

# SÉNAT

PREMIERE SESSION ORDINAIRE DE 1969-1970

Annexe au procès-verbal de la 1<sup>re</sup> séance du 25 novembre 1969.

## AVIS

PRÉSENTÉ

au nom de la Commission des Affaires sociales (1), sur le projet  
de loi de finances pour 1970, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE  
NATIONALE.

TOME I

Affaires sociales.

SANTÉ PUBLIQUE

Par M. Léon MESSAUD,  
Sénateur.

---

(1) Cette commission est composée de : MM. Lucien Grand, *président* ; Léon Messaud, Roger Menu, Marcel Lambert, *vice-présidents* ; François Levacher, Hubert d'Andigné, Georges Marie-Anne, *secrétaires* ; André Aubry, Pierre Barbier, Hamadou Barkat Gourat, Jean-Pierre Blanchet, Pierre Bouneau, Joseph Brayard, Martial Brousse, Pierre Brun, Mme Marie-Hélène Cardot, MM. Charles Cathala, Roger Courbatère, Louis Courroy, Marcel Darou, Michel Darras, Roger Gaudon, Abel Gauthier, Jean Gravier, Louis Guillou, Marcel Guislain, Jacques Henriet, Arthur Lavy, Bernard Lemarié, Henry Loste, Jean-Baptiste Mathias, Marcel Mathy, Jacques Maury, André Méric, Paul Piales, Alfred Poroï, Eugène Romaine, Charles Sinsout, Robert Soudant, Marcel Souquet, Henri Terré, René Travert, Robert Vignon, Hector Viron, Raymond de Wazières.

Voir les numéros :

Assemblée Nationale (4<sup>e</sup> législ.) : 822 et annexes, 835 (tomes I à III et annexe 5), 836 (tome IV) et in-8° 150.

Sénat : 55 et 56 (tomes I, II, III, IV et annexe 4) (1969-1970).

---

Lois de finances. — Affaires sociales - Santé publique - Hôpitaux.

## SOMMAIRE

	Pages.
<b>Introduction : la disparition du Ministère des Affaires sociales.....</b>	<b>5</b>
<b>PREMIÈRE PARTIE. — Le budget des Affaires sociales.....</b>	<b>9</b>
— dépenses ordinaires.....	9
— dépenses en capital.....	10
<b>DEUXIÈME PARTIE. — Les crédits de la Santé publique.....</b>	<b>11</b>
I. — <i>Les dépenses ordinaires</i> .....	11
1° Les moyens des services. — Titre III.....	14
a) Mesures acquises.....	14
b) Mesures nouvelles.....	16
2° Les interventions publiques. — Titre IV.....	18
a) Mesures acquises.....	18
b) Mesures nouvelles.....	18
II. — <i>Les dépenses en capital</i> .....	23
1° Les investissements exécutés par l'Etat. — Titre V.....	27
2° Les subventions d'investissements accordées par l'Etat. — Titre VI.....	27
a) Chapitre 66-10.....	27
b) Chapitre 66-12.....	28
c) Chapitre 66-20.....	29
d) Chapitre 66-30.....	30
<b>TROISIÈME PARTIE. — L'exécution du V<sup>e</sup> Plan.....</b>	<b>33</b>
<b>QUATRIÈME PARTIE. — Etude de quelques problèmes spécifiques.....</b>	<b>45</b>
I. — <i>Les problèmes hospitaliers</i> .....	45
1° Constructions et gestion.....	45
2° Le personnel médical.....	48
II. — <i>La recherche médicale</i> .....	50
III. — <i>La réforme des études médicales</i> .....	52
IV. — <i>Le dépistage des maladies infantiles. — Mortalité et inadap-       tation infantiles</i> .....	53
V. — <i>Les fléaux sociaux. — Toxicomanies et alcoolisme</i> .....	54
VI. — <i>La pollution de l'air et de l'eau, la lutte contre le bruit</i> .....	55
VII. — <i>L'aide aux handicapés et aux personnes âgées</i> .....	57
1° Les handicapés.....	59
2° Les personnes âgées.....	60

	Pages.
<b>Travaux de la commission et conclusions</b> .....	<b>61</b>
I. — <i>Les travaux de la commission</i> .....	61
II. — <i>Conclusions</i> .....	65
 <b>ANNEXES :</b>	
I. — Décrets n° 69-722 et 69-723 du 10 juillet 1969 et circulaire 248 du 31 juillet 1969.....	73
II. — Questions posées par la Commission des Affaires sociales du Sénat à M. le Ministre de la Santé publique et de la Sécurité sociale et réponses.....	76
III. — Questions posées par la Commission des Affaires sociales du Sénat les 27 octobre et 4 novembre 1969 à M. le Ministre de la Santé publique et de la Sécurité sociale et auxquelles il n'avait pas été répondu à la date du 27 novembre 1969.....	95
IV. — Circulaire du 10 juin 1969 de M. le Ministre d'Etat chargé des Affaires sociales, sur les propositions budgétaires pour 1970.	97

---

## INTRODUCTION

Depuis que, les 25 et 27 novembre 1968, le Sénat a examiné les crédits du Ministère des Affaires sociales pour l'exercice qui s'achève, un certain nombre d'événements politiques se sont produits ainsi que des modifications importantes dans les structures ministérielles intéressant votre commission, puisque le Ministère des Affaires sociales a disparu en juin de cette année pour faire place à un Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Population et à un Ministère de la Santé publique et de la Sécurité sociale.

Présentant à l'Assemblée Nationale, le 19 octobre 1966, le premier budget du nouveau Ministère unique des Affaires sociales, M. Jean-Marcel Jeanneney déclarait :

« L'idée qui a conduit à la création d'un Ministère des Affaires sociales procédait du fait que nombre des questions traitées par l'un ou l'autre des deux anciens Ministères étant connexes, elles ne pouvaient être traitées et résolues que par l'accord de deux administrations, de deux ministres, sans compter celui du Ministre de l'Economie et des Finances, toujours en cause. Cette situation entraînait des retards ou des complications dans le traitement des affaires.

« Il convenait en outre que les questions communes à l'ensemble des Affaires sociales puissent être soumises à des services communs et que les questions particulières le soient à des services spécialisés.

« Ce sont là les deux idées qui ont inspiré la réforme des structures du Ministère des Affaires sociales, telle que je l'ai proposée au Gouvernement et réalisée au cours du premier semestre de 1966. » (*Journal officiel*, Débats parlementaires, Assemblée Nationale, 3<sup>e</sup> séance du 19 octobre 1966, p. 3585, 2<sup>e</sup> colonne).

Votre Commission des Affaires sociales avait accueilli sans défaveur et avec espoir cette fusion qu'elle souhaitait, au contraire, depuis longtemps, puisque nous lisons, sous la plume de ses deux rapporteurs pour avis, MM. Roger Lagrange et André Plait (avis de la commission sur le projet de loi de finances pour 1967, Sénat 1966-1967, n° 29, tome I, introduction, p. 5) :

« Il est bien entendu encore trop tôt pour apprécier valablement la portée profonde et à long terme de cette réforme. Le bouleversement des structures classiques est tel qu'il faudra un certain recul pour que les remous s'apaisent et que la nouvelle administration trouve son régime de croisière...

« Inévitablement, une réforme de cette nature et de cette ampleur a créé quelques difficultés sur le plan théorique, sur le plan des personnes et sur le plan matériel. Certaines d'entre elles ont été rapidement résolues; nous souhaitons que les autres puissent l'être aussi vite que possible... »

Sans ironie et sans vaine malice, nous constatons, moins de trois ans plus tard, que ladite réforme a été emportée par la tourmente. Etait-elle mauvaise dans son principe — pourquoi alors l'avoir faite? — a-t-elle été manquée dans son exécution — en quoi, sur quels points et pourquoi? Ne devons-nous pas craindre, pour reprendre les mots de M. le Ministre Jeanneney, le retour ou l'aggravation « des retards et des complications »?

Votre Commission des Affaires sociales espère, non sans quelque scepticisme, qu'au cours des prochains débats sur le projet de budget pour 1970, les ministres qui lui ont succédé sauront répondre à nos interrogations, faire apprécier par le Sénat les nouveaux mérites d'un dualisme retrouvé sous un visage quelque peu rajeuni, et lui-même dédoublé puisqu'il y a lieu de relever l'existence de deux Secrétaires d'Etat, et démontrer l'amélioration qu'il faut en attendre pour la protection sociale des Français.

\*

\* \*

Les impératifs du calendrier budgétaire ont imposé la publication par le Gouvernement d'un document unique intitulé « Affaires sociales » pour les crédits de deux Ministères.

S'il faut voir là quelque atteinte à la rigueur des principes budgétaires, du moins aurons-nous, en contrepartie, la satisfaction de pouvoir procéder sans trop de difficultés à des comparaisons valables entre l'exercice financier qui se termine et celui qui le suivra.

Encore faut-il observer que nous pensons être placés devant une expérience *sui generis* puisque, le Ministère d'Etat chargé des Affaires sociales ayant volé en éclats, nous sommes cependant loin de nous retrouver dans le décor ancien, traditionnellement composé d'un Ministère de la Santé publique et de la Population et d'un Ministère du Travail et de la Sécurité sociale.

La lecture des décrets n<sup>os</sup> 69-722 et 69-723 du 10 juillet 1969 et de la circulaire n<sup>o</sup> 248 du 31 juillet 1969 (1) permet de prendre la mesure de l'atomisation qui s'est produite au niveau des services, des organismes rattachés et des personnels, en ce qui concerne leur rattachement à l'un ou à l'autre des deux nouveaux ministères, voire même à l'un et à l'autre conjointement.

La question s'est donc posée à votre commission de savoir si elle devait procéder à l'établissement de deux rapports, selon un découpage entièrement nouveau, comme pouvait l'y inviter l'existence de deux ministères nouveaux eux-mêmes ou d'un seul rapport comme pouvait l'y pousser la publication, par le Gouvernement, d'un seul document budgétaire. Finalement, et aussi paradoxal que cela puisse paraître, c'est une troisième formule qui a prévalu : celle de la continuité.

Considérant la vanité qu'il y aurait à s'accrocher à la solution du rapport unique pour un grand ministère mort-né et le caractère vraisemblablement provisoire du découpage et des dosages actuels dont les inconvénients majeurs ne tarderont sans doute pas à apparaître, votre commission a préféré s'en tenir à la polarisation selon laquelle se sont, dès longtemps, orientés ses travaux et spécialisés ses membres et ses rapporteurs.

---

(1) Voir annexe n<sup>o</sup> 1.

Telles sont les conditions dans lesquelles seront présentés au Sénat un rapport sur les crédits de la Santé publique, un autre rapport sur les crédits du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale. Il nous a en premier lieu semblé nécessaire de présenter sommairement les grandes masses du budget des Affaires sociales considéré *in globo* pour faciliter sa comparaison avec celui de l'exercice qui s'achève.

\*

\* \*

## PREMIERE PARTIE

### LE BUDGET DES AFFAIRES SOCIALES

En 1970, la partie du budget qui recouvre les dépenses ordinaires et la partie des dépenses en capital qui correspond aux crédits de paiement atteindra un montant total de 7.375.314.624 F contre 6.749.750.555 F en 1969 (montant primitif de 6.796.350.555 F, réduit par application de la politique d'économie) et 5.732.852.494 F en 1968.

Le rapport d'augmentation sera de 9 % en 1970 ; il avait été de 21,5 % en 1968 et de 18,3 % en 1969. Cette première confrontation de données chiffrées permet de prendre la mesure du freinage très net, et que nous estimons fort inquiétant, de l'effort financier consenti pour les dépenses sanitaires et sociales du pays.

*Les dépenses ordinaires* se décomposent en deux titres dont il sera facile de suivre l'évolution par les tableaux suivants (\*).

TABLEAU N° 1. — Moyens des services (Titre III).

1968	1969	RAPPORT 1969 - 1968	1970	RAPPORT 1970 - 1969
545.547.046	611.179.523	+ 12,03 %	706.837.632	+ 15,65 %

TABLEAU N° 2. — Interventions publiques (Titre IV).

1968	1969	RAPPORT 1969 - 1968	1970	RAPPORT 1970 - 1969
4.648.305.448	5.492.421.032	+ 18,16 %	5.909.326.992	+ 7,59 %

(\*) Encore convient-il d'observer que, pour l'ensemble de ces tableaux, les dépenses prévues pour 1970 n'ont guère qu'une valeur indicative, si l'on se réfère au précédent de l'exercice 1969, au cours duquel les dépenses correspondantes ont subi, après le vote de la loi de finances pour 1969, des abattements parfois substantiels liés au plan d'austérité mis en place en cours d'année budgétaire.



Les dépenses en capital, elles aussi divisées en deux titres, représentent, en opérant la nécessaire distinction entre crédits de paiement et autorisations de programme :

TABLEAU N° 3. — Crédits de paiement.  
(Titre V. — Investissements exécutés par l'Etat.  
Titre VI. — Subventions d'investissement accordées par l'Etat.)

1968	1969	RAPPORT 1969 - 1968	1970	RAPPORT 1970 - 1969
539.000.000	646.150.000	+ 19,87 %	759.150.000	+ 17,48 %

Sur le crédit de 759.150.000 F prévu pour 1970, 31.500.000 F sont destinés au titre V, contre 34.500.000 F en 1969 ; 727.650.000 F au titre VI, contre 611.500.000 F en 1969.

TABLEAU N° 4. — Autorisations de programme.  
(Titres V et VI.)

1968	1969	RAPPORT 1969 - 1968	1970	RAPPORT 1970 - 1969
772.000.000	910.318.000	+ 17,91 %	654.550.000 (1)	— 28,1 %

(1) Il convient de noter que ce crédit pourra éventuellement être majoré dans la limite d'une somme de 162.100.000 F inscrite au titre du « Fonds d'action conjoncturelle » imaginé à l'automne de 1969, en liaison avec le plan d'austérité gouvernemental. Votre commission espère très fermement que le crédit supplémentaire pourra être débloqué, encore que le précédent des ajustements en diminution opérés en 1969 ne la poussent pas à un optimisme inconsidéré (v. note page précédente).

Sur ce crédit de 654.550.000 F prévu pour 1970, 21.150.000 F sont destinés au titre V, contre 15.700.000 F en 1969 ; 633.400.000 F au titre VI, contre 894.618.000 F en 1969.

\*  
\* \*

Ces indications d'ordre général étant présentées, il est possible de considérer avec plus de précision les crédits de la Santé publique.

## DEUXIEME PARTIE

### LES CREDITS DE LA SANTE PUBLIQUE

#### I. — Les dépenses ordinaires.

Elles comprennent, rappelons-le, à la fois les crédits destinés à assurer le fonctionnement des services (titre III) et ceux qui sont affectés aux interventions publiques (titre IV).

Le tableau suivant permettra de prendre la mesure de l'évolution de ces crédits entre 1967 et 1970.

TABLEAU N° 5. — Evolution générale des

DESIGNATION	CREDITS votés pour 1967.	CREDITS votés pour 1968.	DIFFERENCE entre 1967 et 1968.	CREDITS votés pour 1969 (après réduction).
				(En
<b>Titre III.</b>				
<i>Moyens des services.</i>				
Première partie. — Personnel, rémunérations d'activité.....	»	220.873.200	»	241.095.564
Troisième partie. — Personnel en activité et en retraite, charges sociales .....	»	26.937.867	»	29.348.765
Quatrième partie. — Matériel et fonctionnement des ser- vices .....	»	27.254.228	»	31.391.894
Sixième partie. — Subventions de fonctionnement .....	»	111.195.893	»	124.337.588
Septième partie. — Dépenses diverses .....	»	6.969.658	»	7.113.235
<b>Totaux .....</b>	<b>341.545.513</b>	<b>393.230.846</b>	<b>+ 51.685.333</b>	<b>433.287.046</b>
<b>Titre IV.</b>				
<i>Interventions publiques.</i>				
Troisième partie. — Action éducative et culturelle .....	»	18.534.185	»	21.799.185
Sixième partie. — Action so- ciale: assistance et solida- rité .....	»	2.571.062.445	»	2.931.292.445
Septième partie. — Action so- ciale: prévoyance .....	»	358.854.228	»	440.901.228
<b>Totaux (titre IV) .....</b>	<b>2.678.947.358</b>	<b>2.948.450.858</b>	<b>+ 269.503.000</b>	<b>3.393.992.858</b>
<b>Totaux pour les dé- penses ordinaires...</b>	<b>3.020.492.871</b>	<b>3.341.681.704</b>	<b>+ 321.188.633</b>	<b>3.827.279.904</b>

dépenses ordinaires (Santé publique).

DIFFERENCE entre 1968 et 1969.	CREDITS PREVUS POUR 1970				DIFFERENCE entre 1969 et 1970.
	Mesures acquises.	Services votés.	Mesures nouvelles.	Total.	
francs.)					
+ 20.222.364	+ 30.897.399	271.992.963	— 3.504.631	268.488.332	+ 27.392.768
+ 2.410.898	+ 3.241.952	32.590.717	+ 80.468	32.671.185	+ 3.322.420
+ 4.137.666	+ 880.000	32.271.894	+ 3.231.007	35.502.901	+ 4.111.007
+ 13.141.695	+ 9.362.343	133.699.931	+ 5.286.824	138.986.755	+ 14.649.167
+ 143.577	+ 3.058.751	10.171.986	— 225.818	9.946.168	+ 2.832.933
<u>+ 40.056.200</u>	<u>+ 47.440.445</u>	<u>480.727.491</u>	<u>+ 4.867.850</u>	<u>485.595.341</u>	<u>+ 52.308.295</u>
+ 4.265.000	— 50.000	21.749.185	— 33.974	21.715.211	— 83.974
+ 360.230.000	+ 410.000.000	3.341.292.445	— 135.000	3.341.157.445	+ 409.865.000
+ 82.047.000	+ 59.380.000	500.281.228	+ 15.778.434	516.059.662	+ 75.158.434
<u>+ 445.542.000</u>	<u>+ 469.330.000</u>	<u>3.863.322.858</u>	<u>+ 15.609.460</u>	<u>3.878.932.318</u>	<u>+ 484.939.460</u>
<u>+ 485.598.200</u>	<u>+ 516.770.445</u>	<u>4.344.050.349</u>	<u>+ 20.477.310</u>	<u>4.364.527.659</u>	<u>+ 537.247.755</u>

1° LES MOYENS DES SERVICES. — TITRE III

a) Mesures acquises.

Nous nous bornerons à mentionner, sans entrer dans les détails, puisqu'elle fera sans aucun doute l'objet d'une étude plus approfondie dans le cadre du budget des « Charges communes », l'incidence des mesures de revalorisation des rémunérations publiques applicables les 1<sup>er</sup> juin 1968, 1<sup>er</sup> octobre 1968 et 1<sup>er</sup> avril 1969.

Elles s'analysent comme suit (TABLEAU N° 6) :

	1970	RAPPEL des mesures acquises en 1969.
Administration centrale.....	+ 8.080.101	(+ 1.483.565)
Laboratoire national de la santé publique.....	+ 300.234	(+ 55.655)
Inspection générale des affaires sociales.....	+ 420.211	(+ 53.553)
Services de la santé.....	+ 17.694.741	(+ 3.195.123)
Service de la famille, de la vieillesse et de l'action sociale (centre de formation de monitrices).....	+ 113.418	(+ 16.891)
Services de l'action sanitaire et sociale.....	+ 10.845.570	(+ 1.688.883)
Services de la pharmacie.....	+ 327.915	(+ 73.789)
Services de la population et des migrations..	+ 69.265	(+ 14.552)
Services des établissements.....	+ 20.765	(+ 3.953)

Il convient d'observer que la croissance importante du montant des crédits traduit, pour une grande part, les augmentations de traitements consécutives aux accords qui ont suivi les événements de mai 1968.

\*

\* \*

Tout au long de ce titre III se rencontrent d'autres mesures acquises qui constituent la traduction budgétaire :

— d'avantages catégoriels accordés par décrets (indemnités aux personnels militaires de l'ex-Ministère de la France d'Outre-Mer, aux agents de l'Etat et personnels non fonctionnaires assumant à titre d'occupation accessoire des tâches d'enseignement ou des fonctions dans les jurys de concours et d'examens, aux personnels

effectuant des travaux supplémentaires, revision de certains classements indiciaries et de certaines rémunérations versées à des médecins coopérant avec l'administration) ;

— d'aménagements dans la liste des emplois, en général subalternes ou moyens, par créations au moins partiellement gagées ;

— de la hausse des cotisations de Sécurité sociale, des prestations familiales et de diverses indemnités accompagnant les rémunérations principales.

\*

\* \*

Un certain nombre de mesures doivent faire l'objet d'une mention spéciale :

— le transfert au budget des Services du Premier Ministre de onze emplois lui permettant d'assurer sa mission en matière d'aide et d'assistance aux personnels originaires des territoires d'outre-mer : — 250.976 F ;

— la non-reconduction d'un crédit pour l'atelier de microfilmage du service des naturalisations : — 150.000 F ;

— la non-reconduction d'un crédit d'équipement de 163.000 F pour les instituts de jeunes sourds de Bordeaux et de Chambéry et d'une dotation de 54.000 F pour les fonds de roulement de cinq instituts de jeunes aveugles et de jeunes sourds : — 217.000 F ;

Votre commission rappelle qu'elle avait protesté, l'an dernier, non pas, bien au contraire, contre le principe du premier de ces crédits, mais contre sa présentation comptable dans le titre III ;

— l'incidence de la réglementation des loyers ;

*Votre commission estime indispensable de rappeler avec quel espoir, mais aussi avec quel scepticisme, elle avait, il y a de nombreuses années, provoqué et accueilli les solennelles promesses des ministres en charge quant à l'imminence d'un abandon des immeubles de la rue de Tilsit, dont les prix de location semblaient exorbitants. Ces engagements formels gageaient en quelque sorte, au moins moralement, l'importance des dépenses consenties pour l'édification d'un nouveau ministère.*

On sait ce qui est advenu : les nouveaux bâtiments ont été construits et la rue de Tilsit n'a pas été abandonnée !

*Compte non tenu, bien entendu, des bâtiments dont l'Etat est propriétaire, l'administration centrale paiera, en 1970, un loyer de 2.810.596 F, soit plus de 281 millions d'anciens francs.*

*Cette charge financière, à fonds perdus, n'est pas supportable ! (au titre des seules mesures acquises) + 390.000 F.*

— le transfert, en provenance du budget du Ministère de l'Intérieur, d'un crédit destiné à l'entretien des objecteurs de conscience incorporés dans les formations civiles ;

Votre commission souhaite recevoir quelques indications un peu plus détaillées à l'occasion de cette introduction d'un article 10 (nouveau) dans le chapitre 34-11 : + 300.000 F ;

— la non-reconduction de l'abattement exceptionnel de 1.050.000 F sur le fonds de roulement de l'Ecole nationale de la Santé publique et du crédit de 55.000 F ouvert en 1969 pour l'équipement de l'école : + 995.000 F ;

— le transfert, en provenance du budget du Ministère de l'Intérieur d'un crédit afférent au Centre de transit de Lascours pour les familles françaises musulmanes rapatriées d'Algérie : + 2.800.000 F.

#### b) *Mesures nouvelles.*

Pour ce titre III, comme malheureusement pour les autres, les mesures nouvelles sont peu nombreuses et limitées dans leur ampleur.

La première reflète l'incidence du décret du 22 juin fixant la composition du Gouvernement. Un certain nombre d'autres ont pour objet des aménagements de faible amplitude :

— dans la grille des effectifs subalternes et moyens de l'administration centrale, des instituts de jeunes sourds et de jeunes aveugles ;

— dans le nombre des médecins et infirmières vacataires de la santé scolaire : + 850.000 F ;

— dans le nombre des techniciens (+ 42) et des agents administratifs (+ 28) de l'I. N. S. E. R. M. : + 24.600 F ;

— dans l'éventail hiérarchique du personnel de l'Institut, 20 attachés de recherche remplaçant 25 stagiaires de recherche ;

— dans les moyens de fonctionnement du même Institut : + 4.020.837 F ;

— dans les moyens en personnel de l'Ecole nationale de la Santé publique : 3 postes d'agents de services créés : + 37.500 F ;

— dans le montant des provisions pour la revalorisation des rémunérations des personnels vacataires des services de l'action sanitaire et sociale, de la pharmacie, de la population et des migrations : + 80.973 F ;

— dans les moyens des services de la pharmacie pour assurer le fonctionnement de la commission chargée de proposer les inscriptions sur la liste des médicaments remboursables aux assurés sociaux : + 175.100 F.

\*  
\* \* \*

Parmi les autres mesures nouvelles, nous rencontrons, sur de nombreux chapitres, des « économies jugées possibles sur les crédits de fonctionnement » et des « économies résultant de l'étalement des recrutements ».

Sauf erreur ou omission, ces économies portent sur les services ou organismes suivants :

Institut national d'études démographiques..	— 208.022 F.
Laboratoire national de la Santé publique..	— 31.869
Services de la santé.....	} — 2.520.000
	} — 310.773
I. N. S. E. R. M.....	— 1.500.000
Services de la famille, de la vieillesse et de l'action sociale.....	— 57.947
Services de l'action sanitaire et sociale....	} — 2.331.000
	} — 127.968
Services de la pharmacie.....	— 10.337
Services de la population (accueil des rapatriés) .....	— 185.296
	7.283.212 F.

*Au total, ces économies représentent donc 7.283.212 F pour l'ensemble des chapitres du titre III.*



*Le montant en apparaît si élevé à votre commission que celle-ci se voit dans l'obligation de poser très énergiquement au Gouvernement une question de principe :*

- *ou bien les économies sont possibles, sont compatibles avec les exigences du service ;*
- *ou bien elles compromettent l'exécution par le Ministère de sa mission sanitaire et sociale.*

*Dans la première hypothèse, la commission devrait censurer le manque de sérieux qui présiderait à l'élaboration des documents budgétaires et à leur présentation au Parlement et demander depuis combien d'années de tels procédés de surévaluation, donc de gaspillage, auraient cours.*

*Dans la seconde hypothèse, elle devrait s'élever contre le sacrifice imposé à une administration qui, malgré elle, serait conduite à faillir à sa mission.*

*Votre commission attache de l'importance à la réponse qui lui sera faite.*

\*  
\* \*

## 2° LES INTERVENTIONS PUBLIQUES. — TITRE IV

### a) *Mesures acquises.*

Elles comportent essentiellement :

1. L'ajustement aux besoins en matière de vaccination anti-poliomyélitique obligatoire (mesures acquises en 1969 : 6.400.000 F) :  
+ 2.580.000 F.

2. L'ajustement des crédits de lutte contre les fléaux sociaux :

— protection maternelle et infantile.....	23.215.000 F.
— prophylaxie de la tuberculose.....	14.000.000
— prophylaxie des maladies vénériennes..	1.800.000
— prophylaxie mentale.....	17.500.000
— application de la loi de 1954 sur les alcooliques dangereux.....	175.000
— prophylaxie du cancer.....	110.000
	110.000

Au total ..... + 56.800.000 F.  
(Mesures acquises en 1969 : 49 millions de francs.)

3. L'ajustement des crédits ouverts au titre de l'aide sociale et de l'aide médicale : + 410 millions de francs.

Il s'agit des crédits du chapitre 46-22 qui représentera à lui seul, avec 14,2 % d'augmentation par rapport à 1969, soit 3.296.844.750 F, 44,5 % du budget total des Affaires sociales.

Cela justifie quelques détails complémentaires :

— les crédits de l'aide sociale à l'enfance passeront de 1.296.923.850 F à 1.524.000.000 F, soit : + 227.076.150 F ;

— ceux de l'aide sociale à la famille de 9.080.000 F à 9.553.600 F, soit : + 473.600 F ;

— ceux de l'aide médicale de 320.100.000 F à 386.594.000 F, soit : + 66.494.000 F ;

— ceux de l'aide médicale aux tuberculeux de 73.800.000 F à 83.635.000 F, soit : + 9.835.900 F ;

— ceux de l'aide médicale aux malades mentaux de 483.300.000 F à 530.311.500 F, soit : + 47.011.500 F ;

— ceux de l'aide sociale aux personnes âgées de 201.700.000 F à 230.035.600 F, soit : + 28.335.000 F ;

— ceux de l'aide sociale aux infirmes, aveugles et grands infirmes, de 437.100.000 F à 461.918.850 F, soit : + 24.818.850 F ;

— ceux des allocations de loyer de 49.453.400 F à 52.275.500 F, soit : + 2.822.100 F ;

— ceux des centres d'hébergement de 11.600.000 F à 14.129.300 F, soit : + 2.529.300 F ;

— ceux du service de prévention et de réadaptation de la prostitution de 1.770.000 F à 2.373.000 F, soit : + 603.000 F.

Certains problèmes particuliers liés à l'action médicale et sociale des pouvoirs publics feront l'objet d'un commentaire dans la conclusion de ce rapport.

#### b) Mesures nouvelles.

Pour l'essentiel, elles sont les suivantes :

1. Un crédit de 3.350.000 F sera ouvert au titre de l'article premier, consacré à la protection maternelle et infantile, du chapitre 47-12.

*Il doit permettre d'amorcer, à l'échelon national, une véritable politique de dépistage précoce et de prévention des affections invalidantes ; il semble, en effet, que, sur l'impulsion de Mme le Secré-*

taire d'Etat à l'action sociale et à la réadaptation, le Gouvernement ait maintenant pris conscience de l'importance des efforts nécessairement dispersés, entrepris, depuis longtemps et avec des moyens réduits, par le corps médical pour dépister et traiter dès l'âge prénatal, quand cela est possible, et en tout cas aussitôt qu'il se peut après la naissance, les affections invalidantes de l'enfant ; ainsi devrait pouvoir diminuer très sensiblement le nombre de ces malheureux qui, en même temps qu'ils vivent pour eux-mêmes en êtres diminués et handicapés, imposent à leurs familles et à la société tout entière des charges de toute nature, parfois insupportables.

L'intérêt humain et, en fin de compte, économique de cette action paraît admis par les pouvoirs publics. *Votre commission souhaite qu'elle reçoive tous les moyens et tous les développements nécessaires.*

2. Une diminution de crédit de 58.974 F affectera le chapitre 43-12, entraînant la réduction de 133.690 F du montant global des bourses aux élèves médecins inspecteurs de la santé. (Voir, dans l'annexe n° II, les questions n°s 5 et 18 de la Commission, et les réponses du Ministre, pages 78 et 93-94.)

3. Les crédits destinés à la vaccination antipoliomyélitique, déjà augmentés au titre des mesures acquises, seront majorés de 1.500.000 F pour tenir compte du développement des vaccinations gratuites.

4. Les crédits de vacations destinés aux médecins des services de prophylaxie et de lutte contre les fléaux sociaux seront augmentés de 5 millions de francs (chapitre 47-12), ainsi répartis :

— P. M. I.....	+ 3.900.000 F.
— tuberculose .....	+ 350.000 F.
— maladies vénériennes.....	+ 195.000 F.
— prophylaxie mentale.....	+ 550.000 F.
— lèpre .....	+ 5.000 F.

5. Le Ministère de la Santé publique et de la Sécurité sociale contribuera pour 300.000 F supplémentaires, soit 535.000 F au total aux dépenses de contrôle de la pollution atmosphérique.

(Voir les observations présentées dans la quatrième partie, pages 55 à 57 et, dans l'annexe n° II, pages 87 à 91, la question n° 13, et la suite de la réponse du Ministre.)

6. 1.400.000 F supplémentaires au titre de la P. M. I. permettront d'accroître quelque peu les subventions d'aide aux crèches et aux pouponnières (au total : 4.915.000 F).

7. L'obligation pour certains hôpitaux de disposer d'ambulances et d'équipes mobiles pour les urgences médico-chirurgicales a été instituée par un décret n° 65-1045 du 2 décembre 1965.

Les crédits votés au chapitre 47-15 pour 1969 (500.000 F) vont se trouver doublés (+ 500.000 F).

(Voir en annexe (1) la question n° 9 et la réponse à laquelle elle a donné lieu.)

8. L'exercice 1969 avait permis d'amorcer, avec un crédit de 400.000 F, une politique de subventions pour l'acquisition et le fonctionnement d'installations de dialyse rénale.

Votre Commission des Affaires sociales avait approuvé sans réserve l'institution de cette possibilité de traitement à domicile, sous contrôle médical bien entendu ; elle enregistre donc avec satisfaction le développement, encore timide, de ces méthodes, avec un crédit supplémentaire de 500.000 F.

9. Le chapitre 47-18 comporte un article 2 consacré aux subventions de recherche à l'Institut du radium : aux 400.000 F de services votés s'ajouteront 100.000 F supplémentaires.

Il sera traité de l'Institut Pasteur (article premier de ce chapitre et article 8 du chapitre 47-15 : suppression d'une subvention de 1.300.000 F) et de ses problèmes très préoccupants dans la quatrième partie. (Voir également la question n° 7, annexe II, pages 78 à 82.)

10. Compte tenu des progrès réalisés dans le traitement de la tuberculose, le crédit pour la couverture des réductions tarifaires accordées aux tuberculeux en traitement de longue durée dans les sanatoria (chapitre 46-12) sera ramené de 287.360 F à 187.360 F.

11. Le crédit de subventions aux organismes d'études et d'animation des équipements sociaux des grands ensembles sera réduit de 70.000 à 35.000 F tandis que celui qui était destiné aux « études relatives aux personnes âgées » sera purement et simplement annulé, par l'effet d'une réduction de 60.000 F.

Votre Commission ne possède pas d'informations précises lui permettant d'apprécier le bien fondé de la mesure particulière

---

(1) Pages 85 à 87.

dont il s'agit. Elle estime que, dans ce pays, il est peut-être fait trop d' « études » et trop peu réalisé.

12. Le chapitre 47-22 est consacré aux dépenses d'action sociale en faveur de l'enfance inadaptée, avec un total de 31 millions 115.154 F en augmentation de 4.535.154 F sur son montant en 1969.

Les services votés demeurant inchangés, ladite majoration correspond seulement à des mesures nouvelles qui doivent être considérées comme assez substantielles et s'analysant comme suit :

— éducateurs spécialisés .....	+	2.500.000 F.
— moniteurs, éducateurs et jardiniers d'enfants spécialisés .....	+	520.000 F.
— subventions aux centres régionaux pour l'enfance et l'adolescence inadaptées .....	+	900.000 F.
— subventions à divers clubs et œuvres de prévention .....	+	355.154 F.
— subvention au Centre technique national pour l'enfance et l'adolescence inadaptées .....	+	80.000 F.
— études relatives à l'enfance inadaptée.	+	180.000 F.

Un certain nombre de points particuliers seront évoqués dans la quatrième partie.

\*

\* \*

Telles sont les indications qui peuvent être données sur l'évolution, en 1970, des dépenses ordinaires pour les services et organismes antérieurement rattachés au Ministère de la Santé publique et de la Population.

Il faut analyser maintenant les modifications qui affecteront les dépenses en capital de ce secteur.

\*

\* \*

## II. — Les dépenses en capital.

Comme il a été indiqué dans la première partie de ce rapport, consacrée à la présentation du budget des Affaires Sociales considéré dans son ensemble, les dépenses en capital sont réparties entre deux titres : l'un, le titre V, retrace les investissements exécutés par l'Etat ; l'autre, le titre VI, les subventions d'investissements versées par l'Etat.

Dans l'un et dans l'autre, il importe de distinguer les crédits de paiement et les autorisations de programme.

Les tableaux suivants fournissent les indications utiles sur l'évolution de ces différents postes.

TABLEAU N° 7. — Evolution générale des dépenses en capital pour la Santé publique (en francs).

DÉSIGNATION	CRÉDITS votés pour 1967.	CRÉDITS votés pour 1968.	DIFFÉRENCE entre 1967 et 1968.	CRÉDITS votés pour 1969 (après réductions).	DIFFÉRENCE entre 1968 et 1969.	CRÉDITS PRÉVUS POUR 1970				DIFFÉRENCE entre 1969 et 1970.
						Mesures acquises.	Services votés.	Mesures nouvelles.	Total.	
<i>Titre V. — Investissements exécutés par l'Etat.</i>										
Sixième partie. — Equipement culturel et social.....	29.100.000	27.000.000	— 2.100.000	30.500.000	+ 3.500.000	»	22.041.000	+ 6.959.000	29.000.000	— 1.500.000
Septième partie. — Equipement administratif et divers .....	»	Mémoire.	»	Mémoire.	»	»	Mémoire.	Mémoire.	Mémoire.	»
Totaux (Titre V).....	29.100.000	27.000.000	— 2.100.000	30.500.000	+ 3.500.000	»	22.041.000	+ 6.959.000	29.000.000	— 1.500.000
<i>Titre VI. — Subventions d'investissement accordées par l'Etat.</i>										
Sixième partie. — Equipement culturel et social.....	325.900.000	422.000.000	+ 96.100.000	500.900.000	+ 78.900.000	»	516.000.000	+ 131.650.000	647.650.000	+ 146.750.000
Totaux pour les titres V et VI.....	355.000.000	449.000.000	+ 94.000.000	531.400.000	+ 78.900.000	»	538.041.000	+ 138.609.000	676.650.000	+ 145.250.000
Autorisations de programme (Equipement) .....	613.000.000	638.000.000	+ 25.000.000	764.318.000	+ 126.318.000	»	»	»	568.150.000	— 196.168.000

**TABLEAU N° 8. — Evolution générale des dépenses en capital  
(Santé publique, crédits de paiement).**

DESIGNATION	CREDITS votés pour 1969.	CREDITS PREVUS POUR 1970			RAPPORT 1970-1969.
		Services votés.	Mesures nouvelles.	Total.	
<b>TITRE V</b>					
56-10 Etablissements nationaux.....	24.000.000	22.000.000	2.000.000	24.000.000	0 %
56-50 Contrôle sanitaire.....	50.000	0	0	0	»
56-90 Frais d'étude et de contrôle..	6.450.000	41.000	4.959.000	5.000.000	— 22,9 %
<b>Total titre V.....</b>	<b>30.500.000</b>	<b>22.041.000</b>	<b>6.959.000</b>	<b>29.000.000</b>	<b>— 4,9 %</b>
<b>TITRE VI</b>					
66-10 Etablissements hospitaliers et écoles de formation de per- sonnels sanitaires.....	296.160.000	314.000.000	36.000.000	350.000.000	+ 18,2 %
66-12 Organismes d'hygiène sociale.	86.740.000	90.000.000	10.000.000	100.000.000	+ 15,3 %
66-20 Protection de l'enfance, aide sociale aux adultes, forma- tion des travailleurs sociaux.	98.000.000	90.000.000	75.650.000	165.650.000	+ 69 %
66-30 Recherche scientifique et mé- dicale .....	20.000.000	22.000.000	10.000.000	32.000.000	+ 60 %
<b>Total titre VI.....</b>	<b>500.900.000</b>	<b>516.000.000</b>	<b>131.650.000</b>	<b>647.650.000</b>	<b>+ 29,3 %</b>
<b>Total titres V + VI.....</b>	<b>531.400.000</b>	<b>538.041.000</b>	<b>138.600.000</b>	<b>676.650.000</b>	<b>+ 27,3 %</b>



**TABLEAU N° 9. — Evolution générale des dépenses en capital  
(Santé publique, autorisations de programme).**

DÉSIGNATION	AUTORISATIONS ACCORDÉES en 1969.		AUTORISATIONS DEMANDÉES pour 1970.		RAPPORT 1970-1969
					En pourcentage.
<b>TITRE V</b>					
56-10 Etablissements nationaux .....		6.700.000		13.000.000	+ 94
56-50 Contrôle sanitaire .....		»		»	»
56-90 Frais d'étude et de contrôle.....		5.500.000		5.000.000	- 9,1
<b>Total titre V.....</b>		<b>12.200.000</b>		<b>18.000.000</b>	<b>+ 47,5</b>
<b>TITRE VI</b>					
66-10 Etablissements hospitaliers et écoles de formation de personnel sanitaire, dont :					
Hôpitaux non C. H. U.....	243.560.000		91.800.000		- 62,3
Hospices et maisons de retraites...	46.050.000		19.800.000		- 57
C. H. U.....	188.500.000		166.700.000		- 11,6
Ecoles d'infirmiers .....	6.080.000		5.000.000		- 17,8
+ divers.					
<b>Total 66-10 .....</b>		<b>490.950.000</b>	<b>286.380.000</b>		<b>- 41,7</b>
66-12 Organismes d'hygiène sociale, dont :					
Cancer .....	17.930.000		11.500.000		- 35,9
Maladies mentales .....	91.490.000		74.070.000		- 19,1
Transfusion sanguine .....	6.370.000		2.000.000		- 68,0
P. M. I.....	5.880.000		4.000.000		- 32
+ divers.					
<b>Total 66-12 .....</b>		<b>126.570.000</b>	<b>96.000.000</b>		<b>- 24,2</b>
66-20 Protection de l'enfance, aide sociale aux adultes, formation des travailleurs sociaux, dont :					
Enfance inadaptée .....	59.000.000		96.072.000		+ 62,8
Aide sociale à l'enfance.....	15.000.000		14.500.000		- 3,4
Aide sociale aux personnes âgées..			6.500.000		
Aide sociale aux infirmes adultes..			6.000.000		
Centres d'hébergement .....	19.600.000		1.500.000		- 28,5
Réalizations d'intérêt familial et formation de travailleurs sociaux.	8.000.000		14.000.000		
+ divers.			13.200.000		+ 65
<b>Total 66-20 .....</b>		<b>101.600.000</b>	<b>137.770.000</b>		<b>+ 35,6</b>
66-30 Recherche scientifique et médi- cale .....		33.000.000		30.000.000	- 9,1
<b>Total titre VI.....</b>		<b>752.120.000</b>		<b>550.000.000</b>	<b>- 26,9</b>
<b>Total titres V et VI.....</b>		<b>764.320.000</b>		<b>568.150.000</b>	<b>- 25,7</b>

## 1° LES INVESTISSEMENTS EXÉCUTÉS PAR L'ÉTAT. — TITRE V

Ils font l'objet pour l'essentiel des crédits du chapitre 56-10 affectés à la reconstruction des établissements nationaux.

Ces crédits de paiement seront, comme en 1969, fixés à 24.000.000 F, dont 2.000.000 F au titre des mesures nouvelles.

Le montant des crédits de paiement consommés est de 95.858.000 F sur les 100.079.000 F qui étaient ouverts à la date du 31 décembre 1968.

Les autorisations de programme seront fixées à 5.000.000 F contre 6.700.000 F en 1969 et 20.600.000 F en 1968.

## 2° LES SUBVENTIONS D'INVESTISSEMENTS ACCORDÉES PAR L'ÉTAT. — TITRE VI

Elles se trouvent réparties en quatre chapitres :

a) Chapitre 66-10. — *Subventions d'équipements aux établissements hospitaliers et de bienfaisance, aux écoles de formation des personnels :*

Les crédits de paiement seront fixés à 350.000.000 F, dont 36.000.000 F au titre des mesures nouvelles, contre 296.160.000 F en 1969 et 209.700.000 F en 1968.

Le montant des crédits de paiement consommés est de 804.960.000 F sur les 809.628.000 F qui étaient ouverts à la date du 31 décembre 1968.

Les autorisations de programme seront fixées à 286.380.000 F contre 411.029.000 F en 1969 et 351.310.000 F en 1968.

Les opérations nouvelles correspondantes concerneront :

— les hôpitaux non C. H. U., pour 91.800.000 F contre 243.560.000 F en 1969 et 138.500.000 F en 1968 ;

— les hospices et maisons de retraite, pour 19.800.000 F contre 46.050.000 F en 1969 et 53.570.000 F en 1968 ;

— les hôpitaux C. H. U., pour 166.700.000 F contre 188.500.000 F en 1969 et 143.840.000 F en 1968 ;

— les centres de réadaptation fonctionnelle, pour 1.078.000 F contre 3.900.000 F en 1969 ;

— les écoles de formation de personnels sanitaires, pour 5.000.000 F contre 6.080.000 F en 1969 et 7.200.000 F en 1968 ;

— les frais d'établissement des études, pour 2.000.000 F contre 3.000.000 F en 1969 et 6.000.000 F en 1968.

b) Chapitre 66-12. — *Subventions d'équipement aux organismes d'hygiène sociale :*

Les crédits de paiement seront fixés à 100.000.000 F, dont 10.000.000 F au titres des mesures nouvelles, contre 86.740.000 F en 1969 et 100.000.000 F en 1968.

Le montant des crédits de paiement consommés est de 323.705.000 F sur les 338.403.000 F qui étaient ouverts à la date du 31 décembre 1968.

Les autorisations de programme seront fixées à 96.000.000 F contre 126.570.000 F en 1969 et 105.691.000 F en 1968.

Les opérations nouvelles correspondantes concerneront :

— la lutte contre le cancer, pour 11.500.000 F contre 17.930.000 F en 1969 et 5.854.000 F en 1968 ;

— la lutte contre la tuberculose, pour 2.000.000 F contre 500.000 F en 1969 et 776.000 F en 1968 ;

— la lutte contre les maladies mentales, pour 74.070.000 F contre 91.490.000 F en 1969 et 91.091.000 F en 1968 ;

— la transfusion sanguine, pour 2.000.000 F contre 6.370.000 F en 1969 et 770.000 F en 1968.

*Bien qu'il s'agisse de crédits d'une importance très moyenne, il faut signaler que nous étions, l'an dernier, sur ce dernier poste, en présence du plus gros pourcentage de majoration dans l'année, puisqu'il atteignait 744,1 % ; en 1970, cet article aura le privilège inverse, avec — 68,6 % ;*

— la protection maternelle et infantile et des centres médico-scolaires, pour 4.000.000 F contre 5.880.000 F en 1969 et 4.000.000 F en 1968 ;

— les établissements thermaux et les sources, pour 1.000.000 F contre 3.000.000 F en 1969 et 200.000 F en 1968 ;

— les études d'avants-projets, pour 500 F contre 129.171.000 F en 1969 et 105.691.000 F en 1968.

c) Chapitre 66-20. — *Subventions d'équipement aux organismes de protection de l'enfance, aux établissements d'aide sociale, aux adultes et aux organismes d'intérêt familial et de formation des travailleurs sociaux :*

Les crédits de paiement seront fixés à 165.000.000 F dont 75.650.000 F au titre des mesures nouvelles, contre 98.000.000 F en 1969 et 85.000.000 F en 1968.

Le montant des crédits de paiement consommés est de 243.504.000 F sur les 246.616.000 F qui étaient ouverts à la date du 31 décembre 1968.

Les autorisations de programme seront fixées à 137.770.000 F contre 101.600.000 F en 1969 et 121.000.000 F en 1968.

Les opérations nouvelles correspondantes concerneront :

— l'enfance inadaptée, pour 96.072.000 F contre 59.000.000 F en 1969 et 65.000.000 F en 1968 ;

— l'aide sociale à l'enfance, pour 14.500.000 F contre 15.000.000 F en 1969 et 16.000.000 F en 1968 ; ces subventions sont destinées à divers foyers de l'enfance, maisons et hôtels maternels, maisons d'enfants à caractère social ;

— l'aide sociale aux adultes, pour 14.000.000 F contre 19.600.000 F en 1969 et 28.000.000 F en 1968 ; ces subventions sont destinées, à raison de 6.000.000 F (contre 15.600.000 F), à des foyers restaurants, logements, foyers et maisons de retraite pour les personnes âgées, de 6.000.000 F (contre 1.000.000 F) à des ateliers protégés, centres de rééducation fonctionnelle et foyers-maisons d'accueil pour les infirmes adultes, de 1.500.000 F (contre 3.000.000 F) à des centres d'hébergement ;

— des réalisations d'intérêt familial, pour 13.200.000 F contre 8.000.000 F en 1969 et 12.000.000 F en 1968 ; ces subventions sont destinées à des centres sociaux, à des maisons familiales de vacances et à des écoles de formation de travailleurs sociaux et d'éducateurs spécialisés.

Il convient d'observer la réapparition, avec 9.000.000 F, du crédit destiné aux écoles de formation de travailleurs sociaux et d'éducateurs spécialisés qui, pour 1968, avait été fixé à 5.000.000 F et avait totalement disparu en 1969.

d) Chapitre 66-30. — *Recherche scientifique et médicale :*

Les crédits de paiement seront fixés à 32.000.000 F dont 10.000.000 F au titre des mesures nouvelles contre 20.000.000 F en 1969 et 28.000.000 F en 1968.

Le montant des crédits de paiement consommés est de 91.675.000 F sur les 101.498.000 F qui étaient ouverts à la date du 31 décembre 1968.

Les autorisations de programme seront fixées à 30.000.000 F contre 33.000.000 F en 1969 et 38.000.000 F en 1968. Les opérations correspondantes concerneront la création de trois unités de recherches nouvelles (2 à Toulouse et 1 à Montpellier) et l'équipement, l'expansion ou l'aménagement d'unités ouvertes ou à ouvrir. (Travaux préalables à la création de trois nouvelles unités à Paris-Saint-Louis, extension de deux unités à Paris-Villejuif et Paris-Pitié-Salpêtrière.)

Des crédits sont également prévus pour les animaleries de l'I. N. S. E. R. M. (3.050.000 F), pour la première tranche de l'animalerie 500.000 F et l'équipement (3.000.000 F) de l'Institut Pasteur.

Ainsi, se trouve mené à son terme l'examen, aussi méthodique que possible, des crédits du Ministère des Affaires sociales qui correspondent aux dépenses de Santé publique.

\*

\* \*

Nous formulerons quelques observations globales et rapides qui se dégagent de la consultation des tableaux et de l'analyse à laquelle il vient d'être procédé.

Elles permettent de caractériser les traits dominants de l'évolution des crédits de la Santé publique :

— *augmentation substantielle, d'ailleurs supérieure à celle qui affecte le budget général des dépenses ordinaires et des crédits de paiement : pour apprécier valablement l'importance relative des sommes figurant dans la colonne des services votés, il ne faut pas omettre de tenir compte de l'érosion monétaire réelle au cours de la période de référence ;*

— effondrement catastrophique, à la seule exception du chapitre 66-20, du volume des autorisations de programme ; il suffit, pour apprécier l'amplitude du mouvement, de considérer côte à côte le rapport 1969-1968 (+ 23,9 %) et le rapport de 1970 à 1969 : — 25,7 %.

Votre commission, rappelant l'inquiétude générale avec laquelle avait déjà été accueilli, dans toutes les parties de l'opinion, le mouvement jugé très faible de la progression des autorisations de programme entre 1967 et 1968, qui atteignait cependant + 4 %, est tout naturellement portée à juger avec une très grande sévérité les propositions qui lui sont faites et qui dénotent, par rapport aux années précédentes, un renversement total de tendance : les autorités gouvernementales cherchant alors avant tout à limiter la progression des débours presque immédiats auxquels conduit l'ouverture des crédits de paiement, manifestaient, au contraire, un relatif libéralisme en matière d'autorisations de programme, la procédure de ces dépenses à moyen ou à long terme leur paraissant sans doute plus souple et moins contraignante.

Votre commission, qui souhaite comprendre les mérites de la nouvelle doctrine, demande donc au Gouvernement de lui exposer sans détours les raisons de ce revirement.

## TROISIEME PARTIE

### L'EXECUTION DU V<sup>e</sup> PLAN

Comme il est naturel, votre commission a cherché à faire le point sur l'état d'exécution du V<sup>e</sup> Plan, un an avant la date légale de son achèvement, fixée au 31 décembre 1970.

A son très grand désappointement, et aussi extraordinaire que cela puisse paraître, elle doit convenir qu'elle s'était fixé un objectif proprement utopique, tant le désordre ou la pudeur — qui ne devraient ni l'un ni l'autre être de mise — sont grands chez ceux qui, en la matière, ont pour mission d'informer le Parlement.

Dès le 27 juin dernier, votre commission demandait à M. le Ministre de la Santé publique et de la Sécurité sociale de lui communiquer le bilan de l'exécution, à la date la plus rapprochée possible, du V<sup>e</sup> Plan en matière d'équipement sanitaire et social.

Elle précisait qu'elle pensait avoir trouvé la réponse à sa curiosité dans le document « bleu » diffusé en début d'année par le Ministère des Finances en annexe au projet de loi de finances pour 1969 (Annexe : Exécution du V<sup>e</sup> Plan 1966-1967-1968, volume 2). Mais, à sa grande surprise, les tableaux des pages 198 et 199 se sont révélés totalement faux, tant en ce qui concerne la plupart des chiffres avancés que les simples additions. Et elle se demandait quelle crédibilité on pouvait attacher aux pourcentages qui en ont dès lors été tirés.

Aucune réponse n'avait été faite à cette lettre à la date du 27 novembre 1969.

Elle a, par ailleurs, posé le 27 octobre au Ministre de la Santé, une question tout à fait précise et détaillée, accompagnée de deux autres qui sont en rapport direct avec elle, et espérait ainsi entrer en possession de renseignements lui permettant de se faire une opinion claire et de formuler un jugement précis sur l'état d'exécution de ce V<sup>e</sup> Plan.

A la même date du 27 novembre, aucune réponse n'avait été faite à la commission ; celle-ci s'étonne d'autant plus de ce silence qu'elle sait pertinemment que le gouvernement est, depuis longtemps, en possession des renseignements demandés. En effet nous pouvons extraire ces passages les plus significatifs d'une circulaire du 10 juin 1969 (1), adressée par le Ministre d'Etat chargé des Affaires sociales, sous le timbre de sa Direction de l'Équipement social, aux Préfets de régions, aux Préfets, aux Chefs des services régionaux et aux Directeurs départementaux de l'action sanitaire et sociale :

« Par circulaire du 17 janvier 1969, je vous avais demandé de me faire connaître les priorités régionales pour 1970 et 1971 dans le cadre de l'enveloppe restante du V<sup>e</sup> Plan.

« Dans les listes d'opérations proposées, il n'a pas toujours été tenu compte des réserves foncières pour le début du VI<sup>e</sup> Plan, des réévaluations et des équipements mobiliers, et d'autre part des erreurs ou des omissions ont été quelquefois observées tant en ce qui concerne le montant des enveloppes à retenir que celui des opérations déjà engagées. Aussi, en vue de la préparation du budget de 1970, il m'a paru indispensable de faire effectuer par ma Direction de l'équipement social un bilan précis de l'exécution prévisible fin 1969.

.....

« Compte tenu des impératifs du calendrier budgétaire, vos réponses devront me parvenir pour le 10 juillet 1969 délai de rigueur. »

Il est très probable que doive être imputée à cette carence initiale au niveau de l'information la non-concordance des conclusions, si différentes qu'elles en deviennent incompatibles, des commissions compétentes de l'Assemblée Nationale.

Il nous semble, pour prendre la mesure de l'imprécision qui règne en ce domaine, intéressant de les exposer sommairement :

1° **Au nom de la Commission des Finances, M. V. Ansquer, son rapporteur spécial pour les crédits du Plan et de l'aménagement du territoire (2) estime que :**

— sur la base d'une comptabilité en francs courants, le pourcentage de réalisation du plan pour les équipements sanitaires et sociaux sera de 82,5 % à la fin de 1969 et, compte tenu des crédits optionnels 1970, de 100,9 % à la fin de 1970 ; l'incertitude plane, bien entendu, sur les résultats par catégories d'équipements, si l'on envisage le déblocage de ces crédits optionnels, étant entendu qu'en cas de déblocage total le V<sup>e</sup> Plan sera exécuté dans la proportion de 97,9 %.

— sur la base d'une comptabilité en francs constants 1965, le pourcentage de réalisation du plan pour les équipements sanitaires et sociaux sera de 75,6 % à la fin de 1969 et, compte non tenu des crédits optionnels 1970, de 90,4 % à la fin de 1970 ; en cas de déblocage total de ces crédits optionnels, l'ensemble du Plan sera exécuté dans la proportion de 86,1 %.

---

(1) Voir annexe IV.

(2) A. N., 4<sup>e</sup> législ., n° 835, annexe n° 25, pages 8 et 9.



**2° Au nom de la même Commission des Finances de l'Assemblée Nationale**, M. Bisson, son rapporteur spécial pour les crédits de la santé publique (1) estime que :

— sur la base d'une comptabilité en francs courants, applicable aux autorisations de programmes, le pourcentage de réalisation du Plan pour les équipements sanitaires et sociaux sera de 74,58 % à la fin de 1969 si les crédits versés en 1969 au Fonds d'action conjoncturelle restent bloqués (83,1 % en cas de déblocage). A la fin de 1970, le même calcul donnerait respectivement 90,6 % et 99,3 %.

— sur la base d'une comptabilité en francs constants 1965, également applicable aux autorisations de programmes, les pourcentages de réalisation se situeraient à 68,98 % (blocages maintenus) et 76,44 % (en cas de déblocage des crédits) en 1969, à 82,5 % (blocages maintenus) et 90 % (en cas de déblocage des crédits) en 1970.

Etablissant par ailleurs des pourcentages exprimés en montant de travaux, M. Bisson écrit :

« Alors que les objectifs du Plan étaient de 10.030 millions de francs de travaux à engager, les dépenses susceptibles d'être subventionnées fin 1970, au titre du V<sup>e</sup> plan, s'élèveront à un chiffre compris entre 6.650 millions de francs et 7.740 millions de francs selon l'utilisation du Fonds d'action conjoncturelle et les taux d'exécution correspondants varieront entre 66 et 77 %.

« On constate que ce pourcentage est nettement inférieur à celui trouvé précédemment. Le taux moyen de subvention retenu lors de l'élaboration du V<sup>e</sup> Plan avait été en effet d'environ 30 %. Les conséquences d'une telle mesure n'avaient toutefois pas été suffisamment étudiées pour qu'elle soit immédiatement mise en application. Pour 1969 le taux de subvention moyen a été porté de 40 à 39 % et il est envisagé de le réduire à 36 % en moyenne en 1970. »

**3° Au nom de la Commission de la Production et des Echanges**, M. Duval, son rapporteur pour avis pour les crédits du Plan (2), écrit :

« En matière d'équipement sanitaire et social le taux d'exécution à la fin du V<sup>e</sup> plan devrait être de 100 %. Toutefois, ce pourcentage dissimule une réalité bien différente. En effet, la contribution de l'Etat avait été fixée sur la base d'un taux de subvention réduit. Les diminutions envisagées n'ayant pu être opérées, le taux calculé sur la base des autorisations de programme surestime le degré réel d'avancement des travaux. Par ailleurs, les retards sont particulièrement importants pour la partie qui devait être réalisée sans subvention de l'Etat.

« En fait, les réalisations dans le secteur social ne semblent pas devoir dépasser 63 % des prévisions. »

**4° Au nom, enfin, de la Commission des Affaires culturelles, familiales et sociales**, son rapporteur pour avis pour les crédits de la Santé publique (3), M. Peyret formule deux hypothèses :

— l'une maximale, établie sur les crédits qui résulteraient d'une libération des autorisations de programme bloquées au titre du fonds d'action conjoncturelle et à l'application en 1970 d'un taux de subvention moyen de 36 % au lieu de 40 % ;

— l'autre, minimale, fondée sur le montant des crédits disponibles, déduction faite des blocages et l'application du taux de subvention maximum autorisé.

Pour le plan d'équipement sanitaire et social, les pourcentages d'exécution seraient alors respectivement de 77,92 et de 66,95 %.

Il a semblé intéressant de rendre possible la confrontation simultanée de ces différentes données ; contrairement à ce qui se passe le plus souvent, la consultation du tableau suivant ne pourra qu'accroître la perplexité de son lecteur.

(1) A. N., 4<sup>e</sup> législ., n° 835, annexe n° 5, pages 65 à 67.

(2) A. N., 4<sup>e</sup> législ., n° 837, tome XII, p. 9.

(3) A. N., 4<sup>e</sup> législ., n° 836, tome IV.

TABLEAU N° 10. — Pourcentages d'exécution du V<sup>e</sup> Plan

SOURCES  (Assemblée Nationale.)	1969						EN
	EN FRANCS COURANTS			EN FRANCS CONSTANTS 1965			
	Hypothèse unique	Hypothèse maximale (1)	Hypothèse minimale (2)	Hypothèse unique	Hypothèse maximale (1)	Hypothèse minimale (2)	
<b>Commission des Finances :</b>							
Rapport sur les crédits du Plan n° 835, annexe n° 25.....	82,5			75,6			
(Ensemble du Plan).....	(76,6)			(68,7)			
<b>Commission des Finances :</b>							
Rapport sur les crédits de la Santé publique n° 835, annexe n° 5....		83,01	74,58		76,44	68,98	
<b>Commission de la Production et des Echanges :</b>							
Avis sur les crédits du Plan n° 837, tome 12 .....							
<b>Commission des Affaires culturelles, familiales et sociales :</b>							
Avis sur les crédits de la Santé publique n° 836, tome 4.....							

(1) Hypothèse maximale : correspond à la mise à la disposition des autorisations de programme versées au

(2) Hypothèse minimale : correspond aux crédits disponibles, déduction faite des blocages.

(3) Hypothèse maximale : correspond à la libération des autorisations de programmes bloquées au titre du

(4) Hypothèse minimale : correspond aux crédits disponibles, déduction faite des blocages, et à l'application du

d'équipement sanitaire et social.

1970

FRANCS COURANTS		EN FRANCS CONSTANTS 1965			EN MONTANT de travaux à engager.		EXÉCUTION		SUR DÉPENSES subventionnées seulement.	
Hypothèse maximale (1)	Hypothèse minimale (2)	Hypothèse unique	Hypothèse maximale (1)	Hypothèse minimale (2)	Hypothèse maximale (1)	Hypothèse minimale (2)	Théorique.	Réelle.	Hypothèse maximale (3)	Hypothèse minimale (4)
	100,9 (97,9)		(86,1)	90,4 (84,7)						
99,03	90,6		90,00	82,54	77,00	66,00				
							100,00	63,00		
									77,92	66,05

fonds d'action conjoncturelle.

fonds d'action conjoncturelle et à l'application en 1970 d'un taux de subvention moyen de 36 % au lieu de 40 %,  
taux de subvention maximum autorisé.

Votre Commission connaît et déplore la situation financière chaque jour plus difficile dans laquelle se trouvent les institutions qui, avec l'Etat, apportent leur concours au financement des équipements sanitaires et sociaux ; qu'il s'agisse des collectivités locales ou de la Sécurité sociale, leurs charges s'accroissent, parfois indûment, plus vite que leurs ressources et au fur et à mesure, bien évidemment, que ces charges augmentent, diminuent les possibilités de contribuer à l'effort d'équipement.

La commission a trouvé dans la circulaire du 10 juin 1969, déjà mentionnée, un nouveau et grave motif d'alarme.

Une brochure éditée en décembre 1968 par le Ministère de l'Intérieur sous le titre « Etude des problèmes municipaux — les subventions de l'Etat aux communes — n° 16 », indiquait pour chaque forme d'aide accordée par le Ministère des Affaires sociales le texte de base et le *taux maximum de la subvention* (voir tableau n° 11).

La circulaire du 10 juin invite les préfets de région à « présenter pour 1970, dans la forme prévue par la circulaire du 23 octobre 1967, trois propositions d'engagement basées sur les trois hypothèses ci-après :

Hypothèse I : le total des propositions sera égal à la moitié du « nouveau reste à engager » (dotation théorique 1970 indiquée). Le montant des subventions demandées correspondantes ne devra jamais être supérieur à celui qui résulterait de l'application du taux maximum prévisible en 1970 (cf. annexe) pour le montant total de la rubrique. Le taux de subvention pour chaque opération sera déterminé le moment venu, l'ensemble des subventions ne dépassant pas le maximum prévu.

Hypothèse II : le total des propositions sera inférieur de 10 % à celui de l'hypothèse I.

Hypothèse III : le total des propositions sera inférieur de 20 % à celui de l'hypothèse I.

L'annexe en question fixe les taux de subvention maximum susceptibles d'être appliqués aux opérations nouvelles en 1970, ainsi qu'il ressort du tableau comparatif suivant :

TABLEAU N° 11. — Taux maxima susceptibles d'être appliqués  
aux subventions accordées par l'Etat en 1970.

OBJET	TAUX MAXIMA de subvention fixés par la loi, le décret ou l'arrêté, tels qu'ils apparaissent à la lecture du bulletin n° 16 du Ministère de l'Intérieur.	TAUX MAXIMA de subvention fixés par la circulaire du 19 juin 1969.
<i>Chapitre 66-10.</i>		
Hôpitaux non C. H. U. ....		
Hospices et maisons de retraite pu- bliques .....		
C. H. U. ....	40 %	35 %
Réadaptation fonctionnelle .....		
Formation de personnel sanitaire.....		
<i>Chapitre 66-12.</i>		
Cancer .....	60 %	45 %
Tuberculose .....	75 %	40 %
Maladies mentales .....	50 %	40 %
Transfusion sanguine .....	40 %	35 %
P. M. I. :		
Crèches .....	50 %	40 %
Centres de P. M. I. ....	25 %	25 %
Divers sanitaires .....	»	35 %
Thermalisme .....	40 %	35 %
<i>Chapitre 66-20.</i>		
Enfance inadaptée .....		36 %
Foyers de jeunes travailleurs .....		30 %
Aide sociale à l'enfance.....		36 %
Personnes âgées (secteur social) .....		36 %
Infirmes adultes .....	40 %	36 %
Centres d'hébergement .....		36 %
Centres sociaux .....		36 %
Personnels sociaux .....		36 %
Maisons familiales de vacances.....		25 %

*De cette lecture, il résulte que, même dans la meilleure éventualité, la première, un freinage très net est imprimé dans l'importance des subventions accordées par l'Etat. Il est bien évident que, puisque dans le même temps les coûts ne baisseront pas, une part croissante de la charge des opérations sera laissée aux autres institutions, collectivités et Sécurité sociale, et qu'au-delà de la limite du supportable, c'est finalement le volume global des équipements réalisés qui diminuera encore. Nous passerons rapidement sur le problème de la régularité de cette procédure d'abattement des taux de subvention, pour dire que cette constatation sur le volume global est d'autant plus inquiétante que les chiffres figurant dans un tableau établi par notre collègue M. Peyret, à l'Assemblée Nationale, nous ont permis de le compléter en calculant, en absolu et en pourcentage, l'ampleur de l'effort qui resterait à accomplir en 1969 et en 1970 pour réaliser les prévisions, pourtant bien modestes par rapport aux besoins réels, du Plan.*

TABLEAU N° 12. — Unités physiques correspondant aux opérations lancées financièrement de 1966 à 1968 avec le concours de l'Etat.

## Exigences pour 1969 et 1970.

RUBRIQUES	PRÉVISIONS V <sup>e</sup> PLAN (lits ou places).			TOTAL ANNÉES 1966 A 1968						LITS OU PLACES restant à créer ou aménager en 1969 et 1970.
	Créés.	Aménagés.	Total.	Total lits.		Total places.		Total général.	Pourcentage d'exécution en 1966, 1967 et 1968.	
				Créées.	Aménagées.	Créées.	Aménagées.			
C. H. U.....	22.072	8.019	30.091	6.772	390	»	»	7.162	23,8	22.929
Hôpitaux non C. H. U.....	23.600	13.000	36.600	9.117	355	»	»	9.472	25,9	27.128
Maladies mentales.....	25.700	20.000	45.700	7.798	197	462	70	8.527	18,65	37.173
Cancer.....	1.083	»	1.083	241	»	131	»	372	34,3	711
P. M. I et C. M. S.....	10.800	»	10.800	151	»	3.083	160	3.394	31,4	7.406
Tuberculose.....	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Réadaptation fonctionnelle.....	500	»	500	154	»	»	»	154	30,8	346
Thermalisme.....	»	»	»	»	100	»	»	100	»	»
Transfusion sanguine.....	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Divers sanitaires.....	»	»	»	160	»	»	»	160	»	»
Personnels sanitaires.....	9.000	»	9.000	152	»	1.149	»	1.301	14,45	7.699
<b>Total (I).....</b>	<b>92.755</b>	<b>41.019</b>	<b>133.774</b>	<b>24.545</b>	<b>1.042</b>	<b>4.825</b>	<b>230</b>	<b>30.642</b>	<b>22,9</b>	<b>103.132</b>
Personnes âgées (sanitaire).....	52.000	33.000	85.000	9.476	1.212	»	»	10.688	»	»
Personnes âgées (social).....				4.737	62	3.121	»	7.920		
<b>Total (II).....</b>	<b>52.000</b>	<b>33.000</b>	<b>85.000</b>	<b>14.213</b>	<b>1.274</b>	<b>3.121</b>	<b>»</b>	<b>18.608</b>	<b>21,9</b>	<b>66.392</b>
Enfance inadaptée.....	33.000	1.000	34.000	7.271	44	3.047	40	10.402	30,6	23.598
Foyers de jeunes travailleurs.....	15.000	1.200	16.200	4.023	98	1.968	»	6.089	37,6	10.111
Aide sociale à l'enfance.....	3.610	1.920	5.530	2.449	188	258	»	2.895	52,35	2.635
Infirmes adultes.....	6.650	»	6.650	856	56	291	»	1.203	18,1	5.447
Centres d'accueil et d'hébergement.....	1.040	»	1.040	796	»	40	»	836	80,4	204
Centres sociaux.....	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Maisons familiales de vacances.....	6.000	»	6.000	1.048	»	430	»	1.478	24,6	4.522
Personnels sociaux.....	2.500	»	2.500	529	»	1.037	»	1.566	62,6	934
<b>Total (III).....</b>	<b>67.800</b>	<b>4.120</b>	<b>71.920</b>	<b>16.972</b>	<b>386</b>	<b>7.071</b>	<b>40</b>	<b>24.469</b>	<b>34,02</b>	<b>47.451</b>
<b>Total I + II + III.....</b>	<b>212.555</b>	<b>78.139</b>	<b>290.694</b>	<b>55.730</b>	<b>2.702</b>	<b>15.017</b>	<b>270</b>	<b>73.719</b>	<b>25,35</b>	<b>216.975</b>
Etablissements nationaux (IV).....	»	»	»	10	24	»	»	34	»	34
<b>Total I + II + III + IV.....</b>	<b>212.555</b>	<b>78.139</b>	<b>290.694</b>	<b>55.740</b>	<b>2.726</b>	<b>15.017</b>	<b>270</b>	<b>73.753</b>	<b>25,37</b>	<b>216.941</b>
D. O. M., T. O. M. (V).....	»	»	»	179	»	»	»	175	»	175
<b>Total général.....</b>	<b>212.555</b>	<b>78.139</b>	<b>290.694</b>	<b>55.915</b>	<b>2.726</b>	<b>15.017</b>	<b>270</b>	<b>73.928</b>	<b>25,43</b>	<b>216.766</b>

L'année 1971 qui doit être la première année d'exécution du VI<sup>e</sup> Plan ne sera sans doute que la dernière, peut-être l'avant-dernière, du cinquième ; elle est déjà entrée comme telle dans la littérature administrative officielle ; nous condamnons ce report sur la régularité et sur l'opportunité psychologique duquel il y aurait sans doute beaucoup à dire, et nous le regrettons.

Dépassant quoi qu'il en soit cette querelle, nous estimons utile de rappeler une nouvelle fois les conceptions de la Commission sur la finalité de la notion de plan : sans que soit méconnue l'importance des données purement budgétaires du problème, qui en constituent en quelque sorte l'un des supports, une planification sanitaire et sociale véritable consisterait moins, d'après elle, à prévoir en 1965 que l'Etat aura dépensé en 1970 un certain nombre de milliards courants ou constants qu'à pouvoir dire en 1970 qu'il a créé ou aménagé les 290.694 lits ou places des divers secteurs qui, en 1965, avaient été jugés nécessaires. *Devant les 73.928 lits ou places créés ou aménagés en trois ans, entre 1966 et 1968, nous sommes sceptiques quant à la possibilité de voir se combler en 1969 et 1970 le déficit de 216.766 qui subsiste.*

Il faut ajouter à cela que cette année le Gouvernement a renoncé à faire apparaître dans les documents budgétaires soumis au Parlement la liste des opérations nommément désignées et localisées, jusqu'alors annexée aux chapitres 66-10 et 66-12. Cette liste permettait de se faire une idée au moins approximative sinon de celles qui seraient réellement menées à bonne fin, du moins de celles qui avaient retenu l'attention des autorités compétentes.

Une telle précision géographique n'a été maintenue que pour les unités de recherche de l'I. N. S. E. R. M. et l'Institut Pasteur (chapitre 66-30) et tout nous donne à redouter, à juger l'évolution en cours, qu'il s'agit d'une erreur ou d'une survivance éphémères !

Aux observations présentées sur ce point par la Commission, il a été répondu que cette discrétion croissante n'aurait que des avantages, en permettant notamment de reporter sur d'autres dossiers les crédits affectés à telle opération qui viendrait à être victime d'un incident ou accident de parcours, technique, financier ou autre. Cette raison ne paraît nullement déterminante à votre commission qui se fait une trop haute idée de la valeur des administrations financières de l'Etat pour supposer qu'elles ne voudraient pas ou ne pourraient pas trouver les moyens de procéder alors aux transferts ou aux reports de crédits souhaitables, en évitant bien entendu leur annulation.



*La vérité est que les jeux sont d'ores et déjà totalement brouillés et que personne, à l'exception peut-être du Gouvernement, ne peut plus à l'heure actuelle apprécier, ni définir, d'une façon indiscutable, ce qui est réalisé à la fin de 1969, ni ce qui le sera à la fin de 1970. Il semble que l'action du Gouvernement soit appelée à s'enfoncer dans un mystère de plus en plus profond, dans un brouillard naturel ou artificiel, de plus en plus épais.*

*Votre commission ne peut admettre cette évolution et se réserve d'utiliser les moyens qui peuvent être mis à sa disposition pour permettre au contrôle de l'exécution du Plan de s'exercer normalement.*

## QUATRIEME PARTIE

### ETUDE DE QUELQUES PROBLEMES SPECIFIQUES

#### I. — Les problèmes hospitaliers.

Nous ne traiterons pas, cette année, de l'ensemble de la politique hospitalière, puisque, compte tenu des exigences du plan retenu pour la présentation de ce rapport, les problèmes hospitaliers ont déjà fait l'objet de développements particuliers :

- analyse des crédits dans la première partie ;
- insuffisance de ces crédits dans le commentaire consacré à l'exécution du V° Plan ;
- mode de calcul du prix de journée et critique de l'action de la direction de l'Equipement social dans la conclusion.

Très brièvement cependant, nous voudrions formuler un certain nombre d'observations sur différents aspects de cette politique.

#### 1. — CONSTRUCTIONS ET GESTION

L'augmentation constante des besoins hospitaliers et le perfectionnement de l'équipement sanitaire exigent la construction accélérée de nombreux centres d'hospitalisation.

La Commission des Affaires sociales avait, au cours de l'examen du budget de 1969, enregistré avec une particulière satisfaction les déclarations du Ministre des Affaires sociales affirmant : « qu'une politique hospitalière ne se concevait pas sans une politique de construction ».

Elle avait pris acte de l'indication fournie par le Ministre, afférente à un projet de « construction-pilote » prévoyant l'édification d'une partie hospitalière en matériaux lourds et des ensembles de soins en structures légères. Ce projet répondait aux vœux

de la commission, émue par la grave insuffisance de notre équipement sanitaire, insuffisance due, à la fois à la lenteur inadmissible des formalités administratives et au coût sans cesse en augmentation de la construction, qui en résulte.

Un an après, ces déclarations, qui avaient fait naître de grands espoirs, nous sommes dans l'obligation de constater qu'aucun progrès notable n'a été réalisé et que la situation de l'équipement sanitaire de notre pays ne cesse de s'aggraver.

Il convient, en effet, de rappeler que la Commission de l'Équipement sanitaire et social du V<sup>e</sup> Plan avait estimé à un total de 29 milliards le montant des dépenses nécessaires pour l'ensemble de l'équipement sanitaire. Cette somme devait correspondre, compte tenu du coût d'un lit d'hôpital, à la rénovation totale de 216.917 lits d'hôpitaux publics.

Or, le V<sup>e</sup> Plan n'a retenu que le tiers de la somme prévue dont 2.950 millions seulement versés par l'Etat.

Ainsi, en 1968, le nombre de lits créés dans les hôpitaux publics a représenté 3 % seulement du nombre de ceux existant, ce pourcentage s'étant élevé à 5 % dans le secteur privé ; en chirurgie notamment, le nombre de lits représente seulement un total de 52.193 dans les hôpitaux publics.

Ces indications, dont la sincérité ne peut être mise en doute, ont été fournies à l'issue d'une récente conférence de presse organisée par le Syndicat national des professeurs et maîtres de conférences agrégés à plein temps des centres hospitaliers et universitaires.

En ce qui concerne les formalités administratives, tous les administrateurs locaux qui ont eu et qui ont à résoudre des problèmes de construction et d'équipement sanitaire peuvent attester des difficultés et des retards inadmissibles dus aux exigences des services administratifs du Vésinet.

La commission souhaite qu'en présence d'une situation qui s'avère alarmante, il soit mis enfin un terme à des lenteurs administratives qui ne se justifient pas et que des crédits suffisants permettent de combler le plus rapidement possible un intolérable retard de l'équipement sanitaire de notre pays.

La commission souhaite par ailleurs présenter les observations qui lui semblent devoir être faites en vue d'une utilisation optimum des ressources hospitalières du pays.

L'occupation d'un lit dans un service spécialisé de centre hospitalier régional, par exemple, coûtait 340,25 F par jour à la date du 1<sup>er</sup> janvier 1969 ; dans un service de chirurgie le prix de journée était, à la même date, de 173,60 F, et, dans un service de médecine, ce prix plus modique était, malgré tout, de 126,80 F.

Une hausse non négligeable interviendra sans aucun doute dès le début de 1970. L'institution d'une politique hospitalière financièrement saine exigerait que chaque malade n'occupe de tels lits que le temps strictement nécessaire à son état. Il en résulterait une série d'avantages de toute nature qui se développeraient en cascade :

— une meilleure rotation des entrées et des sorties des malades ;

— une économie dans les dépenses d'investissement de l'Etat, des collectivités locales et de la Sécurité sociale ; chaque lit étant occupé moins longtemps par plus de malades, les besoins en équipements supplémentaires diminueraient ;

— une économie sur les dépenses maladie faite par la Sécurité sociale et les autres organismes de protection sociale, par les organisations mutualistes, par les malades eux-mêmes ;

— l'amélioration, dans l'esprit du public, de la considération due à l'hôpital qui, gardant moins longtemps des malades désireux d'écourter au maximum un séjour plus rationnellement organisé, ne refuserait jamais une admission nécessaire.

Mais cet assainissement suppose une série de mesures qui, elles aussi, se conditionnent les unes les autres :

— une augmentation très substantielle des moyens permettant l'investigation au cours des périodes de mise en observation, et la surveillance dès après la période aiguë de la maladie ou de l'affection : examens de laboratoire et de radiologie, recherches spécialisées devraient pouvoir être pratiqués beaucoup plus rapidement qu'ils ne le sont à l'heure actuelle ;

— une meilleure information des responsables administratifs des hôpitaux et des médecins et chirurgiens chefs de service sur les avantages d'une meilleure rotation des malades ;

— une modification des règles de calcul des prix de journée permettant enfin à ces responsables administratifs et chefs de service de ne plus être omnubilés par les préoccupations d'un remplissage complet, et souvent pléthorique, des salles ;

— une structuration plus rationnelle du réseau des équipements hospitaliers comportant notamment le développement de services ou d'établissements fonctionnant comme hôpitaux de jour et de services ou d'établissements pour convalescents, qui se satisferaient d'un personnel moins nombreux et moins spécialisé, d'équipements et de services généraux plus légers.

Ces dépenses constitueraient une source d'économies substantielles !

Elles n'ont, malheureusement, été entreprises qu'à l'échelle infinitésimale ;

— enfin, une politique générale d'équipement, à la fois plus souple et plus normalisée, moins autoritaire et moins ambitieuse ;

Depuis de nombreuses années, les membres de votre commission qui, presque tous élus et administrateurs locaux, savent jusqu'où, sous peine de gaspillage, il ne faut pas aller en matière de constructions trop légères, demandent énergiquement que les plans et les équipements hospitaliers soient conçus en séries selon des normes plus simples, moins onéreuses et plus économiquement adaptables à l'évolution normale des techniques médicales.

Ils désespèrent d'être, un jour, entendus !

Votre commission est persuadée qu'il s'agit d'objectifs qui seraient à portée de la main pour peu qu'on les désire d'une manière conséquente. Là est toute la question !

## 2. — LE PERSONNEL MÉDICAL

La réforme hospitalo-universitaire de 1958, peu à peu entrée dans les mœurs, approcherait déjà, si les recrutements n'avaient été malencontreusement suspendus voici plusieurs années, de son régime de croisière ; le système du plein temps se généralise, et, pris dans le sillage, les médecins travaillant à des grades et avec des fonctions diverses pour l'hôpital — qui n'ont pas opté

pour lui ou n'ont pas été retenus, consacrent eux aussi de plus en plus leur temps et donnent eux aussi le meilleur d'eux-mêmes au service public.

*Le recul est désormais suffisant pour prendre conscience du fait que la médecine hospitalière n'aura demain que les médecins qu'on lui permettra de mériter* : tout le monde connaît et reconnaît l'intérêt exceptionnel, sur le plan du développement personnel, sur le plan des moyens de recherche, de cette médecine hospitalière ; mais tout le monde sait aussi la différence qui existe entre la rémunération des médecins hospitaliers et celle de leurs confrères qui exercent en clientèle privée. Les pouvoirs publics ont pour devoir de veiller à ce que jamais cet écart ne prenne tant d'ampleur qu'il en devienne dangereux pour l'équilibre nécessaire des diverses formes d'exercice ; ils doivent aussi, sans méconnaître, bien entendu, les impératifs d'une émulation qui amène les meilleurs aux premiers postes, donner à chacun les chances d'une carrière convenable ; celles-ci n'ont peut-être pas été données à tous par suite d'une trop longue interruption des recrutements et d'un malencontreux chevauchement de réglementations successives.

Pour arrêter, ou freiner dans toute la mesure du possible, une regrettable fuite vers le secteur privé et, plus encore, le lamentable exode vers l'étranger qu'on appelle « la fuite des cerveaux », votre commission souhaite qu'une réglementation souple et généreuse vienne rapidement effacer les quelques ombres que la réforme de 1958 traîne encore derrière elle, en offrant à ceux qui les méritent les perspectives de carrière et de rémunérations qu'ils peuvent légitimement espérer.

A ce propos, votre rapporteur pour avis se permet de communiquer, car ils ont à son sens valeur exemplaire, certains extraits particulièrement significatifs d'une lettre qui lui a été adressée par l'éminent titulaire de la chaire de clinique chirurgicale et traumatologique d'un grand centre hospitalo-universitaire :

.....

Mesures de forclusion appliquées aux candidats à l'inscription sur les listes d'aptitude aux fonctions de Maître de conférence-agrégés du prochain concours (et sans doute des suivants...). Il y a deux règles de forclusion :

1° L'une concerne la nomination à l'internat des hôpitaux : il faut avoir été nommé au concours de l'internat de telle sorte que les fonctions d'interne aient pris fin avant janvier 1957 ;

2° L'autre concerne l'âge : il faut avoir moins de 45 ans.

Mes remarques ne concernent en aucune façon les efforts très limités accomplis par les ministères de tutelle et le Gouvernement pour créer des postes.

La situation actuelle est claire : l'inscription sur les listes d'aptitude est close depuis le 15 octobre 1969 et les règles de forclusion sont appliquées intégralement et sans dérogation possible.

Je n'ai donc rien à ajouter aux termes de ma lettre du 15 mars 1969 pour tous ces problèmes. La traduction « dans les faits » aboutit à des situations aberrantes et iniques qui ne sont pas faites pour favoriser les vocations hospitalo-universitaires, puisque, au bout du compte, ce sont les « opportunistes » qui ont été favorisés et que ce sont nos plus fidèles collaborateurs qui ont été pénalisés ; ils ont été « punis » pour leur « fidélité » hospitalière, alors qu'ils auraient très bien pu consacrer tout leur temps à des activités privées infiniment plus rémunératrices.

Le clivage qui commence à se faire entre hospitalo-universitaires purs (temps plein) et libéraux purs (clientèle privée) va créer deux castes de médecins. Il en résultera que les hospitalo-universitaires à temps plein seront privés du contact humain résultant de la pratique privée, tandis que les praticiens purs seront privés de l'escalade des progrès scientifiques qui ne peut se réaliser que dans les centres hospitalo-universitaires pourvus en matériel, en crédits de recherches et de fonctionnement. Cette situation, en peu d'années, aboutira à une disparité, « humaine » pour les « plein temps » et « technique » pour les praticiens privés, qui sera, au bout du compte, très préjudiciable à la collectivité nationale tout entière. »

Il semble qu'il y ait là matière à réflexion !

## II. — La recherche médicale.

Les crédits attribués à la recherche médicale apparaissent, en raison des restrictions des diverses affectations, d'une inadmissible insuffisance.

La protection de la santé publique devrait pourtant s'avérer comme l'un des soucis prioritaires des pouvoirs publics.

La lutte contre les divers fléaux sociaux dont notre population continue de payer le lourd tribut exige, en effet, un effort sans cesse accru en faveur de la recherche.

Comparativement à ceux affectés à l'étranger, nous ne pouvons que déplorer la faiblesse des crédits d'équipement réservés à nos laboratoires et une flagrante disproportion, que nous avons eu l'occasion déjà de signaler, avec les dépenses de l'assurance maladie.

Il ne peut cependant être contesté que les crédits attribués à nos centres de recherches contribuent largement, en raison de la découverte des moyens de prévention toujours plus nombreux, à réaliser une diminution importante de l'inquiétant déficit de la Sécurité sociale ; ils apparaissent ainsi particulièrement productifs.

Devons-nous rappeler, en dehors des travaux de recherches, qu'il faut intensifier et faciliter, en faveur de la lutte contre les grands fléaux que sont encore le cancer ou la sclérose en plaques, les améliorations apportées par les découvertes réalisées, en particulier dans les centres de virologie ou de bactériologie ? Les pouvoirs publics ne peuvent ignorer les résultats obtenus pour la

découverte des vaccins contre la poliomyélite, la grippe, la rougeole, le tétanos et la coqueluche notamment.

En ce qui concerne la situation d'une grande institution : l'Institut Pasteur, nous constatons que la contribution de l'Etat qui, depuis 1965, n'avait cessé d'augmenter doit subir, en 1970, une diminution de 130 millions. Cette mesure intervient au moment même où la situation de la trésorerie de cet Institut apparaît la plus critique, sa survie se révélant très provisoire. L'Institut Pasteur, qui a si largement contribué au prestige international de la science française, ne peut plus, sans une aide urgente et importante de l'Etat, faire face aux charges incompressibles qui lui incombent.

En effet, malgré un accroissement particulièrement sensible en 1969 de son chiffre d'affaires, supérieur de 20,6 % à celui de 1968, le nouvel assujettissement à la T. V. A. (soit une charge complémentaire de 3.170 millions), l'augmentation des charges salariales représentant pour les seuls centres de recherches 79,5 % des charges directes, l'incidence de la dernière dévaluation sur le prix d'achat obligatoire de matériel étranger, ont contribué à accélérer la détérioration de la situation financière. Malgré la bonne volonté de l'ensemble des fournisseurs accordant à l'Institut Pasteur de longs délais de paiement, le règlement des sommes dues au titre de la T. V. A. subit un retard considérable, les paiements des deux premiers mois de l'année 1969 ayant pu seulement être effectués.

C'est donc un véritable cri d'alarme qu'émet à l'adresse du Gouvernement et du Parlement l'Institut Pasteur.

Il faut que cet appel soit entendu.

Il est impensable d'admettre qu'une institution dont la renommée internationale est unanimement reconnue, qui a donné à notre pays pratiquement tous les Prix Nobel de physiologie et de médecine (5 sur 6), qui, grâce à ses 19 centres créés hors de France, contribue si largement au prestige de la France, puisse, dès l'année prochaine, procéder à la fermeture de six centres de recherche.

En ce qui concerne l'I. N. S. E. R. M., la création prévue de 70 emplois nouveaux parmi le personnel technicien et administratif n'apporte aucune amélioration dans la situation des chercheurs de cet organisme dont le nombre n'est d'ailleurs pas augmenté.

Il en est de même pour le Laboratoire national de la santé, le centre de Montpellier étant encore, depuis plusieurs années, en cours d'achèvement.



Les crédits alloués ne permettent pas à nos savants d'accomplir la mission qui leur est dévolue. Il est urgent que la situation matérielle de nos chercheurs soit améliorée si l'on veut que le recrutement ne se tarisse pas en raison même des conditions que leur offrent l'industrie privée et les pays étrangers.

Il faut que nos laboratoires aient à leur disposition des moyens matériels et un équipement des plus modernes, au moment où la découverte et l'élaboration de nos moyens de traitement et de prévention s'imposent avec le plus d'acuité.

La commission souhaite que l'effort de l'Etat en faveur de la recherche médicale soit rapidement accru dans de très importantes proportions pour que nous puissions bénéficier des progrès sans cesse en évolution de la science.

### III. — La réforme des études médicales.

Comme il est naturel, votre Commission des Affaires sociales qui a toujours porté attention aux problèmes de l'enseignement médical au même titre qu'à l'ensemble de ceux qui concernent les meilleurs moyens d'assurer la défense et la protection sanitaires et sociales du pays, suit avec intérêt et non sans quelque inquiétude l'évolution de la crise qui affecte les milieux hospitalo-universitaires, notamment depuis la parution de l'arrêté interministériel du 26 septembre dernier. Au cours de sa réunion du 13 novembre, elle a entendu les explications très intéressantes du Ministre de la Santé publique et de la Sécurité sociale ; celui-ci a, notamment, fait valoir les inconvénients très graves qui, pour les intéressés eux-mêmes comme pour l'intérêt général, pourraient résulter de l'accès à des études médicales longues et coûteuses d'un nombre de jeunes gens trop élevé par rapport aux besoins réels des années à venir et, par voie de conséquence, aux possibles débouchés. Il a ainsi marqué sa préférence pour des règles rigoureuses de contrôle des connaissances et des aptitudes dès la première année du premier cycle, seules capables à son sens « d'éviter une sélection progressive au long des sept années d'études, qui serait désastreuse à la fois sur le plan psychologique pour les étudiants qui pourraient, après plusieurs années d'études supérieures se voir contraints à des reconversions difficiles et, sur le plan économique (en raison des sommes importantes dépensées inutilement pour la formation d'étudiants qui n'achèveraient pas leurs études) ».

Sur le plan des principes, nul ne saurait l'en blâmer. Mais il semble à votre commission — qui connaît la difficulté des études médicales et les exigences d'une médecine de qualité — que cette action perdrait toute sa signification si, par un malencontreux hasard, les besoins médicaux de la France de demain se trouvaient statistiquement sous-estimés, si une réaction néo-malthusienne plus ou moins diffuse de la profession venait à fausser le jugement collectif, s'il existait dans l'esprit de certains étudiants des arrière-pensées n'ayant qu'un lointain rapport avec les vrais problèmes posés, si les règles retenues n'étaient pas les meilleures du point de vue docimologique, si, enfin, la limitation du nombre des étudiants n'était que le moyen de masquer l'insuffisance du nombre des lits d'hôpital autour desquels peut se pratiquer l'enseignement.

Votre commission se trouve dans cette situation paradoxale d'être frappée à la fois par la pertinence des thèses officielles et par la qualité des arguments exposés par les personnalités souvent éminentes, qui les combattent et par ceux qui, en fin de compte, sont le plus directement concernés.

Soucieuse de constater la dégradation actuelle de la situation, trop souvent préjudiciable au repos des malades, à la fécondité du travail et à la réputation de l'hôpital, elle formule le vœu que chacune des parties en présence juge à nouveau, et face à soi-même, l'ensemble des problèmes posés. De cette réflexion seulement naîtra la solution.

#### **IV. — Le dépistage des maladies infantiles, mortalité et inadaptation infantiles.**

« Les structures officielles de la médecine préventive conçues en 1945 pour la lutte contre les fléaux sociaux et la mortalité infantile ne correspondent plus à la réalité actuelle. Leur évolution et leur adaptation au monde moderne sont donc nécessaires. »

Ces constatations ont été révélées au cours des travaux du Congrès national des centres de santé qui s'est tenu à Paris le 18 octobre dernier.

L'adaptation de la lutte contre la mortalité infantile met en évidence l'importance du rôle qui doit être réservé à la médecine préventive infantile et aux centres de dépistage de ces maladies.

D'éminents spécialistes ont, en effet, affirmé qu'il naissait et survivait dans notre pays un enfant anormal toutes les vingt

minutes et qu'un dépistage précoce des troubles physiques et caractériels de l'enfant devait permettre de réaliser, dans de nombreux cas, une prévention valable.

Notre collègue, le docteur Hemriet, avait d'ailleurs déjà appelé l'attention du Ministre des Affaires sociales sur le rôle particulièrement important dévolu à la prévention de l'inadaptation psychosensorielle de l'enfance.

Il précisait que cette action préventive pourrait être largement facilitée grâce aux recherches effectuées par un « institut du cerveau » dont il demandait la création.

Certains parlementaires, légitimement émus par le drame que constitue pour de nombreuses familles l'arriération mentale, ont d'ailleurs déposé une proposition de loi tendant à rendre obligatoire le dépistage à la naissance, parmi les multiples causes de l'arriération mentale, d'un trouble génétique : « la phénylsétonurie ».

Plus récemment a été décidée, dans un important centre hospitalier régional à Toulouse, la création d'un centre de dépistage des encéphalopathies chez les nouveau-nés, cette affection de l'encéphale étant provoquée par des troubles du métabolisme des acides aminés.

L'importance du rôle de la médecine préventive infantile est maintenant admise ; la création de nombreux centres de dépistage précoce des maladies héréditaires pourra seule permettre l'établissement de précieux bilans de santé des enfants. Un crédit de 3.500.000 F a certes été prévu pour l'année 1970. Il s'agit d'une initiative heureuse mais totalement insuffisante pour atteindre le but recherché.

La Commission des Affaires sociales demande instamment qu'une dotation plus importante soit attribuée à la médecine préventive infantile.

## V. — Les fléaux sociaux.

Votre Commission des Affaires sociales a, bien entendu, suivi avec l'inquiétude qui s'impose les développements relativement récents et importants des problèmes de la drogue.

Elle a enregistré avec satisfaction les déclarations faites cet automne par différents représentants des pouvoirs publics, notamment par le Ministre de la Santé publique, et les travaux accomplis par les commissions compétentes de l'Assemblée Nationale.

Elle est bien évidemment, elle aussi, résolue à apporter son concours à ce qui pourra être fait pour prévenir et guérir les toxicomanies — surtout lorsqu'elles affectent les jeunes — et, pour réprimer les trafics auxquels elles donnent lieu et sur lesquels elles reposent.

Mais elle déplore que, malgré l'urgence, aucun moyen financier n'ait été prévu dans le budget actuellement soumis au Parlement, alors qu'il faut nécessairement, pour faire œuvre utile, prévoir, en plus du dépistage des malades, des consultations, des soins de cure et de postcure. Elle redoute, par conséquent, qu'il ne faille voir dans tout l'émoi de cet automne que de pieuses déclarations d'intentions, et le regrette.

Saisissant l'occasion qui lui est offerte, et formulant le vœu que l'arbre ne cache pas la forêt, votre commission voudrait aussi attirer l'attention sur le problème de l'alcoolisme.

Sans même parler de la dégradation alcoolique, considérée en elle-même par ses effets sur l'être humain, il apparaît que des calculs ont été faits par différents spécialistes et organisations spécialisées pour chiffrer le montant des dépenses venant aggraver les charges de la collectivité et dues à l'alcoolisme : morbidité et, partant, consommation médicale et fréquentation hospitalière accrues, hospitalisation psychiatrique, accidents du travail et de la route et leurs conséquences de toutes sortes, déficiences souvent profondes pour la descendance, etc. Le coût de ces dépenses atteint des proportions telles que votre commission a jugé préférable de ne pas entrer publiquement dans les détails.

Elle désire simplement indiquer qu'il s'agit à son sens d'un problème difficile qui exigerait, si l'on était véritablement résolu à le traiter, des solutions elles-mêmes difficiles et courageuses ; elle tient à faire savoir qu'elle ne se déroberait pas, bien au contraire, non plus que le Sénat, pense-t-elle, à l'œuvre d'assainissement véritable qui pourrait, qui devrait être entreprise.

## VI. — La pollution de l'air, de l'eau, la lutte contre le bruit.

Les altérations les plus diverses de la santé publique trouvent trop souvent leur origine dans la prolifération des fléaux sociaux que représentent la pollution de l'eau, de l'air, ainsi que l'intensité du bruit atteignant un véritable degré de saturation.

La Commission des Affaires sociales s'est déjà, au cours de la discussion du précédent budget de la Santé, penchée sur ce problème ; elle avait souhaité, en ce qui concerne notamment la pollution atmosphérique, la généralisation des réseaux de mesures sur l'ensemble de notre territoire. Elle avait aussi demandé qu'un contrôle rigoureux soit exercé en ce qui concerne l'application des textes en vigueur, la loi du 2 août 1961 et les règlements édictés pour l'application de ce texte notamment.

Elle constate avec regret l'insuffisance de la contribution de l'Etat et des mesures prises en présence du danger accru par suite du développement de l'industrialisation et de la circulation automobile. En effet, dans les grands centres urbains comme dans nos campagnes, les manifestations pathologiques les plus graves affectant l'appareil respiratoire se multiplient, occasionnées par la pollution de l'air provenant pour une trop large part des émanations des gaz d'échappement des véhicules automobiles.

Cette situation ne saurait se perpétuer.

Des textes répressifs existent, l'arrêté du 12 novembre 1963 notamment, mais ils ne sont appliqués qu'accidentellement.

Les échantillonnages de prélèvements de l'air réalisés épisodiquement à Paris notamment, bien que s'avérant concluants, ne paraissent présenter aucune utilité pratique puisqu'ils ne sont suivis d'aucun effet.

En ce qui concerne la pollution de nos rivières, les diverses mesures envisagées sont apparues comme un palliatif très provisoire. Dans certaines régions, la pollution atteint un tel degré que toute vie aquatique est même souvent annihilée par le déversement de résidus provenant des usines situées à proximité.

Il est urgent qu'une action énergique et coordonnée soit entreprise pour permettre à l'homme de jouir pleinement et sans danger des deux éléments de base indispensables à son existence : l'air et l'eau.

Quant au bruit, nul ne saurait contester qu'il atteint, dans les grandes agglomérations particulièrement, une intensité et une fréquence intolérables contribuant largement à l'accroissement des affections souvent alarmantes du système nerveux et d'un déséquilibre mental. L'encombrement des centres de psychiatrie et de neurologie suffit à conforter cette constatation.

La Presse s'est d'ailleurs fait l'écho de la perturbation apportée pendant les heures de nuit dans certaines rues de Paris par le passage d'un véhicule à moteur particulièrement bruyant. Le nombre d'habitants dont le sommeil était ainsi interrompu atteignait des dizaines de milliers.

Une situation identique se renouvelle quotidiennement dans les divers centres urbains en raison de la grave et trop fréquente indifférence de certains usagers de la route ne tenant aucun compte du respect du droit au repos de leurs concitoyens.

Les Pouvoirs publics ont les moyens de sévir. Il suffit qu'ils veuillent en user. Certes, à Paris, quelques démonstrations sporadiques sont réalisées mais elles ne sauraient suffire à réprimer des abus intolérables.

Il faut qu'une véritable lutte s'instaure contre ce nouveau fléau social : le bruit.

M. le Ministre de la Santé reconnaît d'ailleurs lui-même : « il s'agit bien là d'un problème fondamental à régler ».

## VII. — L'aide aux handicapés et aux personnes âgées.

Nous avons vu, dans la première partie de ce rapport, le volume global des crédits consacrés à l'aide aux personnes âgées (articles 8 et 15 du chapitre 46-22, paragraphe premier de l'article premier du chapitre 66-10 et article 3 du chapitre 66-20 notamment, étant entendu que les crédits affectés à divers autres chapitres sont partiellement destinés à l'amélioration de la situation des personnes du troisième âge). Il convient maintenant de retracer l'évolution en 1969 de l'aide individualisée apportée à chacun.

Par décret n° 69-60 du 20 janvier 1969, le taux annuel de l'allocation supplémentaire du Fonds national de solidarité était relevé de 100 F à dater du 1<sup>er</sup> janvier 1969.

Dans le même temps, les plafonds des ressources applicables aux allocations minimales ont été portés, à dater du 1<sup>er</sup> janvier, à 4.100 F pour une personne seule et à 6.150 F pour un ménage.

Un décret n° 69-879 du 26 septembre 1969 a d'ores et déjà prévu la majoration de 200 F à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1970 du

montant de l'allocation supplémentaire, qui atteindra 1.250 F. Les plafonds de ressources ont été, dans le même temps, relevés d'un montant de 200 F pour les personnes seules et 300 F pour les ménages.

En ce qui concerne l'allocation aux personnes âgées et aux infirmes, aucune majoration n'est encore, à ce jour, intervenue au titre de l'année 1969, bien qu'en matière de sécurité sociale, le décret n° 69-878 du 26 septembre 1969 ait accordé, avec effet du 1<sup>er</sup> octobre 1969, aux titulaires de l'allocation aux vieux travailleurs salariés, de l'allocation aux personnes non salariées ou de l'allocation spéciale un relèvement de 100 F de leur avantage.

Nous croyons savoir qu'un décret doit prochainement être publié pour relever, avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> octobre, les allocations de base des personnes âgées et des infirmes.

Il faut donc, une fois de plus, déplorer le manque de coordination évident qui interdit, depuis de nombreuses années, la publication simultanée des décrets relevant le taux des allocations et les plafonds applicables en matière d'aide sociale et en matière de sécurité sociale.

Après la publication du texte énoncé ci-dessus, la situation au 1<sup>er</sup> janvier 1970 sera la suivante :

Taux des allocations aux personnes âgées infirmes.....	1.650 F.
Taux de l'allocation supplémentaire.....	1.250 —
Minimum des ressources.....	2.900 —
Plafond de ressources pour une personne seule.....	4.400 —
Plafond de ressources pour un ménage.....	6.600 —

L'évolution, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1968, du montant minimum des allocations non contributives de vieillesse et des allocations d'aide sociale servies aux personnes âgées, aux infirmes et aux aveugles et grands infirmes s'établit comme suit :

- 2.300 F par an à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1968 ;
- 2.400 F par an à compter du 1<sup>er</sup> février 1968 ;
- 2.500 F par an à compter du 1<sup>er</sup> juillet 1968 ;
- 2.600 F par an à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1969.

Ce minimum a été porté ou sera porté à :

- 2.700 F par an à compter du 1<sup>er</sup> octobre 1969 ;
- 2.900 F par an à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1970.

Cela représente une augmentation de 26 %.

Dans le même temps, le S. M. I. G. était augmenté de 35 % à Paris et de 38 % en province, le 1<sup>er</sup> juin 1968, puis de 2,72 % le 1<sup>er</sup> décembre, de 2,33 % le 1<sup>er</sup> avril 1969 et de 3,80 % le 1<sup>er</sup> octobre 1969. Pour quarante heures de travail par semaine, il représente actuellement un salaire mensuel de 567 F.

Il y a lieu, semble-t-il, après cette présentation des problèmes qui leur sont communs, d'évoquer la situation particulière de deux catégories sous l'angle de leurs problèmes posés.

## 1. — LES HANDICAPÉS

Votre commission rappelle que, au moment de l'établissement du V<sup>e</sup> Plan, le nombre des jeunes handicapés (tous degrés et toutes natures d'inadaptation confondus) avait été estimé à 1.500.000 sur une population juvénile de cinq à quatorze ans, le nombre des handicapés adultes (vieillards invalides non compris) étant, de son côté, estimé à 1.700.000 sur une population de 32.500.000.

Le V<sup>e</sup> Plan avait prévu un programme d'équipement que, dès l'origine, votre commission avait jugé très inférieur au minimum des besoins recensés. On sait maintenant ce qu'il en est de l'exécution effective de ce plan.

Dans le même temps que ce déficit, des réalisations s'accroissaient dans des proportions impressionnantes. La commission d'étude du problème général de l'inadaptation des personnes handicapées, présidée par M. Bloch-Lainé, procédait à un inventaire extrêmement complet et judicieux des causes et des effets des inadaptations, en même temps qu'elle envisageait tous les remèdes et toutes les atténuations possibles du mal sous ses diverses formes.

Votre commission déplore le retard considérable qui a été pris toutes ces dernières années et demande que l'action des Pouvoirs publics se renforce dans les quatre directions suivantes :

— accroissement des ressources des handicapés eux-mêmes et de l'aide aux familles qui ont la charge d'un handicapé ;

— protection sociale accrue en prévoyant d'urgence, en ce qui concerne le droit à la Sécurité sociale, les mesures qui prendront le relais, après l'expiration désormais prochaine de la période transitoire de trois ans, des dispositions actuellement en vigueur ;

— institution d'un programme d'équipement qui puisse enfin mériter son nom, aussi bien au niveau des instituts médico-pédago-



giques et médico-professionnels que des institutions d'accueil spécialisées pour les diverses catégories de déficients et de handicapés.

— développement des moyens d'insertion ou de réinsertion dans la vie active : ateliers protégés, centres d'aide par le travail, compensations accordées aux entreprises qui acceptent de créer des postes de travail pour handicapés ;

— augmentation des moyens de formation d'éducateurs spécialisés permettant l'amélioration quantitative et qualitative de cette catégorie de personnels indispensables à la réussite d'une véritable politique de lutte contre les différentes formes d'inadaptation.

## 2. — LES PERSONNES AGÉES

Votre commission pense devoir profiter de l'occasion qui lui est offerte pour rappeler la doctrine à laquelle elle est attachée, parce qu'elle la croit la meilleure sur le plan humain et sur le plan économique : un éventail beaucoup plus ouvert des possibilités offertes aux personnes âgées pour trouver, à chaque moment, la formule la mieux adaptée à leur état et à leurs besoins :

- maintien pure et simple au domicile ;
- maintien au domicile avec une aide financière ou ménagère légère ;
- hébergement dans une maison de retraite comportant des services communs légers et une surveillance médicale réduite ;
- hébergement dans une maison de retraite comportant des services communs et une surveillance médicale plus étoffés ;
- hospitalisation dans des services pour chroniques ;
- hospitalisation, si et lorsqu'il est nécessaire, dans les services actifs spécialisés.

Au cours de diverses missions effectuées à l'étranger, que ce soit dans les pays scandinaves ou au Japon, des délégations de votre commission ont pu constater que dans de nombreux pays existaient des réseaux fort denses permettant la meilleure solution quantitative et qualitative des problèmes : une personne âgée qui vit dans les conditions correspondant le mieux à son état est plus heureuse ; elle est aussi une personne qui, toutes proportions gardées, coûte le moins cher à la collectivité.

Nous voudrions qu'un effort très substantiel soit réalisé dans cette voie pour une meilleure coordination des besoins et des moyens.

## TRAVAUX DE LA COMMISSION ET CONCLUSIONS

### I. — Les travaux de la Commission.

La Commission a procédé, le *jeudi 13 novembre*, à l'audition de M. Boulin, Ministre de la Santé publique et de la Sécurité sociale, sur le projet de loi de finances pour 1970, relatif aux crédits de son département ministériel.

Le ministre a tout d'abord évoqué les efforts qu'il avait accomplis pour isoler, à l'intérieur du budget global des affaires sociales, les dépenses de santé.

Il a analysé les mesures acquises et les mesures nouvelles qui affecteront le montant des dépenses ordinaires (fonctionnement et interventions publiques) et des dépenses en capital.

MM. Kistler et Ribeyre, qui assistaient à la réunion en leur qualité de rapporteurs spéciaux de la Commission des Finances, ont attiré l'attention sur les principaux problèmes qui font l'objet des préoccupations de leurs collègues ; le premier, sur le nécessaire assainissement financier de la sécurité sociale, condition d'une adaptation aux exigences du Marché commun (notamment en ce qui concerne la participation aux dépenses d'équipement hospitalier) ; le second, sur l'inquiétude éprouvée par la Commission des Finances en raison des réductions massives appliquées aux autorisations de programme à vocation sanitaire et sur les adaptations qui s'imposent dans le régime de répartition des charges d'aide sociale.

M. Messaud, se faisant l'interprète des regrets éprouvés par la commission devant la réduction globale des dépenses d'équipement a rappelé l'intérêt qu'il y aurait à adopter, pour promouvoir une véritable politique d'équipement et de constructions hospitalières :

- des modes de construction plus légers ;
- des procédures administratives plus rapides.

Il a demandé que soit enfin abordé sur un plan véritablement pratique le problème des pollutions de l'atmosphère et des eaux et le problème du bruit, que soient accrus les moyens affectés à l'enfance handicapée, en insistant surtout sur le dépistage prénatal et néonatal des inadaptations et des affections.

M. Messaud a enfin évoqué les problèmes de la recherche (services du Laboratoire national de la santé à Montpellier, I. N. S. E. R. M., Institut Pasteur).

M. Barbier a souhaité que la commission puisse recevoir les explications nécessaires sur la crise actuelle en milieu hospitalo-universitaire et sur le régime de protection sociale des médecins.

M. Lambert a évoqué les difficultés très considérables que doivent affronter les collectivités locales pour construire des centres hospitaliers, des instituts médico-pédagogiques et professionnels, et établir convenablement les prix de journée de ces établissements.

M. Souquet a attiré l'attention sur la gravité des problèmes financiers et d'équipement qui se posent aux services et organismes de la transfusion sanguine ; il a déploré que le sang puisse faire l'objet de prélèvements non bénévoles et demandé l'aide des pouvoirs publics lorsque sera prochainement réglementé le don d'organes.

Mme Cardot a demandé que soit rapidement accordé le bénéfice de la sécurité sociale à diverses catégories de la population qui s'en trouvent injustement privées, parce que les cotisations de l'assurance volontaire sont trop coûteuses et que leurs ressources, bien que faibles, sont trop élevées pour qu'elles puissent bénéficier de la prise en charge par l'aide sociale (certaines catégories de veuves de guerre et d'ascendants, par exemple) ; elle a également souhaité que soient rapidement apportées les solutions appropriées :

- au problème des urgences médico-chirurgicales ;
- à l'insuffisance des moyens en personnel et en équipement des maisons de retraite.

M. Gravier a traité de la situation particulièrement inquiétante :

- du logement des jeunes travailleurs ;
- des médecins des hôpitaux psychiatriques ;
- de l'équipement du pays en instituts médico-pédagogiques et professionnels ;
- du service de santé scolaire.

M. Maury a attiré l'attention sur les problèmes de l'alcoolisme, de la rationalisation nécessaire dans les conditions d'utilisation des équipements hospitaliers et dans les conceptions relatives à l'accueil des personnes âgées ; il a exprimé l'opinion que les services de gendarmerie devraient désormais comporter des personnels infirmiers qualifiés pour les urgences médico-chirurgicales ; il a enfin demandé que la situation particulièrement digne d'intérêt de certains médecins assistants des hôpitaux de 2<sup>e</sup> catégorie, dépourvus actuellement de perspectives normales de carrière, soit examinée.

M. Lemarié a, avec d'autres commissaires, dénoncé la lourdeur et le caractère tracassier des procédures de constructions sanitaires et hospitalières ; il a demandé que les étudiants en médecine accomplissant les obligations du service national puissent être appelés à collaborer au secourisme routier.

M. Henriot a demandé au ministre de se pencher sur les sujets suivants :

- don du corps aux hôpitaux ;
- nécessité d'assurer la sélection des étudiants en médecine par le rétablissement des concours hospitaliers

M. Grand a insisté sur l'urgence qu'il y aurait, pour le Gouvernement, à traiter les problèmes suivants :

- situation des médecins des hôpitaux psychiatriques et des services de lutte antituberculeuse (application de la loi du 31 juillet 1968) ;
- institution d'une véritable médecine de service public et parapublic ;
- protection sociale des handicapés majeurs après l'issue prochaine de la période provisoire instituée pour trois ans.

Le ministre a répondu aux questions qui lui avaient été posées.

*Le mercredi 19 novembre*, la commission a procédé à l'examen du rapport pour avis sur le projet de loi de finances pour 1970 (AFFAIRES SOCIALES, Santé publique).

Le rapporteur a tout d'abord commenté l'évolution des structures ministérielles après la disparition du Ministère des Affaires sociales ; il a ensuite présenté l'Economie générale du budget des Affaires sociales, dans lequel il s'est attaché à isoler les dépenses sanitaires et sociales.

Après cette partie plus spécialement financière de son projet de rapport, M. Messaud a mis l'accent sur les quelques problèmes qui lui semblent devoir faire l'objet de l'attention particulière de la commission :

— politique hospitalière, considérée sous l'angle des procédures, des méthodes et du financement ;

— insuffisance aggravée des programmes de recherche médicale et scientifique (Institut Pasteur et I. N. S. E. R. M.) ;

— incorporation dans les équipes médico-chirurgicales de techniciens de diverses spécialités ;

— augmentation des moyens mis à la disposition du dépistage précoce des affections physiques et psychiques de l'enfant ;

— réforme des études médicales.

M. Henriet, revenant au problème des études médicales, a évoqué son expérience d'enseignant et insisté sur la nécessité de ne pas perdre de vue l'objectif fondamental de l'enseignement médical : former un corps médical de qualité.

Il a également appelé l'attention sur les insuffisances de la coordination entre hospitalisation publique et hospitalisation privée ; il a demandé que soit étudiée la possibilité d'avoir recours aux capitaux privés pour le financement de certains équipements hospitaliers.

Après quelques observations complémentaires présentées par le président et par MM. Lambert, Mathey et Marie-Anne, le rapport a été adopté.

## II. — Conclusions.

Les membres de votre Commission des Affaires sociales, lorsqu'ils sont parvenus au terme de l'examen de la partie du budget des Affaires sociales qui recouvre les crédits de la Santé publique et de la Population, ont cherché à porter un jugement synthétique sur l'ensemble de la politique sanitaire et sociale qui sera proposée à la Nation pour 1970. Ce jugement est malheureusement peu optimiste. Si l'an dernier, à pareille époque, à propos de la loi de finances pour 1969, votre commission devait déplorer ce qu'elle a appelé le « saupoudrage » des crédits comportant au fil des années quelques variations d'intensité et de localisation dont il n'est pas évident qu'il corresponde exactement aux besoins et aux urgences, elle formulera cette année un avis encore plus pessimiste.

A l'exception des dépenses de Sécurité sociale qui, reposant sur la notion de salaire différé, ne sauraient lui être agrégées, le budget sanitaire et social de la Nation n'occupe pas, dans l'ordre des priorités, la place qui devrait lui revenir.

Nous en voulons pour preuve :

— la part véritablement faible que représentent, dans le budget de l'Etat, les dépenses des Affaires sociales (un peu moins de 4 %) et, plus spécialement, les dépenses de Santé publique considérées *stricto sensu* (2,7 %) ;

— la place malheureusement privilégiée, la seconde, que ce même budget des Affaires sociales occupe, dans la hiérarchie des sacrifices, si l'on considère la liste des pourcentages affectant en diminution, par rapport à 1969, le volume des autorisations de programme, pour la plupart des postes du Budget civil (réduit dans sa totalité de 8,3 %) :

Justice : — 66 % ; *Affaires sociales* : — 28,1 % (transfusion sanguine : — 68,6 % ; hôpitaux non C.H.U. : — 62,3 % ; hospices et maisons de retraite : — 57 % ; C. H. U. : — 11,6 %, etc.) ; Agriculture : — 17,8 % ; Jeunesse et Sports : — 16,4 % ; Transports terrestres : — 15,9 % ; Equipement et logement : — 9,1 %, etc.

Il semble ensuite, que sans bien entendu remettre en cause le principe, malheureusement inéluctable en période difficile, de l'« enveloppe budgétaire » fixée *ne varietur*, il ne pourra même pas être fait un usage maximum et optimum des crédits prévus, la machine administrative étant là comme, hélas ! dans presque toute l'administration, arrivée à un point de complication tel, à la recherche d'une impossible perfection, qu'elle est en grande partie « grippée ». Nous avons l'impression qu'à bref délai, si une thérapeutique qu'on appelle « chirurgicale » n'est pas appliquée d'urgence, aucune des réformes de quelque importance, qui pourtant s'imposent, ne pourra plus être entreprise ou menée à bonne fin, faute de risquer l'affaïssement simultané de toute l'ossature administrative de l'Etat.

Les membres de votre commission exerçant presque tous, comme la grande majorité du Sénat, des fonctions électives au niveau des collectivités locales, sont angoissés aux postes d'observation privilégiés qu'ils occupent devant ce spectacle de la paralysie qui, année après année, gagne du terrain.

De nombreux exemples peuvent être donnés de cette néfaste évolution ; nous en retiendrons quelques-uns, volontairement choisis dans des domaines divers :

— *la direction de l'équipement social*, dont la redoutable réputation s'est répandue parmi les administrateurs et élus, nationaux aussi bien que locaux, sous l'appellation familière « le Vésinet » a fixé des normes de construction si inutilement draconiennes, des procédures si longues et si tracassières, institué un tel monopole de fait en faveur de quelques bienheureux architectes, qu'il ne sera bientôt plus possible de construire à l'échelle humaine ;

— *Le V° Plan*, dont les ambitions initiales étaient cependant bien modestes, puisque l'estimation technique des besoins en matière d'équipements sanitaires et sociaux ayant été fixée en 1965 à un montant de beaucoup supérieur, c'est en fin de compte 12,65 milliards au total, dont seulement 2,95 milliards à la charge de l'Etat, qui furent retenus.

Depuis le lancement de ce Plan minimum, la situation s'est gravement détériorée puisque, de l'avis même de l'un des rapporteurs des crédits du Commissariat au Plan à l'Assemblée

Nationale, M. Duval (avis n° 837, tome XII, page 9) « en fait, les réalisations dans le secteur social ne semblent pas devoir dépasser 63 % des prévisions » (1).

Votre commission estime cette défaillance, ce manquement à des engagements pris avec soi-même, d'autant plus désagréables et inquiétants que la France, tard venue aux concepts de la planification, avait psychologiquement besoin d'une réussite en cette matière qui aurait eu valeur exemplaire. Nous constatons que le fossé s'est dangereusement élargi entre la réalité et un plan qui, de plus en plus, fait figure de pure spéculation intellectuelle, de jeu de l'esprit pour les spécialistes d'une nouvelle science abstraite.

— *les prix de journée dans les hôpitaux publics* sont établis selon une méthode sur les défauts de laquelle avec beaucoup d'autres organismes ou institutions, et depuis de nombreuses années, votre Commission des Affaires sociales a attiré l'attention : la division pure et simple du total des dépenses de l'hôpital par le nombre de journées d'hospitalisation. Parmi ces dépenses, certaines sont légitimement prises en compte : celles qui correspondent au service hôtelier, d'une part, et celles qui couvrent les frais médicaux, chirurgicaux, paramédicaux et pharmaceutiques de l'autre. Encore serait-il sans doute beaucoup plus aisé d'appréhender les imperfections toujours possibles du système de gestion et les remèdes applicables, si ces différents postes faisaient l'objet d'une ventilation très nette et d'une comptabilité distincte par établissement. Mais d'autres dépenses, très élevées, viennent au moins pour partie affecter les prix de journée et par contrecoup grever indûment les charges déjà si lourdes des régimes de Sécurité sociale lorsque les malades sont assurés sociaux, le budget personnel des malades non assurés : il s'agit des frais d'amortissement des investissements, des dépenses d'équipements, des dépenses d'enseignement et de recherche.

Depuis des années, votre commission fait observer que de telles dépenses devraient être considérées comme charges d'Etat, au même titre que les dépenses de l'Education ou de la Défense nationale.

---

(1) M. Duval fait précéder cette estimation des considérations suivantes : « En matière d'équipement sanitaire et social, le taux d'exécution, à la fin du V<sup>e</sup> Plan, devrait être de 100 %. Toutefois, ce pourcentage dissimule une réalité bien différente. En effet, la contribution de l'Etat avait été fixée sur la base d'un taux de subvention réduit. Les diminutions envisagées n'ayant pu être opérées, le taux calculé sur la base des autorisations de programme surestime le degré réel d'avancement des travaux. Par ailleurs, les retards sont particulièrement importants pour la partie qui devrait être réalisée sans subvention de l'Etat. »



Le malade, ou l'organisation de protection sociale qui, en tout ou en partie, se substitue à lui, ne devrait pas être mis à contribution pour le financement des travaux de l'hôpital qui l'accueille.

Malgré cela, et malgré les quelques éphémères espoirs qui, de temps à autre, nous furent donnés, il semble que rien ne pourra venir modifier la marche de la machine telle qu'elle fonctionne, c'est-à-dire mal. De crainte qu'elle s'effondre, on préfère ne toucher à rien.

— *les dépenses d'aide sociale* sont en passe de devenir un gouffre pour les deniers de l'Etat : alors qu'un pourcentage toujours croissant de personnes, malgré la modicité souvent excessive des taux, bénéficient de droits à pension au titre des divers régimes de retraite mis en place depuis 1930 et du droit aux prestations maladies et autres d'un régime de protection sociale, les crédits du chapitre 46-22 — aide sociale et aide médicale — qui représenteront à eux seuls, en 1970, non compris les dépenses du Fonds de solidarité nationale, 44,5 % du budget total des affaires sociales ne cessent de croître d'année en année :

1968 : 2.529.300.000 F .....	+ 14,2 %
1969 : 2.886.844.750 F .....	+ 14,8 %
1970 : 3.296.844.750 F .....	+ 14,2 %

Il semble, là encore, qu'il ne soit possible de rompre l'enchantement ni dans le rythme de la progression ni dans l'injustice dont se trouvent frappées les collectivités locales, faute de parvenir à moderniser la grille de répartition des dépenses entre l'Etat et elles.

Enfin, nous voudrions recommander la lecture des réponses faites au questionnaire rédigé par votre commission (1) à l'occasion de la préparation de la présente discussion du projet de loi de finances ; dans l'ensemble, elles sont documentées et intéressantes, correspondant au désir d'information qui avait été exprimé ; plusieurs d'entre elles, cependant, portent aussi la trace de ces symptômes alarmants que nous venons d'évoquer.

Certaines des questions posées, parmi les plus importantes, sont malheureusement demeurées sans réponse (2).

\*  
\* \*

---

(1) N. B. — Voir annexe II.

(2) N. B. — Voir annexe III.

Les exemples de cette paralysie sournoise qui nous semble hélas gagner le corps social, pourraient être multipliés.

La même leçon se dégage de chacun d'eux : les dépenses qui pourraient régresser, augmentent ; celles qui devraient diminuer, progressent ; d'innombrables études, dont certaines sont intéressantes mais qui, trop souvent, paralysent l'action ou la remplacent, sont entreprises, des statistiques parmi lesquelles il en est d'instructives sont établies ; lorsqu'un problème est devenu aigu, on s'empresse de créer la commission ou le comité de travail qui, constitué au moment de sa genèse, aurait permis d'en prévenir l'aggravation, et ne peut plus, dès lors qu'en différer ou ajourner le règlement.

Tout cela apparaît à votre Commission des Affaires sociales comme le fruit de mauvaises méthodes de travail, appliquées à un appareil usé et peu capable de recevoir ou de se donner les adaptations nécessaires. Cela explique le jugement morose et sans enthousiasme qu'elle porte sur le projet de budget qu'elle a étudié.

Telles sont les conditions dans lesquelles, ayant adopté à l'unanimité le présent avis, elle a décidé de s'en remettre à la sagesse du Sénat quant à l'adoption des crédits de la Santé publique pour 1970.

# ANNEXES

---

## ANNEXE N° 1

---

### L'ORGANISATION MINISTERIELLE APRES LA DISPARITION DU MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES

---

#### 1° Décret n° 69-722 du 10 juillet 1969 relatif aux attributions du Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Population.

(*Journal officiel* du 11 juillet 1969.)

Art. 1<sup>er</sup>. — Le Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Population exerce les attributions précédemment dévolues au Ministre des Affaires sociales en ce qui concerne le travail, l'emploi, la formation professionnelle, les relations professionnelles, l'élaboration de la politique démographique, les migrations à l'intérieur du territoire français, l'immigration, les actions en faveur des immigrés et les naturalisations.

En conséquence sont placés sous son autorité :

La direction générale du travail et de l'emploi ;

La direction de la population et des migrations.

Le Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Population assure la présidence du comité interministériel de la population et de la famille en cas d'empêchement du Premier Ministre.

Le Haut Comité consultatif de la population et de la famille est placé auprès de lui. Il en assure la présidence.

Art. 2. — L'inspection générale des affaires sociales, la direction de l'administration générale, du personnel et du budget, le service des études et prévisions et la division des relations internationales sont, pour l'exercice des attributions définies à l'article 1<sup>er</sup>, placés sous l'autorité du Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Population.

Art. 3. — La gestion des personnels appartenant à des corps communs au Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Population et au Ministère de la Santé publique et de la Sécurité sociale est assurée conjointement par les deux Ministres.

Art. 4. — Pour la gestion des administrateurs civils, le Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Population et le Ministère de la Santé publique et de la Sécurité sociale sont réputés constituer un seul département ministériel.

#### 2° Décret n° 69-723 du 10 juillet 1969 relatif aux attributions du Ministre de la Santé publique et de la Sécurité sociale.

(*Journal officiel* du 11 juillet 1969.)

Art. 1<sup>er</sup>. — Le Ministre de la Santé publique et de la Sécurité sociale exerce les attributions précédemment dévolues au Ministre des Affaires sociales en ce qui concerne la santé publique, la famille, la vieillesse, l'action sociale et la sécurité sociale.

En conséquence, sont placés sous son autorité :

La direction générale de la santé publique ;  
La direction générale de la famille, de la vieillesse et de l'action sociale ;  
La direction de l'assurance maladie et des caisses de sécurité sociale ;  
La direction de l'équipement social ;  
Le service des établissements ;  
Le service central de la pharmacie et des médicaments.

Art. 2. — L'inspection générale des affaires sociales, la direction de l'administration générale, du personnel et du budget, le service des études et prévisions et la division des relations internationales sont, pour l'exercice des attributions définies à l'article 1<sup>er</sup>, placés sous l'autorité du Ministre de la Santé publique et de la Sécurité sociale.

Art. 3. — La gestion des personnels appartenant à des corps communs au ministère de la santé publique et de la sécurité sociale et au ministère du travail, de l'emploi et de la population est assurée conjointement par les deux ministres.

Art. 4. — Pour la gestion des administrateurs civils, le Ministère de la Santé publique et de la Sécurité sociale et le Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Population sont réputés constituer un seul département ministériel.

**3<sup>e</sup> Circulaire n° 248 du 31 juillet 1969 relative au rattachement des services, organismes et personnels constituant l'ancien Ministère des Affaires sociales.**

(Non parue au *Journal officiel*.)

LE MINISTRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA POPULATION  
ET LE MINISTRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA SÉCURITÉ SOCIALE  
à  
MESSIEURS LES DIRECTEURS ET CHEFS DE SERVICE

I. — Les décrets n° 69-722 et 69-723 du 10 juillet 1969 ont prévu le rattachement soit au Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Population, soit au Ministre de la Santé publique et de la Sécurité sociale, de la plupart des services précédemment constitués dans le cadre du Ministère des Affaires sociales.

Sont ainsi rattachées au Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Population : la Direction générale du travail et de l'emploi et la Direction de la population et des migrations.

Sont rattachés au Ministre de la Santé publique et de la Sécurité sociale : la Direction générale de la santé publique, la Direction générale de la famille, de la vieillesse et de l'action sociale, la Direction de l'assurance maladie et des caisses de sécurité sociale, la Direction de l'équipement social, le Service des établissements et le Service central de la pharmacie et des médicaments.

Par contre, certains services se trouvent, de par la nature de leurs fonctions, dans une situation particulière. Il en est ainsi de l'Inspection générale des affaires sociales, de la Direction de l'administration générale, du personnel et du budget, du Service des études et prévisions et de la division des relations internationales, qui, aux termes de l'article 2 des décrets précités, sont placés respectivement sous l'autorité de chacun des deux ministres pour l'exercice de ses attributions.

Ces services, qui fonctionnent comme des services communs aux deux ministères, recevront donc des directives des deux ministres, chacun pour ce qui le concerne.

Dans certains cas, et notamment pour l'inspection générale des affaires sociales qui comporte des groupes individualisés dans les domaines du travail, d'une part, de la santé publique et de la sécurité sociale, d'autre part, cette situation n'entraînera

pas de difficulté d'application. Dans les autres cas, une coordination pourra s'avérer nécessaire ; elle sera effectuée par nos cabinets que je vous prie de bien vouloir saisir des problèmes que vous pourrez rencontrer.

II. — Les *organismes* (établissements, comités, commissions, associations, etc.) qui dépendaient du Ministère des Affaires sociales sont rattachés à l'un ou l'autre des deux nouveaux Ministères en fonction de leur objet :

— au Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Population : le Centre de formation des inspecteurs du travail et de la main-d'œuvre, l'Agence nationale pour l'emploi, l'Association nationale pour la formation professionnelle des adultes, le Comité d'étude et de liaison des problèmes du travail féminin, l'Office national d'immigration, le Fonds d'action sociale pour les travailleurs migrants, le Haut Comité consultatif de la population et de la famille, l'Institut national d'études démographiques, le Centre d'information sur les problèmes de population ;

— au Ministère de la Santé publique et de la Sécurité sociale : l'Ecole nationale de la santé publique, l'Institut national de la santé et de la recherche médicale, le Laboratoire national de la santé publique, les Caisses nationales de Sécurité sociale (assurance maladie, assurance vieillesse des travailleurs salariés, allocations familiales), le Centre de Sécurité sociale des travailleurs migrants, le Centre d'études supérieures de Sécurité sociale.

Cependant, des organismes qui sont rattachés à l'un des deux Ministères, en raison de leur activité principale, interviennent dans des matières qui relèvent de la compétence de l'autre Ministère. Il en est ainsi notamment du Haut Comité consultatif de la population et de la famille, de l'Institut national d'études démographiques, du Centre d'information sur les problèmes de population.

Ces organismes prêteront leur concours à chaque Ministère pour ce qui le concerne. Les problèmes de coordination qui pourront se poser seront soumis à nos cabinets, qui les régleront d'un commun accord.

Il en sera de même pour la Commission de l'informatique, qui continuera à être un organisme commun aux deux Ministères.

II. — Aux termes des articles 3 et 4 des décrets précités, la gestion des *personnels appartenant à des corps communs aux deux Ministères* est assurée conjointement par les deux Ministres ; de la même façon les deux Ministères sont réputés constituer un seul département ministériel pour l'application des dispositions relatives à la gestion des *administrateurs civils*.

Les décisions qui interviendront dans ces domaines seront donc prises conjointement par les deux Ministres (ou, dans le cadre des délégations qui lui sont consenties, par le Directeur de l'Administration générale, du personnel et du budget).

## ANNEXE N° 2

### QUESTIONS POSEES PAR LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES DU SENAT A M. LE MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA SECURITE SOCIALE. — REPONSES

#### QUESTION N° 4 (1). — Application du Traité de Rome.

Dans le cadre des dispositions du Traité de Rome prévoyant la liberté d'établissement, où en est l'évolution des négociations en ce qui concerne :

- la reconnaissance mutuelle des diplômes ;
- la réglementation communautaire des différentes professions médicales et para-médicales ainsi que des professions vétérinaires et pharmaceutiques d'officine ou de laboratoire ?

En particulier, à quelle date peut-on espérer voir adoptées les propositions de directives de la Commission (publiées au *Journal officiel* des Communautés européennes, n° 54 c, du 28 avril 1969) et quelles dispositions le Gouvernement français a-t-il prises en ce qui concerne la modification de la législation et de la réglementation nationales pour permettre une application rapide des décisions européennes ?

*Réponse.* — 1° Professions médicales et para-médicales :

Les propositions de directives concernant les médecins et les praticiens de l'art dentaire, établies par la Commission des Communautés européennes à la suite de réunions avec les experts gouvernementaux, ont été déposées au Parlement européen où elles vont faire l'objet d'une discussion lors de la prochaine session.

Rappelons que ces propositions visent à :

- la reconnaissance mutuelle des diplômes ;
- la réalisation de la liberté d'établissement et de la libre prestation de services pour les activités non salariées du professionnel considéré ;
- la coordination des dispositions législatives, réglementaires et administratives concernant l'accès aux activités non salariées du professionnel et leur exercice.

Les propositions de directives concernant les autres professions médicales (sage-femme) et para-médicales sont encore à l'étude à la Commission des Communautés européennes. L'étude de certaines d'entre elles est très avancée : infirmière, opticien-lunetier, etc.

Compte tenu de la procédure d'adoption des directives prévue par le Traité de Rome, il semble possible de prévoir que les directives concernant les médecins et les praticiens de l'art dentaire interviendront dans les deux années qui viennent.

Les modifications à prévoir des dispositions du Code de la santé qui régissent l'exercice des professions médicales ont été mises à l'étude. Elles ne pourront être arrêtées définitivement que lorsque les directives seront intervenues. A cet effet, un délai d'un an est prévu dans les directives afin de permettre d'effectuer l'harmonisation des dispositions législatives qui s'avère nécessaire.

2° Professions pharmaceutiques d'officine ou de laboratoire :

Conformément aux dispositions de l'article 100 du Traité de Rome, la Commission des Communautés présentait au Conseil, à la date du 10 mars 1969, sept propositions de directives fixant les modalités de la réalisation de la liberté d'établissement pour certaines activités relevant de l'exercice de la pharmacie.

---

(1) Les questions portant les numéros 1, 2, 3, 6, 13 et 14, demeurées sans réponse de la part du Ministre à la date du 27 novembre 1969, font l'objet de l'annexe n° 3.

Ces propositions étaient publiées, comme l'indique la commission au *Journal officiel des Communautés européennes*, n° 54 c, du 28 avril 1969.

Deux d'entre elles visent, l'une « à la reconnaissance mutuelle des diplômes, certificats et autres titres de pharmacien », la seconde à l'instauration d'un programme d'études, unique pour les six pays, en vue de l'obtention du diplôme de pharmacien.

Les cinq autres proposent une réglementation communautaire de la fabrication, de la répartition et — partiellement de la vente au détail des médicaments.

A la date du 26 mars 1969, le Président du Conseil des Ministres sollicitait les avis requis par l'article 100 du Traité de Rome.

Le 7 mai 1969, le bureau du Comité économique et social chargeait la section spécialisée pour les questions économiques d'un avis et d'un rapport complémentaires sur les deux propositions relatives à la fabrication. La section spécialisée pour les activités non salariées et les services était parallèlement chargée des travaux sur l'ensemble des propositions.

La section spécialisée pour les questions économiques formulait projet de rapport complémentaire et projet d'avis complémentaire sur les deux propositions intéressant la fabrication du médicament, à la date du 15 septembre 1969.

Le Ministre de la Santé publique et de la Sécurité sociale n'a pas été informé de ce qu'un autre stade ait été atteint dans les travaux des organismes consultatifs.

Par ailleurs, sur les instances pressantes de la représentation permanente française, il avait été décidé que l'examen desdites propositions de directives serait abordé par le groupe des questions économiques les 23 et 24 octobre 1969. A la demande l'un des Etats-membres la réunion a été ajournée.

Sur le plan national, plusieurs réunions des représentants des Ministères intéressés ont été organisées par M. le Premier Ministre (Secrétaire général du Comité interministériel pour les questions de coopération économique européenne) en vue de dégager les instructions du Gouvernement destinées à notre représentation permanente.

Si pour « profession pharmaceutique de laboratoire » il est envisagé l'exercice de la biologie clinique, précisons que cette activité, qui ne relève exclusivement de l'exercice de la pharmacie dans aucun des Etats-membres, fera l'objet d'études particulières qui n'ont pas été abordées à ce jour par la commission.

B. — A quelle date peut-on espérer voir adoptées les propositions de directives de la commission ?

Le Conseil devant, en matière de directive, statuer à l'unanimité, il est impossible au Ministre de la Santé publique et de la Sécurité social, ou même au Gouvernement français, de prévoir la date à laquelle les propositions de directives pourront être arrêtées, pas plus que la forme sous laquelle elle le seront.

C. — Quelles dispositions le Gouvernement français a-t-il prises en vue de traduire les décisions européennes dans son droit national ?

En ce qui concerne les points de notre législation nationale présentant un particularisme absolu et devant, de ce fait, s'opposer obligatoirement à la réalisation de la liberté d'établissement, le Gouvernement français a pris des mesures « préventives » avec la promulgation de l'article 8 de l'ordonnance n° 67-827 du 23 septembre 1967 (*J. O.* du 28 septembre) modifiant l'article L. 596 du Code de la Santé publique.

De nombreuses dispositions figurant dans les propositions de directives ne font que reproduire notre législation, qui sert fréquemment de modèle pour les travaux de Bruxelles.

D'autres sont encore à l'étude et leur sort est incertain, du fait qu'elles suscitent une vive opposition de plusieurs Etats-membres, voire de la majorité d'entre eux.



En ce qui les concerne, il est indispensable d'attendre la décision communautaire pour prendre des dispositions de quelque ordre que ce soit. Il en va de même de la levée des conditions de nationalité, exigées du pharmacien, tant par l'article L. 514 de notre Code de la Santé publique que par la plupart des législations des autres Etats-membres.

**QUESTION N° 5. — Médecine de service public et para-public.**

La commission demande que lui soient fournis les renseignements lui permettant d'apprécier la situation actuelle de médecine de service public et para-public.

Elle souhaite notamment être informée sur le nombre de médecins exerçant des fonctions professionnelles dans les services de l'Etat, des collectivités locales, des établissements publics, des entreprises nationales, des services de contrôle des divers organismes de protection sociale, les tableaux faisant apparaître la nature du lien qui les unit à l'employeur (fonctionnaires, salariés à temps complet ou partiel, contractuels, vacataires, etc.).

Elle désire également recevoir le maximum d'indications sur les types les plus courants de procédés de recrutement, d'échelles de rémunération, d'organisation des carrières de ces médecins.

*Réponse.* — Le Ministère de la Santé publique et de la Sécurité sociale n'assure pas la tutelle de l'ensemble des médecins exerçant une activité professionnelle (soit à temps complet, soit à temps partiel) dans les services publics ou para-publics mentionnés dans la question posée par la commission.

Compte tenu des délais de réponse impartis, les renseignements fournis ci-après concernent les seuls médecins exerçant dans les services du Ministère de la Santé publique et de la Sécurité sociale ou dans les services ayant des liaisons avec ce Ministère, dans les services du Ministère du Travail et aux Armées.

Le Ministère de la Santé publique et de la Sécurité sociale s'efforce de recueillir des renseignements complémentaires auprès des autres administrations de l'Etat et des entreprises nationalisées. Ils seront communiqués ultérieurement à la Commission des Affaires sociales du Sénat (1).

**QUESTION N° 7. — Institut Pasteur. Quelle est l'évolution pour les années 1968, 1969 et 1970 de la situation administrative et financière de l'Institut Pasteur.**

*Réponse.* — 1° Centre de recherche et d'enseignement :

La situation de l'Institut Pasteur n'ayant pas encore été fondamentalement modifiée, les problèmes qui se posaient à lui en 1968 demeurent en 1969. En effet, les services de production n'ont pu encore être transférés hors de Paris et, faute des moyens nécessaires, les aménagements de locaux, les attributions de crédits et le recrutement de personnel scientifique sont demeurés insuffisants.

Il convient tout d'abord de noter que, si les événements des mois de mai et juin 1968 ont eu nécessairement des répercussions à l'Institut Pasteur, celles-ci n'ont à aucun moment revêtu de caractère dramatique. Ceci peut être attribué au fait que les réformes nécessaires avaient déjà été entreprises depuis quelques années. Il s'est fait jour, cependant, un légitime souci d'information et le souhait, pour le personnel, d'être davantage associé à la marche de la maison. Les différents organismes existants devraient satisfaire ce souci. Il s'agit plutôt, en l'occurrence, d'améliorer leur fonctionnement.

---

(1) A cette réponse était jointe une première documentation très complète et correspondant parfaitement aux désirs exprimés par la commission; le volume de ces notes, qui seront utilisées par la commission au cours de ses travaux ultérieurs, a conduit à ne pas en prévoir l'impression.

#### Problèmes de locaux :

Les problèmes de locaux demeurent les plus préoccupants, aussi bien en ce qui concerne les services de recherche que les services d'enseignement.

Pour les services de recherche, le manque de locaux empêche de donner à plusieurs unités pour lesquelles cela est indispensable des moyens de travail appropriés. Il est également impossible, de ce fait, d'implanter des activités de recherche nouvelles, dont la présence serait cependant nécessaire.

Faute d'indications précises sur la date à laquelle pourront être libérés les locaux occupés par des services de production, la seule perspective actuellement ouverte le sera par l'achèvement du bâtiment de biologie moléculaire. Les travaux ont été entrepris en mars 1968. Il est prévu que le bâtiment sera terminé à la fin du premier trimestre de l'année 1971.

L'édification du bâtiment de biologie moléculaire, qui s'inscrit dans un plan d'ensemble d'extension de l'Institut Pasteur, permettra vraisemblablement d'amorcer un regroupement des services et laboratoires appartenant à un même département. Cependant, la mise en route de cet important ensemble a nécessité la destruction de plusieurs bâtiments existants : les anciennes écuries dite « de l'Urbaine », qui abritaient l'animalerie centrale, mais aussi un bâtiment plus récent qui hébergeait en particulier la singerie.

Ces démolitions ont soulevé des problèmes difficiles pour le relogement des animaux. Une nouvelle singerie a été installée dans le rez-de-chaussée du bâtiment dit de la « Tuberculose ». Les autres animaux ont été relogés de façon précaire, en particulier dans un petit bâtiment préfabriqué occupé antérieurement par le Service de microbiologie du sol. Il est indispensable de prévoir à brève échéance la construction d'une animalerie moderne.

Le service de microbiologie du sol, dirigé par M. Pochon, a pu s'installer dans les nouveaux locaux aménagés à son intention à Jouy-en-Josas. La construction d'une serre, nécessaire à ce service et à celui d'oncologie végétale, dirigé par M. Manigault, est actuellement à l'étude.

Enfin, des aménagements ont pu être apportés à plusieurs services de l'Institut Pasteur : service d'épidémiologie (M. Baltazard), service d'immunochimie analytique (M. Oudin), service de physiologie cellulaire (M. Schaeffer), service de génétique cellulaire (M. Jacob), laboratoire de la rage (MM. Atanasiu et Gamet).

#### Organisation du centre de recherche :

Après une étude par le Conseil scientifique et une enquête auprès des responsables de services et de laboratoires, le Conseil d'administration a adopté, le 9 juin 1968, le projet d'organisation de l'Institut Pasteur en départements de recherche. Les modalités de constitution et de fonctionnement des départements ont été arrêtés pour une période transitoire, expérimentale, qui doit en principe s'étendre jusqu'à la fin de l'année 1970.

Les départements dont la liste a été définie après accord du Conseil scientifique sont les suivants :

- bactériologie et épidémiologie des infections bactériennes ;
- virologie et épidémiologie des infections virales ;
- écologie des agents pathogènes et de leurs vecteurs ;
- biologie moléculaire ;
- immunologie ;
- physiopathologie expérimentale et immunologie médicale ;
- chimie, chimie physique et génétique microbiennes.

A ces départements, il convient d'ajouter trois départements, dont chacun pose des problèmes particuliers :

- le département de cancérologie, radiobiologie et embryologie expérimentale (laboratoires de l'Institut du radium et de Sannois) ;
- le département de recherche de développement ;
- le département clinique.

Depuis cette décision, cinq départements ont été constitués. Les Conseils de ces départements ont été installés et les responsables de ces départements désignés.

#### Département d'immunologie :

La création des départements constitue un cadre intéressant pour la recherche ; toutefois, le rendement escompté n'aura son plein effet que lorsque les problèmes de locaux seront résolus pour permettre d'effectuer les regroupements nécessaires.

#### Modifications internes et problèmes du personnel scientifique :

A la fin de l'année 1968, un certain nombre de chefs de service ont atteint l'âge de la retraite ou quitté l'Institut.

Les problèmes de recrutement de personnel scientifique restent préoccupants. Un nouveau statut du personnel scientifique a fait l'objet de nombreuses études au cours de l'année 1968 et a été adopté définitivement par le conseil d'administration, le 21 juin 1969. Il entrera en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1970.

Il convient de souligner enfin que le recrutement des jeunes chercheurs est intimement lié à la réorganisation et à l'extension des enseignements de l'Institut Pasteur.

#### Problèmes d'enseignement :

L'Institut Pasteur est traditionnellement un centre d'enseignement supérieur, et il a, dans le passé, rendu à ce titre d'éminents services à la collectivité nationale. La plupart des microbiologistes, épidémiologistes ou immunologistes français y ont reçu leur formation et nombreux sont les microbiologistes étrangers, tout particulièrement dans les Etats où l'influence culturelle française est importante, qui s'y sont spécialisés.

S'il apparaît indispensable aux yeux de la plupart des microbiologistes français de prévoir l'extension de cet enseignement, rien ne peut être entrepris dans ce domaine tant que l'Institut Pasteur ne disposera pas de locaux d'enseignement appropriés. Les enseignements de microbiologie générale, de bactériologie et virologie médicale, de microbiologie du sol et d'immunologie sont actuellement tous donnés dans deux salles incluses dans le service de microbie technique pour lequel ils constituent une gêne considérable. On peut même se demander si, en l'absence d'une solution adaptée aux besoins actuels de l'enseignement, il sera possible de maintenir longtemps la formule actuelle.

La loi d'orientation de l'enseignement supérieur devrait offrir la possibilité d'établir une liaison entre l'Institut Pasteur et l'Université.

#### 2° Centre d'application :

Au cours des neuf premiers mois de 1969, la nouvelle organisation du centre de production de l'Institut Pasteur a été poursuivie. L'effort a continué à porter sur deux plans, d'abord celui de l'organisation industrielle, afin de donner au centre des structures permettant une modernisation de ses méthodes et une productivité accrue, ensuite celui de la rénovation de ses productions elles-mêmes, pour maintenir le niveau de qualité qui est le leur. Parallèlement ont été mis sur le marché les premiers vaccins absorbés sur phosphate de calcium et préparé le vaccin tétravalent (diphthérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche), qui est sans nul doute la création la plus originale en la matière de ces dernières années.

Sur un autre plan, la mise en place d'un véritable service commercial est devenue effective. Pour les produits de laboratoire, un réseau de visiteurs médicaux fonctionne, des dépositaires assurent la distribution des produits de l'Institut sur l'ensemble du territoire national et des contrats de distribution à l'exportation ont été préparés.

Pour les produits humains, le contrat de distribution liant l'Institut Pasteur au laboratoire Roger Bellon, contrat qui fait suite à celui qui, depuis vingt ans, avait confié à ce laboratoire la distribution des produits vétérinaires, a permis de mettre en place un potentiel commercial sans commune mesure avec le passé, qui doit apporter les moyens d'une promotion dynamique de nos produits.

L'ensemble de ces mesures s'est traduit par une augmentation très sensible du chiffre d'affaires qui, au 30 septembre 1969, était supérieur de 20,6 % à celui de la période correspondante de 1968 (37.767.300 F contre 31.818.000 F en 1968).

Il est à noter qu'en 1968, le bénéfice net du centre de production affecté au financement des dépenses du centre de recherche a été de 8.212.000 F.

Parallèlement ont été poursuivies les études préalables à une implantation nouvelle du centre de production, qui seule pourra permettre non seulement une production très nettement plus élevée en quantité mais encore lui assurer une rentabilité plus élevée.

Il a été impossible à l'Institut Pasteur d'installer son centre de production sur les terrains lui appartenant à Rennemoulin (Yvelines) situés à quelques kilomètres de ses laboratoires actuels de production de Garches.

En conséquence, l'Institut Pasteur a recherché dans la couronne du bassin parisien un lieu d'implantation qui remédierait en partie à l'éloignement de son centre de production, de son centre de recherche, et son conseil d'administration sera amené prochainement à prendre sur ce plan une décision définitive.

Seule en effet la construction d'un centre de production moderne lui permettra de réaliser des bénéfices suffisants pour faire vivre, avec une aide raisonnable de l'Etat, le centre de recherche et d'enseignement qui est, pour l'Institut Pasteur, sa véritable vocation et sa véritable raison d'être.

### 3° Situation financière :

La situation financière de l'Institut Pasteur, grave depuis l'année 1962 qui a vu le déficit s'instaurer pour la première fois dans son compte d'exploitation, ne s'est pas améliorée en 1969.

Les causes de ce déficit budgétaire sont doubles. Le coût de la recherche biologique s'est considérablement accru depuis la deuxième guerre mondiale : toute recherche nécessite des équipes plus nombreuses et un matériel de plus en plus coûteux. Parallèlement, les ressources de l'Institut Pasteur ne se sont pas accrues au rythme de l'accroissement du coût du travail scientifique dans la mesure où, d'une part, les revenus de son Fonds de Dotation, ont été régulièrement laminés par les dévaluations successives depuis 1918 et, d'autre part, il a perdu le monopole de la fabrication des sérums et vaccins qui était pratiquement le sien jusqu'à la fin de la seconde guerre mondiale. La réalité a pu être masquée grâce à la découverte du vaccin antipoliomyélique et aux vaccinations massives qui ont suivi, mais il était certain que ce ne pouvait être qu'une rémission.

Depuis 1962 donc le budget de cette institution qui a tant contribué au prestige international de la science française a connu des déficits croissants qui ont amené l'Etat, en 1965, à lui accorder pour la première fois depuis sa création en 1888, une aide importante.

Il est apparu cependant — et 1969 peut être à cet égard une année remarquable — que malgré un accroissement très sensible de son chiffre d'affaires, donc de ses ressources propres, l'augmentation des charges salariales qui, pour le Centre de Recherche, représentent 79,5 % des charges directes, et l'application de la T. V. A. dont l'Institut était jusque là exonéré rendent la situation financière de l'Institut extrêmement difficiles.

Les dépenses du centre de recherche en 1968 se sont élevées à 29.315.000 F :

Leur financement a été assuré par :

— l'excédent des recettes sur les dépenses du centre d'application, soit 28 % .....	8.212.000 F.
— les produits financiers et les produits accessoires, soit 17 % ...	4.980.000
— la subvention de l'Etat (fonctionnement) .....	10.950.000

Le déficit apparaît donc pour .....

---

5.173.000 F.

Il est à noter que l'Institut Pasteur a, en 1968, financé par ses ressources propres son centre de recherche à raison de 45 %.

En 1969, les produits du centre d'application, et plus généralement l'apport propre de l'Institut, seront donc vraisemblablement plus élevés mais, d'une part,

la subvention de l'Etat a été réduite de 1.300.000 F, soit environ 12 % et les charges salariales ont augmenté très sensiblement à la suite des hausses de salaires consenties dans la seconde moitié de 1968 et en 1969. Par ailleurs, les frais de fonctionnement qui n'ont connu qu'une augmentation extrêmement faible depuis plusieurs années, ont subi de leur côté des hausses de prix plus importantes que prévu et n'ont pu être tenus exactement dans les limites fixées, sous peine de voir les laboratoires de recherche condamnés à une quasi inactivité.

La trésorerie de l'Institut Pasteur a pu supporter pendant quelques années les déficits successifs de son compte d'exploitation. Mais depuis deux ans, il n'a été possible de faire face aux dépenses, que grâce à la bonne volonté des fournisseurs qui ont consenti des délais de paiement extrêmement longs. De plus, les sommes dues au titre de la T. V. A. n'ont pu être réglées en 1968 et ne l'ont été que pour les deux premiers mois de 1969.

\*  
\* \* \*

Il est difficile au Ministère de la Santé publique et de la Sécurité sociale de prévoir dès maintenant quelle sera en 1970 l'évolution de l'Institut Pasteur, qui, au demeurant, n'est pas un organisme public.

Toutefois, les circonstances ont contraint le Gouvernement à diminuer pour l'année prochaine la subvention de fonctionnement accordée à cet établissement, tout en lui assurant, il est vrai, une subvention d'équipement de 3.500.000 F en autorisations de programme. Dans ces conditions, l'Institut sera sans doute amené à augmenter ses ressources financières, et, pour y atteindre, à améliorer sa gestion, à accroître encore l'efficacité de son centre de production ainsi que du réseau commercial de distribution.

C'est ainsi que pourra se maintenir son centre de recherches qui jouit à l'étranger d'un prestige incontestable.

Par ailleurs, une étude est en cours qui doit aboutir à brève échéance à une définition plus précise des relations de l'Institut et de l'Etat.

**Compte d'exploitation prévisionnel pour l'année 1969.**

	DEPENSES	RECETTES
<i>Budget de fonctionnement.</i>		
Centre de recherche et d'enseignement.....	27.150.744	15.670.000
Centre d'application.....	30.829.532	54.160.000
Services généraux.....	13.693.637	371.750
<b>Total .....</b>	<b>71.673.913</b>	<b>70.201.750</b>
Hôpital .....	2.548.750	2.548.750
<b>Total fonctionnement.....</b>	<b>74.222.663</b>	<b>72.750.500</b>
Budget d'investissement.....	1.276.330	»
<b>Total général.....</b>	<b>75.498.993</b>	<b>72.750.500</b>
Déficit prévisionnel.....		2.748.493
		<b>75.498.993</b>

**QUESTION N° 8 (posée le 15 octobre). — Médecins des hôpitaux psychiatriques et des services de lutte contre la tuberculose.**

Où en est l'application de l'article 25 de la loi n° 68-690 du 31 juillet 1968 portant diverses dispositions d'ordre économique et financier ?

En particulier :

a) A quelle date peut-on espérer voir publier les textes d'application ?

b) A quel chapitre et pour quel montant sont inscrits au projet de la loi de finances pour 1970, les crédits permettant de régulariser, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1968, la situation des médecins des hôpitaux psychiatriques et des médecins des services de lutte contre la tuberculose.

*Réponse.* — a) L'application des dispositions prévues par l'article 25 de la loi n° 68-690 du 31 juillet 1968 aura pour effet de soumettre les établissements concernés à la réglementation déjà applicable aux hôpitaux, et notamment à celle prévue par le décret du 11 décembre 1958 dont la modification est actuellement à l'étude dans mes services.

Les décrets individuels d'érection seront soumis au Conseil d'Etat dès que sera parvenu l'accord du Ministre de l'Economie et des Finances sur le projet de décret type. Ce texte prévoit notamment la composition de la commission administrative du nouvel établissement.

Le texte d'application de la loi du 31 juillet 1968 portant intégration des médecins des hôpitaux psychiatriques et des services antituberculeux publiés dans le cadre des médecins des hôpitaux publics, régi par le décret n° 61-946 du 24 août 1961 modifié, fait l'objet d'une ultime mise au point avec les syndicats des personnels concernés.

Un problème restait à résoudre, celui de l'accession directe dans le corps des médecins des hôpitaux psychiatriques des chefs de clinique assistants en psychiatrie inscrits sur la liste d'aptitude aux postes de maître de conférences agrégé, psychiatre des hôpitaux, établie en application du décret n° 69-330 du 11 avril 1969.

Bien que cette disposition ait été prévue pour l'ensemble des disciplines, le syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques s'est refusé jusqu'à maintenant, compte tenu du fait que la scission entre la psychiatrie et la neurologie n'est pas encore intervenue au niveau des services hospitaliers, à ce que les intéressés puissent intégrer le corps des psychiatres sans concours.

Ce problème devrait être résolu à très bref délai, et il est permis de penser que les textes d'application de la loi du 31 juillet 1968 pourront intervenir dans le courant du premier trimestre 1970.

b) Jusqu'à présent, les médecins des hôpitaux psychiatriques et les médecins des services de lutte contre la tuberculose bénéficiaient d'une rémunération indiciaire et leurs traitements étaient inscrits au chapitre 61 du budget de l'établissement dans lequel ils exerçaient leur activité.

La mise en œuvre de l'article 25 de la loi n° 68-690 du 31 juillet 1968 permettra de rémunérer ces praticiens suivant le système dit de la masse, défini par le décret n° 60-1377 du 21 décembre 1960 modifié.

Toutefois, il y a lieu d'ajouter qu'en ce qui concerne les activités de prévention qu'auraient pu exercer les médecins considérés dans les dispensaires relevant des services départementaux d'hygiène sociale, il appartiendra à l'établissement de récupérer auprès de la collectivité départementale le montant des sommes correspondant aux dites activités.

QUESTION N° 8 bis (Posée le 31 octobre.)

La commission demande comment la situation des médecins des hôpitaux psychiatriques et des services antituberculeux a pu se dégrader à ce point que plusieurs dizaines d'entre eux, au nombre desquels les représentants du syndicat national des médecins des hôpitaux psychiatriques, apparemment représentatif à plus de 90 % et plusieurs personnalités médicales et scientifiques éminentes se soient vus dans l'obligation de procéder, le 27 octobre dernier devant le Ministère de la Santé publique, à une démarche qui les a vus s'opposer aux forces du maintien de l'ordre.

Elle désire être complètement informée sur les responsabilités respectives des parties en présence et demande à quelle date seront pris le décret pour l'application de l'article 25 de la loi du 31 juillet 1968 et, par ce moyen, les mesures nécessaires au bon fonctionnement des hôpitaux psychiatriques et des services de lutte contre la tuberculose ainsi qu'à la disparition de la discrimination frappant leur personnel médical par rapport à leurs confrères des autres spécialités.

*Réponse.* — Le décret d'application de l'article 25 de la loi du 31 juillet 1968 permettant l'intégration des psychiatres des hôpitaux psychiatriques dans le corps des médecins des hôpitaux et hospices publics a été soumis au Conseil supérieur des hôpitaux le 9 juin dernier.

Ce texte, dans le souci d'unifier les différents statuts des médecins exerçant leur activité dans un établissement d'hospitalisation public, réunit non seulement le statut des médecins psychiatres, mais celui des médecins des hôpitaux dits « de 2<sup>e</sup> catégorie », des phthisiologues et des pharmaciens biologistes des centres hospitaliers et universitaires.

Il organise, en conséquence, des conditions de recrutement et un déroulement de carrière identiques pour toutes les catégories de personnel concernées.

L'une des innovations de ce texte consiste en la suppression des concours de recrutement et en leur remplacement par l'établissement d'une liste d'aptitude aux fonctions de chef de service.

Les chefs de clinique assistants des hôpitaux inscrits sur la liste d'aptitude aux fonctions de maître de conférences agrégé ont la possibilité d'être inscrits de plein droit sur les listes d'aptitude aux fonctions de chef de service.

Cette disposition, admise pour les disciplines autres que la psychiatrie, a, au contraire, été vivement contestée par le syndicat des médecins psychiatres, qui a demandé que les candidats inscrits sur la liste d'aptitude aux fonctions de maître de conférences agrégé de psychiatrie, psychiatre des centres hospitaliers et universitaires, soient dans l'obligation de subir les épreuves du concours national de chef de service des hôpitaux psychiatriques.

Or cette revendication a fait l'objet de vives critiques de la part, notamment, des représentants des chefs de clinique assistants et des internes des centres hospitaliers et universitaires, qui n'ont pas manqué de souligner :

— d'une part, que les médecins des hôpitaux psychiatriques peuvent faire acte de candidature à l'inscription sur la liste d'aptitude aux fonctions de maître de conférences agrégé, psychiatre des centres hospitaliers et universitaires.

— et, d'autre part, que la Commission nationale hospitalo-universitaire de psychiatrie chargée de dresser cette liste d'aptitude, était composée pour moitié de médecins des hôpitaux psychiatriques.

Dès lors, toutes garanties semblaient être données sur la compétence en psychiatrie des praticiens qui, jugés aptes à l'enseignement, aux soins et à la recherche en psychiatrie dans les centres hospitaliers et universitaires, pouvaient exercer des fonctions de psychiatre dans d'autres hôpitaux.

Au cours d'une réunion regroupant des représentants des différentes catégories intéressées, les mêmes positions furent maintenues.

Ayant appris que le Ministre allait être saisi personnellement de ce problème, les psychiatres ont voulu, semble-t-il, faire pression sur le Ministre pour obtenir une décision favorable à leur thèse, en négligeant de respecter la procédure de préavis préalable à toute grève.

**QUESTION N° 9. — Urgences médico-chirurgicales.**

**1° Combien d'hélicoptères à vocation sanitaire :**

- étaient en service à la date du 31 décembre 1968,
- ont été mis en service depuis cette date,
- seront mis en service en 1970 ?

*Réponse.* — Le Service national de la protection civile disposait de 20 appareils (4 Bell, 13 Alouette II, 3 Alouette III) ; la Gendarmerie nationale de 26 appareils (23 Alouette II, 3 Alouette III), soit, au total, 46 appareils, auxquels il fallait ajouter quelques appareils de l'Armée de l'Air dont l'emploi était alors occasionnel.

Depuis cette date, aucun appareil n'a été mis en service par le Service national de la protection civile, ni par la Gendarmerie nationale. Mais 4 hélicoptères des Armées (1 Alouette III, 3 H 34) ont été intégrés dans les organisations de secours de l'été 1969.

En 1970, la Gendarmerie nationale compte acquérir 2 appareils (1 Alouette II, 1 Alouette III).

**2° Combien d'aires d'atterrissage pour hélicoptères sanitaires et dans quels centres hospitaliers :**

- existaient au 31 décembre 1968,
- ont été mises en service depuis cette date,
- seront mises en service en 1970 ?

*Réponse.* — Ce recensement est en cours. Des premières réponses reçues, il apparaît que dans 65 départements, 99 hôpitaux sont dotés d'aires d'atterrissage pour hélicoptères, de nature et de qualité variables, il est vrai (1).

En 1970, l'installation de ces aires sera poursuivie : la règle est que tout hôpital habilité à recevoir des accidentés doit en être doté.

**3° Combien d'ambulances automobiles dotées de moyens de radio-transmissions et de réanimation modernes, comportant ou non la présence à leur bord d'un médecin :**

- étaient en service à la date du 31 décembre 1968,
- ont été mises en service depuis cette date,
- seront mises en service en 1970 ?

---

(1) Liste de ces hôpitaux :

Hôpitaux dotés d'hélistations : Charleville, Vouziers, Pamiers, Arles, Bayeux, Romans, Toulouse, Montpellier, Béziers, Grenoble, Mont-de-Marsan, Pithiviers, Saint-Céré, Ploërmel, Annemasse et Auxerre.

Hôpitaux dotés d'hélisurfaces : Nantua, Chauny, Soissons, Moulins, Montluçon, Manosque, Gap, Briançon, Nice, Cannes, Antibes, Menton, Grasse, Aubenas, Troyes, Narbonne, Castelnaudary, Aix-en-Provence, Caen, Aurillac, Angoulême, La Rochelle, Saint-Jean-d'Angély, Bourges, Ussel, Ajaccio, Dijon, Besançon, Morlaix, Brest, Landerneau, Quimperlé, Alès, Auch, Bordeaux-Pellegrin, Rennes, Saint-Malo, Vitré, Issoudun, Le Blanc, La Châtre, Vienne, Voiron, Bourgoin, Roanne, Saint-Chamond, Le Puy, Agen, Reims, Vitry-le-François, Vannes, Nevers, Armentières, Cambrai, Valenciennes, Maubeuge, Roubaix, Le Quesnoy, Bayonne, Lourdes, Chalon-sur-Saône, Mâcon, Paray-le-Monial, Le Creusot (Hôtel-Dieu), Le Mans, Saint-Julien-en-Genevois, Sallanches, Bonneville, Albertville, Niort, Amlens, Abbeville, Péronne, Corbie, Doullens, Castres, Montauban, Brignoles, Apt, La Roche-sur-Yon, Fontenay-le-Comte, Luçon, Montmorillon, Limoges, Epinal, Neufchâteau, Saint-Dié, Vittel, Sens, Avallon et Belfort.



*Réponse.* — Il n'est pas possible de répondre exactement à la question telle qu'elle est posée. Mais certains renseignements sont donnés ci-dessous.

**Ambulances.** — Une enquête effectuée le 9 mai 1967 et portant sur 85 départements, avait fait apparaître dans le pays l'existence de 7.480 véhicules, ainsi répartis : hôpitaux : 765 ; sapeurs-pompiers : 1.076 ; municipalités : 471 ; entreprises privées : 4.908 ; associations : 260. Cette enquête s'était efforcée de mettre en relief le niveau de qualification des conducteurs, et il apparaissait que les possesseurs d'un diplôme de secouriste (20 heures de cours environ) représentaient 47,5 % des personnels hospitaliers, 70 % des sapeurs-pompiers ; 45,2 % des employés municipaux ; 44 % des artisans ; 47 % des employés ; 90 % des membres d'associations.

Depuis lors, le nombre des véhicules a augmenté. Ces ambulances participent d'une manière inégale aux secours routiers. On peut estimer que, dans les zones rurales, la moitié environ des transports est effectuée par des entreprises privées ; le tiers par les sapeurs-pompiers, le reste par les hôpitaux, les associations, les forces de gendarmerie elles-mêmes.

**Radiotéléphonie.** — Dans le cadre de la politique menée par le Ministère de la Santé publique et de la Sécurité sociale, il y a actuellement 74 établissements hospitaliers disposant d'une liaison radiotéléphonique les mettant en communication avec 150 véhicules. Une douzaine de dossiers sont en instance. En 1970, et dans les années suivantes, l'action du ministère dans ce domaine sera développée et accélérée.

Il existe d'autres réseaux de télécommunications, propres aux sapeurs-pompiers, aux ambulanciers privés, aux Armées.

**Réanimation moderne.** — Le but poursuivi par le Ministère de la Santé publique et de la Sécurité sociale est de développer les organisations médicales de secours. C'est l'objet même du décret du 2 décembre 1965 obligeant 243 établissements à se doter d'unités mobiles, capables de mettre en œuvre du personnel médical ou paramédical.

Il s'agit d'une entreprise ardue. Actuellement déjà plus d'une trentaine d'hôpitaux tendent vers cette organisation, soit en utilisant leurs moyens financiers, soit en faisant appel à l'aide de l'Etat.

En 1970 et dans les années suivantes, le nombre de ces hôpitaux doit augmenter rapidement (30 à 50 par an).

A noter que pendant l'été 1969, 20 établissements ont reçu des médecins du contingent ou des étudiants hospitaliers, qui ont mis en œuvre des unités mobiles, dans d'excellentes conditions.

**4° Quels progrès dans les textes et dans la pratique ont été faits au cours de 1969, dans le sens d'une meilleure organisation et d'une meilleure coordination entre hôpitaux publics et privés, pour les permanences des services d'urgence médico-chirurgicales, spécialement les jours de fêtes, pendant les vacances et au cours des fins de semaine ?**

*Réponse.* — L'année 1969 a été marquée par un effort important dans le cadre de la médicalisation des secours. Ainsi qu'il a été indiqué, des équipes civiles ou militaires, dépendant de 20 hôpitaux, ont relevé plus de 3.000 blessés (1). Les organisations régionales mises sur pied à partir des centres hospitaliers universitaires de Toulouse et de Montpellier ont retenu particulièrement l'attention. Le poste de commandement régional dont sont dotés chacun de ces établissements a permis de coordonner l'utilisation des moyens existants, grâce à d'excellentes liaisons de radio-transmissions, et il a été confirmé que l'hôpital doit être le centre de coordination des opérations de secours.

Des instructions concernant les permanences médico-chirurgicales ont été rappelées à tous les préfets leur demandant de veiller tout particulièrement à l'organisation

---

(1) Entre le 28 juin et le 10 septembre.

des gardes dans les hôpitaux et établissements privés habilités à recevoir les accidentés de la route, pour les périodes du 11 au 15 juillet, du 14 au 18 août et du 29 août au 2 septembre.

Une circulaire interministérielle du 12 août 1969 (Intérieur - Santé publique) a demandé aux préfets de faire connaître les points où les antennes de secours des armées pourraient être installées en 1970.

Les services du Ministère exploitent une enquête faite dans toute la France sur l'organisation des secours et les moyens actuellement utilisés. Il est dans les intentions du Ministère de la Santé publique et de la Sécurité sociale d'utiliser les résultats de cette enquête pour développer, accélérer et améliorer les secours d'urgence. Dans le cadre de la doctrine de médicalisation des secours, des instructions précises seront données pour obtenir une meilleure coordination et partant une meilleure efficacité.

**QUESTION N° 10. — Introduction de techniciens divers dans les équipes médicales et chirurgicales.**

La commission rappelle que les Ministres compétents des précédents gouvernements semblaient avoir accueilli très favorablement les suggestions qu'elle avait formulées en considérant que le fait d'adjoindre aux équipes chirurgicales et médicales des hôpitaux des personnels spécialisés tels qu'ingénieurs, techniciens divers, diététiciennes, etc. pouvait améliorer le fonctionnement des services, l'action en faveur des malades et, contrairement aux apparences, constituer une source d'économies substantielles.

Elle demande quels progrès ont été accomplis dans cette voie depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1969 et seront accomplis en 1970 ?

*Réponse.* — Le Ministre de la Santé publique et de la Sécurité sociale a entrepris l'élaboration d'un statut des personnels techniques des établissements d'hospitalisation, de soins ou de cure publics (ingénieurs, adjoints techniques, dessinateurs) et d'un statut de certains auxiliaires médicaux des mêmes établissements (psychologues, diététiciennes, orthophonistes et aides orthoptistes).

Les travaux sont actuellement au stade de la mise au point. Le Ministère de la Santé publique et de la Sécurité sociale s'efforcera, en ce qui le concerne, de faire publier au cours de l'année 1970 les dispositions définitives qui seront arrêtées.

**QUESTION N° 13. — Pollutions.**

La commission demande quels progrès ont été accomplis depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1969 dans la lutte contre les diverses pollutions : atmosphère, eaux ?

Quels progrès sont prévus pour 1970 ?

Quelles instructions et quels moyens ont été, au cours des mêmes périodes, donnés aux services de constatation et de répression ?

Quel en a été le résultat ?

*Réponse.* — La lutte contre la pollution atmosphérique devient de nos jours une impérieuse nécessité tant sur le plan sanitaire que social en raison du développement de l'urbanisation, de l'industrialisation et de l'intensification de la circulation automobile.

L'importance croissante de la pollution atmosphérique cette dernière décennie et la prise de conscience, tant des Pouvoirs publics que de la population d'engager une action dans ce domaine, a rendu nécessaire l'organisation d'une prévention.

Divers textes réglementaires issus de la loi-cadre du 2 août 1961 relative à la lutte contre les pollutions atmosphériques et les odeurs et portant modification de la loi du 19 décembre 1917 sur les établissements classés dangereux, insalubres ou incommodes, visent à limiter les émissions provenant des foyers domestiques, des établissements industriels et des véhicules automobiles.

\*  
\* \* \*

Le contrôle de la pollution atmosphérique présente deux aspects :

En premier lieu, il a pour objet de déterminer dans un secteur considéré la nature et l'importance de la pollution.

A cet effet, sont implantés des appareils de mesure qui permettent d'établir la teneur en fumée, en oxydes de soufre et en monoxyde de carbone du secteur en cause.

Les résultats de ces mesures doivent aboutir à l'élaboration d'une cartographie de la pollution de l'air semblable à l'inventaire effectué actuellement en matière de pollution des eaux et contribuer ainsi à suivre l'évolution des niveaux de pollution sur l'ensemble du territoire.

Par ailleurs, la détermination des indices de pollution a servi et servira de bases techniques pour la mise en application de nouvelles réglementations dans une région ou un secteur affecté par ces problèmes ; elle permettra également de vérifier l'influence des moyens réglementaires mis en œuvre pour réduire cette nuisance.

Des mesures de pollution atmosphérique ont déjà été entreprises dans certaines villes (Paris, Lyon, Marseille, Nantes) ou autour de certains complexes industriels (Lacq) ; cette action sera poursuivie en 1970 par :

- le développement des réseaux de mesure déjà en place ;
- l'implantation de nouveaux réseaux de mesure dans les agglomérations qui n'en sont pas encore pourvues.

\*  
\* \* \*

Le second aspect de ce contrôle est relatif au contrôle exercé par les agents visés à l'article 3 de la loi du 2 août 1961 et dont le rôle consiste à veiller à la bonne observation par les pollueurs, des mesures qui leur ont été imposées.

Ces agents sont :

— pour le contrôle des immeubles, les agents prévus à l'article L. 48 du Code de la santé publique et à l'article 101 du Code de l'urbanisme : les officiers et agents de police judiciaire ainsi que les inspecteurs de salubrité ;

— pour le contrôle des établissements industriels, commerciaux et artisanaux, les agents prévus aux articles 21 et 22 de la loi du 19 décembre 1917 modifiée, relative aux établissements dangereux insalubres ou incommodes ;

— pour le contrôle des véhicules automobiles, les agents prévus aux articles L. 24 et L. 27 du Code de la route.

Au cours de l'année 1969, trois textes sont intervenus en matière de lutte contre la pollution atmosphérique. Ils visent les sources de pollution imputables aux installations de combustion et aux véhicules automobiles. Ces textes sont les suivants :

- décret n° 69-615 du 10 juin 1969 relatif à la tenue obligatoire d'un livret de chaufferie pour toute installation de chaufferie comprenant des générateurs d'eau

chaude ou d'autres fluides caloporteurs dont l'ensemble consomme par heure, en marche continue maximale, une quantité de combustibles représentant, en pouvoir calorifique inférieur, plus de 1.000 thermies.

Le décret du 10 juin 1969 est entré en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> octobre dernier.

Toutes instructions ont été données à cet égard aux services locaux (Direction départementale de l'action sanitaire et sociale — Médecin inspecteur départemental de la santé — Service départemental des établissements classés — Arrondissements minéralogiques — Circonscriptions électriques) par circulaire interministérielle du 15 septembre 1969 ;

— arrêté du 31 mars 1969 relatif à la limitation de la teneur en monoxyde de carbone des gaz d'échappement des véhicules automobiles émis au régime de ralenti.

Ce texte est applicable à partir :

— du 1<sup>er</sup> octobre 1969 pour les véhicules neufs ;

— du 1<sup>er</sup> janvier 1970 pour les véhicules mis en circulation à partir du 1<sup>er</sup> janvier 1960.

Le contrôle du respect des dispositions de l'arrêté susvisé pour les véhicules neufs se fait par l'intermédiaire d'un laboratoire agréé par arrêté ministériel du 23 juillet 1969 :

— arrêté du 31 mars 1969 relatif à la composition des gaz d'échappement émis par les véhicules automobiles équipés de moteur à essence.

Les dispositions de cet arrêté ne concernent que les véhicules neufs et sera applicable :

— le 1<sup>er</sup> septembre 1971 pour les véhicules munis d'un moteur d'un type nouveau ;

— le 1<sup>er</sup> septembre 1972 pour les autres véhicules.

Le contrôle sera effectué également par un laboratoire agréé.

Les sanctions aux infractions des textes énumérés ci-dessus sont celles prévues par la loi du 2 août 1961, relative à la lutte contre les pollutions atmosphériques et les odeurs, et la loi du 10 mars 1948 sur l'utilisation de l'énergie d'une part, et par le Code de la route, d'autre part.

Les infractions constatées en application du Code de la route sont punies d'une contravention de 3<sup>e</sup> classe (amende de 40 à 60 F). En cas de récidive, le conducteur du véhicule peut être condamné à une peine de huit jours de prison au plus (art. R. 239 du Code de la route).

Déjà, en application de textes antérieurs sur les fumées produites par les véhicules automobiles (arrêté du 12 novembre 1963), un certain nombre d'infractions ont été constatées périodiquement par les services de contrôle. C'est ainsi que dans la région parisienne (Paris excepté), 60 infractions à la réglementation sur 700 véhicules contrôlés ont été relevées au cours d'une campagne de lutte contre la pollution atmosphérique imputable aux véhicules automobiles.

Au cours de l'année 1970, un renforcement des dispositions réglementaires existantes est envisagé, renforcement qui se traduirait par l'intervention de mesures concernant notamment les établissements industriels et les foyers de combustion.

Il conviendra en outre de doter dans toute la mesure du possible les services de contrôle d'appareils de mesure permettant la vérification des prescriptions imposées par la réglementation en vigueur.

En ce qui concerne la lutte contre la pollution de l'eau, l'action du Ministère de la Santé publique et de la Sécurité sociale s'inscrit à la fois dans le cadre du Code de la santé publique et de la loi n° 64-1245 du 16 décembre 1964 relative au régime et à la pollution des eaux et à la lutte contre leur pollution.

En vertu des dispositions du Code de la santé publique, le Conseil supérieur d'hygiène publique de France a examiné de très nombreux projets d'adductions d'eau et de réseaux d'assainissement.

En ce qui concerne l'application de la loi de 1964, il convient de rappeler que le décret n° 68-335 du 5 avril 1968 a institué une coordination interministérielle confiée à M. le Ministre délégué auprès du Premier Ministre chargé du Plan et de l'Aménagement du Territoire.

En 1969, plusieurs textes d'application de la loi n° 64-1245 du 16 décembre 1964, relative au régime et à la répartition des eaux et à la lutte contre leur pollution, ont été mis au point.

Parmi ces textes, deux contiennent des dispositions concernant plus particulièrement le domaine de la santé publique.

Il s'agit du décret n° 69-50 du 10 janvier 1969 relatif à la procédure d'inventaire du degré de pollution des eaux superficielles.

Ce décret a été suivi d'un arrêté d'application en date du 2 septembre 1969. Cet arrêté détermine les modalités de l'inventaire du degré de pollution dans les rivières et les canaux.

En vertu de ces dispositions, les services du Ministère de la Santé publique et de la Sécurité sociale sont chargés de l'examen et du contrôle sanitaire des eaux en ce qui concerne les recherches bactériologiques et de radioactivité.

Parallèlement à l'élaboration de ces textes, des instructions techniques ont été mises au point par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France pour la détermination de la pollution bactériologique des eaux superficielles. Ces instructions ont été diffusées sous forme de circulaire.

En outre, un projet de décret relatif à l'interdiction du déversement de certains produits détergents dans les eaux superficielles, souterraines et de mer dans les limites territoriales et à la réglementation de la mise en vente et de la diffusion de ces détergents dans les produits de lavage et de nettoyage a été étudié par les différents ministères intéressés. Il doit être soumis prochainement, pour avis, à la section des eaux et de l'assainissement du Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Par ailleurs, les agences financières de bassin ont procédé à la perception des redevances au titre de la pollution depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1969. Cette action doit permettre d'aider la réalisation d'ouvrages d'assainissement. Les conseils d'administration des agences ont pu déjà approuver des propositions d'attribution de subventions pour cette catégorie de travaux.

D'autres textes d'application sont encore à l'étude et pourraient donner lieu à publication au cours de l'année 1970. A signaler en particulier à ce sujet le projet de décret qui doit déterminer les conditions dans lesquelles pourront être réglementés ou interdits les déversements, écoulements, etc., et plus généralement tout fait susceptible d'altérer la qualité de l'eau superficielle et souterraine.

Par ailleurs, un groupe de travail a étudié de façon approfondie les mesures à prendre pour permettre l'amélioration des conditions de fonctionnement des stations d'épuration des eaux usées.

\*

\* \* \*

L'article 9 de la loi du 16 décembre 1964 précise que la constatation des infractions est effectuée, indépendamment des officiers et agents de police judiciaire, par :

Les fonctionnaires et agents assermentés et commissionnés à cet effet, du service des ponts et chaussées, du service du génie rural, du service des mines et des services extérieurs de la marine marchande et de l'Institut scientifique et technique des pêches maritimes ;

Les fonctionnaires de l'administration des eaux et forêts et les agents commissionnés visés à l'article 452 du Code rural ;

Les agents des services de la santé publique spécialement commissionnés dans les conditions fixées à l'article 48 du Code de la santé publique et à l'article 4 de la loi n° 61-842 du 2 août 1961 ;

Les agents prévus aux articles 21 et 22 de la loi du 19 décembre 1917 modifiée, relative aux établissements dangereux, insalubres ou incommodes ;

Les agents des douanes.

Les agents susvisés ont assuré en 1969 des contrôles plus nombreux que l'année précédente.

Chaque fois que les responsables de faits de pollution des eaux ont pu être identifiés, les poursuites correspondantes ont été diligentées par les services compétents.

#### QUESTION N° 15. — Prix de journée des hôpitaux.

La commission rappelant que, dès longtemps et à une très importante majorité, elle s'est montrée favorable à une modification du système de calcul des prix de journée dans les hôpitaux, demande quelles mesures ont été prises en 1969 et sont prévues pour 1970 en vue d'établir la ventilation qui lui semble s'imposer entre dépenses proprement médicales, chirurgicales et pharmaceutiques, et dépenses d'hôtellerie.

Elle demande également si le Gouvernement est ou non favorable à l'établissement d'un nouveau mode de calcul des prix de journée éliminant ce qu'elle-même considère comme charges indues, à savoir notamment la partie des dépenses d'investissements, d'équipement et d'enseignement, actuellement incorporée à ces prix.

Dans la négative, elle désire connaître les raisons de cette position.

Dans l'affirmative, elle souhaite savoir quels progrès ont été réalisés dans cette voie en 1969 et seront réalisés en 1970.

*Réponse.* — L'administration, effectivement, avait engagé des études en vue d'examiner quelles seraient les modalités selon lesquelles pourrait s'effectuer une réforme des prix de journée comportant, entre autres, une modification de leur système de calcul.

En fait, si des solutions peuvent être proposées sur certains points, il apparaît que la question ne pourra être vue dans son ensemble et de façon concrète qu'après définition par le Parlement d'options en matière sanitaire, le choix de la tarification susceptible d'être adoptée dépendant, en fin de compte, de la définition des structures sanitaires et hospitalières qui sera retenue par les pouvoirs publics.

#### QUESTION N° 16. — Réforme des études médicales.

La commission, soucieuse d'être objectivement informée sur le régime des études médicales en fonction des besoins à venir et préoccupée par le malaise qui règne actuellement dans les milieux hospitalo-universitaires, demande que lui soient fournis les éléments lui permettant d'apprécier ce qui, dans le trouble actuel, peut être attribué à des conceptions quelque peu malthusiennes dans certaines sphères professionnelles, d'une part, et à des revendications peut-être excessives des étudiants, d'autre part.

Elle souhaite par ailleurs recevoir quelques renseignements sur la situation particulière du centre expérimental d'études médicales de Montrouge.

*Réponse.* — La formation des médecins relève du Ministère de l'Éducation nationale. Toutefois, le Ministre de la Santé publique et de la Sécurité sociale est, lui aussi, concerné en raison de la responsabilité qui lui incombe en ce qui concerne les soins à donner à la population et l'incidence des études médicales sur l'organisation hospitalière et hospitalo-universitaire du pays.

La préoccupation du Gouvernement et plus particulièrement du Ministre de la Santé publique et de la Sécurité sociale est d'assurer la formation d'un nombre suffisant de médecins de qualité pour les besoins du pays.

Actuellement, il n'est pas douteux que la densité médicale est faible en France. Au 1<sup>er</sup> octobre 1969, le nombre des médecins inscrits à l'ordre s'établit à 64.730, soit une proportion de 129 médecins pour 100.000 habitants alors qu'il en existe toujours pour 100.000 habitants 155 en Allemagne fédérale, 156 aux U. S. A.

La pénurie relative actuelle des médecins en France est particulièrement sensible dans certains domaines : anesthésiologie, obstétrique, psychiatrie, médecine rurale et médecine de collectivités.

L'objectif poursuivi est de parvenir à doubler le nombre des médecins en France afin d'atteindre en 1985 le chiffre de 130.000 médecins installés, ce qui, en tenant compte de l'augmentation de la population, équivaudra à environ 1 médecin pour 450 à 500 habitants (alors que les normes actuelles de l'organisation mondiale de la santé s'établissent à 1 médecin pour 750 habitants).

En tenant compte de la durée moyenne d'exercice, des abandons pour causes diverses et de l'âge auquel commence l'exercice médical, il convient, pour une population actuelle de 50 millions d'habitants, de former environ 120 à 140 médecins par an et par million d'habitants, soit, au total, entre 5.000 et 6.000 nouveaux médecins par an pour l'ensemble du pays.

Les moyens à mettre en œuvre tant sur le plan universitaire que sur le plan hospitalier pour assurer la formation qualitativement valable de telles promotions nécessiteront encore de sérieux efforts, mais paraissent compatibles avec les possibilités.

En raison du nombre des étudiants qui, depuis deux ans environ, s'inscrivent en première année du premier cycle des études médicales et qui dépasse 20.000 pour l'ensemble des facultés la question devait nécessairement se poser de savoir s'il convenait de promouvoir une sélection précoce ou laisser s'effectuer une sélection progressive au long des sept années d'études.

La solution logique est la solution précoce.

En effet, une sélection progressive serait désastreuse à la fois sur le plan psychologique pour les étudiants (qui pourraient, après plusieurs années d'études supérieures, se voir contraints à des reconversions difficiles) et sur le plan économique (en raison des sommes importantes dépensées inutilement pour la formation d'étudiants qui n'achèveraient pas leurs études). Sur ce dernier point, il convient de signaler le coût particulièrement élevé des études médicales pour le budget de l'État puisque ce coût est estimé à plus de 7.000 francs par étudiant et par an.

En ce qui concerne la situation particulière du centre expérimental d'études médicales de Montrouge les renseignements ne peuvent être fournis que par le Ministre de l'Éducation nationale.

#### QUESTION N° 17. — **Dialyse rénale.**

La commission souhaite connaître combien d'installations nouvelles permettant la dialyse rénale :

- ont été créées en 1969 ;
- seront créées en 1970.

*Réponse.* — L'inventaire de l'équipement existant ou prévu à court terme en dialyse rénale périodique est récapitulé dans le tableau ci-après :

	POSTES existants au 1 <sup>er</sup> décem- bre 1968.	POSTES existants au 1 <sup>er</sup> novem- bre 1969.	POSTES prévus à court terme.
Hôpitaux publics .....	97	152	77
Hôpitaux militaires, hôpitaux privés et asso- ciations à but non lucratif.....	25	41	54
Etablissements privés à but lucratif.....	21	95	
	143	288	

Le nombre de lits mis en service entre le 1<sup>er</sup> décembre 1969 et le 1<sup>er</sup> novembre 1969 s'élève donc à 145. Pendant cette période l'équipement pour la dialyse rénale périodique a donc doublé.

A court terme, il est prévu que 131 postes nouveaux seront installés dans les hôpitaux publics ou privés à but non lucratif.

L'administration ne possède pas actuellement les renseignements sur les projets envisagés pour les établissements privés à but lucratif.

#### QUESTION N° 18. — Ecole nationale de la santé publique.

La commission demande quelles améliorations ont été apportées en 1969 et seront apportées en 1970 à la rentabilité de l'Ecole nationale de la santé publique.

Elle désire notamment savoir quelle suite a été donnée à la suggestion qu'elle avait précédemment formulée (avis sur le projet de loi de finances pour 1968, Sénat n° 20, session 1967-1968, tome I, Affaires sociales, M. André Plait, rapporteur, pages 18 et 19) en vue d'utiliser l'école pour la formation des médecins de service public et para-public ; ceux-ci seraient à la fois pris en charge par l'Etat et tenus à un engagement décennal, cette formule permettant à des jeunes gens de situation modeste, reculant devant la longueur et le coût des études, de réaliser leur vocation, à l'Etat et aux organismes de protection sociale de trouver plus facilement des médecins jeunes et de qualité, à l'Ecole nationale de la santé publique, de parfaire le sens de sa mission et d'améliorer sa rentabilité.

*Réponse.* — Créée par ordonnance du Gouvernement provisoire de la République française, le 19 octobre 1945, l'Ecole nationale de la santé publique était destinée à assurer la formation et le perfectionnement « des médecins de la Santé, des pharmaciens et des techniciens sanitaires ».

Progressivement, sa tâche a été étendue à l'enseignement des médecins conseils de la Sécurité sociale, des inspecteurs de la population et de l'action sociale, des professeurs des institutions des sourds-muets, des directeurs d'hôpitaux publics, des ingénieurs sanitaires.

La loi du 28 juillet 1960 a érigé l'Ecole nationale de la santé publique en établissement public national avec « mission de compléter l'enseignement des disciplines de santé publique et d'administration sanitaire et sociale en vue de les adapter à la formation et au perfectionnement des personnels qui concourent à la protection sanitaire de la population et à l'action sociale, ainsi que des spécialistes désireux d'approfondir leurs connaissances en ces matières ».

Ainsi l'Ecole nationale de la santé publique organise des enseignements de formation d'une durée de un an et des sessions d'études et de perfectionnement de courte durée.



Les premiers comprennent les sections des médecins de la Santé publique, des pharmaciens de la Santé publique, d'urbanisme et de génie sanitaire, de statistiques sanitaires et sociales des personnels paramédicaux, des services et techniques sociales, d'administration hospitalière, de formation des professeurs des institutions et des écoles de déficients sensoriels.

Un enseignement complémentaire de trois mois comporte des sections de statistique et épidémiologie, de nutrition, d'éducation sanitaire.

Les sessions d'études et de perfectionnement ont pour objet de donner des informations de caractère actuel en biologie clinique, en épidémiologie, en protection maternelle et infantile, en santé scolaire ou hygiène alimentaire, en organisation hospitalière.

Parmi ces sessions, les unes s'adressent à des fonctionnaires et répondent à une obligation statutaire, les autres ayant pour objet l'information et le perfectionnement, à la demande du Gouvernement, d'organisations internationales ou d'organismes publics ou privés.

L'activité de l'Ecole nationale de la santé publique est devenue telle que les locaux sont devenus insuffisants et sa rentabilité, qui doit être jugée sur les buts poursuivis, est indéniable.

Reste le problème des médecins de la Santé publique. Il est un fait que le recrutement est tari, mais cette pénurie de médecins s'inscrit dans un cadre plus général, car elle se fait sentir également parmi les médecins psychiatres, les médecins anesthésistes. Il s'agit en réalité d'un problème démographique et il est à prévoir que les jeunes générations combleront les vides constatés actuellement dans les carrières médicales.

Dans l'immédiat, un nouveau statut du corps des médecins de la Santé publique est en cours d'étude. Ce statut prévoit, d'une part, une amélioration de la carrière et, d'autre part, le recrutement sur concours, par l'école nationale de la santé publique, de bacheliers ou d'étudiants en médecine se destinant à la carrière de médecin de la Santé publique. Les études, qui se dérouleront à la Faculté de Rennes, seront prises en charge par le Ministère de la Santé publique et de la Sécurité sociale ; les étudiants s'engageront à rester un certain nombre d'années au service de l'Etat.

#### QUESTION N° 20. — Centre hospitalier régional de Brest.

Par un arrêté du 25 août 1969, les internes du Centre hospitalier de Nice ont été assimilés aux internes des hôpitaux de villes de faculté, en ce qui concerne les conditions d'obtention des certificats d'études spéciales de médecine et de l'équivalence de ces certificats.

M. Guillou s'étonne que cet arrêté n'ait pas donné aux internes du Centre hospitalier régional de Brest les mêmes possibilités qu'à ceux de Nice dans la préparation du certificat d'études spéciales. Il est indispensable que cette anomalie, d'autant plus injustifiable que l'Ecole de médecine de Brest est plus ancienne que celle de Nice, soit au plus tôt réparée ; sinon, les grandes difficultés que rencontre, pour le recrutement de ses internes, le Centre hospitalier régional de Brest, qui est le seul maintenant en France à ne pouvoir préparer aux certificats d'études spéciales, s'aggraveront encore et rendront son fonctionnement impossible.

*Réponse.* — Le Ministre de la Santé publique et de la Sécurité sociale est intervenu auprès de son collègue de l'Education nationale en faveur de la prise en considération de la situation des internes en médecine du Centre hospitalier régional de Brest, afin qu'ils soient, comme ceux du Centre hospitalier régional de Nice, autorisés à postuler les certificats d'études spéciales de médecine et l'équivalence de ces certificats dans les mêmes conditions que les internes des hôpitaux de villes de faculté.

## ANNEXE N° 3

### QUESTIONS POSEES PAR LA COMMISSION LES 27 OCTOBRE ET 4 NOVEMBRE, ET QUI N'AVAIENT PAS FAIT L'OBJET D'UNE REPONSE A LA DATE DU 27 NOVEMBRE 1969

#### QUESTION N° 1. — Exécution du V° Plan.

La commission désire connaître quel sera, à la fin de l'exercice en cours, et par catégories d'équipements relevant de l'ancien Ministère des Affaires sociales, l'état de réalisation du V° Plan.

Elle demande que ces renseignements lui soient fournis sous forme de tableaux faisant, par ailleurs, ressortir, en regard de l'estimation actualisée des besoins :

a) La liste des opérations inscrites pour l'ensemble du Plan ;

b) Le pourcentage de consommation des crédits et le volume des crédits consommés par rapport aux prévisions du Plan et aux ouvertures fixées par les lois de finances ;

c) La liste des opérations totalement réalisées à ce jour ;

d) La liste des opérations qui seront effectivement terminées à la date légale d'achèvement du Plan et le volume global du coût final des opérations engagées, en faisant apparaître si possible la part laissée à la charge des collectivités et de la sécurité sociale ;

e) La liste des opérations primitivement inscrites et dont la réalisation a été ou sera, soit abandonnée, soit différée, en raison :

— du plan d'austérité élaboré par le Gouvernement ;

— de transferts sur d'autres opérations pour tenir compte de l'évolution des prix pendant la période de référence ;

— de difficultés invoquées par les autres organismes concourant au financement des projets (collectivités locales, sécurité sociale, etc.).

#### QUESTION N° 2. — Délais de procédure administrative intéressant les équipements sanitaires et sociaux.

La commission, se référant à l'avis présenté en son nom sur le projet de loi de finances pour 1968 (Sénat n° 20, session ordinaire 1967-1968, tome I, Affaires sociales, M. André Plait, rapporteur, pages 32 à 34) demande :

— quelles mesures ont été prises pour réduire le délai de 4 à 12 ans séparant, en matière de constructions hospitalières, le début des procédures et l'utilisation du premier lit ;

— quelle a été l'efficacité pratique de ces mesures, mise en lumière par un tableau faisant apparaître, pour les cinq opérations menées le plus rapidement et pour les cinq opérations les plus lentes, les dates des différentes phases de l'évolution des projets hospitaliers en cours de réalisation.

Les mêmes renseignements sont demandés pour les centres hospitaliers universitaires, pour les maisons de retraite, pour les instituts médico-pédagogiques et médico-professionnels.

**QUESTION N° 3. — Multiplication des équipements sanitaires et sociaux pour une standardisation améliorée.**

La commission rappelle que les ministres compétents des précédents gouvernements semblaient avoir accueilli très favorablement les suggestions formulées par elle à diverses reprises, dans le sens d'une multiplication des réalisations hospitalières et autres, grâce à la standardisation, poussée au maximum du possible, des plans et des matériaux, et à la limitation d'ambitions souvent excessives quant à la perfection, du petit nombre de projets menés à bonne fin.

Elle demande quelles modifications ont été apportées, depuis le vote, en 1968, de la loi de finances pour 1969, aux normes applicables en matière de constructions hospitalières et d'autres établissements relevant du Ministère de la Santé (maisons de retraite, etc.) et quelles simplifications ont été rendues applicables aux procédures administratives.

**QUESTION N° 6. — Services de santé scolaire.**

La commission demande quelles améliorations qualitatives et quantitatives ont été apportées dans l'année au fonctionnement des services de santé scolaire.

**QUESTION N° 13. — Carte hospitalière.**

La commission demande quels progrès ont été accomplis depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1969 pour l'établissement de la carte hospitalière ? Quels progrès sont prévus pour 1970 ?

**QUESTION N° 14. — Perspectives démographiques à moyen et long termes. Besoins médicaux et hospitaliers.**

La commission, soucieuse d'être informée sur les besoins sanitaires de la France dans la société de demain, demande si, tout en tenant compte des incertitudes inhérentes à la prévision et sous toutes les réserves de rigueur, les études actuellement réalisées permettent d'avoir une idée même approximative :

- de l'évolution du nombre de la population française et de la pyramide des âges en 1975, 1980, 1990 et 2000 ;
- de l'évolution des besoins en ce qui concerne, pour les mêmes périodes :
  - le nombre des médecins de service public et du secteur libéral ;
  - le nombre des lits d'hôpitaux publics et privés, des lits dans les maisons de retraite, des places dans les diverses catégories d'établissements accueillant les enfants déficients et inadaptés ?

## ANNEXE IV

### PREPARATION DU BUDGET 1970 ET EXECUTION DU V<sup>e</sup> PLAN CIRCULAIRE MINISTERIELLE DU 10 JUIN 1969

MINISTERE D'ETAT CHARGE  
DES AFFAIRES SOCIALES

Le Vésinet, le 10 juin 1969.

DIRECTION  
DE L'ÉQUIPEMENT SOCIAL

LE MINISTRE D'ETAT CHARGE DES AFFAIRES SOCIALES

à

MESSIEURS LES PRÉFETS DE RÉGION (pour exécution) ; MESSIEURS  
LES PRÉFETS ; MESSIEURS LES CHEFS DU SERVICE RÉGIONAL DE  
L'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE ; MESSIEURS LES DIRECTEURS  
DÉPARTEMENTAUX DE L'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE (pour infor-  
mation).

OBJET : Propositions budgétaires de 1970.

Par circulaire du 17 janvier 1969, je vous avais demandé de me faire connaître les priorités régionales pour 1970 et 1971 dans le cadre de l'enveloppe restante du V<sup>e</sup> Plan.

Dans les listes d'opérations proposées, il n'a pas toujours été tenu compte des réserves foncières pour le début du VI<sup>e</sup> Plan, des réévaluations et des équipements mobiliers, et, d'autre part, des erreurs ou des omissions ont été quelquefois observées tant en ce qui concerne le montant des enveloppes à retenir que celui des opérations déjà engagées. Aussi, en vue de la préparation du budget de 1970, *il m'a paru indispensable de faire effectuer par ma direction de l'Équipement social un bilan précis de l'exécution prévisible fin 1969.*

Ce bilan, résumé dans le tableau ci-joint, devra servir de base à vos propositions.

Vous remarquerez tout d'abord que l'enveloppe « Reste à engager » (col. 17) représente un maximum dont il y aurait lieu de déduire les réévaluations, les équipements mobiliers, etc. devant être engagés en 1969 et qu'il n'a pas été possible jusqu'ici de chiffrer avec précision. Pour couvrir les dépenses de cette nature à engager en 1969, 1970 et 1971, il conviendra donc, pour constituer une réserve, d'effectuer un abattement forfaitaire de 30 % sur le total de la colonne 17 « Reste à engager ».

Cet abattement ayant été indiqué sur la ligne « total général I + II + III » en colonne 18, il vous faudra compléter les autres lignes de cette colonne :

1° En proposant des diminutions d'enveloppes destinées à couvrir :

- a) Le montant de la réserve à constituer ;
- b) Le montant des « Reste à engager » négatifs pouvant apparaître en colonne 17.

2° En proposant éventuellement d'autres modifications destinées à augmenter le montant du « Reste à engager » de certaines rubriques; toute augmentation devant être compensée obligatoirement par une diminution équivalente d'autres rubriques.

Pour chaque rubrique un « Nouveau reste à engager » (col. 19) sera ainsi déterminé. Il sera égal à la somme algébrique des colonnes 17 et 18.

Dans la limite des ces « Nouveau reste à engager », vous reverrez pour chaque rubrique les listes d'opérations dans l'ordre de priorité élaboré par la Région. Les opérations pouvant être engagées, soit en 1970, soit en 1971, l'instruction des dossiers devra être suffisamment avancée pour permettre effectivement leur engagement durant cette période. J'ajoute que toutes les opérations retenues devront techniquement être viables et que les tranches financières, ou correspondant à des découpages artificiels, sont à proscrire.

A partir de ces listes, vous présenterez, pour 1970, dans la forme prévue par ma circulaire du 23 octobre 1967, trois propositions d'engagement basées sur les trois hypothèses ci-après :

*Hypothèse I.* — Le total des propositions sera égal à la moitié du « Nouveau reste à engager » (dotation théorique 1970 indiquée). Le montant des dépenses par rubrique correspondant à ces propositions sera reporté dans la colonne 21 du tableau. Le montant des subventions demandées correspondantes sera indiqué en colonne 20. Il ne devra jamais être supérieur à celui qui résulterait de l'application du taux maximum prévisible en 1970 (cf. annexe) pour le montant total de la rubrique. Le taux de subvention pour chaque opération sera déterminé le moment venu, l'ensemble des subventions ne dépassant pas le maximum prévu.

*Hypothèse II.* — Le total des propositions sera inférieur de 10 % à celui de l'hypothèse I.

*Hypothèse III.* — Le total des propositions sera inférieur de 20 % à celui de l'hypothèse I.

Dans ces limites, ces propositions devront couvrir l'ensemble des rubriques et non pas seulement, comme il vous avait été demandé les années antérieures à cette même époque, les rubriques pour lesquelles les opérations sont individualisées à la loi de finances. Il ne peut d'ailleurs en être autrement puisque la dotation théorique qui vous est notifiée est globale. Je précise que les réévaluations, équipements mobiliers, etc., couverts par l'abattement forfaitaire, n'auront pas à figurer dans vos propositions. Toutefois, lorsque ces dépenses seront connues, elles pourront être indiquées à la suite pour mémoire.

Compte tenu des impératifs du calendrier budgétaire, vos réponses devront me parvenir pour le 10 juillet 1969, délai de rigueur.

Pour le Ministre d'Etat et par délégation :

*Le Directeur de Cabinet,*  
PAUL LEMERLE.

**Taux de subvention maximum susceptibles d'être appliqués  
aux opérations nouvelles en 1970.**

*Chapitre 66-10 :*

Hôpitaux non C. H. U.....	}	35 %
Hospices et maison de retraite publiques.....		
C. H. U.....		
Réadaptation fonctionnelle .....		
Formation de personnel sanitaire .....		

*Chapitre 66-12 :*

Cancer .....	45 %
Tuberculose .....	40 %
Maladies mentales .....	40 %
Transfusion sanguine .....	35 %
P. M. I. : crèches.....	40 %
Centres de P. M. I.....	25 %
Divers sanitaires .....	35 %
Thermalisme .....	35 %

*Chapitre 66-20 :*

Enfance inadaptée .....	36 %
Foyers de jeunes travailleurs .....	30 %
Aide sociale à l'enfance .....	36 %
Personnes âgées (secteur social) .....	36 %
Infirmités adultes .....	36 %
Centres d'hébergement .....	36 %
Centres sociaux .....	36 %
Personnels sociaux .....	36 %
Maisons familiales de vacances .....	25 %