

N° 50

SÉNAT

PREMIERE SESSION ORDINAIRE DE 1979-1980

Annexe au procès-verbal de la séance du 21 novembre 1979

RAPPORT GÉNÉRAL

FAIT

au nom de la commission des Finances, du Contrôle budgétaire et des Comptes économiques de la Nation (1), sur le projet de loi de finances pour 1980, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE.

Par M. Maurice BLIN,

Sénateur,

Rapporteur général.

TOME III

LES MOYENS DES SERVICES ET LES DISPOSITIONS SPÉCIALES
(Deuxième partie de la loi de finances.)

ANNEXE N° 33

Travail et Santé.

III. — **SANTÉ ET FAMILLE (a)**

Rapporteur spécial : M. Paul RIBEYRE.

(a) A l'exclusion de la Sécurité sociale (Annexe 34).

(1) Cette commission est composée de : MM. Edouard Bonnefous, *président* ; Geoffroy de Montalembert, Paul Ribeyre, Jacques Descours Desacres, Henri Tournan, *vice-présidents* ; Joseph Raybaud, Modeste Legouez, Paul Jargot, Yves Durand, *secrétaires* ; Maurice Blin, *rapporteur général* ; Charles Alliès, René Ballayer, Roland Boscardy-Monsservin, Jean Chamant, René Chazelle, Bernard Chochoy, Jean Cluzel, Marcel Debarge, Henri Duffaut, Marcel Fortier, André Fosset, Jean-Pierre Fourcade, Jean Francou, Henri Goetschy, Gustave Héon, Marc Jacquet, René Jager, Tony Larue, Anicet Le Pors, Georges Lombard, Raymond Marcellin, Josy Moinet, Gaston Pams, Louis Perrein, Christian Poncelet, Robert Schmitt, Camille Vallin.

Voir les numéros :

Assemblée Nationale (6^e législ.) : 1290 et annexes, 1292 (annexe 29), 1293 (tome XII) et in-8° 227.

Sénat : 49 (1979-1980).

Loi de finances. — Aide sociale — Hôpitaux — Recherche — Santé publique.

SOMMAIRE.

	Pages
Introduction	3
CHAPITRE I. – Présentation du budget du Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale	4
I – Présentation classique par nature de charges.	5
II – Présentation par groupe de programmes.	7
III – Les programmes d'action prioritaires du VII ^e plan.....	8
CHAPITRE II. – Les services extérieurs.	10
CHAPITRE III. – Les interventions en matière de santé ;	13
I – La protection et la prévention sanitaires.....	13
II – L'équipement hospitalier.	16
III – L'aide médicale.	26
CHAPITRE IV. – Les interventions en matière sociale.	28
I – L'action sociale.	29
II – L'aide sociale,	36
CHAPITRE V. – Les professions sanitaires et sociales.	45
CHAPITRE VI. – Les études et la recherche médicales.	50
I – La recherche médicale.....	50
II – Les études médicales.	57
Examen en commission des finances.	58

Mesdames, Messieurs,

Signe des temps, le Ministère de la santé et de la famille, en changeant de titulaire, voit sa dénomination modifiée : il devient *le Ministère de la santé et de la sécurité sociale*, témoignant ainsi des graves inquiétudes suscitées à l'heure actuelle par le problème de l'avenir de notre régime de protection sociale.

Cette préoccupation ne se traduit pas par une modification de la structure budgétaire du document, soumis à notre examen, qui est directement comparable à celle de l'année dernière.

Ainsi, comme par le passé le Ministère de la santé partage avec le Ministère du travail une section commune, dont les crédits font l'objet du rapport de mon collègue M. FOSSET, dans le cadre de l'examen du budget du Travail et de la Participation.

Cette section commune regroupe les crédits de fonctionnement et d'équipement des deux administrations centrales du Travail et de la Santé, ainsi que l'Inspection générale des affaires sociales.

Le budget de la Santé, dans ces conditions, recouvre les moyens des services extérieurs du Ministère, ainsi que les dotations réservées à la mise en oeuvre de ses différentes missions d'action sanitaire et sociale, d'équipement sanitaire et hospitalier, d'aide aux régimes de protection sociale, de recherche médicale et de formation des personnels sanitaires et sociaux.

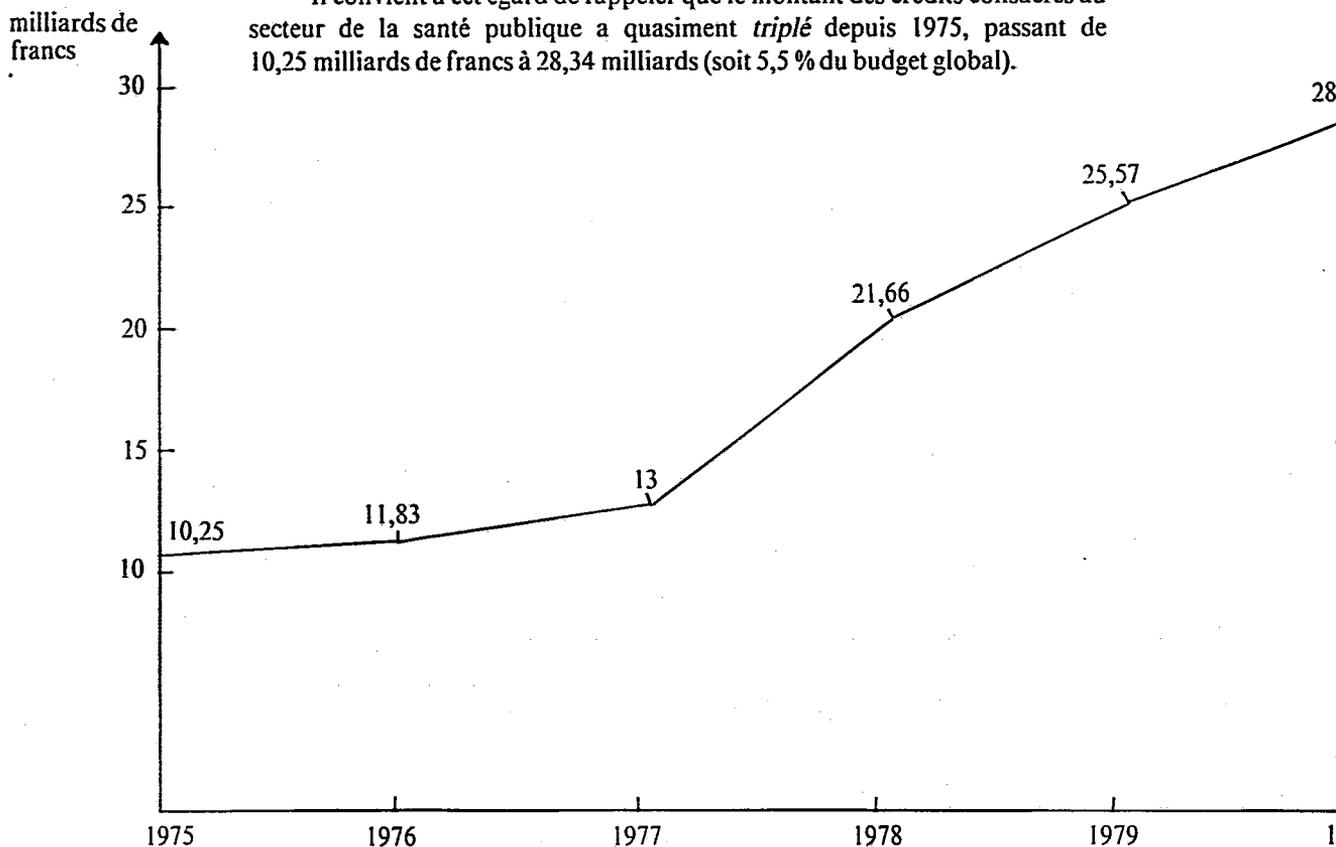
Le budget de 1980 qui s'élève à 28,94 milliards de francs, contre 25,57 milliards de francs en 1979 présente deux caractéristiques principales. C'est tout d'abord un budget qui permet de maintenir un développement satisfaisant des actions déjà entreprises depuis plusieurs années, mais qui ne nécessitent plus un effort aussi soutenu que par le passé. C'est ensuite un budget qui, par un redéploiement interne de ses moyens notamment, permet d'affirmer un certain nombre de priorités choisies de façon plus sélectives.

CHAPITRE I

PRESENTATION DU BUDGET DU MINISTRE DE LA SANTE ET DE LA SECURITE SOCIALE.

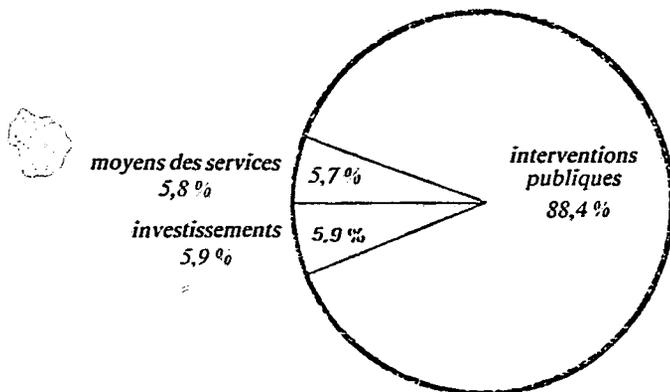
Second budget civil de notre pays, son montant s'élève pour 1980 à 28,94 milliards de francs contre 25,57 milliards en 1979 soit une progression de 13,2 %, légèrement inférieure à l'augmentation moyenne du budget général de l'Etat (+ 14,3 %).

Il convient à cet égard de rappeler que le montant des crédits consacrés au secteur de la santé publique a quasiment *triplé* depuis 1975, passant de 10,25 milliards de francs à 28,34 milliards (soit 5,5 % du budget global).



Le projet de budget pour 1980 se présentant dans une structure directement comparable à celle du budget de 1979, il est permis de procéder aisément à une analyse de ses principales composantes, à la fois dans la présentation traditionnelle de la loi de finances et dans celle plus synthétique du budget de programme.

I - PRESENTATION CLASSIQUE PAR NATURE DE CHARGES.



A) - Les moyens des services

Dépenses ordinaires	Crédits votés pour 1979	Crédits prévus pour 1980		
		Services votés	Mesures nouvelles	Total
TITRE III - MOYENS DES SERVICES.				
1re partie - Personnel - Rémunérations d'activité.....	940 069 738	982 683 139++	46 811 477	1 029 494 616
3e partie - Personnel en activité et en retraite - Charges sociales.....	53 759 192	64 427 553++	1 725 141	66 152 694
4e partie - Matériel et fonctionnement des services.....	55 991 011	55 991 011++	9 510 403	65 501 414
6e partie - Subventions de fonctionnement.....	446 890 094	446 890 094+	42 672 893	489 562 987
7e partie - Dépenses diverses.....	7 237 986	7 445 166++	7 935 000	15 380 166
Totaux pour le titre III.....	1 503 948 021	1 557 436 963++	108 654 914	1 666 091 877

D'un montant égal à 1 666 millions de francs, contre 1 504 millions en 1979, les crédits inscrits au titre III connaissent une progression ralentie de 10,8 %.

Cette reconduction en francs courants s'inscrit dans le cadre de l'effort entrepris pour limiter les dépenses des administrations publiques qui mérite d'être souligné.

B) Les dépenses d'interventions publiques.

Dépenses ordinaires	Crédits votés pour 1979	Crédits prévus pour 1980		
		Services votés	Mesures nouvelles	Total
TITRE IV - INTERVENTIONS PUBLIQUES				
3e partie - Action éducative et cul- turelle.....	503 774 110	593 774 110+	55 224 264	648 998 374
6e partie - Action sociale - Assistanc et solidarité.....	13650 265 000	15 901 265 000+	44 000 000	15 945 265 000
7e partie - Action sociale - Prévoyance	7971 086 880	8 056 086 880+	926 083 751	8 982 170 631
Totaux pour le titre IV.....	22215 125 990	24 551 125 990+	1025 308 015	25 576 434 005

Le budget de la santé est principalement un *budget d'interventions* : on constate en effet que les crédits du titre IV s'élèvent à 25 576 millions de francs, soit plus de 88 % du total des dotations.

En progression de 15 %, il comporte trois secteurs principaux : les actions de prévoyance (2 309,6 millions), les subventions à divers régimes de sécurité sociale (6,636 millions) et l'aide sociale (12 128 millions).

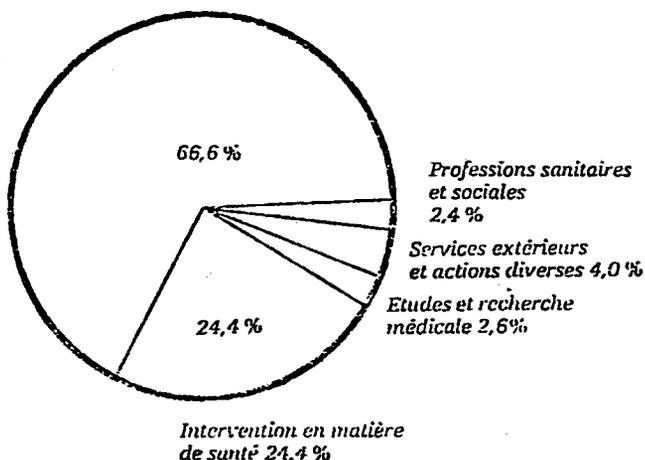
C) Les dépenses en capital.

Dépenses en capital	AUTORISATIONS DE PROGRAMME		CREDITS DE PAIEMENT			
	Votées pour 1979	Demandées pour 1980	Votées pour 1979	1980		Total
				Services votés	Mesures nouvelles	
TITRE V. - Investissements exécutés par l'État						
6 ^e partie - Equipement culturel et social	39 000 000	34 000 000	37 150 000	15 950 000	28 550 000	44 500 000
TITRE VI - Subventions d'investissements accordées par l'État						
6 ^e partie - Equipement culturel et social	1 836 531 000	1 803 880 000	1 812 987 000	997 425 000	655 770 000	1 653 195 000
Totaux pour les dépenses en capital	1 875 531 000	1 837 880 000	1 850 137 000	1 013 375 000	684 320 000	1 697 695 000

Les crédits d'équipement représentent 5,9 % du budget du Ministère, en régression par rapport à 1979 où leur part dans le budget atteignait 7,3 %.

II – PRESENTATION PAR GROUPE DE PROGRAMMES.

Interventions en matière sociale 66,6 %



La traduction en volume de ces différents programmes est la suivante (dépenses ordinaires + crédits de paiement) :

- interventions en matière sociale : 19 294,59 MF
- interventions en matière de santé : 7 076,35 MF
- professions sanitaires et sociales : 688,08 MF
- services extérieurs et actions diverses : 1 129,10 MF
- études et recherche médicales : 752,09 MF.

Parmi ces dépenses, la part afférente à des « dépenses obligatoires », dont l'évolution ne dépend que très partiellement de la volonté du Ministère, demeure prépondérante (80 % des dépenses ordinaires) : elles comprennent l'aide sociale et médicale, les participations financières de l'Etat aux services obligatoires de santé, les subventions à divers régimes de retraite.

Quant aux « actions volontaristes » qui regroupent principalement les programmes d'action sanitaire et sociale, leur part demeure stable ; ce que votre rapporteur ne peut manquer de regretter, ne partageant pas sur ce point l'appréciation de « budget restant nettement volontariste » avancée par le Ministère.

III - LES PROGRAMMES D'ACTION PRIORITAIRES du VII^e PLAN.

Le Département de la santé participe au financement de huit des vingt cinq programmes d'action prioritaires (les P.A.P.) qu'a défini et doté pour cinq ans le VII^e plan de développement économique et social.

Pour 1979 et 1980, les résultats sont les suivants :

- le montant des crédits affectés aux P.A.P. (dépenses ordinaires et autorisations de programme) augmente globalement de 5,9 % entre 1979 et 1980 passant de 2 364 millions à 2 504 millions, soit + 11,7 % pour les dépenses ordinaires et - 6,7 % pour les autorisations de programme ;

- la part des crédits affectés aux P.A.P. dans le budget santé en 1979 et 1980 est globalement de l'ordre de 9 %, soit 6,5 % du total des dépenses ordinaires et près de 38 % des autorisations de programme.

Le projet de budget « SANTE » pour 1980 est le suivant :

- dépenses ordinaires (D.O.) : 27 242,53 millions de francs
- autorisation de programme (A.P.) : 1 837,88 millions de francs
- total des crédits (D.O. + A.P.) : 29 080,41 millions de francs

(millions F)

N° PAP	DO du PAP	DO du PAP DO santé (en %)	AP du PAP	AP du PAP AP santé (en %)	DO + AP du PAP	DO + AP du PAP DO + AP santé
7	10,2	0,03	-	-	10,2	0,03
14	64,0	0,2	39,20	2,1	103,2	0,4
15	105,05	0,4	54,0	2,9	159,05	0,5
16	1 089,13	4,0	7,0	0,4	1 096,13	3,8
19	295,16	1,0	401,8	21,9	696,96	2,4
20	30,64	0,1	23,-	1,3	53,64	0,2
21	44,71	0,2	29,62	1,6	74,33	0,3
25	172,66	0,6	137,46	7,5	310,12	1,0
TOTAUX	1 811,55	6,5	692,08	37,7	2 503,63	8,6

Quant au tableau ci-après, il retrace le taux d'exécution budgétaire des quatre programmes d'action prioritaires dont le Ministère de la santé est chef de file :

(en millions F)

Intitulées des PAP	1976	1977	1978	1979	1980	Rappel total	Taux (1)
	MF 1976	MF 1977	MF 1978	MF 1979	MF 1980	Villème plan MF 1975	d'exécution budgétaire (en %)
14. Famille.....	130	142	202	244	242	1 005	71,6
15. Personnes âgées...	67	78	101	122	159	480	81,7
16. Prévention.....	805	956	1 167	1 370	1 512	4 000	109,2
19. Hôpitaux.....	585	670	689	791	795	3 229	72,2

(1) L'indice de prix utilisé ici pour la conversion en francs 1975 est le prix du PIB marchand à savoir : 1976/1975 : 1 097 ; 1977/1976 : 1 084 ; 1978/1977 : 1 101 ; 1979/1978 : 1 094 ; 1980/1979 : 1 089.

CHAPITRE II

LES SERVICES EXTERIEURS

D'un montant égal à 108,6 millions de francs, *les mesures nouvelles* proposées dans le projet de budget pour 1980 permettront d'assurer une progression satisfaisante des emplois et des dotations de fonctionnement. Au total, près de 2 500 emplois auront été créés dans ce département entre 1976 et 1980.

C'est ainsi que pour 1980, sont créés 408 emplois dans les services extérieurs :

- 103 de ces emplois sont destinés à renforcer les moyens de prévention et l'action sociale volontaire : 94 au titre du personnel administratif et 9 pour le personnel technique, dont 5 postes de pharmaciens inspecteurs ;

- 305 permettent d'assurer la titularisation des vacataires appartenant aux commissions d'orientation et de reclassement professionnel (C.O.T.O.R.E.P.) et aux commissions d'orientation des handicapés (C.D.E.S.) ;

- quant au Laboratoire National de la Santé, il bénéficie de 12 emplois supplémentaires (contre 10 en 1979), alors que ses moyens pour le contrôle de qualité seront considérablement augmentés par le rattachement du produit de la red()nce sur les laboratoires d'analyses et de biologie médicale. L'effort entrepris dans le domaine du contrôle de qualité par le Laboratoire, ajouté à celui qu'accomplit la Direction de la pharmacie dans le domaine de la pharmacovigilance notamment, est donc poursuivi et amplifié ;

- enfin la fusion des services régionaux des affaires sanitaires et sociales et des directions régionales de la Sécurité Sociale sera facilitée par des moyens de fonctionnement sensiblement accrus : loyers (+ 2 millions) et matériel (+ 4,7 millions).

A cet égard, il est rappelé que la nouvelle organisation prévue par le décret n° 77-429 du 22 avril 1977, qui repose sur la fusion en une Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) de la Direction régionale de la sécurité sociale, du Service régional de l'action sanitaire et sociale et de l'Inspection régionale de la santé, a pour objectif d'assurer une meilleure cohésion des services de l'Etat, en vue de faciliter la mise en oeuvre d'une

politique globale de la santé et de mieux maîtriser l'évolution des dépenses qu'y consacre la nation.

La mise en application de cette réforme a été prévue sur une période de 5 ans. A la fin de cette année, 15 directions régionales auront été créées :

- 6 en 1977 : Aquitaine, Auvergne, Corse, Ile-de-France, Pays de la Loire, Provence-Alpes-Côte d'Azur ;

- 5 en 1978 : Bourgogne, Centre, Languedoc-Roussillon, Basse-Normandie, Haute-Normandie ;

- 4 en 1979, dont 2 dans le courant du dernier trimestre : Bretagne, Lorraine, Alsace, Champagne-Ardenne.

Ainsi, en moins de 3 ans auront été réalisés les  du programme initialement prévu.

Le programme prévu au budget de 1980 porte sur 7 directions régionales : Rhône-Alpes, Poitou-Charentes, Limousin, Nord-Pas-de-Calais, Picardie, Franche-Comté, Midi-Pyrénées.

On peut affirmer à l'expérience que, dans les directions régionales fusionnées, les objectifs recherchés sont atteints. La mise en place de la nouvelle structure n'a pas consisté dans une simple juxtaposition des services fusionnés, mais a conduit à la création, dans chaque direction régionale, à côté des Inspections techniques de la santé et de la pharmacie, de 3 cellules, respectivement chargées :

- de la planification sanitaire et sociale,
- des missions de contrôle,
- de l'application des législations de sécurité sociale.

Il convient d'indiquer que, concurremment à la mise en place de la nouvelle organisation, les trois anciens corps de catégorie A en fonctions dans les services de la sécurité sociale et de l'action sanitaire et sociale (inspection de l'action sanitaire et sociale, inspection de la sécurité sociale et personnel supérieur de bureau des directions régionales de la sécurité sociale) étaient fusionnés en un corps unique, celui du personnel supérieur des directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales (décret n° 77-538 du 27 mai 1977).

En ce qui concerne la catégorie B, un nouveau statut unique des secrétaires administratifs des affaires sanitaires et sociales va regrouper les agents tributaires de quatre statuts différents : secrétaires administratifs de l'action sanitaire et sociale, rédacteurs et rédacteurs principaux des directions régionales de la Sécurité Sociale, rédacteurs divisionnaires des directions régionales de la Sécurité Sociale, contrôleurs comptables des directions régionales de la Sécurité Sociale. Le texte qui interviendra avant la fin de l'année 1979 sera immédiatement applicable.

Quant aux agents de catégories C et D, ils appartiennent déjà à des corps communs et la réforme ne met pas en cause leur situation.

Par ailleurs, on notera avec satisfaction que l'installation des C.O.T.O.R.E.P. se poursuit : c'est ainsi qu'en trois ans, 520 emplois d'exécution (155 en 1978, 60 en 1979 et 305 en 1980) auront été créés, permettant de renforcer les secrétariats desdites commissions, mieux à même ainsi de remplir leurs tâches de façon diligente.

EFFECTIFS DES DIRECTIONS REGIONALES ET DEPARTEMENTALES DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES

Emplois	Effectifs budgétaires 1979	Effectifs budgétaires 1980	Différence
I - PERSONNEL MEDICAL ET SOCIAL			
Corps des médecins inspecteurs de la santé.....	276	296	+ 20
Corps des médecins de santé.....	353	333	- 20
Pharmaciens inspecteurs de la santé.....	101	106	+ 5
Assistantes sociales.....	1 415	1 415	-
Infirmières.....	934	934	-
Adjointes de service de santé scolaire.....	317	317	-
Corps de l'Etat pour l'administration de la polynésie française.....	157	157	-
Conducteurs d'automobile.....	47	47	-
Personnel du contrôle sanitaire aux frontières.....	105	105	-
Total.....	3 705	3 710	+ 5
II - PERSONNEL ADMINISTRATIF			
Directeurs, chefs de service, directeurs adjoints des affaires sanitaires et sociales.....	270	276	+ 6
Inspecteurs des affaires sanitaires et sociales.....	1 805	1 812	+ 7
Attachés de statistiques.....	20	24	+ 4
Personnels du cadre B.....	2 448	2 480	+ 32
Personnel administratif d'exécution (cat. C et D).....	4 919	5 259	+ 340
Agent de service et téléphonistes	186	196	+ 10
Total.....	9 648	10 047	+ 399
III - PERSONNEL NON TITULAIRE			
Médecins contractuels de santé scolaire.....	616	616	-
Agents contractuels.....	766	770	+ 4
Total.....	1 382	1 386	+ 4
TOTAL GENERAL.....	14 735	15 143	+ 408

(Source : Ministère de la Santé et de la Famille).

CHAPITRE III

LES INTERVENTIONS EN MATIERE DE SANTE.

Les interventions en matières de santé ont pour objet essentiel de préserver ou de restaurer l'intégrité physique et morale des individus. Les crédits affectés à ces actions s'élèvent en 1980 à 6 716 millions de francs dont 5 509 millions au titre des dépenses ordinaires et 731,75 millions au titre des crédits de paiement.

I - LA PROTECTION ET LA PREVENTION SANITAIRES.

L'essentiel des dotations est consacré à des actions de prévention, qu'il s'agisse de protection du milieu, de prévention et de dépistage d'affections, d'états pathologiques identifiables ou de surveillance de certaines catégories de population.

Celles-ci regroupent d'une part les participations obligatoires de l'Etat (au taux moyen de 82 %) aux dépenses de santé publique exposées par les collectivités locales sous le contrôle des Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (D.D.A.S.S.), d'autre part les actions volontaristes d'incitation menées à l'échelon national dans des secteurs spécifiques.

Les dépenses obligatoires représentent à elles seules près de 80 % des crédits inscrits.

En 1980, les crédits afférents à ces actions augmentent globalement de 5,1 % par rapport à 1979.

Cette progression recouvre deux évolutions, d'une part les engagements des dépenses par les collectivités locales s'accroissent de 4,6 % (ces crédits représentent 80 % des dotations) et d'autre part, les crédits d'action volontariste augmentent de 15,6 %.

La priorité est donnée à :

- l'effort en faveur de l'amélioration du dispositif de secours d'urgence

qui se poursuit à un rythme soutenu ; un crédit supplémentaire de 5,9 millions de francs est prévu au profit de l'équipement de nouveaux SAMU et pour la mise en place du numéro d'appel unique « centre 15 »,

- l'effort particulier qui sera fait pour le contrôle sanitaire de l'environnement auquel sera attribué en 1980 deux crédits supplémentaires d'un montant total de 2,6 millions de francs : cela intéresse notamment le contrôle de la qualité des eaux d'alimentation et des eaux utilisées à des fins de loisirs, ainsi que la poursuite de la politique de prévention des manifestations pathologiques susceptibles d'avoir des relations avec les facteurs polluants de l'environnement,

- l'éducation pour la santé qui bénéficiera en 1980 d'un crédit supplémentaire de 1,6 million de francs destiné notamment à améliorer l'étude et l'exploitation des informations relatives aux produits toxiques.

Le tableau d'indicateurs, figurant ci-après, permet de prendre la juste mesure de l'effort très important mené par les pouvoirs publics depuis plusieurs années dans ce domaine.

Figurant parmi les priorités retenues par ce budget pour 1980, la politique de prévention devra continuer d'être renforcée dans l'avenir, en faisant notamment appel à des associations qui peuvent apporter dans cette tâche un concours précieux. Certaines expériences dans ce domaine permettent, en effet, de constater qu'il est possible d'entraîner des participations actives d'adultes et même d'enfants..

	Unités	1976 constatés	1977 constatés	1978 constatés	1979 estimés	1980 prévus
Prévention et détection sanitaires						
A. Indicateurs de moyens :						
Lutte contre la tuberculose : points de consultation	Nombre	970	955	589	580	575
Lutte contre les maladies vénériennes : points de consultation ..	Nombre	499	505	490	475	460
B. Indicateurs de résultats :						
Lutte contre la tuberculose						
Consultants	Millier	628,5	595,0	535,5	482,0	434
<i>dont</i> : Nouveaux consultants	Millier	215,3	207,5	191,1	175,8	162
Lutte contre les maladies vénériennes :						
Consultants	Millier	366,6	354,5	361,9	369,5	377
<i>dont</i> : Nouveaux consultants	Millier	289,2	281,3	291,1	301,3	312
Soins et rééducation						
A. Indicateurs de moyens :						
Hygiène mentale :						
Médecins-chefs de secteur psychiatrique	Nombre	806	847	884	920	950
Points de consultation	Nombre	2 232	2 333	2 400	2 500	2 600
Secours d'urgence :						
S.A.M.U.	Nombre	35	51	60	65	80
Unités mobiles médicalisées	Nombre	160	172	200	200	220
B. Indicateurs de résultats :						
Lutte contre le cancer :						
Consultants en consultation avancée	Millier	31,1	34,2	38,1	42,5	47,5
<i>dont</i> : Nouveaux consultants	Millier	12,0	11,6	11,9	12,3	12,7
Hygiène mentale :						
Consultants	Millier	443,5	478,7	506	536	567
<i>dont</i> : Nouveaux consultants	Millier	148,6	148,8	147	146	145
C. Indicateurs d'impact ou d'environnement :						
Hygiène mentale :						
Population hospitalisée au 31 décembre dans les zones géographiques dotées d'équipes de secteur psychiatrique ..	Millier	110	106	103	99	96
Actions médico-sociales en faveur de la mère et de l'enfant						
A. Indicateurs de moyens :						
Planification familiale et périnatalité						
Centres de planification	Nombre	220	370	437	450	460
Protection maternelle et infantile						
Personnels paramédicaux des services départementaux de P.M.I. :						
Puéricultrices	Nombre	1 618	1 727	1 850	1 980	2 110
Infirmières	Nombre	1 295	1 360	1 430	1 500	1 570
Points de consultation prénatale	Nombre	392	379	360	350	340
Séances de consultation prénatale	Millier	41	44	47	49	50
Points de consultation infantile	Nombre	7 218	7 103	7 000	6 900	6 800
Séances de consultation infantile	Millier	265	265	265	265	265
Santé scolaire						
Personnel titulaire et contractuel (effectifs budgétaires) :						
Médecins de liaison et de secteur	Nombre	896	911	927	986	986
Assistantes sociales de liaison et de secteur	Nombre	1 455	1 455	1 455	1 455	1 455
Infirmières et adjoints de santé scolaire	Nombre	1 226	1 226	1 226	1 251	1 251
B. Indicateurs de résultats :						
Protection maternelle et infantile						
Nombre d'examen cliniques réalisés :						
Prénataux	Millier	504,9	520,1	514,5	513	-
Infantiles	Millier	2 847,0	2 938,6	2 903,0	2 905	-
Proportion de certificats de santé reçus par les D.D.A.S.S. par rapport aux naissances :						
1 ^{er} (8 ^e jour)	%	92	-	-	95	-
2 ^e (9 ^e mois)	%	70	-	-	75	-
3 ^e (24 ^e mois)	%	65	-	-	65	-

II - L'EQUIPEMENT HOSPITALIER.

Le projet de budget pour 1980 est caractérisé par la *stabilité* des crédits affectés au secteur des équipements sanitaires : 1 273 millions de francs d'autorisations de programme contre 1 270,2 millions en 1979.

Ces moyens, répartis de la manière suivante :

Chapitre	Article 1980	Actions	Intitulés	Autorisations de programme		Crédits de paiement			
				Dotations 1979	Demandées pour 1980	Dotations 1979	Demandés pour 1980		
							Services votés	Mesures nouvelles	Total
56-10	10	01	Sixième partie. - Equipement sanitaire et social. <i>Equipement sanitaire</i>						
	10	01	Etablissements à caractère sanitaire	3.200	200	2.700	3.200	-	3.200
56-90	10	01	Etudes et contrôle des opérations d'équipement ..	18.500	25.500	19.150	500	+ 25.500	26.000
			Totaux (1)	21.700	25.700	21.850	3.700	+ 25.500	29.200
66-11			<i>Subventions d'équipement sanitaire.</i>						
	10	01	C.H.R. et établissements d'intérêt national	478.500	585.000	579.900	374.400	+ 176.000	550.400
	20	01	Etablissements de soins et de cure	370.000	272.300	365.500	218.700	+ 122.000	340.700
	50	01	Humanisation des C.H.R. et établissements d'intérêt national	5.000	5.000	4.400	3.000	+ 500	3.500
	60	01	Humanisation des C.H. non régionaux, centres de convalescence, de cure et de réadaptation	395.000	385.000	240.600	117.600	+ 134.000	251.600
			Totaux (2)	1.248.500	1.247.300	1.190.400	713.700	+ 432.500	1.146.200
			Totaux (1 + 2)	1.270.200	1.273.000	1.212.250	717.400	+ 458.000	1.175.400

sont globalement satisfaisants pour permettre de poursuivre la réalisation des deux grands objectifs de ce programme, à savoir :

- *l'humanisation* des conditions d'hébergement par la suppression des salles communes, qui nécessite :

* l'aménagement des bâtiments dans lesquels sont situées les salles communes et la transformation de celles-ci en chambres de 4 lits au maximum ;

* la construction de locaux neufs destinés à remplacer les bâtiments dont l'état de vétusté ou les caractéristiques architecturales interdisent ou rendent

trop onéreuses des opérations d'aménagement, sans compensation des pertes de capacité qui peuvent en résulter à l'exception de celles constatées dans les établissements situés dans les secteurs déficitaires de la carte sanitaire ;

- la modernisation des plateaux techniques (blocs opératoires et obstétricaux, services des urgences et de réanimation, services concourant au diagnostic) qui apparaît comme le complément indispensable de la suppression des salles communes dans la perspective globale de l'humanisation de l'hôpital.

A la fin de 1979, c'est moins de 15 % de lits en salle commune qui resteront à faire disparaître soit par fermeture, soit par remplacement.

Les équipements hospitaliers font l'objet d'un financement mixte entre l'Etat (40 % en règle générale avec possibilité de modulation de 20 à 40 % pour les opérations d'humanisation), les organismes de sécurité sociale, les établissements publics régionaux, les collectivités locales et les établissements eux-mêmes par le jeu de leurs ressources propres ou d'emprunts dont les charges sont reprises dans le prix de journée.

Programme d'équipement hospitalier Indicateurs de réalisation

	Unité	1976 constatés	1977 constatés	1978 constatés	1979 estimés	1980 prévus
Nombre de lits (1er janvier) :						
Secteur hospital...	millier	251 079	259 235	271 832	296 000	-
Dont :						
Court séjour.....	millier	217 801	218 843	220 038	220 000	-
Moyen et long séjour.....	millier	33 278	40 392	51 754	76 000	-
(autre que psychia- trie)						
Hôpitaux et ser- vices psychiatri- ques (1).....	millier	120 466	125 000	126 000	127 000	-
Dont :						
Services psychia- triques des hôpitaux généraux.....	millier	16 552	16 316	17 516	-	-
Hospices sections d'hospice et maisons de retraite.....	millier	252 006	251 276	235 362	215 000	-
Lits installés en chambre de 4 lits ou moins (1er janvier)						
Secteur hôpital....	%	79	81	85	90	-
Hôpitaux et services psychiatriques....	%	50	55	60	65	-
Hospices, sections d'hospices et mai- sons de retraite...	%	63	73	76	80	-

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

Si le niveau des crédits d'équipement hospitalier n'appelle pas d'observation particulière; en revanche les problèmes financiers, que pose *la gestion de l'ensemble hospitalier*, entendu au sens large, revêtent, en cette période de graves difficultés budgétaires du régime général de sécurité sociale, une acuité toute particulière: les dépenses d'hospitalisation progressant à un rythme annuel supérieur à 20 %.

A cet égard, il convient d'évoquer en premier lieu la question de l'équilibre à réaliser au regard de l'équipement sanitaire de notre pays: l'excédent de lits est évalué par le Ministère de la Santé à 50 000, soit 8 % du parc hospitalier.

Les dispositions de la loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière permettent, aux pouvoirs publics de contrôler la création des services nouveaux ou l'installation d'équipements matériels lourds, par l'intermédiaire de la carte sanitaire. Cependant elles restaient incomplètes quant aux moyens de procéder aux ajustements des capacités ou aux adaptations nécessaires.

L'objet du projet de loi relatif aux équipements sanitaires, en cours d'adoption devant le Parlement, est de conférer au Ministre de la Santé le pouvoir d'agir sur les établissements publics ou privés.

Pour les premiers, le Ministre recevrait le pouvoir, après avoir demandé au conseil d'administration, d'adopter des mesures propres à améliorer le fonctionnement de l'établissement ou à mieux répondre à l'intérêt des malades, et si cette invitation n'était pas suivie d'effet, de se substituer au conseil pour les prendre lui-même.

Pour exercer ce pouvoir, le Ministre devrait, d'une part recueillir l'avis de la Commission Nationale de l'Équipement Sanitaire, et de la Commission régionale, d'autre part se tenir dans le cadre des besoins tels qu'ils résultent de la carte sanitaire.

Pour les établissements privés, les pouvoirs publics possèdent déjà en vertu de l'article 36 de la loi hospitalière, le pouvoir d'aménager la capacité des établissements lorsqu'ils ne répondent plus au besoin de la population, puisqu'ils peuvent alors suspendre ou même retirer l'autorisation de fonctionner. Il s'agit là cependant d'une arme extrême qui ne peut être utilisée qu'exceptionnellement. Aussi bien en cas de sous-occupation, les établissements privés sont-ils en général sanctionnés par la cessation de paiement et le dépôt de bilan.

Tel n'est pourtant pas le cas des établissements admis à participer au service public hospitalier. Selon le projet, le Ministre pourrait les inviter à modifier leurs structures de la même manière que les établissements publics.

Mais si cette invitation n'était pas suivie d'effet, le projet prévoit la possibilité de les retirer de la liste des établissements participant au service public hospitalier.

Le projet prévoit également d'autres dispositions d'importance moindre ; trois sont à signaler :

- en premier lieu, les services privés d'hospitalisation de jour, d'hospitalisation de nuit, d'hospitalisation à domicile, seraient désormais soumis à autorisation préalable dans les mêmes conditions que les établissements hospitaliers privés ; il en irait de même des établissements privés de rééducation fonctionnelle, recevant en externat, dont les moyens dépasseraient un seuil fixé par décret,

- en second lieu, la fusion des commissions nationale et régionales de l'hospitalisation et de l'équipement sanitaire serait prononcée,

- en troisième lieu enfin, un pouvoir d'inspection complet dans les établissements publics et privés serait donné aux médecins-inspecteurs de la santé et aux pharmaciens-inspecteurs.

Ainsi, les pouvoirs publics disposeraient d'un mécanisme global et cohérent qui leur permettra de rechercher les ajustements nécessaires.

Toutefois, il convient que soit maintenu un certain équilibre entre les établissements de soins publics et les établissements privés.

Il importe à cet effet que ces règles nécessairement générales, soient convenablement suivies dans leur application car il semble souhaitable que, dans ce domaine comme dans d'autres, divers modes de gestion puissent être confrontés de manière que les patients disposent d'une certaine liberté de choix, mais aussi que la qualité de la gestion s'améliore.

Par ailleurs, constatant le déficit croissant de la branche maladie, le Gouvernement a pris le 25 juillet dernier une série de mesures tendant notamment à obtenir un ralentissement sensible de la progression des dépenses d'hospitalisation :

- plafonnement des dépenses des établissements publics en 1979 au niveau des budgets primitifs,

- pas de revalorisation en 1979 du prix de journée des établissements privés,

- pour 1980, évolution du rythme des dépenses parallèlement à celui de la croissance du produit intérieur brut.

En outre, il a été décidé que les caisses de sécurité sociale procéderaient à la récupération progressive des avances permanentes qu'elles consentaient jusqu'à présent aux établissements hospitaliers.

Les causes de cette situation à laquelle le Gouvernement tente de remédier, avec des moyens dont le choix est discutable, sont complexes à cerner.

Des résultats indéniables ont été obtenus au regard de la diminution de la durée de séjour dans les hôpitaux ; cette dernière est passée de 15,7 jours en 1973 à 13,3 jours en 1977 (derniers résultats connus).

**Durée moyenne de séjour et taux d'occupation
des lits des dernières années
pour la France entière-Toutes sections et section hôpital seule
(Résultats estimés pour 1977)**

Année	Lits au 31 décembre		Entrées en milliers		Journées en milliers		D.M.S. en jours		Taux d'occupation	
	Total	Hôpital	Total	Hôpital	Total	Hôpital	Total	Hôpital	Total	Hôpital
1973	426 449	251 884	4 785	4 626,3	130 465,1	72 675,9	27,3	15,7	85,0	79,9
1974	429 877	255 565	5 020	4 860,9	130 756	73 049,9	26,0	15,0	83,3	78,5
1975	435 808	262 549	5 249,2	5 090,8	131 298	74 244,1	25,0	14,6	82,5	77,5
1976	438 446	267 631	5 640,5	5 483,3	130 734,2	74 593,7	23,2	13,6	81,5	76,2
1977	441 582	274 877	5 897,2	5 738,8	130 849,4	76 422,0	22,2	13,3	81,2	76,2

DMS : durée moyenne de séjour.

Mais, l'évolution des prix des journées d'hospitalisation est toujours aussi inquiétante.

Les derniers indices connus de votre rapporteur montrent en effet, que sur la base 100 en 1970, les indices de prix de journée moyen des hôpitaux publics dans les principales disciplines sont passés à 152,8 en 1975, 167,5 en 1976, 183,2 en 1977 et 199,8 en 1978.

Les résultats se révèlent plus préoccupants encore si l'on observe le détail des services les plus courants :

Établissements concernés	Années	Chirurgie		Médecine		Maternité	
		francs courants	%	francs courants	%	francs courants	%
Assistance Publique de Paris	1976	525	-	382	-	525	-
	1977	629	+ 19,8	475	+ 24,3	629	+ 19,8
	1978	718	+ 14,1	548	+ 15,4	718	+ 14,1
Autres C.H.R.	1976	485	-	374	-	483	-
	1977	560	+ 15,5	433,1	+ 15,8	557	+ 15,3
	1978	689	+ 23	553	+ 27,7	638	+ 14,5
Centres hospitaliers	1976	332	-	225	-	364	-
	1977	380	+ 14,4	257	+ 14,2	417,1	+ 14,6
	1978	480	+ 26,3	370	+ 44	415	- 0,5
Hôpitaux	1976	297	-	165	-	266	-
	1977	344,2	+ 15,9	191,2	+ 15,9	308,3	+ 15,9
	1978	380	+ 10,4	220	+ 15,1	360	+ 16,8

Devant cet état de fait tenant à la fois à des facteurs externes à l'hôpital (démographie, extension des régimes de couverture sociale), et à des facteurs internes (modernisation des équipements, intensification des soins etc.) le Ministère de la santé a certes entrepris un important effort de rationalisation de la gestion dans trois directions :

- l'analyse comparative des gestions hospitalières tant au niveau national que régional.

Actuellement tous les centres hospitaliers régionaux sont dotés d'une cellule de contrôle de gestion susceptible de procéder à des comparaisons, à l'explication de leur situation particulière, à l'analyse de leurs coûts et à des calculs économiques qui doivent contribuer à la rationalisation des choix qu'ils peuvent être amenés à faire.

- le développement de l'informatique hospitalière autour de centres régionaux.

Les applications informatiques ont d'abord privilégié les opérations de gestion. C'est ainsi que les établissements ont recours dans un très grand nombre de cas aux programmes :

- SIGMA (gestion des malades et facturation),

- GRAPH (gestion des personnels, assure actuellement la paie de 320 000 agents),

- GEMCO (gestion des stocks) qui étant le plus récent est moins employé.

Ces différents programmes informatiques fournissent d'ores et déjà des états récapitulatifs permettant aux gestionnaires hospitaliers de mieux suivre la gestion de leur établissement pour les secteurs concernés. L'élaboration de tableaux de bord constitue une nouvelle étape qui sera atteinte grâce au système SHAGE qui, reprenant les données élaborées par les programmes de gestion, offrira, à la demande des responsables, de nombreux paramètres concernant l'activité et les données financières, à l'exception toutefois de données concernant directement l'activité médicale pour laquelle les instruments de mesure font l'objet d'un examen spécifique en raison des particularités et des difficultés qu'ils présentent.

- la mesure de l'activité médicale hospitalière.

A la demande de la Direction des hôpitaux et par l'intermédiaire de la D.O.M.I. des séminaires de recherche et de sensibilisation ont été conduits dans le cadre de l'I.N.S.E.R.M. et de certains C.H.R.U. en 1978 et 1979.

Ont été abordés :

- l'étude du système d'informations médicales hospitalières ; dossiers médicaux et infirmiers, résumés de séjour hospitalier,

- analyse qualitative de la production de soins de plusieurs services cliniques (chirurgie, gastro-entérologie, cancérologie),

L'ensemble des actions entreprises, dont les résultats seront longs à se faire sentir, devrait conduire à l'élaboration d'outils généraux permettant une amélioration de la maîtrise de l'activité médicale ; le but étant d'offrir des choix de stratégies de distributions de soins efficaces au moindre coût, par exemple pouvoir étendre le champ des traitements médicaux ambulatoires, la chirurgie « d'un jour ».

Cependant, force est de constater que les dépenses hospitalières, après une pause en 1977, ont de nouveau repris leur progression.

Aussi convient-il de s'interroger, avec beaucoup plus d'insistance que les années passées, sur la nécessité de généraliser rapidement l'expérimentation de nouveaux modes de tarification hospitalière, celui du prix de journée actuellement pratiqué étant responsable pour une large part des difficultés présentes.

La loi n° 78-11 du 4 janvier 1978 a autorisé le Gouvernement à expérimenter la formule dite du « prix de journée éclaté », et celle dite du « budget global » pour une période de deux ans.

Les établissements qui ont participé à ces expériences sont :

- pour le budget global :

- + l'Hôtel Dieu (A.P. de PARIS),
- + le centre hospitalier de Saint-Germain-en-Laye,
- + l'Institut Gustave Roussy à Villejuif.

- pour le prix de journée éclaté :

- + le centre hospitalier de Chartres,
- + l'hôpital Antoine Beclère dépendant de l'Assistance publique de Paris,
- + le centre de traumatologie et d'orthopédie de Nancy, établissement de la caisse régionale d'assurance-maladie du Nord-Est de la France.

Il est rappelé à ce sujet que *la formule dite du « prix de journée éclaté »* consiste à isoler les différentes composantes du prix de journée en faisant apparaître :

- un forfait d'admission facturé une fois pour l'ensemble du séjour,
- un prix de journée « hébergement » unique pour l'ensemble de l'établissement et représentant le coût hôtelier (repas, couchage),
- un prix de journée soins pour chaque discipline représentant le coût de la surveillance et des soins courants,
- le prix de chacune des prestations qui peuvent être individualisées (examen, intervention chirurgicale, etc...).

La formule dite du « budget global » consiste, quant à elle, à ne plus faire dépendre le financement de l'établissement de la facturation des prestations fournies et calculées sur la base d'un tarif spécifique (prix de journée notamment).

Une dotation globale est accordée à l'établissement sur la base de prévisions d'activité, déterminées en collaboration avec les chefs de service qui sont ainsi associés, conformément aux vœux exprimés par le législateur, à la gestion des établissements.

Celle-ci est financée principalement au moyen de douzièmes versés chaque mois par les différents régimes d'assurance maladie qui sont regroupés localement sous forme de caisse-pivot, la part de chaque caisse étant déterminée en fonction du nombre de ressortissants de chacun des régimes. Toutefois, une facturation calculée selon la méthode du prix de journée a été maintenue, pour les malades ne ressortissant d'aucun régime de sécurité sociale ainsi que pour le calcul du ticket modérateur.

Les deux formules incorporent dans les dépenses d'exploitation la rémunération des médecins et suppriment ainsi, dans un souci de simplification, la gestion des masses d'honoraires.

La formule dite du budget global présente le double avantage de garantir à l'hôpital un financement qui ne dépend plus du nombre de journées réalisées comme dans la formule actuelle et, dans la mesure où il s'accompagne de budgets établis au niveau de chaque service, de responsabiliser directement les médecins à la gestion en leur permettant de suivre notamment à ce niveau l'évolution de l'activité et de la consommation des crédits.

Votre rapporteur a obtenu l'assurance que ces expérimentations allaient être développées, afin d'en mesurer les conséquences sur un plus vaste échantillon. A cet fin, le Gouvernement sollicitera au cours de cette session l'habilitation du Parlement qui lui est nécessaire pour pouvoir poursuivre ses actions.

Nous avons insisté longuement sur les problèmes de la gestion hospitalière, car il semble bien qu'ils soient désormais les plus importants de ce secteur, après que les questions relatives à l'équipement aient été réglées, ou soient en cours de règlement, comme l'humanisation.

Enfin, dans le cadre de l'équipement sanitaire et social, nous croyons devoir évoquer brièvement la place que peut tenir *le thermalisme*.

La France possède un important patrimoine thermal dont l'utilisation par des cures ordonnées et conduites par des membres du corps médical peut contribuer efficacement au traitement d'un certain nombre de maladies.

L'exemple qui nous est fourni en cette matière par de nombreuses nations nous apporte la preuve que ces formes de thérapeutiques peuvent être conservées et encouragées.

On enregistre une augmentation quasi-générale de la fréquentation des stations hydrominérales de l'ordre en moyenne de 3 à 4 % par an ; à titre indicatif cette fréquentation a été de 520.000 curistes en 1978.

Il faut donc permettre la modernisation, le développement des installations thermales en facilitant financièrement la réalisation des équipements indispensables.

A cet égard plusieurs types d'aides sont mises en oeuvre :

- aides à l'investissement : il convient de distinguer les établissements appartenant à l'Etat (nationaux ou concédés) qui sont financés directement par l'Etat ainsi :

- Aix-les-Bains (financé à 100 % : 27 millions de crédit au cours des cinq dernières années),

- Bourbon l'Archambault (2 millions au cours de la même période),

- Bourbonne-les-Bains (8,6 millions),

- Plombières (2,3 millions),

et les établissements appartenant à des collectivités locales qui sont financés sur crédits délégués aux régions, soit 25 millions au cours des cinq dernières années.

Pour ces derniers, existe depuis peu de temps, la formule des « contrats thermaux », à l'image des « contrats de villes moyennes » qui ont bénéficié de 2 millions de francs en 1979.

Permettant de réunir plusieurs types d'aides financières, ces contrats doivent être développés, si l'on veut sauver de nombreuses stations.

- aide au fonctionnement : il s'agit du plan de soutien mis en place pour Vichy (2 millions de francs entre 1976 et 1978),

- aide en matière de prêts : ceux-ci peuvent être obtenu au titre du F.D.E.S.

Nous achèverons ce propos en faisant référence au plan thermal régional du Massif Central qui, étalé sur 4 ans et associant les pouvoirs publics et les Conseils régionaux d'Auvergne et de Rhône-Alpes devrait relancer le thermalisme dans cette partie de la France.

III - L'AIDE MEDICALE.

Les dotations d'aide médicale sont destinées à couvrir une partie des dépenses effectuées par les départements et les communes pour venir en aide aux titulaires de faibles revenus ayant à supporter, soit des dépenses médicales non ou insuffisamment couvertes par un régime de sécurité sociale, soit des cotisations d'assurance volontaire dans le cadre de la législation de l'aide sociale.

La part de ces dépenses, à la charge de l'Etat, s'élèvera en 1980 à 3 504 millions de francs contre 3 261 millions en 1979, soit une progression de 7,45 %.

Les principaux postes de dépenses sont les suivants :

- *l'aide médicale générale :*

Le crédit de 1 880,9 millions de francs demandé pour 1980 présente une augmentation de 203,5 millions de francs par rapport au crédit alloué pour 1979 (1 677,4 millions de francs), soit une progression de 12 %.

Le crédit a été calculé sur la base des dépenses de 1977 (1 372,3) majorées de l'ordre de 24 % de 1977 à 1979 pour tenir compte de l'ensemble des variations provenant de l'évolution de l'effectif des bénéficiaires, de l'incidence du relèvement des prix de journée dans les hôpitaux, de la progression des taux de différentes allocations et cotisations, et du transfert aux dépenses d'aide médicale aux malades mentaux des cotisations assurance maladie pour les bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés.

Les bénéficiaires de l'aide médicale générale selon une étude récente réalisée pour le Ministère de la santé et de la sécurité sociale, sont à raison d'un tiers, des personnes non affiliées à un régime de sécurité sociale ; 60 % des bénéficiaires, bien que protégés par un régime obligatoire d'assurance maladie, recourent à l'aide médicale pour la partie des dépenses restant à la charge de l'assuré ; environ 5 % des bénéficiaires, enfin sont affiliés à un régime de sécurité sociale mais leur droits ne sont pas ouverts (durées de travail insuffisantes notamment).

Le crédit inscrit pour 1980, doit permettre de couvrir les acomptes sur 1980, soit 4/5 des dépenses de 1979 (1 361,8 millions) et le solde des dépenses 1979 (519 millions).

- l'aide médicale aux tuberculeux :

Le crédit de 126 millions de francs demandé pour 1980 est identique au crédit alloué pour 1979.

Le crédit a été calculé sur la base des dépenses de 1977 (96,9 millions) majorées de l'ordre de 23,15 % de 1977 à 1979 pour tenir compte de l'ensemble des variations provenant de l'incidence du relèvement des prix de journée dans les établissements de soins et d'une faible régression de l'effectif des bénéficiaires.

Le crédit prévu pour 1980 doit permettre de couvrir les acomptes sur 1980 soit 4/5 des dépenses 1979 (95,5 millions) et le solde des dépenses de 1979 soit 30,5 millions.

- l'aide médicale aux malades mentaux :

Le crédit de 1 486,3 millions de francs demandé pour 1980 présente une augmentation de 35,2 millions par rapport au crédit alloué pour 1979 : 1 451,1 millions de francs.

Le crédit 1980 a été calculé sur la base des dépenses de 1977 (975,7 millions) majorées de l'ordre de 39,73 % de 1977 à 1979 :

+ de la majoration des prix de journée dans les hôpitaux psychiatriques,

+ d'une réduction du nombre des bénéficiaires de la cotisation majorée d'assurance volontaire,

+ de la prise en charge des cotisations forfaitaires d'assurance maladie aux bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés.

- l'aide médicale en matière d'interruption volontaire de grossesse.

Les crédits inscrits à ce titre, soit 9,8 millions de francs, progressent de près de 44 % par rapport à 1979, tenant compte de la progression des bénéficiaires et de l'augmentation des frais de soins et d'hospitalisation.

CHAPITRE IV

LES INTERVENTIONS EN MATIERE SOCIALE.

La politique d'action sociale est un des éléments essentiels de la politique sociale mise en oeuvre pour faciliter les mutations rendues nécessaires par l'industrialisation et l'urbanisation rapides que connaît notre pays depuis 1945.

La réalisation de cette politique est largement décentralisée puisque, dans le cadre défini par le Gouvernement, les collectivités locales et les organismes de sécurité sociale, d'une part, et de très nombreuses associations privées, d'autre part, interviennent de manière décisive et permettent d'ajuster les mesures générales aux besoins de la population.

La mise en oeuvre de cette politique s'organise autour de *deux axes prioritaires*, à savoir :

- la mise en oeuvre d'une véritable *prévention* : pour faire face à l'accroissement rapide de l'inadaptation sociale, la politique de prévention comporte une aide accrue aux familles et en particulier, aux familles les plus fragiles ; elle s'oriente vers le développement d'une action globale au niveau des quartiers que favorise la mise en place des circonscriptions et des secteurs d'action sanitaire et sociale, lieux, de coordination des interventions entreprises par les divers services sociaux.

- l'effort en faveur des plus défavorisés en particulier les *personnes âgées* et les *handicapés* : celui-ci se traduit pour les personnes âgées par le relèvement rapide du minimum vieillesse et le développement des actions de maintien à domicile dans le cadre du PAP n° 15. Pour les handicapés l'accent est mis, dans le cadre de l'application de la loi d'orientation sur le développement des équipements et des services destinés aux adultes handicapés.

I - L'ACTION SOCIALE.

Les dotations budgétaires sont affectées au développement d'une action sociale globale et préventive, à la mise en œuvre d'interventions novatrices et expérimentales ainsi qu'à la réalisation d'équipements sociaux.

Les crédits destinés à ces actions sont regroupés dans le tableau ci-après :

(en milliers de francs)

	1978				1979				1980			
	D.O. + C.P.			A.P.	D.O. + C.P.			A.P.	D.O. + C.P.			A.P.
	Charges directes	Charges in-directes	Total	Total	Charges directes	Charges in-directes	Total	Total	Charges directes	Charges in-directes	Total	Total
1. Dépenses ordinaires (1)												
Personnel	-	-	-		-	-	-	-	-	-	-	-
Fonctionnement.....	52 951	-	52 951		58 871	-	58 871	-	41 245	-	41 245	-
Subventions	179 312	-	179 312		209 112	-	209 112	-	237 209	-	237 209	-
TOTAL dépenses ordinaires ..	232 263	-	232 263		267 983	-	267 983	-	278 454	-	278 454	-
2. Dépenses en capital (2)												
Taxe équipements	3 500	-	3 500	2 500	9 000	-	9 000	7 500	7 500	-	7 500	2 500
Subventions d'équipement ..	269 680	-	269 680	273 080	288 300	-	288 300	255 400	208 100	-	208 100	240 700
TOTAL dépenses en capital ..	273 180	-	273 180	275 580	297 300	-	297 300	272 900	215 600	-	215 600	243 200
TOTAL (1 + 2)	505 443	-	505 443	275 580	565 283	-	565 283	272 900	494 054	-	494 054	243 200

qui nous permet de constater que, si les subventions progressent de 13,4 %, passant de 209 millions en 1979 à 237 millions cette année ; en revanche les dépenses en capital connaissent une diminution très sensible : - 10,9 % pour les autorisations de programme et - 12,6 % pour les crédits de paiement.

Il convient de reconnaître qu'en ce domaine, la situation ne justifie plus la réalisation d'un effort massif de construction, mais plus une action d'adaptation et de modernisation des installations existantes.

Ainsi en est-il des établissements pour handicapés où les efforts accomplis ces dernières années ont permis de satisfaire très largement les besoins d'équipement pour jeunes handicapés ; alors que parallèlement se pose le problème de l'insuffisance des moyens destinés à l'accueil des handicapés adultes.

A cet égard priorité reste donnée aux actions destinées à ce public, en particulier par la création des maisons d'accueil spécialisées prévue par l'article 46 de la loi d'orientation, le développement des établissements de travail protégé et des structures d'hébergement.

Les crédits d'intervention permettront de poursuivre les efforts déjà réalisés dans les trois domaines principaux suivants :

1°) *L'action sociale globale.*

Le développement de cette dernière s'inscrit en particulier dans le cadre de l'application des programmes d'action prioritaires n° 14 « la nouvelle politique de la famille », n° 16 « développer la prévention et l'action sociale volontaire », n° 21 « mieux vivre dans la ville ».

En 1980, l'accent sera mis :

- sur le soutien à l'innovation et à l'expérimentation en matière sociale et sur le développement des « centres de services » et des « centres d'information » pour les associations,

- sur la poursuite et le développement d'actions d'aménagement social concerté dans les zones où se conjuguent la dégradation du cadre de vie et les risques d'inadaptation sociale (opération habitat et vie sociale), l'objectif fixé par le PAP n° 21 dans ce domaine (50 zones) a été atteint dès 1979 et l'on s'oriente vers la mise en oeuvre d'une vingtaine d'opérations déconcentrées en 1980.

2°) *La famille.*

Dans le cadre du programme d'action prioritaire n° 14, l'accent reste mis sur les actions tendant à faciliter la conciliation de la vie professionnelle des parents et l'éducation des enfants, ainsi que sur les services à la disposition des familles.

Au regard des premières, de nouvelles mesures ont été prises pour faciliter l'éducation des enfants dont les parents travaillent, il convient de citer :

- le congé postnatal de deux ans en faveur des femmes fonctionnaires, militaires, agents des collectivités locales et des établissements d'hospitalisation publics (loi n° 76-617 du 9 juillet 1976-Titre III). La loi n° 78-753 du 17 juillet 1978 accorde le bénéfice de ce congé aux pères si les mères ne peuvent y prétendre ;

- le congé parental d'éducation pour la mère (ou à défaut le père) relevant du secteur privé, mais sous certaines conditions d'ancienneté dans

l'entreprise, laquelle doit occuper plus de 200 salariés (loi n° 77-766 du 12 juillet 1977).

Ces dispositions qui permettent d'élever un jeune enfant, pour les femmes fonctionnaires sans perdre totalement le droit à l'avancement pendant cette période, et pour les autres, sans rupture du contrat de travail, sont également applicables en cas d'adoption, à condition que l'enfant ait moins de 3 ans ;

- la possibilité d'obtenir un travail à mi-temps pendant 16 ans au maximum au cours de la carrière, pour élever un ou plusieurs enfants de moins de 16 ans.

Par ailleurs, en ce qui concerne les modes de garde des enfants, la loi de finances pour 1979 a prévu la possibilité pour les familles monoparentales de déduire les frais de garde des enfants de moins de 3 ans jusqu'à un maximum de 3 000 F, sous condition de ressources.

Le développement des équipements, et en particulier des *crèches*, se poursuit, mais à un rythme très inférieur à celui qui avait été prévu : le nombre de place de crèches collectives qui était de 50 759 au 1^{er} janvier 1977 est passé à 56 267 au 1^{er} janvier 1978 (chiffre provisoire), soit près de 5 000 places supplémentaires. Pour les crèches familiales, le nombre d'enfants placés, soit 25 910 au 1^{er} janvier 1977, était de 28 979 au 1^{er} janvier 1978 (chiffre provisoire).

La mise en place du statut des *assistantes maternelles*, au nombre de 307 400 au 1^{er} janvier 1978 s'est poursuivie. L'arrêté relatif à leur agrément a été signé le 7 juin 1979. Une circulaire de la Direction Générale des Impôts du même jour a défini le revenu imposable pour cette catégorie de salariés ; la prochaine loi de finances devrait reprendre cette définition, si le Parlement est d'accord, accordant ainsi aux assistantes maternelles un statut fiscal favorable justifié par les conditions particulières d'exercice de leur activité et susceptible de leur conserver l'essentiel des avantages dont elles bénéficient par ailleurs.

Sur le deuxième point, on notera d'une part que le nombre des *travailleuses familiales*, encore très insuffisant, augmente ; leur effectif pour 1979 atteint 7 060 personnes. D'autre part le nombre des centres sociaux a augmenté d'une manière très importante puisqu'il est passé de 777 à 858 au 31 décembre 1978 : 21,6 millions de francs ont été affectés à 71 opérations de construction, d'extension et d'aménagement.

Quant à l'aide que l'Etat apporte aux centres sociaux agréés par la Caisse Nationale d'allocations familiales, elle s'élève, pour 1979, à 35,4 millions de francs.

On remarquera enfin que l'effort vers une meilleure qualité de la vie se traduit par une politique active des loisirs et des vacances des familles. En ce qui concerne les *maisons familiales de vacances*, l'objectif pour 1980, est, d'une part, la poursuite de l'accroissement du nombre de ces établissements, étant donné que les besoins ne sont pas encore satisfaits, d'autre part, le développement des aides financières au fonctionnement, par l'attribution de postes FONJEP, enfin l'aménagement des maisons familiales de vacances existantes.

41 postes FONJEP ont été pris en charge en 1976, 93 postes en 1977, 150 en 1978 et 180 en 1979. Par ailleurs, des crédits sont attribués pour l'aménagement des maisons familiales de vacances soit 5 millions en 1979 à ce titre.

L'aide aux familles est assurée par les bons-vacances des Caisses d'Allocations Familiales. C'est ainsi que 258 millions de francs ont été attribués en 1977 à ce titre. En 1978, le montant de ces bons s'est élevé à 400 millions environ (dont 100 millions de crédit exceptionnel prélevé sur les excédents du Fonds National d'Action Sanitaire et Sociale), et en 1979 le montant inscrit à ce titre au budget prévisionnel s'élève à 431 millions de francs.

3°) *Les personnes âgées.*

Deux objectifs essentiels sont assignés à la politique menée en faveur des personnes âgées :

- répondre aux vœux de la quasi-totalité des personnes âgées qui souhaitent rester dans leur cadre de vie habituel le plus longtemps possible et les inciter à se maintenir insérées dans la société ;

- offrir au plus âgées des structures d'accueil adaptées aux problèmes du quatrième âge ;

- *la politique de promotion du maintien à domicile* des personnes âgées et de la préservation de leur insertion sociale demeure le secteur prioritaire de l'action sociale.

Le tableau ci-après indique le montant des crédits inscrits aux budgets de 1976-1977-1978 et 1979.

Lois de finances initiales

Francs courants (millions)

	1976	1977	1978	1979	1980
Fonctionnement					
Rémunération des délégués.....	1,04	1,13	1,23	1,32	1,42
Frais de déplacement des délégués.....	-()-	-()-	-()-	-()-	-()-
Stage de formation de personnels.....	0,56	1,0	1,0	1,1	1,1
Action Sociale en faveur des personnes âgées.....	16,9	26,9	46,4	71,4	101,7
Etudes.....	-	-	0,50	1,5	0,3
Equipement Equipements sociaux en faveur des personnes âgées.....	40	46	58	65,4	63,5
TOTAL	58,5	75,03	107,13	140,72	168,02

-()- ne peut être déterminé.

Ces crédits permettront notamment les réalisations suivantes :

	1977	1978	1979
1 - Nombre de nouveaux secteurs créés (objectifs = création de 440 secteurs entre 1976 et 1980).....	146	140	140
2 - Nombre de secteurs anciens complétés....	63	70	60
3 - Nombre de précontrats signés avec des associations de personnes âgées.....	177	100	-
4 - Nombre de personnes ayant bénéficié d'une formation dans les centres agréés par le Ministère.....	337	315	310
5 - Nombre de clubs créés	100	100	-

- *l'hébergement des personnes âgées* : parallèlement aux efforts importants qui sont faits pour faciliter le maintien à domicile des personnes âgées, une action - qu'il convient de développer sans retard - doit être menée pour adapter les établissements hébergeant des personnes du « 4^e âge » dont l'autonomie de vie diminue et accueillir en établissements sanitaires des personnes, dont l'état de santé nécessite des soins particulièrement longs et suivis.

La loi du 30 juin 1975, relative aux *institutions sociales et médico-sociales* a prévu :

- d'une part, que les dépenses afférentes aux soins médicaux dispensés dans les établissements sociaux seront prises en charge, éventuellement, suivant des formules forfaitaires par les régimes d'assurance maladie ou par l'Aide sociale ;

- d'autre part, que des sections de cure médicale pourront être créées dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées.

Les dispositions de cette loi ont été complétées par celles de la loi n° 11-78 du 4 janvier 1978 qui précise les conditions dans lesquelles les dépenses de soins, exposées dans certains établissements sociaux, pourront être prises en charge de manière forfaitaire.

Elle prévoit, par ailleurs, que les assurés sociaux pourront être exonérés de toute participation aux dépenses de soins et que les pensionnaires des établissements sociaux concernés n'auront pas à en faire l'avance.

Enfin, elle rend possible le versement, aux établissements sociaux, par une caisse unique, des sommes qui leur sont dues par les divers régimes d'assurance maladie.

Le décret n° 77-1289 du 22 novembre 1977 a déterminé les conditions de création des sections de cure médicale, en limitant la capacité à 25 % de la capacité globale de chaque établissement. Une circulaire du 26 octobre 1978 en a précisé les modalités d'application.

Les décrets n° 78-477 à 479 du 29 mars 1978 ont, quant à eux, fixé les modalités de prise en charge par les régimes d'assurance maladie des dépenses afférentes aux soins médicaux dispensés dans ces établissements et celles suivant lesquelles seront déterminés les forfaits soins. Deux circulaires du 8 novembre 1978 les ont complétés.

Cette réforme essentielle commence à se mettre en place en 1979.

Environ 350 000 lits sont concernés par cette réforme soit 85 000 lits qui, à terme, sont susceptibles de devenir des lits de section de cure dans les établissements sociaux.

Il est encore trop tôt pour connaître les résultats pour 1979. Néanmoins actuellement 6 à 7 000 lits ont été transformés en lits de section de cure médicale.

Dans le secteur sanitaire, les centres ou services de moyen et long séjour accueillent principalement les personnes âgées ayant eu un accident de santé, afin de les réadapter et de leur permettre de rentrer chez elles.

Si l'état de la personne âgée ne s'est pas suffisamment amélioré pour permettre le retour au domicile, la section long séjour l'accueillera et lui offrira les soins nécessaires à son état.

Ces établissements ou services ont pour origine soit la transformation et l'humanisation d'hospices, soit la construction de bâtiments industrialisés de type V 120, V 240. Au 31 décembre 1978, 30 200 lits du USN/V et de V 120, 240 étaient achevés, en cours ou programmés.

Les personnes hébergées en moyen séjour sont prises en charge par la Sécurité Sociale selon les règles applicables en matière d'hospitalisation et en long séjour, la partie soins fait l'objet d'une prise en charge forfaitaire de la part des organismes de Sécurité Sociale, qui s'élève à 83 francs pour 1979.

II - L'AIDE SOCIALE.

L'aide sociale recouvre un domaine d'interventions extrêmement large et diversifié, puisqu'elle se définit comme l'assistance financière directe en espèces, ou l'assistance en nature ou en services à toute personne dont le montant des ressources, situé en deçà d'un certain niveau, le justifie.

Elle est accordée par les conseils généraux, mise en œuvre par les directeurs départementaux de l'action sanitaire et sociale avec le concours des services départementaux d'aide sociale. Les dotations budgétaires qui constituent 75 % des dépenses obligatoires, représentent le remboursement par l'Etat de sa quote-part : leur total atteindra 12,13 milliards de francs en 1980, contre 10,12 milliards en 1979 soit une progression de 19,8 % inférieure à celle enregistrée en 1979 par rapport à 1978 (+ 28,3 %). Tous les suppléments consistent en des mesures acquises.

Neuf postes requièrent des compléments importants :

1°) *L'aide à l'enfance* avec 900 millions de francs (dotation 1980 : 7 295,6 millions de francs) représente 60 % des crédits inscrits au titre de l'aide sociale.

L'aide sociale à l'enfance a fait l'objet d'une étude prioritaire de rationalisation des choix budgétaires en 1978 et 1979. Le rapport remis au mois de juin 1979 met l'accent sur la nécessité d'apporter une aide et un soutien plus important aux familles afin de permettre à celles-ci d'assurer pleinement l'éducation de leurs enfants et d'éviter ainsi les prises en charge physiques.

Les conclusions de ce rapport devraient se traduire dans un délai, que votre rapporteur souhaite le plus court possible, par un ensemble de mesures visant au développement de la prévention et à l'amélioration du fonctionnement des services départementaux de l'enfance.

- Les actions de prévention

Les efforts engagés dans ce domaine produisent des résultats non négligeables : ainsi le nombre des enfants aidés par l'aide sociale à l'enfance a considérablement diminué, passant de 653 000 en 1970 à 547 000 au 1^{er} janvier 1977 et 536 500 au 1^{er} janvier 1978.

Ceci résulte du développement des actions de prévention générale que facilitent la mise en place des circonscriptions d'action sanitaire et sociale et le

renforcement des équipes de travailleurs sociaux, ainsi en mesure d'intervenir de manière plus adaptée et précoce.

Le service de l'aide sociale à l'enfance a également renforcé son action de prévention afin d'éviter des placements inutiles. C'est ainsi que les aides financières aux familles ont augmenté : le nombre des nouveaux bénéficiaires est passé de 222 000 en 1976 à 329 000 en 1977. Les interventions des travailleurs sociaux se sont multipliées : les mesures d'action éducative en milieu ouvert ont également progressé de 33 400 en 1976 à 36 000 en 1977.

- *Les actions de placement*

Le rapport précité reprend et développe l'une des idées-force de l'action récente de l'aide sociale à l'enfance, à savoir que la vie des enfants pris en charge doit ressembler d'aussi près que possible à celle des autres enfants. Les propositions faites devraient se traduire par l'élaboration de nouvelles mesures destinées à accentuer l'effort déjà engagé, notamment par l'amélioration des relations de l'enfant et de sa famille naturelle et par la « banalisation » de tous les aspects de la vie courante de ces enfants.

Dans le même temps, les placements sont de mieux en mieux adaptés aux besoins des enfants : les placements familiaux connaissent une amélioration qualitative grâce à la mise en application du statut des assistantes maternelles qui a permis de revaloriser substantiellement la rémunération des familles d'accueil de l'aide sociale à l'enfance et les fait bénéficier, en nombre croissant, d'actions de formation. Quant aux placements en établissement, plusieurs actions sont en cours, l'une d'elles, qui vise à améliorer le fonctionnement des pouponnières de l'aide sociale à l'enfance touche actuellement les régions Nord-Pas-de-Calais et Provence-Côte-d'Azur, sera ensuite étendue à quatre autres régions.

Bien que l'on constate une moindre progression de la dépense que les années passées, seule l'intensification de l'action préventive, en diminuant le nombre de cas nécessitant une intervention lourde et onéreuse parce que tardive, peut permettre d'espérer, sinon dans l'immédiat, du moins d'ici à quelques années, un ralentissement des dépenses.

2°) *L'aide sociale aux infirmes, aveugles et grands infirmes avec* 628,9 millions de francs (dotation 1980 : 2 173 millions de francs).

Il n'y a pas lieu d'escompter une régression des dépenses d'aide sociale à ce titre, car il est à craindre que la réduction des dépenses résultant du transfert des principales allocations en espèces à la sécurité sociale, en application de la loi du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées soit loin de compenser les augmentations de dépenses qui découleront de la mise en

application de cette même loi : majoration de la masse globale des frais d'hébergement, en raison notamment de la suppression de l'obligation alimentaire et de la prise en charge par l'aide sociale des frais de transport qui seront inclus dans les prix de journée (art. 48 de la loi précitée) ; et, dans une moindre mesure, accroissement du taux des allocations restant à la charge de l'aide sociale (allocation compensatrice).

3°) *L'aide aux personnes âgées* avec 97,8 millions de francs (dotation 1980 : 1 416,6 millions de francs).

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

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

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

Toutefois, la prise en charge par la sécurité sociale du forfait de soins dans les établissements de long séjour ainsi que dans les établissements d'hébergement médicalisés devrait avoir une incidence sur les dépenses d'aide sociale aux personnes âgées.

Votre rapporteur estime utile de développer le problème particulier très important des *aides ménagères à domicile* dont les moyens sont encore insuffisants pour répondre aux besoins, malgré les efforts déjà réalisés.

Les dépenses afférentes à ces actions ont connu une croissance exceptionnelle au cours de ces dernières années, puisque les financements divers que la collectivité lui a consacrés sont passés de 50 millions de francs en 1970 à 950 millions de francs en 1979 (prévisions).

Le tableau ci-après indique le montant des dépenses et le nombre de bénéficiaires des principaux régimes d'aide ménagère.

FINANCEURS	Dépenses (en millions de francs)			Nombre de bénéficiaires		
	1977	1978	Prévisions 1979	1977	1978	Prévisions 1979
CNAVTS	310	385,4	535	128 218	145 000	160 000
AIDESOCIALE	188	254	350	45 800	53 000	61 000
M.S.A.	30,4	43	48,6	20 000	27 500	30 000
CANCAVA	13,6	22,3	33,3	8 000	10 000	-
ORGANIC	15,4	21,6	-	6 000	7 200	-
MINES	9,21	13	24,09	5 040	6 440	8 370
REGIMES COMPLEMENTAIRES	11,4	12	-	39 000	-	-

Les conditions d'octroi de l'aide ménagère et de participation des personnes âgées varient selon les financeurs et même selon les caisses locales des caisses de retraite.

Sont données ci-après comme exemple, les conditions d'octroi et de participation de l'aide sociale et de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (C.N.A.V.T.S.).

Aide Sociale : sont admises au bénéfice de la prestation d'aide ménagère, les personnes âgées dont les ressources sont inférieures au plafond d'octroi de l'allocation supplémentaire du Fonds National de Solidarité, soit à compter du 1^{er} juillet 1979 à 14 700 F. Aucune participation des intéressés n'est demandée et le recours à l'obligation alimentaire est supprimé depuis août 1977.

C.N.A.V.T.S. : Sont admises au bénéfice de l'aide ménagère, d'une part les personnes âgées seules dont les ressources sont inférieures à un plafond de 2 775 F et, d'autre part les personnes âgées vivant en couple dont les ressources sont inférieures à 4 165 F. La participation des intéressées varie en fonction des ressources (de 6 % à 50 % du taux de remboursement de l'aide ménagère ou de 1 F 40 à 13 F 35).

Les taux de remboursement de l'aide ménagère ont fortement augmenté en 1979 pour tenir compte à la fois de l'incidence de la mensualisation et du protocole salarial signé le 17 mars 1978 et partiellement agréé par arrêté du 21 juillet 1978. De plus, depuis le 1^{er} janvier 1979, l'aide sociale et les principales caisses de retraite ont fixé des taux de remboursement identiques : 25 F 50 pour la province et 28 F 50 pour la région parisienne à compter du 1^{er} janvier 1979, et 27 F et 30 F à compter du 1^{er} juillet 1979.

Environ 52 000 aides ménagères apportent leur concours au domicile des personnes âgées.

46 000 sont employées par des associations privées à but non lucratif et 6 000 par les bureaux d'aide sociale.

4°) *Les centres d'hébergement* avec 156,2 millions de francs (dotation 1980 : 594,4 millions de francs).

L'ouverture des centres d'hébergement à de nouvelles catégories de bénéficiaires et l'accueil des réfugiés, en particulier du sud-est asiatique, entraînent une augmentation sensible des dépenses d'aide sociale dans ce domaine.

5°) *Le service social* doté cette année de 624,7 millions de francs.

L'augmentation importante des dépenses (+ 57 %) est liée au développement accéléré de tels centres qui étaient rares jusqu'à présent.

L'importance des dépenses d'aide sociale dans le budget de l'Etat et dans les budgets des collectivités locales, dont il n'y a pas lieu d'excompter une régression dans l'avenir mais tout au plus, prévoir une moindre progression, a conduit les différentes parties concernées, à s'interroger sur la nécessité d'une réforme du système actuel, dans la mesure où les structures économiques, démographiques et sociales des départements ont évolué considérablement depuis 1955, date de mise en place du système actuel.

Les dépenses d'aide sociale sont actuellement engagées par les Départements, puis remboursées par l'Etat, selon un barème propre à chaque groupe de dépenses et à chaque département. La clé de répartition fixée en 1955 tient compte de la richesse départementale de l'époque, appréciée à travers la valeur du centime et le produit de la taxe locale.

Chaque année votre rapporteur ne manque pas de souligner les graves inconvénients de ce système qui ne prend pas en compte les évolutions qu'ont connu les besoins et la richesse des différents Départements depuis 25 ans.

Le projet de loi relatif au développement des responsabilités des collectivités locales, que notre Assemblée est en train d'examiner, propose dans son *titre II* de mettre fin au système des dépenses contingentables et des « financements croisés » et d'y substituer une répartition en deux « blocs de compétences », l'un dévolu à l'Etat, l'autre aux collectivités locales, chacun supportant à 100 % les charges relevant désormais de ses attributions.

Le contour des deux blocs de compétences a été dessiné de la manière suivante :

– seraient de la *compétence de l'Etat* les prestations dont les conditions et le montant ne peuvent être définis qu'au niveau national, parce qu'elles sont l'expression de la solidarité nationale, et les prestations destinées à des groupes dits « marginaux », c'est-à-dire dont les attaches locales ne sont ni évidentes, ni suffisantes, ni permanentes :

- * aide sociale à l'enfance,
- * aide sociale à la famille,
- * aide médicale aux malades mentaux,
- * aide médicale aux tuberculeux,
- * centres d'hébergement et de réadaptation sociale,
- * cotisations d'assurance maladie prises en charge par l'aide sociale,
- * allocations compensatrices et allocations différentielles aux handicapés,
- * fonctionnement des centres d'aide par le travail,
- * allocation simple aux personnes âgées,
- * prestations d'aide sociale aux personnes sans domicile de secours (déjà supportées intégralement par l'Etat).

– les autres formes d'aide relèveraient de la *compétence des collectivités locales*, parce qu'elles sont l'expression d'une solidarité locale ou parce qu'elles sont liées à des équipements de voisinage, et en particulier à la politique de l'habitat :

- * aide sociale aux personnes âgées (à l'exception de l'allocation simple),
- * autres prestations de l'aide sociale aux personnes handicapées, c'est-à-dire : aide et services ménagers, placement familial ou en établissement social ou médico-social,

* prestations de l'aide médicale à domicile et de l'aide médicale hospitalière, à l'exception des cotisations et des aides aux malades mentaux et aux tuberculeux,

* service social départemental (article 28 de la loi n° 75-535 relative aux institutions sociales et médico-sociales), et service social spécialisé dans la lutte contre la prostitution (article 185-1 du code de la famille et de l'aide sociale).

Sur le plan financier l'article 88 du projet de loi prévoit que tout accroissement net de charges qui résulte du transfert de compétences, décrit ci-dessus, sera compensé par un transfert de ressources. Ces ressources sont équivalentes aux charges existant à la date du transfert et proviennent d'un ajustement de la dotation globale de fonctionnement instituée par la loi n° 79-15 du 3 janvier 1979 ou de l'attribution de nouvelles recettes fiscales.

Une simulation de l'incidence des transferts financiers concernés a été effectuée. Elle porte sur l'année 1977, dernier exercice pour lequel les comptes administratifs complets sont connus. Ces derniers ont été corrigés pour tenir compte de l'incidence des législations nouvelles (loi d'orientation en faveur des personnes handicapées, généralisation de la sécurité sociale).

Les résultats sont retracés ci-après :

**Exercice 77 – France métropolitaine
Simulation aide sociale-santé**

(millions de francs)

FORME D'AIDE	Avant	réforme	Après	réforme	Solde	
	Etat	Collecti- vités locales	Etat	Collecti- vités locales	Etat	Collecti- vités locales
Enfance	4 786 580	1 095 133	5 881 719		- 1 095 133	- 1 095 133
Aide médicale aux malades mentaux	536 244	311 389	847 633		311 389	- 311 389
Aide médicale aux tuberculeux	57 392	34 754	92 147		34 754	- 34 754
Centre d'hébergement	79 575	49 339	128 912		49 339	- 49 339
Hygiène publique	133 482	27 179	33 402	72 239	- 45 060	45 060
Hygiène sociale, P.M.I. et divers	844 065	175 630	33 994	985 731	- 810 071	810 071
Hygiène sociale, autres	503 044	123 412	604 327	22 129	101 283	- 101 283
Santé scolaire	249 000			249 900	- 249 900	249 900
Personnes âgées	900 032	1 730 386	9 359	2 627 579	- 890 693	890 693
Aide médicale	776 479	1 502 410	953 483	1 325 407	177 003	- 177 003
Handicapés	1 071 831	1 741 045	1 710 500	1 102 376	628 669	- 633 669
S.D.S.	866 644		866 644			
Total intermédiaire.	10 805 273	6 797 227	11 217 118	6 385 382	411 845	- 411 845
Taux de participation .	61,38	38,62	63,72	36,28		
Frais communs	131 932	117 067	190 535	168 434	8 583	- 8 583
Total définitif	10 937 223	6 914 294	11 407 653	6 493 866	420 428	- 420 428

Pour l'ensemble des départements métropolitains, et pour l'ensemble des transferts intéressant le ministère de la santé et de la sécurité sociale, l'application de la réforme se traduirait par une surcharge pour l'Etat de l'ordre de 400 millions de francs en 1977, se décomposant ainsi en chiffres arrondis :

- aide sociale proprement dite : + 1.400 MF pour l'Etat,
- service social départemental : - 400 MF pour l'Etat,
- santé publique : - 600 MF pour l'Etat.

Ce mécanisme de compensation laisse demeurer une grande inconnue : quelle sera l'évolution des dépenses transférées ? Il paraît très difficile en ce domaine de faire des pronostics fiables.

Bien que le tableau suivant, retraçant l'évolution des deux blocs de compétence de 1973 à 1979, montre que les dépenses à la charge de l'Etat évoluent plus vite.

Evolution des dépenses contingentes (1)
(Dépense nettes Métropole plus Départements
d'Outre-Mer, non compris frais communs)

(En millions de francs courants)

I. - Bloc Etat.	1973	1974	1975	1976	1977	1978 provi- soire	1979 estima- tion
a) Aide sociale à l'enfance (2)	2 961	3 559	4 397	5 307	6 095	6 990	8 097
b) Aides médicales aux malades men- taux et aux tuberculeux et cotisations d'assurance maladie	551	1 174	1 483	1 501	1 714	2 057	2 380
c) Hébergement et réadaptation (cen- tres d'hébergement, prévention et réadaptation)	42	56	115	287	375	497	516
d) Handicapés (allocations et C.A.T.)	1 007	1 282	1 561	1 907	2 038	2 477	3 089
e) Sans domicile de secours	264	316	436	526	596	674	791
f) Santé publique (hygiène mentale, toxicomanie, hygiène publique, etc.)	280	397	525	690	822	977	1 128
Total bloc Etat	5 105	6 784	8 517	10 218	11 640	13 672	16 001
II. - Bloc collectivités locales.							
a) Aide sociale aux personnes âgées .	1 281	1 498	1 882	2 300	2 682	3 034	3 422
b) Aide médicale sur cotisations	1 355	1 516	1 783	2 295	2 386	2 598	2 978
c) Handicapés (hébergement, édu- cation spéciale et aides ménagères) . .	754	801	1 032	1 367	1 519	1 601	1 827
d) Tuberculose et cancer			802	1 045	839	929	1 029
e) Service social départemental (3) .	50	58	67	77	496	581	673
Total bloc collectivités locales . .	4 046	4 611	5 646	7 084	7 922	8 744	9 929
Total général I + II	9 151	11 395	14 163	17 302	19 562	22 416	25 930

(1) Non compris la santé scolaire.

(2) Y compris aide sociale à la famille, non compris l'estimation de la part du service social qui était incluse dans l'aide sociale à l'enfance jusqu'à 1977.

(3) Jusqu'en 1977, les chiffres sont l'estimation de la part du service social incluse dans l'aide sociale à l'enfance, soit 20 p. 100. Les 80 p. 100 restants étaient inclus dans la protection maternelle et infantile jusqu'en 1977.

On peut s'interroger sur la poursuite de cette évolution dans le futur, dans la mesure notamment où le nombre des personnes âgées doit aller en augmentant au contraire de celui des enfants qui demeurera stable.

Votre rapporteur tient à appeler avec force votre attention sur le fait que la réforme proposée ne comporte aucune révision du barème de répartition établi en 1955 et pérennise en conséquence les situations existantes.

Sur ce point, il partage les positions retenues par vos commissions des lois et des Affaires sociales qui n'ont pas jugé possible d'accepter l'ensemble des transferts financiers proposés en l'absence d'une révision dudit barème.

CHAPITRE V

LES PROFESSIONS SANITAIRES ET SOCIALES.

Faisant suite à plusieurs années d'efforts soutenus pour combler les insuffisances qui existaient tant au regard du recrutement et de la rémunération que de la formation des personnels sanitaires et sociaux, *le budget pour 1980 marque une pose* : les crédits inscrits à ce titre, soit 652,5 millions de francs en dépenses ordinaires, progressent de 9,9% ; ce qui correspond à une simple reconduction en francs courants qui permettra de réaliser l'actualisation des dotations.

1°) **En ce qui concerne les professions sanitaires**, la responsabilité du Ministère de la santé s'exerce au regard :

- des actions de formation en médecine et odontologie, sous forme de versement de subventions pour tenir compte des dépenses consécutives à la présence des étudiants dans les centres hospitaliers et universitaires, et d'allocation de crédits pour la formation médicale continue des praticiens en exercice,

- des actions de formation des sages-femmes et des personnels para-médicaux. Son intervention intéresse :

* la réglementation ainsi que le contrôle pédagogique, administratif, financier et technique des écoles,

* le versement des subventions de fonctionnement et d'équipement des écoles de formation,

* l'allocation des bourses d'études pour les élèves.

2°) **Quant aux professions sociales**, la mise en oeuvre de la politique d'action sociale repose sur les interventions que réalisent les travailleurs sociaux auprès des familles, des enfants et des jeunes, des handicapés et des personnes âgées.

Le ministère de la santé et de la sécurité sociale assure la tutelle des professions sociales et de la formation des travailleurs sociaux réalisée dans les établissements privés et publics gérés, dans le premier cas par des associations ou des organismes de sécurité sociale et, dans le second cas par des collectivités locales et les ministères de l'éducation et de la justice.

Les dotations de ce secteur retracent le financement de la formation des travailleurs sociaux par le ministère de la santé et de la sécurité sociale, qui verse des subventions de fonctionnement et d'équipement aux établissements de formation et attribue des bourses d'études aux élèves en formation.

En 1980, seront poursuivies les actions de formation des travailleurs sociaux entreprises dans le cadre des programmes d'action prioritaire n° 14 « la nouvelle politique de la famille », n° 16 « Développer la prévention et l'action sociale volontaire » et n° 21 « Mieux vivre dans la ville », ainsi que l'indique sans autre commentaire, le document distribué sous le nom de « budget de programmes ».

Professions sanitaires Indicateurs de réalisation

Sages-femmes et personnel paramédical	Unités	1976 constatés	1977 constatés	1978 constatés	1979 estimés	1980 prévus
Effectifs scolarisés	Nombre	65 863	64 694	63 472	62 400	62 000
<i>dont:</i>						
- infirmiers D.E.	-	45 877	43 856	42 157	40 500	39 600
- masseurs-kinésithérapeutes	-	6 970	6 592	6 829	6 800	6 800
- sages-femmes	-	1 883	1 966	2 022	2 000	2 000
Diplôme délivrés	--	20 000	21 850	24 000	24 000	23 000
<i>dont:</i>						
- infirmiers D.E.	-	14 000	16 000	18 000	17 800	17 000
- masseurs-kinésithérapeutes	-	1 791	1 812	1 760	1 800	1 800
- sages-femmes	-	525	545	550	550	550
Bourses d'Etat	--	11 949	14 470	14 496	15 111	15 400
<i>dont:</i>						
- infirmiers D.E.	--	9 849	11 886	11 496	11 900	11 900
- masseurs-kinésithérapeutes	-			906	900	900
- sages-femmes	-			520	520	520

Coût global du groupe de programmes

	1978	1979	1980
A. - Coût prévisionnel annuel pour le budget.			
1. <i>Dépenses d'exploitation</i> (titres III et IV)	302 627	335 949	359 318
- Personnel	-	-	-
- Autres charges de fonctionnement	-	-	-
- Subventions	302 627	335 949	359 378
2. <i>Dépenses d'investissements</i> (crédits de paiement titres V et VI)	42 500	34 000	29 200
3. <i>Coûts prévisionnel total</i> (1 + 2)	345 127	369 949	388 578
B. - Coût prévisionnel hors budget.			
Contribution de l'Etat (autres ministères)	-	-	-
Autres contributions	-	-	-
C. - Coût prévisionnel total (1 + B)	345 127	369 127	388 578
D. - Annexe.			
Dotations budgétaires relatives aux opérations d'investissement (autorisations de programme)	30 000	25 000	15 000

Professions sociales Indicateurs de réalisation

	Unité	1976	1977	1978	1979	1980
Elèves en formation	Nombre	22 143	23 280	23 706	23 475	23 730
<i>dont :</i>						
- assistantes sociales	-	5 800	5 988	6 200	6 200	6 250
- travailleuses familiales	-	734	600	801	825	900
- éducateurs spécialisés	-	8 339	8 655	8 430	8 200	8 200
- moniteurs-éducateurs	-	3 706	3 470	3 403	3 800	3 300
- éducateurs techniques spécialisés	-	-	409	776	800	830
- éducateurs de jeunes enfants	-	2 271	2 102	2 042	2 000	2 000
- conseillers et techniciens en économie familiale et sociale	-	1 253	1 296	1 313	1 800	1 300
- aides médico-psychologiques	-	-	705	741	850	950
Nombre de bourses	-	3 700	4 700	4 733	4 800	4 800
Nombre de diplômes délivrés	-	6 500	6 950	6 980	7 000	7 000
<i>dont :</i>						
- assistantes sociales	-	1 700	1 750	1 977	1 950	1 950
- travailleuses familiales	-	700	586	778	800	860
Nombre d'écoles subventionnées	-	(a) 159	156	156	158	157

(a) La diminution du nombre d'écoles subventionnées résulte de l'intégration de centres de formation au sein d'instituts régionaux de formation des travailleurs sociaux.

Coût global du groupe de programmes

	1978	1979	1980
A. - Coût prévisionnel annuel pour le budget.			
1. Dépenses d'exploitation (titres III et IV)	234 802	260 992	293 100
- Personnel	2 112	2 387	2 699
- Autres charges de fonctionnement	951	1 007	1 008
- Subventions	231 739	257 598	289 393
2. Dépenses d'investissement (crédits de paiement titres V et VI)	8 800	11 700	6 400
3. Coût prévisionnel total (1 + 2)	243 602	272 692	299 500
B. - Coût prévisionnel annuel pur le budget.			
Contribution de l'Etat (autres ministères)	-	-	-
Autres contributions	-	-	-
C. - Coût prévisionnel total (A + B)	243 602	272 692	299 500
D. - Annexe.			
Dotations budgétaires relatives aux opérations d'investissement (autorisations de programme)	10 000	8 300	8 000

En ce qui concerne les *assistantes sociales*, 28 830 sont en activité à la fin 1978 (dernier chiffre connu) contre 26 850 en 1977.

En 1980, les départements disposeront d'environ 700 assistants de service social polyvalents de secteur (contre 200 en 1977), les dépenses correspondantes étant prises en charge par l'Etat à hauteur de 83% (groupe I de l'aide sociale).

Le potentiel de formation, compte tenu de l'ouverture d'une nouvelle école à Besançon est de 6 200 élèves répartis dans 54 écoles, qui ont reçu 68 millions de francs de subventions en 1978.

La répartition fonctionnelle des assistantes de service social est pour 70% la polyvalence, dans des secteurs de population de 3 000 à 5 000 habitants, et pour 30%, la spécialisation (en P.M.I., à l'aide à l'enfance, à la prévention, auprès d'un tribunal, au service médico-social, au service de santé scolaire).

- pour les *infirmières*, le VII^e Plan s'est fixé comme objectif, la résorption du déficit d'effectifs dans les hôpitaux publics au moyen d'une amélioration des conditions de leur activité et d'une intensification de leur formation.

Les résultats sont en passe d'être atteints ; ainsi, l'effectif infirmier tous secteurs confondus au 1^{er} janvier 1978 (dernier résultat connu) soit 219 000 personnes, est supérieur de 35% à celui de 1977 (162 500).

- la situation du recrutement est satisfaisante en ce qui concerne les *aides soignantes*, où près de 18 000 élèves préparent le C.A.P., les effectifs en fonction atteignant 105 000 personnes au 1^{er} janvier 1979.

Si l'on considère maintenant la situation des personnels des *professions à caractère social*, des besoins encore importants subsistent dans le secteur public qui s'expliquent par la différence de rémunération de ces professions entre les secteurs privé et public.

Un effort important est en cours pour compenser ces différences de rémunérations et accroître les effectifs de professions qui ont principalement pour but de participer à la réadaptation et à la réinsertion sociale des jeunes handicapés ou inadaptés.

Ainsi la mise en oeuvre effective de l'article 16 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales a permis de rapprocher les conditions de travail et de rémunérations entre le secteur public et le secteur privé. C'est ainsi que les augmentations de traitement des personnels du secteur privé et du secteur public sont maintenant harmonisées.

Par ailleurs un important effort d'unification des statuts des travailleurs sociaux du secteur public est actuellement entrepris dans le cadre des dispositions du Livre IX du Code de la Santé Publique (établissements hospitaliers publics et établissements sociaux à caractère public accueillant des mineurs).

C'est ainsi que l'on compte au 1er janvier 1979, 40 180 éducateurs spécialisés et moniteurs éducateurs; 3 340 éducateurs techniques; 7 050 éducateurs de jeunes enfants; 2 900 animateurs.

Enfin, nous devons souligner le développement important du nombre des *travailleuses familiales*, passé de 5 996 en 1976 à 7 062 en 1979.

Cette tendance devrait se poursuivre, puisque les effectifs en formation sont passés de 800 en 1978 à 825 en 1979 et atteindront sans doute 900 en 1980.

CHAPITRE VI

LES ETUDES ET LA RECHERCHE MEDICALES.

I - La recherche médicale.

Depuis plusieurs années, le financement de la recherche médicale représente une part croissante de l'enveloppe recherche, le Ministère de la santé jouant dans cette évolution un rôle de plus en plus important. Ce double mouvement est illustré par le tableau suivant :

	1975	1976	1977	1978	1979	1980
La recherche médicale dans l'enveloppe recherche :						
En millions de francs	955,8	1 081,9	1 247,5	1 400,5	1 621,4	1 869,1
En %	9,9 %	10,5 %	11,4 %	11,7 %	12,2 %	12,6 %
Part gérée par le Ministère de la Santé :						
En millions de francs	348,1	406,2	477,2	542,9	636,9	741,7
En %	36,4 %	37,5 %	38,3 %	38,8 %	39,3 %	39,7 %

La contribution d'ensemble du Ministère, qui n'est pas intégrée en totalité dans « l'enveloppe recherche », prend essentiellement la forme de subventions de fonctionnement et d'équipement aux grands organismes de recherche tels l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), le Service Central de Protection contre les Rayonnements Ionisants (SCPRI) et l'Institut Curie.

Cette année la recherche est l'un des points forts du budget de la santé. Programme d'action prioritaire dans le cadre du VII^e plan, l'adaptation de la recherche figure parmi les orientations du VIII^e plan, ainsi que le lancement de certains grands programmes d'activités nouvelles, notamment dans le domaine du génie biologique et médicale

Il convient de se féliciter de cette orientation qui, tout en favorisant le progrès médical, permet d'ouvrir de nouveaux créneaux à notre industrie.

L'INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE ET DE LA RECHERCHE MEDICALE.

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

– sur le plan du fonctionnement, les réformes engagées en 1978, tendant à une plus grande décentralisation, seront poursuivies en 1980, et renforcées par ailleurs en ce qui concerne le contrôle de la qualité scientifique et de la productivité des laboratoires ;

– les crédits proposés pour 1980 s'élèvent à 401 millions de francs pour le fonctionnement (+ 10,8 %), à 234,7 millions de francs en autorisations de programme pour l'équipement (+ 14,6 %) et à 206 millions en crédits de paiement (+ 6,3 %).

Ainsi entre 1976 et 1980, les crédits des différentes dotations auront quasiment doublé :

Années	Crédits de fonctionnement	Autorisations de Programmes	Crédits de paiement
1976	197.271.000	136.540.000	132.507.000
1977	266.859.265	155.801.000	148.401.000
1978	309.479.720	171.683.000	168.473.000
1979	362.210.778	204.689.000	193.815.000
1980	401.227.339	234.630.000	206.000.000

Une dotation de 12,4 millions de francs permet la création de 97 postes, soit 55 postes de chercheurs et 42 postes d'I.T.A. (ingénieurs, techniciens et administratifs). Sur cet effectif, 12 postes sont destinés à l'intégration de personnels antérieurement rémunérés sur contrat.

Les autorisations de programme se ventilent de la manière suivante :

	1978	1979	1980
Soutien des programmes..	118,6	141,7	159,7
Equipement.....	18,2	24	} 35
Opérations immobilières.	7,9	8	
Contrats.....	27	31	40
Totaux.....	171,7	204,7	234,7

LE SERVICE CENTRAL DE PROTECTION CONTRE LES RAYONNEMENTS IONISANTS.

Ce service, désigné par l'Organisation mondiale de la santé comme centre international de référence pour la radioactivité, dispose d'un budget individualisé au sein de l'I.N.S.E.R.M. et exerce une triple activité de radioprotection : recherche (notamment établissement de normes, méthodes de mesures et techniques de prévention), contrôle permanent et assistance.

Le développement de son action est lié à celui du programme d'équipement électro-nucléaire.

En 1980, le Service recevra au titre du budget du ministère de la santé, une subvention de fonctionnement de 18,9 millions de francs en progression de 11,8% dont 1,9 million de mesures nouvelles au titre de l'ajustement des crédits de personnel, et 28 000 F au titre de la revalorisation des crédits de bourses et vacations ainsi qu'une autorisation de programme de 6,48 millions de francs au titre du soutien des programmes.

Ses ressources propres, constituées par le produit des redevances perçues au titre de la dosimétrie photographique, peuvent être estimées pour 1980 à 2,9 millions de francs.

Il compte actuellement 40 radiobiologistes, médecins radiopathologistes, radiotoxicologues et radiophysiciens, 90 techniciens spécialisés en radioprotection et 4 000 m² de laboratoires équipés en radioanalyse, spectrométrie humaine, et dosimétrie. Il distribue et traite plus de 800 000 dosimètres individuels par an (en dehors des centres nucléaires ou de production d'électricité atomique). Il dispose enfin de laboratoires mobiles lourds exceptionnels (application du plan ORSEC Radiologique) permettant la vérification de plusieurs centaines de personnes par jour en cas de contamination radioactive étendue.

LES INSTITUTS PASTEUR

Après les graves déficits des années 1973 et 1974, qui avaient mis en péril la survie même de l'établissement, la situation financière de l'Institut connaît un redressement significatif, les comptes des exercices successifs variant autour de l'équilibre.

Cette amélioration est redevable :

- à la progression de la subvention de l'Etat,
- à l'effort réalisé par la fondation sur ses ressources propres :
 - ventes de produits,
 - dons et subventions,
 - redevances versées par Institut Pasteur Production,

- ainsi qu'en témoigne le tableau ci-après :

**Evolution prévisible du budget de fonctionnement
de l'Institut Pasteur de Paris (Fondation)**

(en millions de francs)

	Résultats 1976	Résultats 1977	Résultats provisoires 1978	perspectives pour 1979
I - DEPENSES				
<i>Personnel</i>	73,47	83,75	91,88	103,30
Fontionnement et variations de stocks	33,27 0,09	37,52 0,36	50,44 0,27	47,05
Amortissements (non couverts par des subventions d'équipement) et provisions	5,31 0,16	5,28 0,49	4,04 1,91	4,40
TOTAL I	112,30	127,40	148,54	154,75
II - RESSOURCES				
<i>Aide de l'Etat</i>				
Subventions (1)	43,95	53,74	60,62	67,93
Formation continue	(0,45)	-	-	
(Ministère de l'industrie)				
Enseignement	(3,50)	(1,50)	(1,50)	(1,50)
(Min. Universités chap. 36-11)				
Service Public	(10,36)	(10,36)	(11,20)	(12,25)
(Min. Santé chap. 47-51)				
Recherche	(29,64)	(41,88)	(47,92)	(54,18)
(Min. Santé chap. 66-50)				
Conventions de recherche	7,33	6,51	8,58	4,08
<i>Aides extérieures diverses</i>	10,17	10,80	12,60	14,50
<i>Ressources provenant d'I.P.P.</i>				
Redevance et dividendes	12,23	13,76	13,29	14,68
Autres ressources	21,03	16,22	14,20	12,25
<i>Autres ressources propres</i>				
Ventes d'I.P.F. à l'extérieur	15,26	18,12	27,40	27,43
Ressources diverses	5,30	7,59	11,76	9,86
TOTAL II	115,27	126,74	148,45	150,75
Résultats d'exploitation	+ 2,97	-0,66	-0,09	-4,00

(1) S'y ajoutent les subventions de l'enveloppe recherche pour des investissements (ministère de la Santé chapitre 66-50) 5 MF en 1976 en AP et CP, pour des investissements divers et pour la participation de l'Etat à la construction du bâtiment d'immunologie :

	1976	1977	1978	1979
AP	5,00	5,00	5,00	5,00
CP	5,00	1,00	1,00	12,01

- à une progression limitée des dépenses, notamment celles de personnel, qui repose, sur le respect du principe de l'effectif constant des chercheurs.

Cette situation n'est pas sans inconvénients sur le plan de la recherche, rendant de plus en plus difficile le redéploiement indispensable pour faire face à la compétition internationale dans le domaine de la biotechnologie, et plus particulièrement du génie génétique.

Le concours de l'Etat pour 1980 correspond à :

- une subvention de fonctionnement de 57,7 millions de francs (contre 12,4 millions en 1979). Cette augmentation considérable s'explique par une modification de l'imputation de certains crédits afférents à des dépenses de personnel, qui figuraient jusqu'à présent sur le chapitre d'équipement (66-50). En réalité l'ajustement des crédits de subvention est égal à 697 000 F.

- l'ouverture d'une autorisation de programme de 36,25 millions de francs ainsi répartie :

* Institut Pasteur de Paris : 29,7 millions de francs,

* Institut Pasteur de Lille : 4 millions de francs,

* Institut d'outre mer : 2,5 millions de francs,

et destinée :

* à des équipements : 1,6 million de francs,

* au soutien de programmes : 34,6 millions de francs.

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

La subvention de fonctionnement allouée à cet organisme en 1980 s'élèvera à 8,4 millions de francs, en progression de 12 % par rapport à 1979.

Une autorisation de programme de 1,5 million de francs – en augmentation très sensible de 52 % par rapport à l'année dernière – sera affectée à un certain nombre de recherches qui s'inscrivent dans le programme d'action prioritaire n° 25 du VII^e Plan et plus particulièrement dans sa rubrique « Recherches en matière de santé et de prévention des nuisances » :

- biophysique des interactions moléculaires ;
- radiobiologie, immunologie ;
- étiologie du cancer (cancérogénèse chimique et virale).

Il convient de noter que, si la nouvelle présentation budgétaire permet désormais d'apprécier aisément la plus grande partie de l'aide de l'Etat à l'Institut du radium, certains crédits d'équipement restent encore rattachés au budget du ministère des Universités, ainsi que le montre le budget 1979 :

a) Budget pour le personnel :

- ligne budgétaire : crédits inscrits au chapitre 47-51 article 50 du Ministère de la Santé	7 570 000 F
- Crédits de contrat de longue durée	560 000 F
	<hr/>
	8 130 000 F

b) Budget de fonctionnement :

- ligne budgétaire : crédits inscrits au chapitre 66-50 article 40 du Ministère de la Santé	960 000 F
- subvention Ministère des Universités (chapitre 66-71) non individualisée au budget	438 000 F
- autres ressources	3 962 000 F
	<hr/>
	5 360 000 F

A ajouter éventuellement aide en nature correspondant au coût des salaires et charges sociales des personnels C.N.R.S., I.N.S.E.R.M., etc

- ordre de grandeur	12 700 000 F
-------------------------------	--------------

II - LES ETUDES MEDICALES

Le Ministère de la santé mène régulièrement des études et établit des statistiques ayant pour objectif d'améliorer l'information concernant le fonctionnement du système de santé et d'action sociale, qu'il s'agisse, par exemple, de statistiques hospitalières, de démographie médicale, de la constitution des fichiers des établissements et des services, des comptes nationaux de la santé ou d'études économiques destinées à éclairer les choix sectoriels.

En 1980, un effort considérable sera entrepris (+ 170 %) en vue d'une meilleure maîtrise des dépenses de santé, notamment par le lancement de l'enquête santé 1980 (+ 3,6 MF) sur la consommation médicale des ménages (en particulier le volet touchant à l'état de santé des personnes, aux diagnostics médicaux et à l'appréciation du système de soins).

D'autres études viseront à mesurer l'incidence des dépenses médicales et à déterminer les conditions d'utilisation et les effets économiques des équipements lourds.

En ce qui concerne la pharmacie (2,9 millions au total), il est prévu d'analyser les conditions de prescription et de consommation de différents produits, puis de diffuser cette information auprès du corps médical.

Enfin, un crédit spécial a été inscrit pour les « expertises médicales » : il s'agit d'expertises et d'enquêtes spécialisées, qui seront demandées à des spécialistes de centres hospitalo-universitaires, portant notamment sur le choix de matériel de haute technicité.

EXAMEN EN COMMISSION

1°) Le 24 octobre 1979, nous avons présenté, devant la commission des Finances, le budget du ministère de la Santé et de la Famille, en indiquant que ce budget présentait le caractère d'un budget de reconduction.

Second budget civil de notre pays, son montant s'élève pour 1980 à 28,94 milliards de francs soit une progression de 13,2 % par rapport à 1979, légèrement inférieure à celle enregistrée par l'ensemble des dépenses publiques.

Après avoir souligné l'amélioration apportée à la présentation des crédits et la qualité des réponses faites aux questions que nous avons posées au Ministre de la santé, nous avons commenté la répartition des grandes masses de ce budget entre les moyens des services (1,66 milliard de francs), les crédits d'intervention (25,57 milliards de francs) et les dépenses en capital (1,7 milliard de francs en crédits de paiement et 1,8 milliard en autorisations de programme).

Nous avons rappelé que le montant des crédits consacrés au secteur de la Santé publique avait quasiment triplé depuis 1975, passant de 10,25 milliards de francs à 28,94 milliards.

Nous avons indiqué que ce budget retenait trois priorités : le renforcement des moyens des services, les programmes d'action sanitaire et sociale et la recherche médicale ; et insisté sur les deux grandes questions qui le dominent à savoir : celle de la gestion hospitalière et celle de l'aide sociale pour laquelle le problème de la répartition des dépenses entre l'Etat et les collectivités locales revêt toujours la même acuité que dans les années passées.

Au cours de la discussion qui a suivi, M. Yves DURAND a abordé le problème du financement des hôpitaux. A ce sujet M. FORTIER a exprimé les réserves que lui inspire le système du prix de journée actuellement pratiqué.

En achevant l'examen de ce budget pour 1980, qui permettra à notre pays de résoudre dans les meilleures conditions - compte tenu des circonstances peu favorables à l'heure présente de la conjoncture économique - les problèmes sanitaires et sociaux auxquels il se trouve confronté, votre Commission des Finances dans sa majorité, vous propose d'adopter les crédits de la Santé.