par ailleurs, 589 emplois de catégories C et D seront créés par transformation de crédits de vacation pour permettre la titularisation de vacataires.

3. Le cas particulier du corps des médecins inspecteurs de la santé.

Malgré les avantages de carrière, comparables à ceux des grands corps techniques de l'Etat, et le prestige accru que l'on voulait conférer aux médecins inspecteurs de la santé par le décret du 27 mars 1973, le corps connaît de graves difficultés de recrutement. Le nombre élevé de vacances, le petit nombre de candidats aux concours, témoignent du désintérêt des jeunes médecins pour la carrière de médecin inspecteur de la santé. En effet, le rôle de la médecine préventive est mal perçu et les conditions de rémunération des médecins inspecteurs sont peu attractives.

Une réforme ponctuelle du statut, qui tend à améliorer les conditions d'accès au corps, notamment par l'extension du recrutement sur titres, vient d'intervenir récemment (décret n° 77-1200 du 7 octobre 1977).

Cette réforme, limitée dans son objectif, ne peut cependant suffire à résoudre les difficultés rencontrées et *il convient d'engager une réflexion plus profonde dans le sens d'une refonte importante du statut du corps.*

4. La réforme structurelle des services extérieurs.

Est entrée en application cette année la réforme des services extérieurs du Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale, fusionnant les directions régionales de la Sécurité sociale et les directions de l'action sanitaire et sociale.

Ont, en effet, été publiés :

— le décret n° 77-429 du 22 avril 1977 (*Journal officiel* du 24 avril 1977) portant organisation des directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales ;

— les décrets n° 77-538 et 77-539 du 27 mai 1977 (*Journal officiel* du 28 mai 1977) relatifs l'un au statut particulier du corps du personnel supérieur des directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales, l'autre aux conditions de nomination et d'avancement dans les emplois de directeur départemental et de directeur régional des affaires sanitaires et sociales.

En conséquence, à dater du 1^{er} juin 1977 :

— les fonctionnaires de catégorie A des anciennes directions régionales de la Sécurité sociale et des directions de l'action sanitaire et sociale sont reclassés dans le nouveau corps ;

— les emplois de directeurs départementaux des affaires sanitaires et sociales sont pourvus par détachement des fonctionnaires candidats à ces emplois issus du nouveau corps du personnel supérieur des directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales, ou du corps des médecins inspecteurs de la santé ou de ceux des administrateurs civils ou de l'Inspection générale des affaires sociales ;

— six premiers directeurs régionaux ont été nommés ; de ce fait, la fusion est effective dans les six directions régionales d'Aquitaine, Auvergne, Corse, Ile-de-France, Pays de la Loire et Provence-Alpes-Côte-d'Azur.

Des actions d'information, de sensibilisation et de formation des personnels concernés ont été entreprises dans les six premières régions dès le début de l'année 1977 et sont intensifiées au moment de la mise en œuvre de la réforme. Des actions semblables se développeront dans les autres régions où la réforme sera progressivement introduite.

L'étalement sur cinq ans de l'application de la réforme devrait offrir l'avantage de permettre de tirer des observations faites dans les premières régions, tous enseignements utiles pour la structuration définitive de l'ensemble des directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales.

A terme, la réforme aura probablement des effets bénéfiques. Le renouvellement des structures devrait permettre une meilleure coordination des initiatives. L'instauration de techniques modernes d'administration rendra la gestion plus efficace. L'approche des besoins sanitaires et sociaux, à la fois plus globale et plus fine, y gagnera en cohérence. Les besoins étant mieux appréciés, les moyens correspondants seront sans doute mieux adaptés.

Cependant, la mise en place de la réforme engendre, dans l'immédiat, une certaine désorganisation des services, phénomène inhérent à toute période de rodage et de mutation. Espérons que cette désorganisation, génératrice de déperdition d'énergie, ne sera pas excessivement nuisible à la qualité du service rendu et qu'elle pourra être surmontée dans les meilleurs délais.

III. — L'AMÉLIORATION DE L'APPAREIL DE SOINS

La France dispose aujourd'hui d'un parc immobilier hospitalier suffisant, en quantité, pour répondre aux besoins. Certes, on constate encore quelques lacunes, très localisées, qui devraient pour la plupart être comblées dans le cadre des programmes de construction en cours. Mais globalement, sur l'ensemble du territoire, nous disposons d'assez de lits. Une circulaire du Ministre de la Santé en date du 1^{er} août 1977 demande d'ailleurs aux préfets de faire preuve de la plus grande rigueur pour refuser tout projet dont la réalisation se traduirait par une augmentation des capacités constatées au 31 décembre 1976.

Notre pays souffre même d'un relatif suréquipement dans certains secteurs : l'obstétrique (par suite de la diminution des naissances), la pédiatrie, la traumatologie et la psychiatrie. *Certes le problème de la reconversion des établissements et services insuffisamment occupés, qui préoccupe bien des responsables locaux, ne pourra être résolu que progressivement. Mais il conviendrait qu'il soit inscrit au nombre des préoccupations prioritaires du Gouvernement.*

1. L'amélioration du service hospitalier.

L'effort en matière d'équipement a été reporté sur l'amélioration qualitative du parc existant, dans le cadre de la politique d'humanisation des hôpitaux entreprise depuis 1970. L'objectif est d'assurer aux malades un meilleur service.

L'humanisation est en bonne voie. Après les mesures prises en vue d'améliorer l'atmosphère à l'intérieur de l'hôpital, concrétisées notamment à travers la charte du malade hospitalisé, la politique de suppression des salles communes, qui a commencé d'entrer en application en 1975, suit son cours.

Au 1^{er} janvier 1977, 110 000 lits avaient été supprimés sur un total de 235 000. A ce rythme, l'objectif de suppression totale des salles communes devrait être atteint en 1981, donc dans les délais

prévus. Notons qu'en 1978, pour la première fois, seront financées dans le cadre de l'humanisation des opérations de rénovation des plateaux techniques.

Reste à savoir si le financement de la poursuite de l'humanisation pourra être assuré. Rappelons que l'Etat ne subventionne les opérations qu'à hauteur de 20 % des coûts, une grande partie de sa contribution se trouvant d'ailleurs récupérée par le jeu de la T.V.A. Le reste du financement est assuré, selon des mécanismes complexes, par les hôpitaux concernés, les collectivités locales, les établissements publics régionaux et les régimes sociaux, dont les budgets se trouvent grevés, immédiatement ou à terme selon le cas. Or, les capacités financières de ces différentes instances sont extrêmement réduites.

En tout état de cause, l'humanisation n'est pas seulement une affaire d'équipement et de confort. Elle tient aussi aux conditions de l'accueil réservé aux malades et à leurs familles, à l'attention dont ils font l'objet de la part des personnels, hélas encore trop souvent surchargés, à l'attitude du corps médical à leur égard.

Les comportements étant lents à infléchir, il faudra du temps pour que la politique d'humanisation porte ses fruits et pour que les malades en ressentent les effets bénéfiques dans leur vie quotidienne.

Les efforts réalisés pour renforcer les effectifs en personnel de l'hôpital et améliorer leur statut contribuent également à améliorer le service rendu aux malades. A cet égard, il faut noter les résultats positifs de la politique suivie en ce qui concerne le personnel infirmier. Certes, malgré les améliorations statutaires intervenues et malgré l'importance des crédits affectés à la formation des infirmières, des goulets d'étranglement subsistent. Mais ce n'est plus la situation générale de pénurie constatée il y a quelques années. L'allongement de la durée moyenne des carrières, qui est passée de quatre ans en 1973 à huit ans en 1976, peut être considérée comme un signe de l'assainissement de la situation. Le nombre de diplômes délivrés annuellement, égal à 11 578 en 1975, atteindra sans doute 16 000 en 1977 et 18 000 en 1978. Il est dès lors permis de penser que les besoins pourront être couverts à moyenne échéance.

2. L'amélioration de la gestion hospitalière.

Parallèlement à l'objectif d'amélioration du service rendu au malade, le Gouvernement est préoccupé par le problème de la *gestion rationnelle de l'appareil hospitalier*. Les coûts de l'hôpital augmentent, sans doute parce que la qualité des soins s'améliore, mais surtout parce que les charges de personnel s'alourdissent. La durée des séjours diminue. En moyenne, elle a baissé de cinq jours de 1970 à 1975. Ce phénomène est, certes, satisfaisant, dans la mesure où il signifie sans doute que les soins sont plus efficaces. Il est aussi le résultat d'une politique délibérée tendant à développer l'hospitalisation à domicile et le maintien chez elles des personnes âgées. Mais il est préoccupant pour les responsables de la gestion des hôpitaux qui ont des difficultés à équilibrer leur budget.

Pourtant, *l'équilibre précaire des régimes de sécurité sociale impose la recherche d'économies dans l'appareil hospitalier partout où elles apparaissent possibles*. C'est pourquoi le Gouvernement a imposé aux directeurs d'hôpitaux et aux préfets des directives très strictes concernant le contrôle de l'exécution des budgets des hôpitaux publics. Ces directives sont consignées dans la circulaire n° 761 bis du 22 mars 1977. Si les mesures prévues paraissent nécessaires, il est indiscutable qu'elles représentent, pour les responsables chargés de les appliquer, un surcroît de charges considérable.

Aussi votre commission approuve-t-elle les décisions récentes prises par le Ministre de la Santé en vue de revaloriser la fonction de directeur d'hôpital ; le statut du personnel de direction des hôpitaux publics avait été modifié par le décret n° 75-942 du 15 octobre 1975, en même temps qu'étaient améliorés le classement et l'échelonnement indiciaire des grades et emplois de ce personnel. Pour compléter ce dispositif, des mesures indiciaires viennent d'être décidées concernant les directeurs d'hôpitaux de moins de 200 lits dont la situation n'avait pas jusqu'alors été revue. En outre, tous les directeurs d'hôpitaux bénéficieront à partir de 1978 d'une indemnité de responsabilité.

La recherche d'une gestion plus rationnelle des hôpitaux passe également par la réforme de la **tarification des prix de journées** tant attendue, qui devait intervenir dans le délai d'un an après la loi de 1970 portant réforme hospitalière.

Depuis lors, de nombreuses études ont été menées en vue de rechercher la meilleure adaptation des règles de tarification aux prestations réellement fournies aux malades.

Un conseil interministériel du 16 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. Ce groupe s'est arrêté sur deux systèmes différents de tarification :

- le système dit du « prix de journée éclaté » ;
- le système dit du « budget global ».

Dans le premier système, 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 (actes, prothèses, produits sanguins, etc.).

Le système 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 prévisions d'activité de l'ensemble des services.

Ces deux systèmes sont expérimentés de façon simulée depuis le 1^{er} janvier 1977 dans quatre établissements (centre hospitalier de Saint-Germain-en-Laye, centre hospitalier de Chartres, hôpital Antoine-Béclère, Hôtel-Dieu de Paris).

En 1978, cette expérience sera poursuivie en réel, sous réserve de l'adoption par le Parlement d'un projet de loi d'habilitation annoncé pour la présente session.

IV. — LA PRÉVENTION SANITAIRE

La prévention sanitaire a reçu, depuis quelques années, une impulsion nouvelle.

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.

1. L'éducation sanitaire.

En trois ans, les crédits d'éducation sanitaire auront été multipliés par dix. D'un million de francs pour 1975, ils atteindront 11,6 millions de francs en 1978.

La politique en la matière passe par le canal du Comité français d'éducation pour la santé, dont les structures et les objectifs ont été redéfinis en 1975. La méthode choisie consiste en l'organisation de grandes campagnes nationales, avec la collaboration des médias.

La première a porté sur la lutte contre le tabagisme. On trouvera en annexe une note faisant état des premiers résultats de cette campagne.

En 1977, ont été entreprises des actions sur les thèmes de l'hygiène alimentaire du jeune enfant, le bon usage de la médecine, puis la sensibilisation de la population sur les problèmes des personnes handicapées, l'objectif étant de faciliter leur insertion sociale.

Pour 1978, sont en préparation des campagnes sur l'hygiène alimentaire, l'hygiène bucco-dentaire et la préparation à la retraite.

Les thèmes choisis débordent donc largement les problèmes de protection sanitaire à proprement parler et touchent aux habitudes de vie. Cette évolution est le résultat d'un élargissement de la conception de la notion de santé, celle-ci étant conditionnée par tout l'environnement social.

Sans doute serait-il utile que les travaux du comité français d'éducation pour la santé soient axés également sur les problèmes de contraception, dans une perspective de prévention de l'avortement. On trouvera en annexe au présent rapport deux notes faisant le point sur la mise en œuvre de la politique de planification familiale anticonceptionnelle et sur l'application de la législation en matière d'interruption volontaire de grossesse.



2. Des motifs de satisfaction.

Le développement de l'éducation sanitaire ne doit pas faire perdre de vue l'intérêt que présentent toujours les modes traditionnels de prévention. On note cette année, dans l'action menée en la matière, trois sujets de satisfaction :

— la politique de périnatalité et, plus largement, de protection maternelle et infantile, reste une priorité essentielle et se voit attribuer de nouveaux moyens ;

— la reconversion des dispensaires antituberculeux est entreprise ;

— la lutte contre l'alcoolisme revient au nombre des objectifs prioritaires.

a) L'action en matière de **périnatalité**, entreprise depuis une dizaine d'années, a donné des résultats satisfaisants. Le taux de mortalité périnatale est passé de 20,3 ‰ en 1973 à 16,7 ‰ en 1976. De même, le taux de mortalité infantile a baissé de trois points : 15,5 ‰ en 1973, 12,6 ‰ en 1976. Ces taux sont comparables à ceux des Etats-Unis, de la Grande-Bretagne et de l'Allemagne fédérale.

En 1978, les crédits affectés à la périnatalité augmenteront de 20 ‰.

Parmi les mesures nouvelles envisagées en vue d'améliorer davantage la **protection maternelle et infantile**, votre commission a pris connaissance avec satisfaction des engagements exprimés par le Président de la République aux entretiens de Bichat. Il est question :

— du remboursement à 100 ‰ par la Sécurité sociale des frais de maladie à partir du sixième mois de la grossesse ;

— du remboursement à 100 % des frais d'hospitalisation des prématurés ;

— de l'allongement du congé maternité. On sait, à ce propos, que le congé de maternité peut être d'ores et déjà porté à seize semaines pour motif thérapeutique ;

— de la prise en charge à 100 % du traitement de la stérilité.

En outre, l'examen prénuptial doit être rénové pour permettre de vérifier que les jeunes femmes ont été immunisées contre la rubéole et la toxoplasmose, maladies qui sont à l'origine de bien des handicaps.

Rappelons enfin que les informations recueillies par les centres de protection maternelle et infantile feront l'objet d'un traitement informatique de nature à améliorer l'actualisation des données statistiques, pour une plus grande efficacité de l'action menée en la matière. Selon les renseignements obtenus par votre rapporteur, il semblerait que le projet en cours (projet Gamin) offre certaines garanties en ce qui concerne la sauvegarde des libertés individuelles : les informations concernant l'identité seront supprimées des fichiers au plus tard lorsque les enfants atteindront l'âge de six ans.

b) En ce qui concerne les **dispensaires de prévention**, le ministre étudie le moyen de reconvertir leurs activités en fonction de l'évolution des besoins, vers des formes associant action sociale et action médicale, ou vers des interventions médicales dans des secteurs en développement, tels que l'hygiène mentale. La reconversion des dispensaires antituberculeux, largement inutilisés, est examinée en priorité par les préfets. Plus généralement, le Ministre de la Santé a demandé à l'inspection générale des affaires sociales une enquête sur l'activité des dispensaires de prévention, dans la perspective d'une rationalisation de l'utilisation des crédits qui leur sont affectés, tant par l'Etat que par les collectivités locales.

c) *Même si la consommation de l'alcool a diminué, l'alcoolisme reste toujours un fléau mortel dans notre pays, par les maladies qu'il engendre et par les accidents, sur la route notamment, dont il est la cause.*

Aussi votre commission a-t-elle accueilli très favorablement l'annonce par le Président de la République de la mise en œuvre prochaine d'un plan de dix ans contre l'alcoolisme, dont nous pourrions sans doute apprécier la portée au plus tard dans un an.

On trouvera en annexe au présent rapport une note faisant état de l'évolution des problèmes posés par l'alcoolisme.

..

A ces différents motifs de satisfaction s'en ajoute un quatrième, de portée plus générale : afin d'assurer une meilleure *coordination des problèmes de prévention*, un comité interministériel sera très prochainement mis en place.

..

3. Une inquiétude : l'avenir de la santé scolaire.

Il est un secteur, cependant, qui continue de faire l'objet de notre inquiétude : c'est celui de la *santé scolaire*, sur l'avenir duquel plane une certaine incertitude.

Certes, un effort important de formation permanente a été entrepris en faveur des personnels. Le total des crédits de vacation est revalorisé de 10 % pour 1978. 577 secrétaires vacataires seront titularisés. 46 emplois de médecins du corps provisoire seront transformés en emplois de médecins contractuels de santé scolaire. Toutes ces mesures sont de nature à améliorer notablement la situation statutaire et les rémunérations des personnels.

Mais votre commission n'est pas encore certaine que l'administration soit convaincue de l'utilité de la médecine scolaire. Or cette utilité nous paraît indiscutable. L'efficacité de la P. M. I., le recours croissant des familles à la consommation médicale en dehors des circuits obligatoires ne suffisent pas à mettre en doute l'intérêt de la médecine scolaire, si toutefois celle-ci est pratiquée avec sérieux.

C'est à l'école que peuvent être dépistées les insuffisances sensorielles des jeunes enfants, et les carences dentaires. C'est à l'école aussi que peuvent être constatées les inadaptations des élèves et recherchés les moyens d'y remédier.

Votre commission souhaite donc que les études entreprises au niveau ministériel en vue d'une réorientation et d'une réorganisation de la médecine scolaire, qui certes s'imposent, aboutissent rapidement afin que soit mis fin aux tâtonnements et aux hésitations de la politique actuelle, dont les enfants sont les premières victimes.

V. — L'AIDE SOCIALE ET L'ACTION SOCIALE

Le budget de la Santé a un caractère social marqué, et ce pour deux raisons :

1' Les sommes destinées à la couverture des dépenses d'aide sociale continuent de représenter une part très lourde des crédits du budget, puisqu'elles s'élèvent, en 1978, à 11 milliards de francs, aide médicale comprise. Ces dépenses sont en augmentation de 20 % par rapport à la loi de finances initiale pour 1977, de 12 % si l'on tient compte du collectif de printemps ;

2' Les crédits destinés aux interventions volontaires en matière d'action sociale, qui constituent la marge de manœuvre dont dispose le gouvernement pour mener une politique active, sont encore peu élevés puisque, globalement, ils atteignent 179 millions de francs, somme modeste comparée à l'ensemble du budget. Mais, ce qui est un progrès appréciable, ces crédits augmentent, en 1978, de 56 %.

1. Remarques à propos de l'aide sociale.

A propos de l'aide sociale, votre commission voudrait faire trois observations :

a) La première est une constatation : *les dépenses d'aide sociale continuent de croître à un rythme élevé, alors qu'il était permis de penser qu'un certain relais serait pris par la Sécurité sociale, compte tenu de plusieurs réformes intervenues au cours des années récentes, qui avaient précisément cet objectif. Tel aurait dû être l'effet de la loi d'orientation en faveur des handicapés, de la création de l'allocation de parent isolé, de la généralisation de la Sécurité sociale. Sans doute faut-il attendre la mise en œuvre complète de ces réformes avant d'en espérer un résultat sur le volume des dépenses d'aide sociale ;*

b) Notre seconde observation porte sur les difficultés de trésorerie auxquelles se trouvent confrontées les collectivités locales, du fait du retard avec lequel l'Etat leur rembourse sa contribution

aux dépenses d'aide sociale. Il semblerait, en outre, que les prévisions de dépenses au niveau de la préparation de la loi de finances ne fassent pas l'objet d'une évaluation exacte. Nous n'en voulons pour preuve que l'importance des crédits d'aide sociale qui ont été votés l'année dernière, en cours d'exercice, dans la première loi de finances rectificative. *Se pose donc, de toute évidence, un problème d'appréciation adéquate des besoins des collectivités locales, qu'il conviendrait de résoudre ou, du moins, de limiter dans ses proportions, étant donné ses effets désastreux sur la trésorerie des départements et des communes ;*

c) Enfin, et c'est là une des préoccupations majeures de notre commission exprimée à maintes reprises, *il serait temps que les différents départements ministériels concernés s'entendent pour réactualiser le barème fixant les modalités de répartition des dépenses d'aide sociale entre l'Etat, les départements et les communes. Ce barème n'a pas été révisé depuis 1955, alors que la population et la capacité financière des départements et des communes ont grandement varié entre-temps. Il est indispensable d'entreprendre effectivement et de faire aboutir enfin cette réforme.*

2. Observations sur les problèmes posés par les personnes âgées.

Abordant, après ces quelques remarques sur les problèmes relatifs à l'aide sociale, la politique d'*action sociale* du Gouvernement, nous nous pencherons plus particulièrement sur les problèmes du troisième et du quatrième âge.

En ce qui concerne la politique en faveur des *handicapés* et la politique en faveur des *familles*, on trouvera, en annexe au présent rapport :

— une note sur l'application de la loi d'orientation en faveur des handicapés, du 30 juin 1975, pour laquelle tous les décrets sont attendus avant la fin de l'année ;

— une note sur la politique suivie en matière de garde des enfants d'âge préscolaire, et notamment sur l'exécution du programme de création de crèches collectives et familiales.

Notre pays a peu à peu pris conscience de l'important phénomène de société constitué par les **personnes âgées** : 9,6 millions ont plus de soixante ans et 2,7 millions, soit 5 % de la population, ont plus de soixante-quinze ans.

Autrefois, les vieillards, qui étaient par ailleurs peu nombreux, étaient souvent pris en charge par la cellule familiale. Mais celle-ci s'est peu à peu restreinte alors que l'espérance de vie s'est considérablement allongée.

Le troisième et maintenant le quatrième âges ont des besoins spécifiques dus notamment aux problèmes de santé et à l'isolement. Les hospices, composés de bâtiments vétustes où les personnes âgées terminent leur vie loin du monde extérieur, sont jugés à juste titre comme une solution périmée. Il s'agit d'apporter une aide mieux adaptée aux besoins réels des personnes âgées ; les besoins étant multiples, les solutions doivent être diverses.

Il apparaît surtout urgent d'éviter deux solutions extrêmes qui semblent aussi inadaptées l'une que l'autre : d'une part, les hospices et les maisons de retraite vétustes, impersonnels, dans lesquels on est tenu à l'écart de la société ; d'autre part, les hôpitaux et les établissements aux équipements « ultra-médicalisés » et coûteux qui ne répondent pas le plus souvent aux besoins de la majorité des personnes âgées.

Dans un récent article de presse, un jeune médecin exprimait son étonnement et son indignation de voir que le séjour des deux tiers des personnes hospitalisées dans un établissement de cure médicale en tant que malades n'étaient pas nécessaire ou était totalement inutile. Nous connaissons tous des exemples semblables ; si le prix de journée de ces établissements est élevé, il a l'avantage d'être le plus souvent remboursé à 100 %. Il faut en conséquence inciter les médecins et les familles à prendre conscience de leurs responsabilités, mais également mettre en place des modes d'hébergement accordant aux personnes âgées isolées ou provisoirement délaissées par leur famille la possibilité de se reposer ou d'oublier pour une certaine période leur solitude en n'utilisant pas inutilement un milieu hospitalier dont elles n'ont pas besoin.

Il faut aussi considérer qu'en grande majorité les personnes âgées souhaitent demeurer le plus souvent possible à leur domicile afin de ne pas rompre avec leurs habitudes et leur environnement.

Afin de favoriser ce désir bien légitime, *l'aide ménagère et l'attribution de soins à domicile ont été développés. Mais ces efforts auront un effet limité si des mesures ne sont pas prises pour améliorer davantage l'habitat.* Comment en effet oublier que la moitié des logements habités par les personnes âgées sont actuellement dépourvus du confort le plus élémentaire. La lecture du dernier numéro d'une revue mensuelle publiée par une grande organisation de consommateurs révèle que 72 % des logements anciens loués sous le régime de la loi de 1948 sont inconfortables. Cette revue cite le cas de la ville de Lille, où 5 % des logements ne possèdent pas encore l'eau courante, 36 % n'ont pas d'eau chaude et enfin 43 % n'ont pas de w.-c. intérieurs. Ces pourcentages expriment combien l'amélioration de l'habitat est prioritaire si on veut vraiment favoriser le maintien à domicile des personnes âgées qui désirent continuer à mener une existence indépendante et à rester insérées dans la vie sociale.

Il serait également utile d'envisager une qualification des aides ménagères, qui apportent aux personnes âgées une attention et une chaleur humaine fort appréciables. Cette mesure aurait l'avantage de revaloriser une activité professionnelle qui ne peut que se développer et de permettre ainsi aux femmes qui sont plus particulièrement touchées par la crise de l'emploi de choisir une profession qui accorde une grande place aux relations humaines. Dans le même ordre d'idées, il faudrait favoriser les créations de troupes théâtrales, de groupes et de services d'animation ; certains ont déjà été constitués, parfois même par des personnes du troisième âge, mais ils demeurent trop rares.

De telles initiatives, ainsi que la création de services sociaux de tous ordres, d'universités du troisième âge, permettent de rompre efficacement l'isolement des personnes âgées.

Les besoins des personnes du troisième et du quatrième âge sont différents lorsque survient une aggravation de leur état de santé. Confrontée aux problèmes posés par *l'invalidité du vieillard*, la famille se met en quête d'une maison de retraite ou d'un

hospice qui veuille bien l'accepter. Elle doit alors effectuer des recherches, inscrire le malade sur des listes d'attente ou bien encore demander que des soins à domicile lui soient attribués. Trop souvent, le vieillard est hospitalisé. Il est regrettable que le choix des familles, et parfois même celui des médecins, ne puisse, faute de structure appropriée, se fonder sur les besoins réels du malade et l'intérêt de la collectivité.

Seule la mise en place d'établissements à l'échelle humaine, diversifiés et bien répartis dans toutes les régions de France, permettrait aux personnes hébergées, d'une part, de ne pas s'éloigner du lieu où ils ont vécu et, d'autre part, d'avoir la possibilité de sortir facilement et de recevoir leurs familles et leurs amis.

VI. — LA RECHERCHE MEDICALE

Le Ministère de la Santé finance environ le quart de la recherche biomédicale par les crédits alloués à l'I. N. S. E. R. M., l'Institut Pasteur, le Laboratoire national de la santé et l'Institut du radium.

Les trois autres quarts de la recherche médicale sont effectués dans les universités, au Centre national de la recherche scientifique (C. N. R. S.), au Commissariat à l'énergie atomique et à la Délégation générale à la recherche scientifique et technique (D. G. R. S. T.).

Les crédits consacrés à la recherche dans le budget de la Santé augmentent de 15,6 % en 1978, pour atteindre 541 millions de francs.

1. L'I. N. S. E. R. M.

Les effectifs de l'I. N. S. E. R. M. seront portés à 1 268 personnes par la création de 146 emplois nouveaux dont 64 postes de chercheurs. Parmi ces postes, 5 seront réservés à des internes en médecine en fin d'internat, afin de rééquilibrer les effectifs, largement constitués de chercheurs scientifiques, au profit des médecins.

Les domaines de recherches favorisés au premier chef seront ceux qui ont été définis comme prioritaires dans le cadre du VII^e Plan :

- le cerveau, la santé mentale et le comportement ;
- la microbiologie et la virologie, fondamentale pour la lutte contre le cancer ;
- la génétique, les malformations congénitales et la périnatalogie.

Un soutien sera également apporté aux recherches en matière :

- de pharmacologie moléculaire et clinique ;
- d'immunologie ;

- de génie biologique et médical, domaine dans lequel la compétitivité de l'industrie française doit être améliorée ;
- d'évaluation des méthodes de diagnostic et de thérapeutique ;
- d'économie de la santé.

Rappelons que ces priorités ont été définies en fonction de trois principaux critères : l'urgence et l'ampleur des besoins sanitaires de la collectivité, l'impact économique des recherches, leur intérêt scientifique. D'autres facteurs ont été pris en considération, tels que la valeur du potentiel scientifique existant ou la perspective d'aboutissement des travaux dans des délais convenables.

Le cancer, les affections cardiovasculaires et les affections pulmonaires, problèmes majeurs, doivent également faire l'objet d'un effort soutenu. Mais, dans ce domaine, il ne paraît pas que des solutions puissent être trouvées dans l'immédiat.

2. L'Institut Pasteur.

L'Institut Pasteur, qui était en 1974 dans une situation très inquiétante, a retrouvé un relatif équilibre financier, grâce à la réorganisation dont il a fait l'objet, et au soutien important que lui a apporté l'Etat en 1975 et 1976. Cette aide sera maintenue en 1978. L'Institut recevra de l'Etat 64 millions de francs, dont 53 millions sont destinés aux programmes de recherche.

Assainie dans l'immédiat et sans doute à court terme, la situation financière de l'Institut Pasteur risque de devenir à nouveau préoccupante dans l'avenir si les recettes ne suivent pas l'augmentation inéluctable des coûts. Il faudrait que l'assise industrielle du centre de recherche soit considérablement développée, que l'aide de l'Etat soit portée à un niveau nettement supérieur à 50 %, ou que le rendement des collectes de fonds auprès des entreprises et du public apporte des recettes importantes.

Il ne peut être certain que l'une de ces hypothèses se réalisera effectivement. *Il convient donc d'éviter de considérer comme définitivement acquis le sauvetage de l'Institut.*

3. Le Laboratoire national de la santé.

Le Laboratoire national de la santé, chargé du contrôle des médicaments et des vaccins, du contrôle des eaux et de la surveillance des épidémies, a vu ses attributions élargies au contrôle des analyses biologiques.

Six emplois nouveaux y seront créés en 1978.

Les prochains travaux du Laboratoire national de la santé sont orientés vers la poursuite de cinq objectifs prioritaires :

- tripler le nombre des spécialités pharmaceutiques contrôlées au cours des trois années à venir ;
- organiser une « pharmacothèque » ;
- contrôler tous les lots de vaccins à virus, tant pour une meilleure protection de la population nationale que pour satisfaire à la demande des pays importateurs ;
- affiner les analyses d'eaux minérales et les multiplier ;
- développer la section de toxicologie alimentaire.

∴

Pour compléter ce bref examen des orientations de la recherche médicale et des moyens mis à sa disposition, ajoutons une indication fournie par Mme le Ministre de la Santé à notre commission, indication qui est de nature à entraîner notre satisfaction car elle porte sur un sujet qui nous préoccupe : la coopération entre l'Institut Pasteur et l'I. N. S. E. R. M. se traduit notamment par une action commune dans le domaine de la recherche en matière de *myopathie*.

∴

Le développement de la recherche médicale française est souhaitable du point de vue de l'amélioration de la protection sanitaire, comme d'un point de vue économique.

Bien orientée, la recherche médicale peut contribuer simultanément à une amélioration de la prévention et de la qualité des soins. Elle peut permettre de réduire un certain nombre de dépenses inutiles. Elle a des retombées sur l'efficacité des industries de production de matériel sanitaire et, par suite, sur l'équilibre de notre balance commerciale. Une recherche forte et efficace est, certes, coûteuse. Mais elle est aussi, pour un pays, le signe de son dynamisme intellectuel et un des facteurs de son rayonnement international.

Reste à savoir si la recherche médicale française a été bien orientée. Reste à savoir également si le soutien financier dont elle bénéficie, certes important, est suffisant pour permettre les résultats escomptés. Ces deux questions restent posées.

CONCLUSION

Examen en commission.

Votre commission, après avoir entendu le 19 octobre 1977 Mme Simone Veil, Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale, et M. René Lenoir, Secrétaire d'Etat, a examiné le présent rapport au cours de sa réunion du mercredi 16 novembre.

Les points de vue exprimés par votre rapporteur ont été approuvés. En outre, il a été chargé de présenter au Gouvernement, au nom de la commission, un certain nombre d'observations complémentaires, appelant une réponse ou un complément d'information.

M. Bohl s'est inquiété des difficultés croissantes auxquelles sont confrontées les collectivités locales pour faire face aux dépenses d'aide sociale, particulièrement lourdes en ce qui concerne le groupe III. Il a estimé que le critère du domicile de secours devrait faire l'objet d'un réexamen et ajouté que la suppression du recouvrement de certaines dépenses sur la succession du bénéficiaire de l'aide sociale, de même que l'élévation récente du ticket modérateur sur certaines prestations sanitaires et sur certains médicaments ne contribueraient guère à améliorer la trésorerie des communes.

Evoquant le problème de la clé de répartition des dépenses d'aide sociale, qui se pose depuis plus de vingt ans, M. Robini a déploré le peu d'empressement des administrations concernées pour le résoudre, les Ministères de la Santé, de l'Intérieur et des Finances se renvoyant respectivement la responsabilité de prendre une initiative en la matière.

Le Président Schwint a suggéré que M. Grand intervienne à ce sujet, au nom de la commission, dans la discussion du budget du Ministère de l'Intérieur.

M. Goetschy a rappelé que la question de la contribution des départements et des communes aux dépenses d'aide sociale était étroitement liée à la réforme des finances locales. Il a estimé

que le freinage des dépenses était subordonné au renforcement du personnel des directions départementales de l'action sanitaire et sociale, numériquement insuffisant pour étudier convenablement les dossiers. Quant au mode de versement par l'Etat de sa contribution, il est très défavorable aux collectivités locales, qui devraient bénéficier d'avances dignes de ce nom au lieu de devoir attendre des mois de remboursement des sommes qu'elles ont versées pour le compte de l'Etat.

M. Chérioux a souligné les tâtonnements et les insuffisances de la politique suivie en ce qui concerne le quatrième âge, qui proviennent des tiraillements et conflits que chacun connaît entre le secteur sanitaire et le secteur social, liés à la diversité des modes de financement. Il serait souhaitable de promouvoir des établissements spécifiques permettant d'accueillir les vieillards qui souffrent d'invalidité physique ou psychique et qui ont besoin de soins constants, sans pour autant relever de l'hôpital ou de l'établissement psychiatrique.

M. Henriet a souhaité que votre rapporteur demande au Gouvernement des précisions sur le projet de plan de lutte contre l'alcoolisme et sur la politique sociale suivie en faveur des familles.

M. Viron a insisté sur la pénurie de personnel dont souffrent certains hôpitaux publics, et déploré qu'un taux uniforme de progression des effectifs ait été imposé sur l'ensemble du territoire par l'administration centrale, au vu des motifs qui font apparaître en réalité une vue purement technocratique et parisienne des problèmes.

En réponse à M. Viron, M. Chérioux a souligné les résultats positifs des efforts fournis en faveur du personnel infirmier. En outre, l'humanisation accroît les charges de fonctionnement de l'hôpital. Enfin, la bonne organisation des gardes et des veilles est souvent compromise par les aménagements, d'ailleurs heureux, dont ont bénéficié les personnels hospitaliers dans leurs conditions de travail.

M. Mézard a estimé que l'instabilité du personnel infirmier tenait à son fort taux de féminisation et souhaité que les hommes soient orientés vers cette carrière. Il a, par ailleurs, déploré la faiblesse des rémunérations allouées aux médecins de santé scolaire.

M. Berrier a attiré l'attention de la commission sur la rigueur excessive de certaines normes imposées aux établissements de cure médicale.

M. Henriet a estimé que l'ensemble des problèmes de l'hospitalisation devait faire l'objet d'une réflexion globale dans la perspective d'une meilleure coordination entre les secteurs public et privé.

M. Perron s'est inquiété du freinage de la construction des hôpitaux. Si le nombre de lits est globalement suffisant, leur répartition sur le territoire n'est pas adéquate, et des lacunes, souvent très importantes, subsistent.

*
* *

Sous réserve des observations contenues dans le présent rapport, votre Commission des Affaires sociales a donné un avis favorable à l'adoption des crédits du Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale, ainsi qu'à l'adoption des articles 10, 80, 81 et 82 du projet de loi de finances.

ANNEXE



ANNEXE

Note sur les résultats de la campagne antitabac.

La lutte contre le tabagisme pour être réellement efficace doit s'inscrire dans une perspective à long terme. Les diverses actions développées à l'initiative du Ministère de la Santé depuis 1975 ne représentent que la première étape d'une série d'opérations qui seront engagées dans les années à venir, appuyées par la nouvelle législation (9 juillet 1976) en vigueur depuis le 10 juillet 1977.

L'objectif de la campagne nationale d'information qui s'est déroulée du 1^{er} octobre au 30 novembre 1976 était une information large destinée à l'ensemble de la population où l'on distinguait quatre grands axes :

- convaincre fumeur et non fumeur des dangers du tabac, pour le fumeur et son entourage ;
- modifier les rapports fumeurs-non fumeurs pour permettre à ces derniers de faire valoir leurs droits ;
- modifier l'image de marque trop souvent valorisée du fumeur ;
- inciter les fumeurs à diminuer ou à cesser leur consommation de tabac sans les orienter vers telle ou telle méthode de désintoxication.

Toutefois, dans cette approche très générale du problème du tabagisme, deux populations ont fait l'objet d'une attention particulière : les jeunes et les femmes enceintes.

Une série de sondages et d'enquêtes a été réalisée auprès des adultes et des jeunes de dix à dix-sept ans pour apprécier l'intérêt et le degré de réceptivité des différents publics concernés par la campagne et pour suivre l'évolution des connaissances, des idées et des comportements afin d'apprécier l'efficacité des actions entreprises. Le résultat de ces études permet aussi d'évaluer les méthodes utilisées et définir l'axe des actions suivantes.

Les premiers résultats peuvent se résumer comme suit :

- diminution du nombre des fumeurs de 3 % (41 % contre 44 %) en septembre 1976 ;
- diminution de la consommation tabagique chez 15 % des adultes et 15 % des jeunes fumeurs ;
- diminution de la vente des cigarettes au cours du dernier trimestre 1976 : 4,2 % par rapport aux ventes du quatrième trimestre 1975 ;
- excellent accueil du public et forte mémorisation (plus haut niveau atteint parmi toutes les publicités et campagnes d'intérêt national diffusées à cette époque) ;
- démystification de l'image du fumeur chez les jeunes, plus de 14 % d'entre eux rejettent l'image du fumeur dynamique ;
- d'après le S.E.I.T.A., la consommation des produits du tabac a diminué en 1976 de 1,9 % par rapport à 1975.

En outre, une enquête, réalisée dans quatorze maternités de la région parisienne en janvier 1977 pour mesurer le degré de réceptivité de cette fraction de population, a montré que 91 % des accouchées ont entendu parler de la campagne et, parmi elles, 96 % se souviennent qu'une partie de l'information diffusée était consacrée aux dangers du tabac pour la femme enceinte.

Au total, les objectifs définis avant la campagne ont été en majeure partie atteints puisque :

- les dangers du tabac semblent mieux connus ;
- les droits des non-fumeurs ont été sensiblement améliorés ;
- l'image de marque des fumeurs a été fortement démystifiée ;
- le nombre des fumeurs a diminué et parmi eux un pourcentage important d'adultes et de jeunes a diminué sa consommation.

Si les objectifs définis avant cette première campagne semblent en majeure partie atteints, l'action devra toutefois se poursuivre afin de renforcer les résultats obtenus et qui seront régulièrement suivis grâce aux indicateurs d'évaluation mis en place et déjà cités.

Par contre, ce premier bilan permet de définir l'action prochaine qui sera centrée sur les jeunes, les convaincre des dangers, et notamment ceux qui seraient tentés de commencer à fumer. Cette population, qui a bien réagi à la campagne, ressent cependant moins que les adultes les dangers du tabac (40 % contre 60 % des adultes).

Note sur l'application de la politique de planification familiale, en métropole et dans les départements d'outre-mer, et sur ses incidences démographiques.

A. — En 1977, l'application de la politique de planification familiale et de régulation des naissances s'est poursuivie de manière satisfaisante.

a) *Métropole.*

1. En ce qui concerne les *établissements d'information, de consultation ou de conseil familial* :

Au 1^{er} août 1976, 294 établissements, disposant fréquemment de plusieurs permanences, avaient reçu un avis favorable de la Commission chargée de contrôler les déclarations et 245 d'entre eux avaient passé une convention avec l'Etat qui leur permet de recevoir une subvention forfaitaire dont le montant a été porté de 15 F à 18 F par heure de conseil conjugal et familial assurée pour les activités exercées en 1976.

Une première délégation de crédits d'un montant de 2 676 468 F correspondant à 148 581 heures de consultation assurées en 1976 a été effectuée pour 174 établissements. Une deuxième délégation de crédits sera versée prochainement aux autres établissements conventionnés.

Par ailleurs, des subventions de fonctionnement, comme les années précédentes, ont été versées aux sept organismes nationaux qui ont créé des établissements.

2. *Quant aux centres de planification ou d'éducation familiale* :

Il est rappelé qu'un arrêté du 29 août 1975 donne aux préfets le pouvoir d'agréer les centres de planification ou d'éducation familiale. Il est ainsi devenu plus difficile de connaître de manière précise le nombre de centres agréés ; on peut cependant évaluer celui-ci environ à 370.

L'intégration des centres de planification ou d'éducation familiale dans les centres de P.M.I. de circonscription implique la prise en charge de leurs frais de fonctionnement dans des conditions comparables à celles envisagées pour les consultations de P.M.I., et deux situations peuvent ainsi se présenter :

- si le centre est directement géré par le service départemental d'action sanitaire et sociale, ce dernier assure la totalité de son fonctionnement financier ;
- si le centre est géré par un établissement hospitalier public, une collectivité publique ou association privée, une convention avec le Service départemental de P.M.I. permet la prise en charge d'une partie des dépenses de fonctionnement du centre.

Il est à noter que 54 % de ces centres sont gérés par les hôpitaux, 21 % par des établissements publics, 14 % par des associations privées et 11 % par les services départementaux de P.M.I. Il paraît souhaitable que promouvoir le développement de ces derniers, ce qui permettrait de ne pas isoler les problèmes de régulation des naissances des autres problèmes touchant à la maternité et à l'enfance. Un effort est donc actuellement envisagé en ce sens.

Un questionnaire d'activité qui donnera des précisions sur la fréquentation et l'activité de ces centres sera prochainement mis en place ; des éléments d'information pourront en être tirés pour déterminer les orientations et les mesures à prendre — de même le questionnaire permettra de recenser annuellement les centres de planification ou d'éducation familiale ouverts.

Enfin, une modification intervenue dans la classification des comptes budgétaires départementaux permettra d'individualiser les dépenses de P.M.I. en matière de contraception.

Il convient de souligner en outre qu'une amélioration de la formation du personnel des centres et des établissements a été étudiée en liaison avec la commission compétente du Conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale. C'est ainsi que l'arrêté du 24 septembre 1976 distingue deux niveaux de formation :

- une formation de 120 heures pour les activités d'information ;
- une formation de 400 heures pour les activités de consultation et de conseil.

3. *Conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale et centre d'information et de documentation sur la vie sexuelle, la maternité et la régulation des naissances :*

Le Conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale a poursuivi en 1977 l'étude entreprise avec les représentants des personnes concernées et des spécialistes de l'information en vue de rechercher les moyens les mieux adaptés pour développer l'éducation sexuelle, l'information sur les problèmes de la fécondité et de la régulation des naissances, notamment en milieu scolaire et universitaire, dans les entreprises, en milieu rural et en milieu migrant, par l'entremise des membres des professions médicales et para-médicales et des représentants de la presse écrite, parlée et télévisée.

Le Centre d'information sur la régulation des naissances, la maternité et la vie sexuelle créé en 1976 (C. I. R. M.) dispose d'un service de renseignements téléphoniques destiné aux associations spécialisées, comme au public, et d'un service de documentation, qui connaissent un succès important ; ce service répond en moyenne à 75 personnes par jour, hommes et femmes de tous âges, qui font appel à lui ; son rôle est triple : renseigner, orienter, écouter.

Il dispose également d'un service de documentation et d'un service de prêt audiovisuel.

L'ensemble des activités du Centre connaît un succès important.

Le budget de ces deux organismes, d'un montant total de 2 019 691 F, a été financé entièrement par des subventions du Ministère de la Santé (soit 579 230 F pour le Conseil supérieur de l'information sexuelle et 1 440 411 F pour le Centre d'information).

b) *Départements d'Outre-Mer.*

Il existe actuellement cinq établissements dans les départements de la Réunion, de la Martinique et de la Guadeloupe. Quatre d'entre eux sont conventionnés ; ils ont assuré 2 660 heures de consultation en 1976.

Il existe vingt et un centres de planification ou d'éducation familiale fonctionnant dans les Départements d'Outre-Mer (Guadeloupe : 12, Martinique : 2, Réunion : 7).

B. — EN CE QUI CONCERNE LES INCIDENCES DÉMOGRAPHIQUES DE CETTE POLITIQUE, il faut rappeler que la politique du Gouvernement de régulation des naissances vise à permettre aux couples d'avoir des enfants au moment où ils le désirent, et non à limiter les naissances. Elle est inséparable d'une politique de la famille.

En l'absence totale de contraception, une femme qui se marierait à 20-25 ans aurait en moyenne 10 à 12 enfants (fécondité effectivement observée dans des populations d'origine européenne qui, pour des raisons religieuses, ne recouraient à aucune forme de contraception). La fécondité européenne se situant entre 2 et 3 enfants par femme depuis près d'un siècle, on voit à quel point la contraception exerce un effet massif sur la fécondité depuis bien longtemps.

L'évolution au cours des dix dernières années se traduit par l'utilisation chez un certain nombre de couples, au détriment des méthodes anciennes de contraception, des contraceptifs oraux et du stérilet. Il en résulte une augmentation d'efficacité. De plus, il est très vraisemblable que certaines femmes — notamment parmi les plus jeunes — connaissent mieux que ce n'était le cas naguère les procédés de contraception : la contraception est davantage pratiquée.

L'efficacité accrue et la diffusion plus large de la contraception mais aussi le désir de limiter la famille à 2 — plus rarement 3 — enfants sont à l'origine de la baisse de la fécondité en Europe occidentale depuis une douzaine d'années.

Le nombre de naissances recensées s'élève à 726 840 en 1976 contre 742 200 en 1975, alors que la poursuite de la baisse des naissances enregistrée les années précédentes aurait conduit à constater 680 000 naissances.

Le mouvement de baisse de la fécondité en France commun à tous les pays occidentaux marque donc un palier.

L'évolution de la fécondité dans les Départements d'Outre-Mer est, comme en Métropole, marquée par une baisse rapide depuis une douzaine d'années. Mais les niveaux atteints antérieurement étaient bien différents : les Départements d'Outre-Mer étaient alors comparables à la Métropole d'il y a un siècle et demi.

La transition des Départements d'Outre-Mer vers des fécondités modernes a vraisemblablement été facilitée par les changements de législation intervenus depuis dix ans mais il faut observer que le début du mouvement est antérieur à l'adoption des textes nouveaux et à leur mise en application.

Evolution du nombre des naissances dans les Départements d'Outre-Mer.

	1972	1973	1974	1975
Guadeloupe	9 913	9 394	8 143	8 255
Martinique	8 656	7 834	7 196	6 905
Guyane	1 647	1 493	1 558	1 476
Réunion	13 740	13 287	13 423	13 301

**Note sur l'application de la législation
en matière d'interruption volontaire de grossesse.**

En 1976, 134 493 I. V. G. ont été recensées à partir des bulletins statistiques prévus par l'article L. 162-10 de la loi : 87 025 en secteur hospitalier public et 47 468 en secteur hospitalier privé.

En 1977, une prévision de 145 000 à 150 000 interventions peut être faite.

Les tarifs limites fixés par l'arrêté n° 75-22/P du 20 mars 1975 en application de l'article 8 de la loi du 17 janvier 1975 ont été modifiés par l'arrêté n° 77-67/P du 16 mai 1977.

Les prix limites des soins et de l'hospitalisation afférents aux I. V. G. sont fixés à :

Honoraires du médecin pratiquant l'I. V. G. : 180 F ;

Honoraires du médecin anesthésiste réanimateur : 106 F ;

Forfait pour une durée d'hospitalisation égale ou inférieure à 12 heures y compris les frais de salle d'opération : 265 F (hors T. V. A.) ;

Forfait pour une durée d'hospitalisation comprise entre 12 et 24 heures y compris les frais de salle d'opération : 375 F (hors T. V. A.) ;

Forfait pour 24 heures supplémentaires d'hospitalisation : 110 F (hors T. V. A.).

Un certain nombre de difficultés qui sont rencontrées, pour l'application de la loi, sont dues à :

a) L'existence de la clause de conscience permettant au personnel hospitalier des services de gynécologie-obstétrique de refuser d'organiser une unité d'interruption volontaire dans un établissement, ce qui oblige le directeur de l'hôpital à faire appel à des médecins vacataires, parfois non spécialisés en gynécologie-obstétrique.

b) L'attitude de certains médecins hospitaliers qui refusent un nombre important d'interventions parce qu'eux mêmes estiment qu'elles ne sont pas justifiées.

c) La difficulté pour certains services de gynécologie-obstétrique de capacité limitée d'assurer en même temps les interventions relevant de leur spécialité et les I. V. G.

La procédure de consultation prévue par loi a été facilitée par l'accroissement du nombre de centres de planification ou d'éducation familiale (Titre I^{er} du décret du 24 avril 1972), et des établissements d'information, de consultation ou de conseil familial (Titre II du même décret) ; aucune difficulté n'est signalée en ce qui concerne la possibilité d'obtenir la consultation sociale dans les délais voulus.

La tarification des soins est de nature à prévenir la réalisation de profits anormaux. L'administration n'est pratiquement pas saisie de plaintes fondées sur des dépassements de tarifs. Les contrôles exercés, la connaissance qu'ont les femmes des prix fixés ainsi que la gravité des sanctions encourues doivent éviter les abus.

En ce qui concerne le nombre d'avortements clandestins, ils ne peuvent être évalués, mais la pratique montre que, depuis l'intervention de la loi, ces avortements sont en voie de disparition. En effet, les services de gynécologie-obstétrique ne reçoivent plus ces cas d'urgence consécutifs à des avortements provoqués clandestinement et responsables de décès ou de graves complications.

Il est à noter d'autre part que les interruptions de grossesse pratiquées sur des françaises à l'étranger sont en diminution très sensible puisque, d'après les statistiques britanniques officielles, le nombre de ces interventions est passé de 36 541 en 1974 à 14 806 en 1975 puis à 4 459 en 1976.

Note sur les problèmes de l'alcoolisme : prévention, dissuasion, pathologie et coût.

I. — PRÉVENTION DE L'ALCOOLISME

Elle implique :

1. *L'information du public* par l'organisation de campagnes d'éducation sanitaire menées par le Haut Comité d'étude et d'information sur l'alcoolisme auprès du Premier ministre, les Services de prévention routière, le Comité français d'éducation pour la santé, le Comité national de défense contre l'alcoolisme, ainsi que par les diverses œuvres et associations privées de lutte contre l'alcoolisme.

La prévention de l'alcoolisme, erreur alimentaire, est incluse dans la campagne sur l'hygiène alimentaire qui a été lancée en 1977 sur le thème de l'alimentation de la mère et de l'enfant.

2. *La formation des médecins* afin qu'ils puissent détecter, dès son début, l'intoxication alcoolique alors qu'aucun signe extérieur ne la signale encore, et la traiter précocement, avant l'apparition de la redoutable alcoomanie.

Les centres d'hygiène alimentaire assurent ce rôle essentiel de formation en matière d'alcoologie. Des stages y sont organisés pour les étudiants en médecine, les jeunes médecins stagiaires, les médecins du trafic, les médecins du travail notamment, et aussi le personnel para-médical collaborant à la lutte contre l'alcoolisme.

II. — DISSUASION

1° Par le dépistage et le traitement précoce des malades.

Des instructions ont été données à ce sujet par les circulaires des 23 novembre 1970 et 31 juillet 1975 pour la création des centres d'hygiène alimentaire (C. H. A.).

Cette création est apparue comme un moyen de dépister et de traiter, de façon précoce, les buveurs excessifs qui, le plus souvent, s'ignorent, afin qu'un traitement puisse être instauré avant l'apparition de troubles graves somatiques ou psychiques, et avant que ces malades ne soient devenus dépendant à l'alcool.

L'effort du Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale tend à favoriser la création de C. H. A. par l'octroi de subventions de démarrage.

Actuellement, il existe, en France, 64 C. H. A. et 11 projets de création sont à l'étude.

2° Par l'application de la loi n° 54-439 du 15 avril 1954 sur le traitement des alcooliques dangereux pour autrui.

Lorsque des alcooliques avérés refusent de se soigner, cette loi a prévu une procédure pour les obliger à recevoir les soins que réclame leur état.

Le tableau ci-après donne les résultats de l'application de cette loi :

	1971	1973	1975
Sujets signalés aux autorités sanitaires	7 647	11 171	(1) 10 838
Sujets ayant accepté la cure de désintoxication	937	1 011	(1) 1 231

(1) Quatre départements n'ont pas répondu.

3° Par l'application de la loi n° 70-597 du 9 juillet 1970 instituant un taux d'alcoolémie.

Cette loi vise, avant tout, à réduire le nombre des accidents de la route. Par son aspect répressif, elle amène nombre de conducteurs à prendre conscience des risques qu'entraîne la conduite automobile après absorption de boissons alcoolisées et à diminuer leur consommation habituelle.

Son application permet en outre :

— de développer l'information du public sur les dangers de l'alcoolisme, en attirant leur attention sur la nécessité d'une consommation modérée d'alcool par les conducteurs ;

— le dépistage de nombreux buveurs excessifs qui s'ignorent et qui sont pris en charge par les centres d'hygiène alimentaire, lesquels assurent le traitement de ces buveurs d'habitude, avec l'aide du secteur psychiatrique, s'il y a lieu.

Des indications obtenues auprès des services de police et des brigades de gendarmerie, il résulte que le contrôle de l'imprégnation alcoolique a donné les résultats suivants :

ANNEES	NOMBRE de dépistages effectués.	NOMBRE de dépistages positifs.	NOMBRE de prélèvements sanguins.
1972	771 321	56 585	65 976
1974	1 093 549	59 775	68 191
1976	1 003 917	66 935	74 531

III. — PATHOLOGIE

L'alcoolisme revêt, en France, une importance exceptionnelle, en raison des caractères que présentent, dans notre pays viticole, la production, la distribution et la consommation des boissons alcoolisées.

Morbidité.

On peut estimer qu'en France, 5 millions de personnes — dont 2 millions d'alcooliques avérés et 3 millions de buveurs excessifs qui deviendront alcoomanes — sont intoxiquées par une consommation qui s'est élevée, en 1974, à 23,7 litres d'alcool pur par adulte (vingt ans et plus).

En 1974, on a dénombré 38 518 entrées pour alcoolisme dans les établissements psychiatriques et services de psychiatrie (dont 32 711 hommes et 5 807 femmes). Un peu plus du tiers des admissions (hommes) et près du quart des admissions (malades des deux sexes) dans les hôpitaux et services psychiatriques sont dus à l'alcoolisme.

A l'hôpital général, 44 000 hommes et 17 000 femmes ont été traités pour alcoolisme et cirrhose du foie.

Mortalité.

En 1975, on a dénombré 17 546 décès par cirrhose du foie et 4 192 décès par alcoolisme. Mais ces décès répertoriés dans les rubriques « cirrhose du foie » et « alcoolisme » ne donnent qu'un aperçu de la mortalité due à une consommation

excessive d'alcool. Ces rubriques n'incluent pas les conséquences (accidents de la route et accidents du travail, homicides, suicides) et les complications (affections favorisées ou aggravées par l'alcool) de l'alcoolisme.

Si l'on tient compte de toutes ses incidences, l'alcoolisme serait la troisième cause de mortalité en France (après les maladies cardio-vasculaires et le cancer) avec un nombre de décès avoisinant 40 000 par an, selon les estimations les plus sérieuses de ces dernières années.

IV. — COÛT DE L'ALCOOLISME

Il est difficile d'évaluer la dépense d'une manière concrète et précise car elle ne comprend pas seulement le coût des malades soignés pour alcoolisme ou pour cirrhose du foie, mais elle comprend également :

— les frais de tous ceux dont les affections sont, sinon causées par l'alcoolisme mais du moins favorisées et fortement aggravées par une consommation excessive d'alcool (affections neurologiques, psychiatriques, gastro-entérologiques notamment) ;

— l'allongement pour les alcooliques des séjours hospitaliers souvent plus fréquents que pour les abstinents ;

— la surmortalité due à l'alcool chez les hommes de quarante-cinq à soixante ans ;

— les accidents de toutes natures dus à l'absorption d'alcool, en premier lieu les accidents de la route et les accidents du travail ;

— les pertes économiques dues à l'absentéisme, aux malfaçons, conséquences d'une imprégnation alcoolique ;

— les répercussions sociales innombrables : foyers désunis, corrélation entre l'alcoolisme des parents et la délinquance des enfants, avec les frais qui en découlent (dépenses d'aide aux familles, frais de justice, etc.).

Note sur l'application de la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées.

En application de son article 62, les dispositions de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées (*Journal officiel* du 1^{er} juillet 1975) doivent être mises en œuvre avant le 31 décembre 1977 à des dates fixées par décret.

Le calendrier établi en fonction des délais ainsi fixés, a donné lieu à ce jour à la parution des décrets rappelés ci-après :

— Décret n° 75-692 du 30 juillet 1975 instituant un Conseil national consultatif des personnes handicapées (*Journal officiel* du 2 août 1975).

— Décret n° 75-1166 du 15 décembre 1975 pris pour l'application de l'article 6 de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées et relatif à la composition et au fonctionnement de la commission de l'éducation spéciale et des commissions de circonscription (*Journal officiel* du 19 décembre 1975).

— Décret n° 75-1195 du 16 décembre 1975 portant application des dispositions relatives à l'allocation d'éducation spéciale prévue aux articles L. 543-1 à L. 543-3 du Code de la Sécurité sociale, modifiés par la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées (*Journal officiel* du 23 décembre 1975).

— Décret n° 75-1196 du 16 décembre 1975 modifiant les dispositions du décret n° 64-225 du 11 mars 1964 modifié, pris en application des articles L. 527, L. 543-1 et L. 543-2 du Code de la Sécurité sociale (*Journal officiel* du 23 décembre 1975).

— Décret n° 75-1197 du 16 décembre 1975 portant application des dispositions de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées en tant qu'elle concerne l'allocation aux adultes handicapés atteints d'une incapacité permanente au moins égale à 80 % (*Journal officiel* du 23 décembre 1975).

— Décret n° 75-1198 du 16 décembre 1975 fixant le montant de l'allocation d'éducation spéciale prévue aux articles L. 543-1 à L. 543-3 du Code de la Sécurité sociale (*Journal officiel* du 23 décembre 1975).

— Décret n° 75-1199 du 16 décembre 1975 fixant le montant de l'allocation aux adultes handicapés instituée par la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées (*Journal officiel* du 23 décembre 1975).

— Décret n° 76-153 du 13 février 1976 relatif à l'assurance vieillesse des mères ayant au foyer un enfant handicapé (*Journal officiel* du 15 février 1976).

— Décret n° 76-478 du 2 juin 1976 modifiant le Code du travail (3^e partie) et relatif à la composition et au mode de fonctionnement de la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel prévue à l'article L. 323-11 du Code du travail (*Journal officiel* du 4 juin 1976).

— Décret n° 76-479 du 2 juin 1976 portant abrogation ou modification de certaines dispositions du chapitre III du titre II du livre III du Code du travail (2^e partie) relatives aux travailleurs handicapés (*Journal officiel* du 4 juin 1976).

— Décret n° 76-493 du 3 juin 1976 adaptant les juridictions du contentieux technique de la sécurité sociale au jugement des recours formés contre les décisions des commissions départementales de l'éducation spéciale (*Journal officiel* du 6 juin 1976).

— Décret n° 76-494 du 3 juin 1976 adaptant les juridictions du contentieux technique de la sécurité sociale au jugement des recours prévus par l'article L. 323-11-1, dernier alinéa, du Code du travail (*Journal officiel* du 6 juin 1976).

— Décret n° 76-707 du 21 juillet 1976, portant modification du décret n° 76-478 du 2 juin 1976, modifiant le Code du travail (3^e partie) et relatif à la composition et au mode de fonctionnement de la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel prévue à l'article L. 323-11 du Code du travail (*Journal officiel* du 29 juillet 1976).

— Décret n° 76-769 du 9 août 1976 relatif à la date d'entrée en vigueur de certaines dispositions de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées (*Journal officiel* du 17 août 1976).

— Décret n° 76-983 du 29 octobre 1976 modifiant les dispositions du décret n° 75-1197 du 18 décembre 1975 portant application des dispositions de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées en tant qu'elle concerne l'allocation aux adultes handicapés atteints d'une incapacité permanente au moins égale à 80 % (*Journal officiel* du 31 octobre 1976).

— Décret n° 76-1293 du 30 décembre 1976 relatif à la mise en vigueur de l'article 168 nouveau du Code de la famille et de l'aide sociale dans sa rédaction de l'article 48 de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées (*Journal officiel* du 1^{er} janvier 1977).

— Décret n° 77-147 du 8 février 1977 modifiant certaines dispositions du Code de la route (*Journal officiel* du 19 février 1977).

— Décret n° 77-551 du 23 mai 1977 relatif au montant et aux conditions de versement de la cotisation d'assurance-maladie et maternité due pour les bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (*Journal officiel* du 2 juin 1977).

— Décret n° 77-540 du 27 mai 1977 relatif aux frais de transport collectif des enfants et adolescents handicapés vers les établissements médico-éducatifs fonctionnant en externat ou semi-internat (*Journal officiel* du 29 mai 1977).

— Décret n° 77-864 du 22 juillet 1977 fixant les conditions d'application de l'article 8 de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées (*Journal officiel* du 29 juillet 1977).

Les textes en cours d'élaboration qui seront publiés comme prévu, avant le 31 décembre 1977, concernent, pour ne citer que les principaux :

- la prise en charge par l'Etat des dépenses d'enseignement (art. 5) ;
- les aides aux employeurs privés et aux collectivités locales (art. 12) ;
- les ateliers protégés (art. 19) ;
- la réglementation des centres d'aide par le travail (art. 30) ;
- la garantie de ressources provenant du travail de tout handicapé exerçant une activité professionnelle (art. 32 à 34) ;
- l'allocation compensatrice (art. 39) ;
- les établissements destinés à l'accueil des handicapés adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie et ayant besoin de soins constants (art. 46) ;
- les établissements de réinsertion pour malades mentaux stabilisés (art. 47) ;
- le minimum de ressources laissé à la disposition des personnes handicapées adultes hébergées (art. 48) ;
- l'accessibilité des bâtiments (art. 49) ;
- les droits acquis en matière d'aide sociale (art. 59).

*
* *

Le nombre de personnes qui bénéficieront des allocations prévues par la loi d'orientation a été estimé à :

- 250 000 pour l'allocation d'éducation spéciale (25 000 d'entre elles ouvrant droit au complément) ;
- 320 000 pour l'allocation aux adultes handicapés.

Le coût des mesures nouvelles nées de l'application des dispositions de la loi d'orientation sera supérieur à 2 milliards de francs.

Note sur la politique suivie en matière de garde des enfants d'âge préscolaire et sur l'exécution du programme de création de crèches collectives et familiales.

L'amélioration des modes de garde des enfants d'âge préscolaire est l'un des objectifs prioritaires du VII^e Plan. La politique suivie en la matière s'articule autour de deux lignes d'action :

- développer d'un point de vue quantitatif et qualitatif les différents modes de garde ;
- alléger l'effort financier des familles.

I. — L'ACTION EN FAVEUR DU DÉVELOPPEMENT DES MODES DE GARDE

L'un des objectifs de la politique familiale du Gouvernement est de mettre à la disposition des parents qui travaillent un ensemble de modes de garde correspondant aux besoins variés qui se font jour. C'est ainsi que les efforts sont engagés simultanément dans les trois directions suivantes :

- l'extension des capacités d'accueil des crèches collectives et familiales ;
- l'amélioration des conditions de garde par les assistantes maternelles ;
- le développement de la scolarisation pré-élémentaire.

1^o Les crèches collectives et familiales.

La création de crèches est l'un des éléments du Programme d'action prioritaire n^o 14 du VII^e Plan : « La nouvelle politique de la famille » ; ce programme envisage la création de 50 000 places de crèches à raison de 25 000 en crèches collectives et autant en crèches familiales.

Crèches.

Nombre de places.

	EN CRECHES collectives.	EN CRECHES familiales.
Situation au 1 ^{er} janvier 1974.....	37 884	16 068
Ouverture en 1974.....	+ 3 112	+ 1 735
Fermeture en 1974.....	— 108	— 66
Situation au 1 ^{er} janvier 1975.....	40 888	17 737
Situation au 1 ^{er} janvier 1976.....	(1) 46 500	(1) 25 000

(1) Chiffres provisoires.

Le nombre de places pour 1976 et 1977 n'est pas connu. En effet, la déconcentration retarde la collecte des informations à l'administration centrale.

Il convient cependant de préciser que les autorisations de programme inscrites aux budgets de 1976 et 1977 et au projet de budget pour 1978 sont conformes au Plan. La participation financière de l'Etat, qui s'élève à environ 40 % du montant des investissements, est assurée au moyen d'une partie des crédits éconcentrés mis à la disposition des préfets au titre de l'article 30 du chapitre 66-20 du budget du Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale.

Par ailleurs, la Caisse nationale d'allocations familiales apporte sa propre contribution, dans la limite de 40 %, au moyen de son fonds d'action sociale. Au cours des années 1975, 1976 et d'une partie de 1977, la C.N.A.F. a utilisé à cet effet un crédit exceptionnel de 100 millions prélevé sur le fonds national des prestations familiales.

2° La garde des enfants par les assistantes maternelles.

La loi du 17 mai 1977 prévoit pour elles un statut qui devrait améliorer très nettement la qualité de ce mode de garde.

Un premier ensemble de dispositions assurera une meilleure sécurité tant financière (distinction obligatoire entre la rémunération proprement dite et les sommes destinées à l'entretien de l'enfant; garantie d'un salaire minimum; institution d'indemnité pour congés payés et pour compenser certaines absences de l'enfant; bénéfice des allocations de droit commun en cas de perte d'emploi, etc.) que juridique (institution d'un préavis de licenciement, application des règles relatives à la représentation syndicale et aux conventions collectives).

En second lieu, une approche plus moderne de l'agrément, étendu désormais à toutes les gardiennes, quel que soit l'âge des enfants qui leur sont confiés, et renouvelé chaque année, mettra l'accent sur les conditions éducatives offertes aux enfants, permettant ainsi de vérifier les qualités de ces assistantes.

Enfin, et corrélativement, des actions de formation et d'information seront organisées pour aider les assistantes maternelles dans leur rôle éducatif, sans préjudice des stages dont elles pourront également bénéficier au titre de la formation professionnelle continue.

Plusieurs décrets sont en cours d'élaboration pour permettre l'entrée en vigueur de l'ensemble de ces nouvelles dispositions.

3° La scolarisation préélémentaire.

Il convient de souligner que la France se situe en ce domaine au tout premier rang des pays développés avec un taux de scolarisation (1) de 29 % pour la classe d'âge des deux à trois ans, de 70 % pour celle des trois à quatre ans et de 97 % pour celle des quatre à cinq ans. L'effort ainsi engagé se poursuit dans un double but :

— en faveur de l'accroissement de taux de scolarisation des très jeunes enfants qui, pour la classe d'âge des deux à trois ans, devrait, au terme du VII^e Plan, se situer aux alentours de 45 % (à taux de fécondité constant) ;

— en faveur de l'allègement des effectifs ; ainsi, de 1970 à 1976, le nombre moyen d'élèves par enseignant a diminué de 14 % (2).

A ce double titre, le nombre de classes maternelles publiques s'est accru de 3 968 à la rentrée de 1976-1977 par rapport à l'année précédente (soit près de 140 000 places supplémentaires).

(1) Secteur public et secteur privé, rentrée 1976.

(2) Secteur public seul.

II. — MESURES TENDANT A ALLÉGER L'EFFORT FINANCIER DES FAMILLES

Sans compter l'augmentation substantielle des places en école maternelle qui s'assimile à un mode de garde gratuit, il convient de souligner l'effort important consenti dans le financement du fonctionnement des crèches tant par les collectivités locales que par la Caisse nationale d'allocations familiales. Le Gouvernement vient d'autoriser cette dernière à relever d'environ 11 % le taux de ses prestations de service aux différentes crèches. Compte tenu de ces contributions, on peut estimer que la part du coût des crèches supportée par les familles s'élève à environ 30 %.

Ces mesures sont complétées par le développement des prestations en espèces permettant aux familles d'assurer la charge financière de la garde des enfants non couverte par les collectivités publiques. C'est ainsi qu'il faut noter l'importante réforme des prestations familiales, servies sous condition de ressources, issue de la loi du 1^{er} juillet 1977, qui crée une nouvelle prestation, le complément familial. A partir du 1^{er} janvier 1978, cette prestation se substituera à cinq allocations existantes et sera accordée aux familles ayant un enfant de moins de trois ans ou au moins trois enfants, que la mère exerce ou non une activité professionnelle et sous réserve que le revenu global de la famille n'exécède pas un certain montant.