

N° 276

SÉNAT

SECONDE SESSION ORDINAIRE DE 1982-1983

Annexe au procès-verbal de la séance du 27 avril 1983.

AVIS

PRÉSENTÉ

au nom de la Commission des Affaires sociales (1) sur la proposition de loi de MM. Paul Girod, Jacques Valade, Paul Séramy, Jean Madelain et Jean-Pierre Fourcade tendant à compléter la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat (Urgence déclarée).

Par M. Jean MADELAIN,

Sénateur.

(1) Cette commission est composée de : MM. Robert Schwint, président ; André Rabineau, Victor Robini, Louis Boyer, Jean Chérioux, vice-présidents ; Roger Lise, Jacques Bialski, Hubert d'Andigné, Hector Viron, secrétaires ; Jean Amelin, Pierre Bastié, Mme Marie-Claude Beaudeau, MM. Henri Belcour, Jean Béranger, Noël Berrier, Guy Besse, André Bohl, Charles Bonifay, Pierre Bouneau, Louis Caiveau, Jean-Pierre Cantegrit, Marc Castex, Henri Collette, Michel Crucis, Georges Dagonia, Charles Ferrant, Marcel Gargar, Mme Cécile Goldet, MM. Jean Gravier, André Jouany, Louis Jung, Louis Lazuech, Bernard Lemarié, Pierre Louvot, Jean Madelain, André Méric, Mme Monique Midy, MM. Michel Moreigne, Jean Natali, Charles Ornano, Bernard Pellarin, Raymond Poirier, Henri Portier, Paul Robert, Gérard Roujas, Pierre Sallenave, Louis Souvet, Georges Treille, Jean Varlet.

Voir les numéros :
Sénat : 53 et 269 (1982-1983).

Collectivités locales. — Action sociale - Aide sociale - Communes - Départements - Régions - Santé.

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	3
PREMIÈRE PARTIE : LE SYSTÈME INSTITUÉ PAR LA RÉFORME DE 1953 ...	5
I. — La répartition actuelle des rôles entre l'Etat et les collectivités locales	5
1. Les motifs de la répartition financière des charges	5
2. Les principes de la répartition	6
3. L'application du barème de répartition	7
4. La sous-répartition entre les collectivités locales	11
II. — Les inconvénients du système actuel	12
1. La révision du barème s'impose	12
2. Les départements assurent la trésorerie de l'Etat	13
3. La maîtrise des dépenses ne peut pas être assurée par le mode de finance- ments croisés	13
4. L'initiative et l'innovation ne sont guère favorisées	13
DEUXIÈME PARTIE : LE RAPPEL DES DISPOSITIONS VOTÉES PAR LE SÉNAT ET CONCERNANT LA RÉPARTITION DES COMPÉTENCES EN MATIÈRE D'ACTION SOCIALE ET DE SANTÉ	15
I. — Le projet de loi pour le développement des responsabilités des collectivités locales adopté en première lecture par le Sénat en avril 1980	15
1. Les principes de la réforme	15
A. — <i>Les blocs de compétences et leurs contours</i>	16
B. — <i>La compensation financière des transferts de compétences</i>	17
C. — <i>Les relations entre les collectivités publiques</i>	18
2. Les préoccupations du Sénat et les modifications qui en résultèrent	19
II. — Les propositions de la commission des Lois et de la commission des Affaires sociales lors de l'examen en première lecture, du projet de loi relatif aux droits et libertés des communes, des départements et des régions	21
1. Les principales propositions de la commission des Lois en matière d'action sanitaire et sociale	21
2. Les observations et les propositions de la commission des affaires sociales .	22
Tableau comparatif des trois textes	25

TROISIÈME PARTIE : LA PROPOSITION DE LOI INITIALE : UNE REPRISE MODIFIÉE DES PROPOSITIONS ANTÉRIEURES DU SÉNAT	41
I. — Une reprise de fait de la répartition en deux blocs de compétences	41
1. Les principes sur lesquels se fonde cette répartition	41
A. — <i>Compétence de droit commun du département en matière d'action sociale et de santé</i>	41
B. — <i>Chaque transfert de compétences doit s'accompagner d'un transfert de ressources correspondant</i>	42
C. — <i>Les niveaux d'administration locale ne sont pas remis en cause</i>	42
D. — <i>Maintien de la participation financière des communes</i>	42
E. — <i>Les transferts de services</i>	43
2. Les critères de répartition	43
A. — <i>Les compétences reposant sur l'idée de fraternité relèvent du département</i>	43
B. — <i>Les compétences reposant sur l'idée de solidarité nationale relèvent de l'Etat</i>	48
II. — Comparaison entre les choix opérés par le projet de loi et les options antérieures du Sénat	53
1. Les principales différences	53
2. Les points de rencontre	55
III. — Les préalables introduits dans la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983	56
QUATRIÈME PARTIE : LA PROPOSITION DE LOI ISSUE DE LA COMMISSION DES LOIS ET LES MODIFICATIONS PROPOSÉES PAR LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES	58
I. — La proposition de loi adoptée par la Commission des lois	58
II. — Les modifications proposées par la Commission des affaires sociales	59
Examen des articles	61
Examen en Commission	78
Amendements présentés par la Commission	81
Annexes	83

Mesdames, Messieurs,

La proposition de loi tendant à compléter la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat vient à la suite de la discussion de deux autres textes dont les objets étaient voisins. Le premier projet de loi pour le développement des responsabilités des collectivités locales a été adopté par le Sénat en première lecture en avril 1980 mais les débats successifs qui ont eu lieu devant la haute assemblée ne sont jamais parvenus jusqu'à leur terme, c'est-à-dire l'adoption définitive du texte. Le second projet, relatif aux droits et libertés des communes, des départements et des régions, est devenu loi, le 2 mars 1982.

La décentralisation n'est donc pas un sujet neuf et le Parlement a été amené à y réfléchir tout au long de ces dernières années. Mais parmi les différents secteurs concernés par la décentralisation, l'action sanitaire et sociale a fait l'objet d'une étude particulièrement approfondie de la part des parlementaires, étude dont les grands axes sont demeurés constants. La proposition de loi qui vous est soumise aujourd'hui s'inspire d'ailleurs largement des propositions et des réflexions antérieures du Parlement et du Sénat en particulier.

L'action sociale et la santé sont en effet une des préoccupations majeures des responsables locaux. D'une part, les préoccupations d'assistance en faveur des catégories sociales défavorisées se développent sans cesse et chaque collectivité locale est appelée à prendre en charge les problèmes d'aide sociale et de santé. D'autre part, les budgets d'aide sociale représentent une part très importante, et qui va croissante, des dépenses départementales.

Aussi n'est-il pas besoin de souligner davantage l'importance de la section 3 « De l'action sociale et de la santé ». Après l'entrée en vigueur de la loi du 2 mars 1982 entraînant transmission de l'exécutif dans les départements et dans les régions, le dépôt d'un texte concernant les transferts de compétences était attendu en tant que complément indispensable de la réforme.

Ce complément s'est cependant fait attendre en matière sanitaire et sociale puisque chacun se rappelle que le Gouvernement avait retiré du projet de loi n° 409, devenu depuis lors la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983, diverses dispositions et, en particulier, la section 6 intitulée « De l'action sociale et de la santé ».

L'objet de la présente proposition de loi est donc de reprendre les sections retirées, à cette époque, du projet de loi.

En ce qui concerne l'action sociale et la santé, les auteurs de la proposition de loi sont restés très proches de l'esprit des auteurs du projet de loi, projet dont ils ont d'ailleurs repris la présentation et les lignes principales, sous réserve de quelques modifications.

Avant d'examiner la dynamique et les points principaux du texte, nous ne pouvons pas nous dispenser de rappeler la situation actuelle et le contenu des dispositifs adoptés en 1980 et en 1981 par le Sénat. Les modifications apportées au texte par la Commission des lois seront ensuite exposées de façon à mettre en lumière les propositions de votre commission.

Telles seront les quatre parties de l'exposé qui précèdera l'examen des articles du projet de loi :

Première partie : Le système institué par la réforme de 1953.

Deuxième partie : Le rappel des dispositions votées par le Sénat en ce qui concerne la répartition des compétences en matière d'action sociale et de santé.

Troisième partie : La proposition de loi initiale : une reprise modifiée des précédentes propositions du Sénat.

Quatrième partie : Les modifications apportées au texte par la commission des lois et celles qui sont proposées par la commission des affaires sociales.

PREMIÈRE PARTIE

LE SYSTÈME INSTITUÉ PAR LA RÉFORME DE 1953

L'Etat, les départements et les communes supportent concurremment les dépenses d'aide sociale. Les décrets du 17 novembre 1954 et du 21 mai 1955 pris pour l'application du décret-loi du 29 novembre 1953 portant réforme des lois d'assistance, définissent les modalités d'application de ce principe. Le système actuellement en vigueur présente plusieurs inconvénients.

I. — LA RÉPARTITION ACTUELLE DES RÔLES ENTRE L'ÉTAT ET LES COLLECTIVITÉS LOCALES

1. — Les motifs de la répartition financière des charges

Le principe de la répartition des charges financières de l'aide sociale a été posé à la fin du XIX^e siècle et mis en application depuis lors. Trois justifications ont été apportées en faveur de ce système :

— **la responsabilité des collectivités dans l'admission à l'assistance.** Elles doivent donc en supporter les dépenses. Le Gouvernement est allé jusqu'au bout de cette logique en modulant la répartition des dépenses en fonction de la responsabilité de chaque collectivité dans l'admission ;

— **la solidarité** unissant les communes entre elles, les communes et un département et le département à l'Etat, les collectivités les plus riches devant aider les plus pauvres ;

— **la différence des sources de recettes fiscales**, selon qu'il s'agit du budget de l'Etat ou de celui des collectivités locales, ce qui permet de répartir les impositions fiscales sur des bases différenciées.

2. — Les principes de la répartition

Les grandes lignes de la répartition sont arrêtées par voie de décret, c'est-à-dire de façon unilatérale pour l'Etat. Même si elles estiment avoir été lésées dans la répartition, les collectivités locales ne pourraient se refuser au règlement des contributions mises à leur charge.

La seule liberté dont elles disposent réside dans l'article 195 du Code de la famille et de l'aide sociale : le Conseil général fixe la répartition entre le département et les communes et entre les communes elles-mêmes. Cependant, pour mettre fin à une pratique de « départementalisation » des dépenses d'assistance, il lui est interdit de décharger totalement les communes.

La répartition des charges financières repose sur une série d'opérations.

A. — *Détermination des dépenses communes à répartir*

L'article 192 du Code de la famille et de l'aide sociale en donne la définition :

- les frais d'aide sociale afférents aux bénéficiaires ayant un domicile de secours départemental ;
- les frais d'enquête, de secrétariat et de fonctionnement des commissions d'admission et des commissions départementales ;
- les frais de contrôle ;
- les frais de fonctionnement des bureaux d'aide sociale et du service départemental d'action sociale.

Les dépenses de fonctionnement de la direction départementale de l'action sanitaire et sociale (DDASS) et de la Commission centrale d'aide sociale restent à la charge totale de l'Etat.

B. — *Classification des dépenses communes*

La réforme de 1953 et le décret d'application du 17 novembre 1954 ont innové en classant ces dépenses en catégories. Antérieurement la répartition des dépenses donnait lieu à un barème différenciant les

taux selon les départements mais non selon la nature des dépenses. Or les collectivités locales n'ont pas une égale responsabilité dans l'admission aux diverses formes d'aide sociale, ni un égal intérêt dans cette admission.

Les dépenses sont réparties en trois groupes dont le décret du 23 mai 1977 a modifié le contenu.

Le **groupe I** correspond à une **responsabilité prépondérante de l'Etat**. Il concerne depuis le décret de 1954 les dépenses d'aide à l'enfance, d'hygiène et de prévention sanitaire, l'aide sociale à l'enfance et le service social départemental polyvalent. Le décret de 1977 y a ajouté les dépenses de contraception ainsi que les frais d'administration et de contrôle qui y sont afférents. Cette modification évite aux communes de supporter les dépenses de contraception, ce qui correspond à un certain allègement de leurs charges. L'Etat couvre en moyenne 83 % de la dépense. Les départements supportent les 17 % restants. Les communes ne participent pas au financement.

Le **groupe II** concerne les dépenses d'aide médicale aux malades mentaux et aux tuberculeux, l'aide sociale au logement, à l'hébergement et à la réadaptation sociale. Le décret de 1977 l'a étendu aux frais d'interruption volontaire de grossesse et à la cotisation volontaire d'assurance maladie. Les frais communs d'administration et de contrôle autres que ceux afférents aux dépenses du groupe I et aux allocations versées aux familles dont les soutiens accomplissent le service militaire, sont également pris en compte. L'Etat contribue en moyenne pour 65 % aux dépenses et les collectivités locales pour 35 %.

Le **groupe III** correspond à une **responsabilité prépondérante des collectivités locales**. Il comprend toutes les formes d'aide sociale non visées par les deux premiers groupes à l'exception de l'aide sociale aux familles de militaires qui incombe en totalité à l'Etat. Sont ainsi visées : l'aide aux personnes âgées, l'aide aux handicapés, l'aide médicale générale, à domicile et hospitalière. Ce groupe n'a pas été affecté par le décret de 1977. L'Etat supporte en moyenne 36 % des dépenses et les collectivités locales 64 %.

3. — Application d'un barème de répartition

Ce barème a été établi par un décret du 21 mai 1955. Il fixe des pourcentages différents selon les formes d'aide sociale et les départe-

ments. Il a été, ainsi, tenu compte de données propres à chaque département :

— **éléments financiers ou économiques** (produit de la taxe locale, proportion de la surface cultivée...);

— **éléments démographiques** (densité de la population, importance de la population active totale, nombre de personnes âgées de plus de 65 ans, nombre d'enfants...)

Ainsi, pour établir une certaine solidarité financière entre les collectivités concernées, la part respective de l'Etat et des collectivités locales a été fixée à des taux différents dans les divers départements selon le barème de répartition annexé au décret du 21 mai 1955 et figurant ci-après.

BARÈMES DE RÉPARTITION DES DÉPENSES D'AIDE SOCIALE

(En pourcentage.)

Départements	Groupe I		Groupe II		Groupe III	
	Etat	Département	Etat	Collectivités locales	Etat	Collectivités locales
Ain	86	14	72	28	44	56
Aisne	84	16	68	32	36	64
Allier	87	13	74	26	48	52
Alpes-de-Haute-Provence	90	10	80	20	60	40
Alpes (Hautes).....	89	11	78	22	56	44
Alpes-Maritimes	81	19	62	38	24	76
Ardèche	91	9	82	18	64	36
Ardennes	84	16	68	32	36	64
Ariège	92	8	84	16	68	32
Aube	81	19	62	38	24	76
Aude	88	12	76	24	52	48
Aveyron	89	11	78	22	56	44
Bouches-du-Rhône	83	17	66	34	32	68
Calvados	78	22	56	44	12	88
Cantal.....	88	12	76	24	52	48
Charente	86	14	72	28	44	56
Charente-Maritime	86	14	72	28	44	56
Cher	87	13	74	26	48	52
Corrèze.....	90	10	80	20	60	40
Corse	97	3	94	6	88	12

(En pourcentage.)

Départements	Groupe I		Groupe II		Groupe III	
	Etat	Département	Etat	Collectivités locales	Etat	Collectivités locales
Côte-d'Or	83	17	66	34	32	68
Côtes-du-Nord	89	11	78	22	56	44
Creuse	91	9	82	18	64	36
Dordogne.....	90	10	80	20	60	40
Doubs.....	81	19	62	38	24	76
Drôme	86	14	72	28	44	56
Eure	84	16	68	32	36	64
Eure-et-Loir.....	81	19	62	38	24	76
Finistère.....	89	11	78	22	56	44
Gard	87	13	74	26	48	52
Garonne (Haute).....	82	18	64	36	28	72
Gers	69	11	78	22	56	44
Gironde	83	17	66	34	32	68
Hérault	86	14	72	28	44	56
Ille-et-Vilaine.....	85	15	70	30	40	60
Indre.....	87	13	74	26	48	52
Indre-et-Loire	85	15	70	30	40	60
Isère	83	17	66	34	32	68
Jura	84	16	68	32	36	64
Landes	93	7	86	14	72	28
Loir-et-Cher	86	14	72	28	44	56
Loire.....	85	15	70	30	40	60
Loire (Haute).....	89	11	78	22	56	44
Loire-Atlantique	82	18	64	36	28	72
Loiret	83	17	66	34	32	68
Lot	90	10	80	20	60	40
Lot-et-Garonne.....	86	14	72	28	44	56
Lozère	92	8	84	16	68	32
Maine-et-Loire	85	15	70	30	40	60
Manche	81	19	62	38	24	76
Marne.....	81	19	62	38	24	76
Marne (Haute).....	84	16	68	32	36	64
Mayenne	86	14	72	28	44	56
Meurthe-et-Moselle	78	22	56	44	12	88
Meuse.....	84	16	68	32	36	64
Morbihan.....	88	12	76	24	52	48
Moselle.....	82	18	64	36	28	72

(En pourcentage.)

Départements	Groupe I		Groupe II		Groupe III	
	Etat	Département	Etat	Collectivités locales	Etat	Collectivités locales
Nièvre	86	14	72	28	44	56
Nord	85	15	70	30	40	60
Oise	82	18	64	36	28	72
Orne	84	16	68	32	36	64
Pas-de-Calais	87	13	74	26	48	52
Puy-de-Dôme	85	15	70	30	40	60
Pyrénées-Atlantiques	86	14	72	28	44	56
Pyrénées (Hautes)	90	10	80	20	60	40
Pyrénées-Orientales	87	13	74	26	48	52
Rhin (Bas)	79	21	58	42	16	84
Rhin (Haut)	80	20	60	40	20	80
Rhône	79	21	58	42	16	84
Saône (Haute)	86	14	72	28	44	56
Saône-et-Loire	86	14	72	28	44	56
Sarthe	84	16	68	32	36	64
Savoie	83	17	66	34	32	68
Savoie (Haute)	83	17	66	34	32	68
Seine-Maritime	79	21	58	42	16	84
Seine-et-Marne	82	18	64	36	28	72
Sèvres (Deux)	88	12	76	24	52	48
Somme	83	17	66	34	32	68
Tarn	88	12	76	24	52	48
Tarn-et-Garonne	89	11	78	22	56	44
Var	85	15	70	30	40	60
Vaucluse	84	16	68	32	36	64
Vendée	89	11	78	22	56	44
Vienne	87	13	74	26	48	52
Vienne (Haute)	88	12	76	24	52	48
Vosges	82	18	64	36	28	72
Yonne	85	15	70	30	40	60
Territoire-de-Belfort	80	20	60	40	20	80

Région parisienne.

75 - Ville de Paris	55	45	10	90	10	90
78 - Yvelines	81,8	18,2	63,6	36,4	27,2	72,8
91 - Essonne	83	17	66	34	32	68

(En pourcentage.)

Départements	Groupe I		Groupe II		Groupe III	
	Etat	Département	Etat	Collectivités locales	Etat	Collectivités locales
92 - Hauts-de-Seine	79,6	20,4	59,2	40,8	18,4	81,6
93 - Seine-Saint-Denis ...	81,8	18,2	63,6	36,4	27,2	72,8
94 - Val-de-Marne	82,2	17,8	64,4	35,6	28,8	71,2
95 - Val-d'Oise	83,3	16,7	66,6	33,4	33,2	66,8
Départements d'outre-mer.						
Guadeloupe	93	7	86	14	72	28
Guyane	97	3	94	6	88	12
Martinique	93	7	86	14	72	28
Réunion	93	7	86	14	72	28

4. — Sous-répartition entre collectivités locales

Elle ne concerne que les dépenses des groupes II et III, les communes n'ayant pas à participer aux dépenses du groupe I.

— *Sous-répartition entre département et communes.*

Le conseil général arrête librement les critères de cette répartition. Il lui est seulement demandé de fixer la part globale des communes et du département entre un minimum et un maximum (10 et 50 % de la part des collectivités locales pour les dépenses du groupe II, 20 à 75 % pour les dépenses du groupe III). Un certain nombre de conseils généraux fidèles à l'esprit de la « départementalisation » des dépenses d'aide sociale ont fixé la part des communes au chiffre minimum.

— *Sous-répartition entre les communes.*

Il appartient au conseil général d'y procéder. Il n'est pas limité par des taux minima et maxima mais par des critères de répartition. Il

doit, en effet, répartir la charge à concurrence de 10 % au moins et 25 % au plus, au prorata du nombre des bénéficiaires de l'aide sociale résidant dans chaque commune au moment de leur admission ou ayant un domicile de secours. Pour le surplus, le conseil général détermine librement ses critères en essayant de tenir compte de la richesse respective des communes.

Le tableau ci-après indique en moyenne nationale la part respective de la charge de l'Etat et des collectivités locales dans les dépenses d'aide sociale.

REPARTITION DES DEPENSES D'AIDE SOCIALE IMPUTEES SUR LE BUDGET DE L'ETAT ET SUR CELUI DES COLLECTIVITES LOCALES

Source : ministère de la Santé (en pourcentages)

	1975	1976	1977	1978	1979
Etat	58,5	58,9	59,5	60,1	60,3
Département	27	26,6	26,8	26,6	26,7
Commune	14	14,5	13,7	13,3	13
Total	100	100	100	100	100
Part dans les dépenses sociales de la Nation	3,77	3,91	3,90	3,83	3,77

II. — LES INCONVENIENTS DU SYSTEME ACTUEL

Le système actuel dit des « financements croisés » donne lieu depuis longtemps à de sévères critiques.

1. — La révision du barème de répartition des dépenses entre l'Etat et les collectivités locales semble s'imposer

Il n'a jamais été révisé depuis 1955, sauf pour la région parisienne à l'occasion de la création de sept nouveaux départements par la loi du 10 juillet 1964 et par le décret du 15 décembre 1967 opérant un rééquilibrage entre les départements de l'ancienne Seine.

La situation des départements a beaucoup évolué depuis vingt-sept ans et les critères utilisés en 1955 pour mesurer la capacité financière ont vieilli, il conviendrait de les rénover.

2. — Les départements assurent la trésorerie de l'Etat

Les départements assurent en partie la trésorerie de l'Etat en raison du décalage entre la date de la dépense et celle du remboursement par l'Etat. Les dépenses d'aide sociale et de prévention sanitaire « contingentes », c'est-à-dire partagées entre l'Etat et les collectivités locales, sont inscrites pour leur totalité au budget du département. Celui-ci fait l'avance des frais et récupère ensuite sa contribution sur les communes et l'Etat. Or ce dernier tardant à régler sa dette, elle atteint des montants élevés.

3. — La maîtrise des dépenses ne peut pas être assurée par le mode de financements croisés

Ni l'Etat, ni les collectivités locales ne sont pleinement responsables des actions qu'ils financent conjointement. L'Etat constate davantage la dépense qu'il ne la décide quoiqu'il en supporte en moyenne 60 %.

4. — L'initiative et l'innovation ne sont guère favorisées

Enfin, au-delà des inconvénients financiers, l'initiative et l'innovation ne sont guère favorisées. Les textes qui régissent les actions obligatoires sont nombreux et détaillés, ce qui est souvent plus paralysant que protecteur.

*

**

Aussi est-il apparu nécessaire de modifier les modes actuels de financement de l'aide sociale et d'y substituer des solutions plus claires et équitables.

DEUXIEME PARTIE

LE RAPPEL DES DISPOSITIONS VOTEES PAR LE SENAT ET CONCERNANT LA REPARTITION DES COMPETENCES EN MATIERE D'ACTION SOCIALE ET DE SANTE

Depuis trois ans, le Parlement a été amené à se prononcer sur deux textes en la matière. Le premier est le projet de loi déposé à la fin de l'année 1978 et concernant le développement des responsabilités des collectivités locales. Le second est le projet de loi relatif aux droits et libertés des communes, des départements et des régions, déposé en 1981 et devenu loi du 2 mars 1982. Cette loi qui assurait le transfert des exécutifs départementaux et régionaux renvoyait, dans son article premier à des projets de loi ultérieurs, le soin de fixer les compétences respectives des collectivités locales. Le Sénat avait, cependant, tenu à préciser cette répartition dans le texte et avait largement repris, en première lecture, les dispositions du précédent texte, notamment en matière d'aide sociale.

I. — LE PROJET DE LOI POUR LE DEVELOPPEMENT DES RESPONSABILITES DES COLLECTIVITES LOCALES ADOPTE EN PREMIERE LECTURE PAR LE SENAT EN AVRIL 1980

1. Les principes de la réforme

L'idée directrice inspirant le projet de loi était celle de la responsabilité des collectivités locales dans les domaines de leur compétence.

Les conséquences tirées de ce principe étaient de deux ordres. D'une part **les contrôles de toutes natures** exercés sur les départements et les communes par l'Etat ou les organismes à compétence nationale **devaient être allégés**. Cela impliquait la suppression des normes techniques non fondées sur une disposition législative et le regroupement des subventions spécifiques d'investissement pour les équipements d'intérêt local en une dotation globale d'équipement. D'autre part il était proposé de mettre fin au système des dépenses contingentables et d'y substituer une **répartition en deux « blocs de compétences »**, l'un de l'Etat et l'autre des collectivités locales, chacun supportant à 100 % les charges relevant de ses attributions.

A. — *Les « blocs de compétences » et leurs contours*

La définition de ces deux blocs de compétences était établie de la manière suivante :

— En matière **d'aide sociale** :

- 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 (cotisations d'assurance personnelle, prestations en espèces servies aux personnes âgées ou aux personnes handicapées) et les prestations destinées à des personnes dont les attaches locales ne sont ni évidentes, ni suffisantes, ni permanentes (aide sociale à l'enfance, centres d'hébergement, aide médicale aux malades mentaux et aux tuberculeux, personnes sans domicile de secours).

- 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 la politique de l'habitat (prestations en nature de l'aide sociale aux personnes âgées et de l'aide sociale aux personnes handicapées, aide médicales sauf les cotisations).

— En matière de **santé publique** l'application de critères semblables a conduit à proposer :

- le **rattachement à l'Etat** de l'hygiène mentale, de l'hygiène publique et du contrôle des établissements spécialisés dans le domaine de la maternité et de l'enfance. En effet, la sectorisation psychiatrique est intimement liée à la politique de l'hospitalisation qui relève de l'Etat et de l'assurance maladie ; quant aux deux autres

compétences, elles sont l'expression d'une fonction de contrôle qui ne peut incomber qu'à la puissance publique.

- En revanche, relèveraient des **collectivités locales** les consultations et les activités à domicile de la protection maternelle et infantile, les dispensaires antituberculeux et antivénéériens, les services de vaccination et de désinfection. Ces services ont, en effet, un rayonnement géographique limité et ont vocation à s'adresser à une large partie de la population. Ce motif plaide également pour le rattachement aux collectivités locales du service social polyvalent.

B. — *La compensation financière des transferts de compétences*

L'article 88 du projet de loi prévoyait que tout accroissement net des charges qui résultait du transfert de compétences serait compensé par un transfert de ressources. Ces ressources devaient être équivalentes aux charges existantes à la date du transfert. Préalablement à la compensation, devait être établi sous le contrôle de la Cour des comptes, un bilan contradictoire, à l'échelon départemental, des variations des charges résultant des transferts de compétences pour les collectivités locales.

Le principe de la compensation est que tout accroissement de charges est compensé.

Pour les transferts de charges concernant les départements et ceux concernant les communes qui transitent par le budget du département, tout accroissement est compensé par le versement immédiat par l'Etat au département d'une dotation de compensation. A l'inverse, toute diminution de charges a pour contrepartie un prélèvement équivalent sur la dotation globale de fonctionnement allouée au département.

Pour les transferts de charges concernant les communes et qui ne transitent pas par le budget de département, tout accroissement ou toute diminution de charges est compensé par un versement ou un prélèvement affectant la dotation de la commune concernée.

Le montant global de la dotation de compensation devait être égal, à la date du transfert, au montant de la variation des charges de l'ensemble des collectivités locales.

Il était précisé que la compensation financière pourrait se faire par le transfert de ressources fiscales.

C. — *Les relations entre les collectivités publiques*

Le projet de loi avait fixé les règles concernant les relations qui s'établiraient entre le département, les communes et l'Etat.

a) *Les relations entre le département et les communes*

Les compétences reconnues aux collectivités locales devaient être exercées principalement par le département. Une série d'amendements adoptés par le Sénat précisait que les compétences décentralisées seraient confiées au « département » (plutôt qu'aux « collectivités locales »), sauf en matière d'aide sociale, afin de préserver les pouvoirs des commissions d'admission.

L'article 78 bis, ajouté au projet de loi par le Sénat précisait que le Conseil général devait arrêter « les règles générales et publiques selon lesquelles sont accordées les prestations d'aide sociale mises à la charge des collectivités locales » et définir les conditions dans lesquelles sont exercées les compétences reconnues aux collectivités locales en matière de santé publique.

La répartition des dépenses entre le département et les communes devait être décidée par le conseil général en fonction des ressources des communes et du nombre d'assistés qui y sont domiciliés.

Les communes avaient la possibilité d'exercer directement les compétences dévolues au département, si les deux parties concluaient une convention en ce sens.

b) *Les relations entre l'Etat et les collectivités locales*

Le rôle du préfet n'était pas modifié.

L'unité de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) était maintenue.

Par ailleurs, le projet de loi n'altérait en rien la liberté des collectivités locales d'intervenir dans tous les domaines de compétences sous forme d'aides ou d'actions facultatives, pas plus que celle de l'Etat de promouvoir ou de soutenir des actions pilotes dans tous les domaines. L'inspiration des blocs de compétences n'était pas

d'élever des cloisons entre des domaines d'intervention, mais seulement de répartir la responsabilité de la gestion d'une liste donnée de prestations et d'actions obligatoires : celle qui figure dans le Code de la santé publique et dans celui de la famille et de l'aide sociale.

Ce projet de loi a inspiré au Sénat un certain nombre de réflexions qui l'ont conduit à émettre plusieurs propositions.

2. — Les préoccupations du Sénat et les modifications qui en résultèrent

A. — Les préoccupations

Le Sénat avait accepté la répartition que lui proposait le gouvernement sous les réserves suivantes :

Le souci de prendre en compte parmi les critères de répartition, la possibilité pour les collectivités de disposer d'une marge de manœuvre effective tout en sauvegardant leurs intérêts financiers, a conduit votre commission des affaires sociales à proposer le transfert à l'Etat des charges d'aide sociale exposées dans les établissements de long séjour sanitaire, celles de la santé scolaire et de la lutte contre le cancer.

Le souci d'encadrer les interventions des départements et des communes par la loi afin d'éviter les disparités de situation, a incité la commission à orienter le contenu de la loi complémentaire en ce qui concerne notamment les procédures d'admission, les règles minimales relatives à la mise en jeu de l'obligation alimentaire, les règles présidant au domicile de secours, les conditions dans lesquelles seront autorisés à fonctionner les établissements sociaux et médico-sociaux.

La volonté d'assurer la cohérence de la politique menée avait conduit votre commission à proposer de sauvegarder l'unité de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) tout en préservant les droits des personnes concernées.

Pour éviter que les collectivités locales ne soient financièrement pénalisées à terme, compte tenu de l'évolution prévisible des

dépenses qui leur seraient désormais imputées, nous avons proposé de subordonner la mise en œuvre de la compensation financière à la révision du barème de 1955, en fonction de critères permettant de mesurer la richesse et les besoins des différents départements, la correction des barèmes ne jouant qu'en faveur des départements qu'elle avantage.

Enfin, étaient proposées l'idée d'un regroupement des dépenses sociales à l'intérieur d'un budget annexe au budget départemental et celle du remboursement des avances consenties par les départements à l'Etat en matière d'aide sociale.

B. — *Les modifications*

Le Sénat a largement suivi les propositions de votre commission.

Cependant, en ce qui concerne les dépenses d'hébergement des personnes âgées, une solution de compromis a été retenue. Le gouvernement a, en effet, souhaité élargir la réforme tarifaire annoncée à l'ensemble des équipements pour personnes dépendantes : long séjour, section de cure médicale, maisons d'accueil spécialisées pour handicapés. Ces établissements ou unités devaient faire l'objet d'un budget à deux sections, l'une relative aux soins et au maternage, l'autre à l'hébergement et à la vie sociale. Les dépenses de la première section seraient couvertes pour leur montant réel (et non plus par un forfait) par l'assurance maladie. Le prix de journée d'hébergement, allégé de la charge de maternage, incomberait aux intéressés, relayés au besoin par l'aide sociale. La loi complémentaire devait préciser ce nouveau partage.

*
**

La discussion de ce premier projet de loi devant le Parlement n'est jamais arrivée jusqu'à son terme et le texte voté par le Sénat n'a pas acquis force de loi.

Cependant la plupart des solutions retenues alors, furent reprises par le Sénat lors de l'examen en première lecture du projet de loi devenu loi du 2 mars 1982.

II. — LES PROPOSITIONS DE LA COMMISSION DES LOIS ET DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES LORS DE L'EXAMEN, EN PREMIERE LECTURE, DU PROJET DE LOI RELATIF AUX DROITS ET LIBERTES DES COMMUNES, DES DEPARTEMENTS ET DES REGIONS

Votre commission s'était ralliée aux propositions de la commission des lois sous réserve d'un certain nombre d'observations.

1. — Les principales propositions de la commission des lois en matière d'action sanitaire et sociale

En revanche, en matière financière, elle reprenait les dispositions précédemment adoptées : **révision des barèmes** de l'aide sociale préalable à la compensation par un transfert de ressources et **remboursement**

La commission des Lois avait tout d'abord repris le principe de la répartition sous forme de **blocs de compétences** avec des critères semblables. Le contenu des blocs était donc presque identique à celui qui avait été précédemment prévu sauf en ce qui concernait l'aide sociale à l'enfance qui se trouvait confiée au département. L'hébergement des personnes âgées revenait, quant à lui, en totalité aux collectivités locales.

Comme dans le précédent projet de loi, la commission affirmait **le rôle du conseil général** dans la définition des prestations d'aide sociale mise à la charge des collectivités locales. Afin d'éviter de trop graves disparités de situation entre les bénéficiaires selon leur département de résidence, il était rappelé que le conseil général serait tenu de respecter les dispositions insérées dans le Code de la famille et celui de la santé publique. Il bénéficiait également d'un droit de regard sur tous les établissements au financement desquels le département devait participer afin d'amorcer une organisation coordonnée de tous les services sociaux dans le département.

Bien que l'essentiel des compétences transférées était supporté par le département, le principe d'une **participation des communes** était maintenu. Le conseil général devait organiser cette participation en respectant les conditions légales destinées à assurer une équitable répartition.

De même était maintenue l'idée d'un **budget annexe** au budget départemental.

Etait également reprise l'exigence d'une **loi complémentaire propre à l'action sociale** et fixant des règles qui assureraient un niveau de service public commun à l'ensemble des collectivités. La définition du contenu de cette loi reprenait celle du texte précédent en y ajoutant le contrôle du conseil général sur les crèches.

En ce qui concernait le transfert consécutif au transfert des compétences, la commission ne proposait pas de maintenir **l'unité des services de l'action sanitaire et sociale**, qui ne lui paraissait plus concevable.

En revanche, en matière financière, elle reprenait les dispositions précédemment adoptées : **révision des barèmes** de l'aide sociale préalable à la compensation par un transfert de ressources et **remboursement des avances** consenties par les départements à l'Etat en matière d'aide sociale.

Les différences entre les propositions de la commission des lois et les rédactions retenues par la commission des affaires sociales en 1979, étaient donc relativement peu nombreuses. Votre commission, tout en se ralliant à ces propositions, avait cependant présenté un certain nombre d'observations.

2. — **Les observations et les propositions de la commission des affaires sociales**

Votre commission avait tout d'abord rappelé qu'en transférant les dépenses **d'aide sociale à l'enfance** de l'Etat aux départements, les dépenses les plus lourdes étaient mises à la charge des collectivités locales. Il en était de même pour les charges **d'hébergement des personnes âgées**. Votre commission avait d'ailleurs précédemment émis le souhait que l'on distinguât les frais de maternage afin que l'assurance maladie les prenne en charge en sus du forfait soins.

Votre commission avait également émis quelques réserves sur la notion même de **blocs de compétences** en s'inquiétant qu'un tel souci de clarification n'apparaisse finalement comme porteur d'appauvrissement.

D'autres inquiétudes se manifestaient concernant le maintien de **l'unité des services** de l'action sanitaire et sociale, seule garante de la cohérence de la politique sociale et le **rôle des communes et du bureau d'aide sociale** dont votre commission souhaitait que les compétences soient maintenues.

Les propositions de la commission consistèrent à attribuer à l'Etat la charge des dépenses liées à certaines actions de santé à savoir, la prophylaxie des maladies mentales et de l'alcoolisme, les frais de placement des alcooliques, la lutte contre la toxicomanie et le cancer.

Le tableau comparatif suivant reprend parmi les dispositions des textes votés par le Sénat en avril 1980 et novembre 1981 celles qui correspondent à la proposition de loi qui vous est soumise.

L'étude des textes qui ont précédé la proposition de loi permet d'en apprécier les dispositions en toute connaissance de cause.

TABLEAU COMPARATIF

Texte voté par le Sénat en avril 1980	Texte voté par le Sénat en novembre 1981	Texte de la proposition de loi
Clarification des compétences en matière d'aide sociale		
CHAPITRE III	CHAPITRE III (nouveau)	
ACTION SOCIALE ET SANTÉ	Action sociale et santé.	
Art. 61.	Art. 44 <i>novies</i> (nouveau).	
La répartition des charges supportées conjointement au 31 décembre 1980 par l'Etat et les collectivités locales, en application des articles 189 et 190 du code de la famille et de l'aide sociale, se fait en distinguant celles qui sont mises à la charge de l'Etat et celles qui incombent aux collectivités locales, en application des articles 62 à 64, 66, 66 bis à 69 et 71 à 77 ci-après.	La répartition des charges supportées conjointement au 31 décembre 1981 par l'Etat et les collectivités locales, en application des articles 189 et 190 du code de la famille et de l'aide sociale, se fait en distinguant celles qui sont mises à la charge de l'Etat et celles qui incombent aux départements et aux communes, de telle sorte que chaque domaine de compétence, chaque prestation de service soient affectés en totalité à l'une des trois collectivités concernées.	
Art. 78 <i>bis</i> (nouveau)		
L'article 190 du code de la famille et de l'aide sociale est ainsi rédigé :		
« Art. 190. — Dans les conditions définies au présent code, le conseil général arrête les règles générales et publiques selon lesquelles sont accordées les prestations d'aide sociale mises à la charge des collectivités locales par l'article 188.	Amendement n° II bis 17 de Commission des lois: article 40 applicable	
« De même, sous réserve des dispositions du présent code et de celles du code de la santé publique, et sans préjudice des actions organisées à la seule initiative des communes et de leurs groupements, le conseil général définit les conditions dans lesquelles sont exercées les compétences prévues à l'article 188 du présent code et aux articles L. 50, premier alinéa, L. 184, L. 247 et L. 304 du code de la santé publique.	« Dans les conditions définies au code de la famille et de l'aide sociale, le conseil général arrête les règles générales et publiques selon lesquelles sont accordées les prestations d'aide sociale mises à la charge des collectivités locales.	
	« De même, sous réserve des dispositions dudit code et de celles du code de la santé publique, et sans préjudice des actions organisées à la seule initiative des communes et de leurs groupements, le conseil général définira les conditions dans lesquelles seront exercées les compétences transférées aux collectivités locales.	

**Texte voté par le Sénat
en avril 1980**

«L'admission aux formes d'aide prévues au premier alinéa est faite par des commissions présidées par un magistrat en activité ou honoraire, administratif ou judiciaire. Le conseil général arrête les modalités de fonctionnement de ces commissions, dont les décisions peuvent faire l'objet de recours dans les conditions prévues aux articles 128 et suivants.

«Le conseil général suit le fonctionnement des établissements et services financés en application de l'article 195 et exerce sur eux un contrôle».

Art. 63.

L'article 188 du code de la famille et de l'aide sociale est remplacé par les dispositions suivantes:

«*Art. 188.* — Les domaines suivants relèvent de la compétence des collectivités locales, qui en assurent le financement:

«— l'aide sociale aux personnes âgées, à l'exception de l'allocation simple visée à l'article 158;

«— les prestations servies aux personnes handicapées en vertu de l'article 166 et les frais d'hébergement et d'entretien visés à l'article 168, et à l'article 7, II, de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées;

«— l'aide médicale, à l'exception des cotisations d'assurance maladie et de l'aide médicale aux malades mentaux et aux tuberculeux visées à l'article 187;

«— le service social départemental visé à l'article 28 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales;

**Texte voté par le Sénat
en novembre 1981**

«Le conseil général suit le fonctionnement des établissements et services financés sur des crédits départementaux et exerce sur eux un contrôle.»

**Amendement n° II bis 14
de la Commission des lois:
article 40 applicable.**

«Les domaines suivants relèvent de la compétence du département qui en assure l'organisation et le financement:

«— l'aide sociale aux personnes âgées, à l'exception de l'allocation simple visée à l'article 158 du code de la famille et de l'aide sociale;

«— les prestations de services aux personnes handicapées en vertu de l'article 166 du code de la famille et de l'aide sociale et les frais d'hébergement et d'entretien visés à l'article 168 dudit code, et à l'article 7, paragraphe II, de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées;

«— l'aide sociale à l'enfance;

«— les centres de consultation et activités à domicile de protection maternelle et infantile et la formation des assistantes maternelles;

«— l'aide médicale à l'exception des cotisations d'assurance maladie et de l'aide médicale aux malades mentaux et aux tuberculeux visée à l'article 187 du code précité;

«— le service social départemental visé à l'article 28 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relatif aux institutions sociales et médico-sociales;

Texte de la proposition de loi

Section 3

De l'action sociale et de la santé.

CHAPITRE I^{er}

De l'action et de l'aide sociale.

Art. 29.

Le département prend en charge l'ensemble des prestations légales d'aide sociale, à l'exception des prestations énumérées à l'article 32 de la présente loi et sous réserve de la participation financière des communes prévue à l'article 43 de la présente loi.

Les conditions de ressources et éventuellement d'âge ou d'invalidité requises pour l'attribution de ces prestations ainsi que leur montant sont fixées par décret en Conseil d'Etat, sous réserve des dispositions de l'article 31 ci-dessous. Le département assure la charge financière de ces décisions.

**Texte voté par le Sénat
en avril 1980**

«— le service social visé à l'article 185-1».

Art. 64.

L'article 189 du code de la famille et de l'aide sociale est remplacé par les dispositions suivantes:

«*Art. 189.* — La compétence reconnue à l'Etat par l'article 187 ne fait pas obstacle à la possibilité pour les collectivités locales d'organiser des actions ou d'attribuer des prestations dans les mêmes domaines».

Art. 78 *ter* (nouveau).

L'article 191 du code de la famille et de l'aide sociale est ainsi rédigé:

«*Art. 191.* — L'exécution des dispositions du présent code et de celles du code de la santé publique, dans la mesure où elle est confiée au département, se fait sous l'autorité du préfet et le contrôle du conseil général. Elle est assurée par un service commun à l'Etat et au département.

«Les dépenses communes au département et à l'Etat sont réparties au prorata des activités relevant de ces collectivités sur des bases définies soit par convention, soit, à défaut, par décret en Conseil d'Etat.»

Section I

Action sociale.

Art. 62.

L'article 187 du code de la famille et de l'aide sociale est remplacé par les dispositions suivantes:

«*Art. 187.* — Les domaines suivants

**Texte voté par le Sénat
en novembre 1981**

«— le service social visé à l'article 185-1 du code précité;

«— les services départementaux de vaccination;

«— les dispensaires antituberculeux et les services de vaccination correspondants;

«— les dispensaires antivénéériens.»

**Amendement n° II bis 14
de la Commission des lois:
article 40 applicable.**

«Les domaines suivants relèvent de la compétence du département qui en assure l'organisation et le financement:

«— l'aide sociale aux personnes

Texte de la proposition de loi

Art. 31.

Dans les conditions définies au Code de la famille et de l'aide sociale, le conseil général adopte un règlement départemental d'aide sociale définissant les règles générales et publiques selon lesquelles sont accordées les prestations d'aide sociale mises à la charge du département.

Le président du Conseil général est compétent pour attribuer les prestations visées à l'article 29 de la présente loi, sous réserve des pouvoirs reconnus à l'autorité judiciaire et des compétences des commissions mentionnées au Titre III du Code de la famille et de l'aide sociale et à l'article 14 de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées. Les frais de fonctionnement de ces commissions sont à la charge du département. L'Etat rembourse au département la part de ces frais relative aux prestations dont il a la charge.

Art. 32.

Sont à la charge de l'Etat au titre de l'aide sociale:

1. Les cotisations d'assurances maladie des adultes handicapés visées à l'article 613-15 du Code de la Sécurité sociale;

**Texte voté par le Sénat
en avril 1980**

relèvent de la compétence de l'Etat, qui en assure le financement :

«— l'aide sociale à l'enfance;

«— l'aide sociale à la famille;

«— l'allocation simple visée à l'article 158;

«— l'allocation compensatrice et l'allocation différentielle prévues aux articles 39 et 59 de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées;

«— le fonctionnement des établissements d'aide par le travail et de rééducation professionnelle prévu à l'article 168 dans la mesure où il est pris en charge au titre de l'aide sociale;

«— les cotisations d'assurance maladie prises en charge par l'aide sociale;

«— l'aide médicale aux malades mentaux et aux tuberculeux;

«— l'aide sociale en matière de logement, d'hébergement et de réadaptation sociale visée au chapitre VIII du titre III, à l'exception du service social visé à l'article 185-1.

«En outre, l'Etat prend en charge les dépenses d'aide sociale pour les bénéficiaires des formes d'aide visées à l'article 188 qui n'ont pas de domicile de secours.»

**Texte voté par le Sénat
en novembre 1981**

âgées, à l'exception de l'allocation simple visée à l'article 158 du code de la famille et de l'aide sociale;

«— les prestations de services aux personnes handicapées en vertu de l'article 166 du code de la famille et de l'aide sociale et les frais d'hébergement et d'entretien visés à l'article 168 dudit code, et à l'article 7, paragraphe II, de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées;

«— l'aide sociale à l'enfance;

«— les centres de consultation et activités à domicile de protection maternelle et infantile et la formation des assistantes maternelles;

«— l'aide médicale à l'exception des cotisations d'assurance maladie et de l'aide médicale aux malades mentaux et aux tuberculeux visée à l'article 187 du code précité;

«— le service social départemental visé à l'article 28 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relatif aux institutions sociales et médico-sociales;

«— le service social visé à l'article 185-1 du code précité;

«— les services départementaux de vaccination;

«— les dispensaires antituberculeux et les services de vaccination correspondants;

«— les dispensaires antivénéériens.»

**Amendement n° II bis 16
de la Commission des lois:
article 40 applicable.**

«Les autres formes d'aide sociale et d'action sanitaire sont de la compétence de l'Etat.

«En application de l'alinéa précédent, l'Etat finance les formes d'aide suivantes:

«— l'aide sociale à la famille;

«— l'allocation simple visée à l'article 158 du code de la famille et de l'aide sociale;

Texte de la proposition de loi

2. Les cotisations d'assurance personnelle instituées par la loi 78-2 du 2 janvier 1978 relative à la généralisation de la sécurité sociale dans les conditions prévues par son article 5;

3. L'allocation aux familles, dont les soutiens indispensables accomplissent le service national, mentionnée à l'article 156 du Code de la famille et de l'aide sociale;

4. L'allocation simple aux personnes âgées mentionnée à l'article 158 du Code de la famille et de l'aide sociale;

5. Les frais afférents à l'interruption volontaire de grossesse visés à l'article 181-2 du Code de la famille et de l'aide sociale;

6. L'allocation différentielle aux adultes handicapés visée à l'article 59 de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées;

7. Les frais d'hébergement, d'entretien et de formation professionnelle des personnes handicapées dans les établissements de rééducation professionnelle mentionnés à l'article 168 du Code de la famille et de l'aide sociale;

8. Les frais de fonctionnement des centres d'aide par le travail;

9. Les dépenses d'aide sociale engagées en faveur des personnes sans domicile de secours;

10. Les frais d'hébergement dans les établissements de réadaptation sociale visés à l'article 185 du Code de la famille et de l'aide sociale.

Texte voté par le Sénat
en avril 1980

Texte voté par le Sénat
en novembre 1981

Texte de la proposition de loi

«— l'allocation compensatrice et l'allocation différentielle prévue aux articles 39 et 59 de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées;

«— le fonctionnement des établissements d'aide par le travail et de réadaptation professionnelle prévu à l'article 168 du code précité, dans la mesure où il est pris en charge au titre de l'aide sociale;

«— les cotisations d'assurance maladie prises en charge par l'aide sociale;

«— l'aide médicale aux malades mentaux et aux tuberculeux;

«— l'aide sociale en matière de logement, d'hébergement et de réadaptation sociale visée à l'article 161 et au chapitre VIII du titre III du code précité, à l'exception du service social visé à l'article 185-1;

«— l'allocation instituée à l'article 156 du code de la famille et de l'aide sociale.

«En outre, l'Etat prend en charge les dépenses d'aide sociale pour les bénéficiaires des formes d'aide visées à l'article 188 qui n'ont pas de domicile de secours.»

**Amendement n° II bis 55
de la Commission des affaires sociales
est tombé avec l'amendement
précédent.**

«Nonobstant toutes dispositions contraires, l'Etat prend enfin à sa charge:

«— les dépenses exposées en application de l'article L. 326 du code de la santé publique pour la prophylaxie des maladies mentales et de l'alcoolisme;

«— la part des frais de placement des alcooliques dangereux couverts par l'aide sociale en vertu de l'article L. 355-8 du même code;

«— les dépenses de prévention, d'hospitalisation et de soins prévus par l'article 3 de la loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures de lutte contre la toxicomanie et la

**Texte voté par le Sénat
en avril 1980**

Art. 66 bis (nouveau).

Les deux derniers alinéas de l'article 28 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales sont supprimés.

Section II

Santé.

Art. 67.

Les articles L. 49 et L. 50 du code de la santé publique sont remplacés par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 49.* — Sous réserve des compétences reconnues aux autorités municipales, le contrôle administratif et technique de l'application des règles d'hygiène relève de la compétence de l'Etat qui en détermine les modalités et en assure l'organisation et le financement.

« *Art. L. 50.* — Les services départementaux de vaccination relèvent de la compétence du département qui en assure l'organisation et le financement dans les conditions prévues aux articles 190, 191 et 195 du code de la famille et de l'aide sociale.

« Les services municipaux de désinfection et les bureaux municipaux d'hygiène relèvent de la compétence des communes, qui en assurent l'organisation et le financement. »

**Texte voté par le Sénat
en novembre 1981**

répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses ;

« — et les actions de lutte contre le cancer, organisées en application de l'article 68 de la loi de finances pour 1964 n° 63-1241 du 19 décembre 1963. »

**Amendement n° II bis 22
de la Commission des lois
retiré en séance.**

« I. — L'article 192 du code de la famille et de l'aide sociale est abrogé.

« II. — Les deux derniers alinéas de l'article 28 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales sont abrogés. »

**Amendement n° II bis 14
de la Commission des lois:
article 40 applicable.**

« Les domaines suivants relèvent de la compétence du département qui en assure l'organisation et le financement :

« — l'aide sociale aux personnes âgées, à l'exception de l'allocation simple visée à l'article 158 du code de la famille et de l'aide sociale ;

« — les prestations de services aux personnes handicapées en vertu de l'article 166 du code de la famille et de l'aide sociale et les frais d'hébergement et d'entretien visés à l'article 168 dudit code, et à l'article 7, paragraphe II, de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées ;

« — l'aide sociale à l'enfance ;

« — les centres de consultation et activités à domicile de protection maternelle et infantile et la formation des assistantes maternelles ;

« — l'aide médicale à l'exception des cotisations d'assurance maladie et de l'aide médicale aux malades mentaux et aux tuberculeux visée à l'article 187 du code précité ;

« — le service social départemental visé à l'article 28 de la loi n° 75-535 du

Texte de la proposition de loi

CHAPITRE II

De la santé.

Art. 34.

Le département est responsable des services et actions suivants et en assure le financement :

1. Protection sanitaire de la famille et de l'enfance dans les conditions prévues au titre premier du Livre II du Code de la santé publique ;

2. Lutte contre les fléaux sociaux dans les conditions prévues au chapitre 1^{er} du Titre premier et du Titre II du Livre III du Code de la santé publique ;

3. Actions médicales et sociales prévues au Titre II du Livre II du Code de la santé publique en faveur des enfants et adolescents fréquentant les établissements d'enseignement autres que les établissements publics à caractère scientifique ou culturel.

**Texte voté par le Sénat
en avril 1980**

Art. 70.

Supprimé.

Texte de cet article

Il est inséré dans le Code de la Santé publique un article L. 196 ainsi conçu :

«*Art. L. 196.* — Les examens de santé, la surveillance sanitaire et le service social en faveur de l'enfance scolarisée relèvent de la compétence des collectivités locales, qui en assurent le financement, dans les conditions prévues aux articles 188 et 190 du Code de la famille et de l'aide sociale.»

Art. 68.

Les articles L. 184 et L. 185 du code de la santé publique sont remplacés par les dispositions suivantes :

«*Art. L. 184.* — Les centres et consultations de protection maternelle et infantile, les activités de protection maternelle et infantile à domicile et la formation des assistantes maternelles relèvent de la compétence du département qui en assure l'organisation et le financement, dans les conditions prévues aux articles 190, 191 et 195 du code de la famille et de l'aide sociale.

«*Art. L. 185.* — L'application des dispositions du présent titre autres que celles figurant à l'article L. 184 relève de l'Etat qui en assure l'organisation et le financement.»

**Texte voté par le Sénat
en novembre 1981**

30 juin 1975 relatif aux institutions sociales et médico-sociales ;

«— le service social visé à l'article 185-1 du code précité ;

«— les services départementaux de vaccination ;

«— les dispensaires antituberculeux et les services de vaccination correspondants ;

«— les dispensaires antivénéériens.»

Texte de la proposition de loi

Art. 35.

L'article L. 50 du Code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

«*Art. L. 50.* — Les services départementaux de vaccination relèvent de la compétence du conseil général qui en assure l'organisation.»

Art. 36.

Il est inséré dans le Code de la santé publique un article L. 147 rédigé comme suit :

«*Art. L. 147.* — Les centres et consultations de protection maternelle et infantile, les activités de protection maternelle et infantile à domicile et la formation des assistantes maternelles relèvent de la compétence du département qui en assure l'organisation et le financement.»

**Texte voté par le Sénat
en avril 1980**

Art. 71.

Le premier alinéa de l'article L. 247 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

« Les dispensaires anti-tuberculeux et les services de vaccination de la population civile par le vaccin anti-tuberculeux B.C.G. relèvent de la compétence du département qui en assure l'organisation et le financement, dans les conditions prévues aux articles 190, 191 et 195 du code de la famille et de l'aide sociale. »

Art. 72.

L'article L. 304 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 304. — Les dispensaires antivénéériens relèvent de la compétence du département qui en assure l'organisation et le financement, dans les conditions prévues aux articles 190, 191 et 195 du code de la famille et de l'aide sociale. »

Art. 67.

Les articles L. 49 et L. 50 du code de la santé publique sont remplacés par les dispositions suivantes :

« Art. L. 49. — Sous réserve des compétences reconnues aux autorités municipales, le contrôle administratif et technique de l'application des règles d'hygiène relève de la compétence de l'Etat qui en détermine les modalités et en assure l'organisation et le financement. »

« Art. L. 50. — Les services départementaux de vaccination relèvent de la compétence du département qui en assure l'organisation et le financement dans les conditions prévues aux articles 190, 191 et 195 du code de la famille et de l'aide sociale. »

« Les services municipaux de désinfection et les bureaux municipaux d'hygiène relèvent de la compétence des communes, qui en assurent l'organisation et le financement. »

**Texte voté par le Sénat
en novembre 1981**

**Amendement n° II bis 15
de la Commission des lois:
article 40 applicable.**

« Les services municipaux de désinfection et les bureaux municipaux d'hygiène relèvent de la compétence des communes qui en assurent l'organisation et le financement. »

Texte de la proposition de loi

Art. 37.

Les articles L. 247 et L. 304 du code de la santé publique sont remplacés par les dispositions suivantes :

« Art. L. 247. — Les dispensaires antituberculeux et les services de vaccination de la population civile par le vaccin antituberculeux B.C.G. sont des services du département. »

« Art. L. 304. — Les dispensaires antivénéériens sont des services du département. »

Art. 38.

L'article L. 772 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 772. — Les services municipaux de désinfection et les bureaux municipaux d'hygiène relèvent de la compétence des communes qui en assurent l'organisation et le financement. »

**Texte voté par le Sénat
en avril 1980**

Art. 69.

L'article L. 190-1 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 190-1.* — Les dépenses résultant de l'attribution de la prime instituée par l'article L. 190 sont à la charge de l'Etat. Les organismes de sécurité sociale, débiteurs des prestations familiales des différents régimes, remboursent à l'Etat le montant des primes versées à leurs ressortissants. »

Art. 73.

L'article L. 353 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 353.* — Les dépenses exposées, en application de l'article L. 326, pour la prophylaxie des maladies mentales et de l'alcoolisme sont à la charge de l'Etat. »

Art. 74.

L'article L. 355-8 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 355-8.* — Les frais de placement des alcooliques dangereux pour autrui sont couverts dans les mêmes conditions que pour les autres cas d'hospitalisation. Sont notamment applicables les lois sur la sécurité sociale et sur l'aide sociale. Dans ce dernier cas, les dépenses résultant de l'application des présentes dispositions sont à la charge de l'Etat. »

**Texte voté par le Sénat
en novembre 1981**

Texte de la proposition de loi

« Les bureaux municipaux d'hygiène sont chargés sous l'autorité du maire de l'application des dispositions relatives à la protection générale de la santé publique énumérées notamment au titre premier du livre premier du présent code et relevant des autorités municipales. »

CHAPITRE III

**Allègement des charges
des collectivités territoriales.**

Art. 39.

Les articles L. 49, L. 185, L. 353 et L. 355-8 du Code de la santé publique sont remplacés par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 49.* — Sous réserve des compétences reconnues aux autorités municipales, le contrôle administratif et technique des règles d'hygiène relève de la compétence de l'Etat qui en détermine les modalités et en assure l'organisation et le financement. »

« *Art. L. 185.* — Les frais occasionnés par l'application des dispositions du chapitre V du présent Titre sont supportés par l'Etat. »

« *Art. L. 353.* — Les dépenses exposées en application de l'article L. 326 sont à la charge de l'Etat sans préjudice de la participation financière des régimes d'assurance maladie aux dépenses de soins. »

« *Art. L. 355-8.* — Les frais de placement des alcooliques dangereux pour autrui sont couverts dans les mêmes conditions que pour les autres cas d'hospitalisation. Les dépenses d'aide sociale résultant de l'application des présentes dispositions sont à la charge de l'Etat. »

**Texte voté par le Sénat
en avril 1980**

Art. 75.

A l'article 3 de la loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses, les mots: «sont à la charge de l'Etat» sont substitués aux termes: «sont réparties entre l'Etat et les départements, selon les dispositions de l'article 190 du code de la famille et de l'aide sociale.»

Art. 76.

Les actions de lutte contre le cancer organisées en application de l'article 68 de la loi de finances pour 1964, n° 63-1241 du 19 décembre 1963, relèvent de la compétence de l'Etat qui en assure le financement.

Art. 77.

Dans les départements d'outre-mer, les dépenses des services départementaux de lutte contre la lèpre définies à l'article 73 de la loi de finances n° 64-1279 du 23 décembre 1964 portant répartition des crédits pour l'exercice 1965, continuent d'être inscrites au budget départemental. Le département en assure l'organisation et le financement dans les conditions prévues aux articles 190, 191 et 195 du code de la famille et de l'aide sociale.

Art. 78.

I. — Dans le livre VIII du code de la santé publique, relatif aux institutions, l'intitulé du chapitre premier est ainsi rédigé:

«CHAPITRE PREMIER

**«ORGANISATION
ADMINISTRATIVE**

II. — Dans le livre VIII du code de la santé publique, relatif aux institutions,

**Texte voté par le Sénat
en novembre 1981**

Texte de la proposition de loi

Art. 40.

L'article L. 184 du Code de la santé publique est abrogé.

Art. 41.

A l'article 3 de la loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relatif aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite de substances vénéneuses, les mots: «sont à la charge de l'Etat», sont substitués aux termes: «sont répartis entre l'Etat et les départements selon les dispositions de l'article 190 du Code de la famille et de l'aide sociale.»

Art. 42.

Le dépistage précoce des affections cancéreuses et la surveillance après traitement des anciens malades sont à la charge de l'Etat. Les actions de lutte contre la lèpre sont à la charge de l'Etat.

L'article 68 de la loi n° 63-1241 du 19 décembre 1963 portant loi de finances pour 1964 et l'article 73 de la loi n° 64-1279 du 23 décembre 1964 portant loi de finances pour 1965 sont abrogés.

CHAPITRE IV

Dispositions communes.

**Texte voté par le Sénat
en avril 1980**

la section I du chapitre premier est ainsi rédigée :

«Section I

**«Organisation administrative
départementale.**

«§ premier. — *Dispositions générales*

«Art. L. 766. — L'application des dispositions du présent code est assurée dans chaque département dans les conditions prévues aux articles 190, 191 et 195 du Code de la famille et de l'aide sociale.

Art. 78 *quater* (nouveau).

L'article 195 du code de la famille et de l'aide sociale est remplacé par les dispositions suivantes :

«Art. 195. — Les dépenses d'aide sociale et d'action sanitaire prévues à l'article 188 du présent code et aux articles L. 50 (premier alinéa), L. 184, L. 247 et L. 304 du code de la santé publique ont un caractère obligatoire. Les communes y participent.

«Le conseil général arrête les conditions de répartition des dépenses entre le département et les communes en fonction notamment des ressources de ces collectivités et du domicile des personnes aidées.

«Ces dépenses figurent, ainsi que les recettes correspondantes, dans un budget annexe au budget départemental.

«Sous réserve de l'application de l'article 201, les contestations relatives aux rapports financiers entre les collectivités locales débitrices de l'aide sociale ainsi qu'aux rapports entre les collectivités locales et les établissements d'hospitalisation et de traitement relèvent en premier ressort de la compétence des tribunaux administratifs.

«Les conditions d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat.»

**Texte voté par le Sénat
en novembre 1981**

Art. 44 *decies* (nouveau).

Les dépenses d'aide sociale et d'action sanitaire mises à la charge des collectivités locales ont un caractère obligatoire. Les communes y participent.

Le conseil général arrête les conditions de répartition des dépenses entre le département et les communes en fonction notamment des ressources de ces collectivités et du domicile des personnes aidées.

Ces dépenses figurent, ainsi que les recettes correspondantes, dans un budget annexe au budget départemental.

Sous réserve de l'application de l'article 201 du code de la famille et de l'aide sociale, les contestations relatives aux rapports financiers entre les collectivités locales débitrices de l'aide sociale ainsi qu'aux rapports entre les collectivités locales et les établissements d'hospitalisation et de traitement relèvent en premier ressort de la compétence des tribunaux administratifs.

Les conditions d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat.

Texte de la proposition de loi

Art. 43.

La participation des communes aux dépenses d'aide sociale est maintenue. A titre transitoire, elle demeure régie par les dispositions en vigueur jusqu'à ce que soit réalisée la révision des barèmes prévue à l'article 3 de la loi relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat.

Art. 44.

Les dépenses résultant de l'application des articles 29, 31, 32, 34 et 43 de la présente loi ainsi que les articles L. 50, L. 147, L. 247 et L. 304 du code de la santé publique ont un caractère obligatoire.

Ces dépenses figurent, ainsi que les recettes correspondantes, dans un budget annexe au budget départemental.

**Texte voté par le Sénat
en avril 1980**

Art. 78 quinquies (nouveau).

Il est ajouté au code de la famille et de l'aide sociale un article 195-1 ainsi rédigé :

« *Art. 195-1.* — Les dépenses supportées par l'Etat en application de l'article 187 du présent code, des articles L. 49, L. 185, L. 190-1, L. 191, L. 353 et L. 355-8 du code de la santé, et des articles 75 et 76 de la loi^o du pour le développement des responsabilités des collectivités locales sont récapitulées annuellement dans un état prévisionnel de l'action sanitaire et sociale dans le département. Cet état, présenté au conseil général lors du vote du budget départemental, doit permettre la comparaison avec l'exercice précédent. »

Art. 78 sexies (nouveau).

L'article 230 du code de la famille et de l'aide sociale est rédigé comme suit :

« *Art. 230.* — La coordination des services sociaux est assurée dans chaque département par le préfet, qui en rend compte au conseil général. »

**Texte voté par le Sénat
en novembre 1981**

Art. 44 undecies (nouveau).

Les dépenses supportées par l'Etat sont récapitulées annuellement dans un état prévisionnel de l'action sanitaire et sociale dans le département. Cet état, présenté au conseil général lors du vote du budget départemental, doit permettre la comparaison avec l'exercice précédent.

Art. 44 duodecies (nouveau).

Par convention passée avec le département, une commune peut exercer directement les compétences qui, en application du présent chapitre, sont attribuées au département.

La convention précise les conditions financières et administratives du transfert. Elle ne peut cependant porter atteinte au caractère départemental des services concernés.

Texte de la proposition de loi

Art. 33.

Les dépenses supportées par l'Etat dans le département, en application de l'article 32 ci-dessus, sont récapitulées annuellement dans un état prévisionnel. Cet état, présenté au conseil général lors du vote du budget départemental, doit permettre la comparaison avec l'exercice précédent.

Art. 30.

Par convention passée avec le département, une commune peut exercer directement les compétences qui, en application de la présente section, sont attribuées au département.

Les services départementaux correspondants sont mis à la disposition de la commune dans les conditions définies à l'article 10 de la loi n° 83 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat. La convention précise les conditions financières du transfert.

**Texte voté par le Sénat
en avril 1980**

Art. 78 septies (nouveau).

Les règles dans le cadre desquelles s'exercent les compétences reconnues à l'Etat et aux collectivités locales par le présent chapitre seront fixées en tant que de besoin par une loi ultérieure qui définira notamment :

— les procédures d'admission aux différentes formes d'aide sociale, garantissant l'indépendance des commissions d'admission et les voies de recours juridictionnel contre leurs décisions, conformément à l'article 78 bis de la présente loi;

— les règles minimales relatives à la mise en jeu de l'obligation alimentaire, ainsi qu'à la détermination des sommes laissées à la disposition des bénéficiaires de l'aide sociale placés dans un établissement;

— les règles présidant à la détermination du domicile de secours;

— les conditions dans lesquelles le conseil général exercera son contrôle sur la création, le fonctionnement et le financement des établissements et services sociaux, médico-sociaux et de long séjour, en application de l'article 78 bis de la présente loi;

— sans préjudice de l'application de l'article 124 bis de la présente loi, les garanties accordées à ceux des personnels du service organisé en application de l'article 191 du code de la famille et de l'aide sociale qui pourraient éventuellement être appelés à changer de statut en application du présent chapitre, les personnels en fonction ayant le droit, s'ils le désirent, de conserver le statut dont ils relèvent.

Cette loi complétera également la loi n° 78-11 du 4 janvier 1978 afin de préciser les conditions de prise en charge des dépenses de fonctionnement des centres et unités de long séjour prévus à l'article 4 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 modifiée, des maisons d'accueil spécialisées prévues à l'article 46 de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975, et des établissements sociaux et médico-sociaux comportant les sections de cure médicale prévues aux articles 5 et 27 bis de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 modifiée.

**Texte voté par le Sénat
en novembre 1981**

Art. 44 tredecies (nouveau).

Les règles dans le cadre desquelles s'exerceront les compétences reconnues à l'Etat et aux collectivités locales seront fixées, en tant que de besoin, par une loi ultérieure qui déterminera notamment :

— les procédures d'admission aux différentes formes d'aide sociale, garantissant l'indépendance des commissions d'admission et les voies de recours juridictionnelles contre leur décision;

— les règles minimales relatives à la mise en jeu de l'obligation alimentaire ainsi qu'à la détermination des sommes laissées à la disposition des bénéficiaires de l'aide sociale placés dans un établissement;

— les règles présidant à la détermination du domicile de secours;

— les conditions dans lesquelles le conseil général exercera son contrôle sur la création, le fonctionnement et le financement des établissements et services sociaux, médico-sociaux et de long séjour.

Texte de la proposition de loi

**Texte voté par le Sénat
en avril 1980**

Ces dépenses seront réparties entre deux sections relatives, l'une à l'hébergement et à la vie sociale, l'autre aux soins et aux traitements d'entretien.

Les intéressés ou, à défaut, l'aide sociale supporteront les dépenses afférentes à l'hébergement et au maintien de la vie sociale, à l'exclusion de toute dépense afférente aux soins et aux traitements d'entretien.

L'assurance maladie ou, à défaut, l'aide médicale supportera les dépenses afférentes aux soins et aux traitements d'entretien, y compris l'aide nécessaire pour les actes essentiels de l'existence, à l'exclusion de toute dépense afférente à l'hébergement et au maintien de la vie sociale.

Cette même loi prévoiera l'ajustement du montant des ressources transférées à chaque département en application de la présente loi, pour tenir compte de l'incidence financière sur l'aide sociale de la nouvelle répartition des dépenses de fonctionnement mentionnée ci-dessus pour les établissements existants, les sections de cure médicale à créer et les hospices à transformer en centres et unités de long séjour, ainsi que du classement de services hospitaliers en centres et unités de long séjour en application de la loi sur 31 décembre 1970 modifiée.

Art. 78 quater (nouveau).

L'article 195 du code de la famille et de l'aide sociale est remplacé par les dispositions suivantes:

«*Art. 195.* — Les dépenses d'aide sociale et d'action sanitaire prévues à l'article 188 du présent code et aux articles L. 50 (premier alinéa), L. 184, L. 247 et L. 304 du code de la santé publique ont un caractère obligatoire. Les communes y participent.

«Le conseil général arrête les conditions de répartition des dépenses entre le département et les communes en fonction notamment des ressources de ces collectivités et du domicile des personnes aidées.

**Texte voté par le Sénat
en novembre 1981**

Art. 44 decies (nouveau).

Les dépenses d'aide sociale et d'action sanitaire mises à la charge des collectivités locales ont un caractère obligatoire. Les communes y participent.

Le conseil général arrête les conditions de répartition des dépenses entre le département et les communes en fonction notamment des ressources de ces collectivités et du domicile des personnes aidées.

Texte de la proposition de loi

Art. 44 a.l. 1^{er}.

Les dépenses résultant de l'application des articles 29, 31, 32, 34 et 43 de la présente loi ainsi que les articles L. 50, L. 147, L. 247 et L. 304 du Code de la santé publique ont un caractère obligatoire.

**Texte voté par le Sénat
en avril 1980**

« Ces dépenses figurent, ainsi que les recettes correspondantes, dans un budget annexe au budget départemental.

« Sous réserve de l'application de l'article 201, les contestations relatives aux rapports financiers entre les collectivités locales débitrices de l'aide sociale ainsi qu'aux rapports entre les collectivités locales et les établissements d'hospitalisation et de traitement relèvent en premier ressort de la compétence des tribunaux administratifs.

« Les conditions d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat. »

Art. 88 A (nouveau).

La mise en application des articles 62 à 79 relatifs à l'aide sociale et à la santé est subordonnée à la révision de la répartition des charges d'aide sociale et de santé entre l'Etat et les collectivités locales, telle qu'elle résulte du décret portant règlement d'administration publique pris en application de l'article 191 du code de la famille et de l'aide sociale en vigueur avant la promulgation de la présente loi.

Cette révision est effectuée sur la base de l'évaluation de la capacité financière et des besoins des différents départements, en fonction du potentiel fiscal de chaque département et du montant des dépenses d'aide sociale par habitant.

Cette révision ne peut avoir pour effet d'augmenter le taux de participation des départements aux dépenses.

Les transferts de charges qui en résultent sont versés par le budget de l'Etat aux départements concernés par cinquième pendant cinq ans. Ils ne sont pas pris en compte pour le calcul de la compensation prévue par l'article 88 ci-après.

**Texte voté par le Sénat
en novembre 1981**

Ces dépenses figurent, ainsi que les recettes correspondantes, dans un budget annexe au budget départemental.

Sous réserve de l'application de l'article 201 du code de la famille et de l'aide sociale, les contestations relatives aux rapports financiers entre les collectivités locales débitrices de l'aide sociale ainsi qu'aux rapports entre les collectivités locales et les établissements d'hospitalisation et de traitement relèvent en premier ressort de la compétence des tribunaux administratifs.

Les conditions d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat.

Art. 84 (nouveau).

L'entrée en vigueur du chapitre III du titre II *bis* (nouveau) de la présente loi, relatif à la clarification et à la répartition des compétences en matière d'aide sociale et de santé est subordonnée à la révision de la répartition des charges correspondantes entre l'Etat et les collectivités locales, telle qu'elle résulte du décret en Conseil d'Etat pris en application de l'article 191 du code de la famille et de l'aide sociale en vigueur avant la promulgation de la présente loi.

Cette révision est effectuée sur la base de l'évaluation de la capacité financière et des besoins des différents départements, en fonction du potentiel fiscal de chaque département et du montant des dépenses d'aide sociale par habitant.

Cette révision ne peut avoir pour effet d'augmenter le taux de participation des départements aux dépenses; les transferts de charges qui en résultent sont versés par le budget de l'Etat aux départements concernés. Ils ne sont pas pris en compte pour le calcul de la compensation prévue à l'article 86 (nouveau) ci-dessous.

**Texte voté par le Sénat
en avril 1960**

Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application du présent article.

Art. 88 *bis* (nouveau).

Les sommes restant dues par l'Etat aux départements, en application des articles 189 et 190 du code de la famille et de l'aide sociale en vigueur avant la date d'entrée en application du chapitre III du présent titre seront intégralement remboursées.

**Texte voté par le Sénat
en novembre 1961**

Art. 87 (nouveau).

Les sommes restant dues par l'Etat aux départements, en application des articles 189 et 190 du code de la famille et de l'aide sociale en vigueur avant la date d'entrée en application du chapitre III du titre II *bis*, seront intégralement remboursées.

Texte de la proposition de loi

TROISIEME PARTIE

LA PROPOSITION DE LOI INITIALE : UNE REPRISE MODIFIEE DES PROPOSITIONS ANTERIEURES DU SENAT

Malgré une présentation différente, le texte reprend le principe de la répartition en deux blocs de compétences. Le contenu de ces blocs a été établi en tenant largement compte des précédentes options prises par le Sénat ; cependant l'ancienne et la nouvelle répartition ne se confondent pas totalement.

I. — UNE REPRISE DE FAIT DE LA REPARTITION EN DEUX BLOCS DE COMPETENCES

Bien que le département se voit reconnaître une compétence de principe en matière d'action sanitaire et sociale et que les compétences dévolues à l'Etat n'aient qu'un caractère exceptionnel, le texte établit bien deux blocs de compétences.

1. — Les principes sur lesquels se fonde cette répartition

A — *Compétence de droit commun du département en matière d'action sociale et de santé*

La proposition de loi met un terme aux financements croisés et consacre cette compétence du département dans le domaine sanitaire et social.

Le département devient ainsi responsable du versement de la plupart des prestations légales d'aide sociale. Il en définira le montant et les conditions d'attribution dans la mesure où ils seront plus favorables que ceux fixés pour l'ensemble du territoire par décret en Conseil d'Etat. Il pourra également créer des prestations ou des services nouveaux.

L'Etat conserve la charge d'un nombre limité de prestations correspondant à des critères précis.

B. — *Chaque transfert de compétences doit s'accompagner d'un transfert des ressources correspondantes*

Le gouvernement en a pris l'engagement et doit veiller à ce que les prochaines lois de finances tirent toutes les conséquences des dispositions du présent texte.

Le principe joue de manière symétrique entre l'Etat et les collectivités locales quel que soit le sens dans lequel s'opère le transfert.

C. — *Les niveau d'administration locale ne sont pas remis en cause*

Ainsi revient au département « la mission de solidarité et de péréquation » par la gestion de l'aide sociale et de la santé et par la redistribution entre les communes, notamment rurales. Des conventions devraient d'ailleurs être conclues entre département et communes afin de faciliter l'exercice de tout ou partie des nouvelles compétences.

D. — *Maintien de la participation financière des communes*

Actuellement les communes apportent leur participation financière aux dépenses d'aide sociale. Chaque année elles se voient imposer par le conseil général le montant de cette participation.

La proposition de loi maintient la participation financière des communes. Il serait bon, dans l'avenir, d'atténuer le caractère contingentaire de cette participation, caractère qui contredit l'esprit même de la décentralisation. Rien ne justifie, en effet, qu'une collectivité locale impose des charges à une autre qui n'a aucun

moyen d'en contester le montant. Les communes devraient désormais fixer elles-mêmes le montant de leur participation en fonction de critères objectifs.

E. — *Les transferts de services*

Certains services ou parties de services qui exercent exclusivement une compétence définie et relevant uniquement d'une collectivité territoriale seront transférées à celle-ci dans certaines conditions.

Pour les autres, le service de mise à disposition prévu par la loi du 2 mars 1982 est prorogé.

2. — **Les critères de répartition**

La répartition se fonde sur l'idée que tout ce qui est revenu social minimum doit être garanti et payé par l'Etat. En revanche toute prestation pouvant et devant être appréciée dans un cadre local ou une relation de voisinage est mise à la charge du département. Ainsi la solidarité relève de l'Etat et la fraternité, du département.

A. — *Les compétences reposant sur l'idée de fraternité relèvent du département*

a) *L'aide sociale*

● **L'aide sociale à l'enfance** (voir annexe I)

Le président du conseil général assure désormais toutes les attributions jusque-là dévolues au préfet. Il devient le tuteur des enfants relevant de ce service (soit environ 469 000 enfants au 1^{er} janvier 1980). Ces services emploient 120 000 personnes.

L'aide sociale à l'enfance devient une compétence exclusive du département pour trois raisons :

— confirmer le rôle que jouent à présent les départements dans ce domaine ;

— favoriser l'intégration de l'aide sociale à l'enfance dans le dispositif d'ensemble de prévention médico-sociale dont les autres composantes (le service social départemental, la Protection maternelle et infantile et la santé scolaire) sont appelées à devenir des compétences exclusives du département ;

— permettre le développement de formes d'intervention mieux ancrées dans les solidarités de voisinage afin d'éviter le caractère parfois trop ségréatif des prises en charge.

Le caractère obligatoire de ces dépenses est confirmé.

● **L'aide sociale aux personnes âgées** (voir annexe II)

Les collectivités locales devraient accorder les prestations légales actuelles : aide ménagère, allocation représentative de services ménagers, aide aux foyers-restaurants, placement à domicile ou en établissement.

La détermination des conditions d'attribution des aides à domicile relèverait du règlement départemental d'aide sociale : plafond de ressources, nombre d'heures d'aide ménagère susceptibles d'être attribuées mensuellement, articulation entre l'aide ménagère et l'allocation représentative de services ménagers, conditions d'agrément des foyers-restaurants et de participation de l'aide sociale aux repas.

L'intervention de l'aide sociale dans la prise en charge des frais d'hébergement resterait acquise de plein droit pour les établissements publics et subordonnée à une convention pour les établissements privés.

Les prestations légales d'aide sociale relevant du département seraient les suivantes :

— *Aide à domicile aux personnes âgées.*

La marge de manœuvre du département est très importante. Il est entièrement libre d'agir, au-delà du minimum légal, sur les conditions d'attribution et le montant des prestations. Il peut également déterminer d'autres formes nouvelles d'aides à domicile.

— *Participation aux frais de séjour dans les établissements hébergeant des personnes âgées et notamment dans les centres et unités de long séjour.*

Ces centres et unités de long séjour sont actuellement assimilés aux hôpitaux pour la fixation du prix de journée et le département n'a aucune possibilité d'intervention en ce domaine.

La loi complémentaire devrait prévoir l'intervention du président du conseil général pour la création, l'extension et la tarification de ces établissements ainsi que la prise en charge des dépenses de maternage par l'assurance-maladie.

- **L'aide aux handicapés**

Depuis le vote de la loi d'orientation du 30 juin 1975, l'assurance maladie a pris en charge les frais d'hébergement et de traitement des enfants handicapés dans les divers instituts médico-éducatifs, ainsi que des adultes gravement handicapés dans les divers instituts médico-éducatifs, ainsi que des adultes gravement handicapés placés dans des établissements spécifiques (maisons de l'article 46 de la loi du 30 juin 1975). De plus, l'allocation d'éducation spécialisée et sa majoration, et l'allocation aux handicapés adultes, sont attribuées par les caisses d'allocations familiales. L'Etat couvre, enfin, les frais d'éducation des enfants et garantit un revenu minimal aux handicapés travailleurs.

Restent dans le champ de l'aide sociale : l'allocation compensatrice (frais de tierce personne et frais pour l'exercice d'une profession), l'allocation différentielle (maintien des avantages acquis avant la loi d'orientation), les dépenses d'hébergement des adultes en foyer ou en hospice et des enfants dont les parents ne sont pas assurés sociaux, enfin les frais de fonctionnement des centres d'aide par le travail.

Selon la répartition proposée par le texte, le département assumerait, au titre du voisinage, comme pour les personnes âgées, l'hébergement et les aides à domicile encore peu développés.

- **L'aide médicale (voir annexe III)**

La marge de manœuvre du département est différente en fonction des formes de l'aide médicale qui relèvent de sa compétence :

— *l'aide médicale à domicile* : le département est libre d'agir au-delà du minimum légal sur les conditions d'attribution et le montant de l'aide ;

— *l'aide médicale hospitalière* : le département est tenu de prendre en charge la totalité des soins pour les non-assurés sociaux. Mais les cotisations de l'assurance personnelle devant être du domaine de l'Etat, les collectivités locales auront intérêt à suggérer aux non-assurés sociaux de s'inscrire à l'assurance personnelle. La généralisation de la Sécurité sociale donne ainsi une plus grande liberté de manœuvre aux collectivités locales ;

— *l'aide médicale aux tuberculeux et aux malades mentaux* devrait relever désormais du département. En ce qui concerne les malades mentaux, il s'agirait essentiellement des cotisations, les soins étant couverts à 100 % par la Sécurité sociale.

- **Les services sociaux**

— *Le service départemental d'action sociale* institué par la loi du 30 juin 1975.

Le conseil général aurait toute latitude pour organiser ce service qui constitue un moyen d'intervention indispensable dans le secteur social. Il serait placé sous l'autorité du président du conseil général et non plus du préfet.

— *Le service social d'accueil des personnes en danger de prostitution.*

Ce service n'existe en fait que dans quatre départements et a été créé à l'initiative des collectivités locales. Les départements ont toute latitude pour le créer et l'organiser en fonction des particularités locales.

b) *La santé*

- **La protection maternelle et infantile (voir annexe IV)**

Le projet de loi confiant intégralement au département la responsabilité de l'aide sociale à l'enfance, il est normal qu'il lui confie également tout ce qui se situe à la périphérie de ce secteur. Ainsi la protection de la santé de l'enfant devrait être assurée localement.

Un nombre non négligeable d'enfants échappent encore à toute surveillance médicale. Une meilleure fréquentation des services de P.M.I. passe par un rapprochement de ces services des autres services ou équipements plus familiers à la population.

- **La santé scolaire** (voir annexes IV et V)

Le service de santé scolaire qui est le prolongement de la P.M.I. doit également relever du département. Cette décentralisation est conforme aux principes qui ont déterminé le partage des compétences entre l'Etat et les collectivités locales.

La santé scolaire est un élément de la politique de prévention médico-sociale au même titre que la protection maternelle ou infantile, les dispensaires polyvalents ou spécialisés (antituberculeux ou antivénéériens, centres de vaccination...) ou le service social départemental. Cet ensemble de services doit relever de la même collectivité. Le maintien à l'Etat de la santé scolaire irait à l'encontre de la nécessité, confirmée par la volonté des personnels, de prendre en compte les problèmes de santé et d'insertion sociale des enfants. De plus, il serait illogique que seul l'âge des enfants détermine le niveau de responsabilité de leur surveillance médico-sociale : la P.M.I. pour les enfants de moins de 6 ans et la santé scolaire pour les enfants ayant dépassé cette limite d'âge.

De plus, la santé scolaire est un service de prévention et constitue donc en tant que tel un service de voisinage.

D'ailleurs, une quinzaine de grandes villes dont Paris, ont déjà pris en main totalement les actions de santé scolaire. D'autres collectivités locales ont fourni des locaux ou des moyens en secrétariat.

Enfin, la santé scolaire est un élément de l'éducation pour laquelle le projet de loi accentue les compétences des élus locaux.

- **La protection sanitaire de la famille** (voir annexe VI)

Le texte confirme le rôle essentiel joué par les collectivités locales en matière de prophylaxie des maladies transmissibles.

Il confie au département la responsabilité d'organiser un service départemental de vaccination ainsi que des services départementaux de lutte contre les maladies vénériennes et la tuberculose.

L'intervention des communes et des départements en matière de désinfection obligatoire en cas de maladies contagieuses est prévue. Les bureaux municipaux d'hygiène conserveraient leurs responsabilités.

● **La lutte contre les fléaux sociaux** (voir annexe VII)

Elle donne lieu actuellement à un système complexe de financements croisés auquel il est proposé de mettre fin, en confiant au département la lutte contre la tuberculose et les maladies vénériennes.

Les dispensaires antituberculeux étant placés pour la plupart auprès des centres de P.M.I. dont ils constituent un complément, il semble logique, compte tenu des dispositions précédentes, de confier l'entière responsabilité de ces dispensaires au département. Ces derniers auraient à décider de leur maintien en fonction de la situation épidémiologique et des besoins de leur population. L'Etat veillerait simplement au respect des prescriptions légales.

Les dispensaires antivénériens sont placés comme les dispensaires antituberculeux, auprès des centres de P.M.I. dont ils constituent un complément. Des dispositions analogues devraient leur être appliquées : définition du service et des besoins par les départements, intervention limitée de l'Etat à la sécurité des personnes.

B. — Les compétences reposant sur l'idée de solidarité nationale relèvent de l'Etat

a) *L'aide sociale*

● **L'aide sociale aux familles** (voir annexe VIII)

Elle comprend deux formes :

— *L'aide sociale aux familles dont les ressources sont insuffisantes.*

Elle n'est pratiquement plus octroyée aujourd'hui car l'extension progressive des prestations familiales à la population non active et l'établissement d'une parité de taux entre zones urbaines et rurales ont rendu cette aide pratiquement sans objet.

— *L'aide sociale aux familles dont les soutiens accomplissent le service militaire.*

L'importance financière de l'allocation militaire destinée à aider l'épouse ou les descendants de l'appelé, est très faible (moins de 10 millions de francs).

Le législateur a préféré s'orienter vers le relèvement du « prêt » du soldat et l'amélioration de sa couverture sociale.

L'ensemble de ces prestations devrait rester à l'Etat en tant que complément des mesures prises en faveur des appelés.

- **L'aide sociale aux personnes âgées**

L'allocation simple à domicile est à la charge de l'Etat pour trois raisons :

Elle pallie une carence de la Sécurité sociale dans les départements d'outre-mer où elle tient la place de l'allocation du Fonds spécial qui n'est pas étendue à ces départements.

Elle ne s'applique en métropole qu'aux étrangers non bénéficiaires d'une convention internationale de réciprocité justifiant d'une résidence ininterrompue sur le territoire métropolitain d'au moins quinze ans avant soixante-dix ans.

Elle porte sur un nombre peu important de personnes (moins de 7 000 en 1977).

Cette allocation n'a plus qu'une importance résiduelle. Depuis 1956 toute personne âgée, de nationalité française, résidant en France métropolitaine, a droit à un minimum de ressources égal à la somme de la retraite minimale ou des avantages similaires servie par la Sécurité sociale ou, pour les personnes qui ne relèvent d'aucun régime, par le Fonds spécial, et de l'allocation supplémentaire du Fonds national de solidarité. Il en est de même pour les étrangers bénéficiaires d'une convention de réciprocité avec la Sécurité sociale. L'allocation simple, compte tenu de ses caractéristiques particulières, doit être isolée de l'ensemble de l'aide sociale en faveur des personnes âgées et être prise en charge par l'Etat.

- **L'aide aux handicapés**

L'Etat se chargerait du versement des allocations d'aide sociale aux handicapés dont le montant et les conditions d'admission sont fixés par décret : allocation différentielle et allocation compensatrice. Il financerait également les centres d'aide pour le travail, le travail protégé pouvant être considéré comme formant un tout.

- **L'aide médicale**

L'Etat supporterait la charge des *cotisations volontaires d'assurance maladie* qui relèvent du groupe II (complément de la Sécurité sociale, admission échappant au droit commun de l'aide sociale).

Seraient également à sa charge les *frais afférents à l'interruption volontaire de grossesse*. L'aide médicale en ce domaine constitue un supplément à l'assurance maladie par la prise en charge de certains frais non remboursables par la Sécurité sociale. Une réforme de la prise en charge de ces frais par la Sécurité sociale est à l'étude. Le transfert de ces frais à l'Etat est donc logique.

Les dépenses en faveur des personnes sans domicile de secours, c'est-à-dire sans domicile fixe ou dont la résidence sur le territoire métropolitain résulte de circonstances exceptionnelles ou involontaires. Elles sont déjà prises en charge par l'Etat et ne doivent pas être remises en cause.

- **L'aide sociale en matière de logement, d'hébergement et de réadaptation sociale** (voir annexe IX).

Les frais d'hébergement dans les établissements de réadaptation sociale relèveraient de la compétence de l'Etat. Ces établissements sans vocation médicale accueillent en vue de préparer leur réinsertion sociale, diverses catégories de populations relativement disparates dont le point commun est de nécessiter un hébergement en principe temporaire (anciens détenus, vagabonds, expulsés, réfugiés...). Il existe environ 200 centres d'hébergement disposant de 8 000 lits. Du fait de la politique d'accueil des réfugiés, les dépenses ont augmenté rapidement. Compte tenu des catégories de populations secourues, ces centres devraient être pris en charge par l'Etat, rien n'empêchant les collectivités locales de les utiliser en fonction des nécessités.

b) *La santé*

- **La protection générale de la santé.**

L'Etat devrait assurer la fonction de contrôle de l'application des lois et règlements en la matière. Les bureaux municipaux conserveraient leurs responsabilités.

- **La protection maternelle et infantile.**

De même incomberaient à l'Etat le contrôle des maternités et des établissements recevant de jeunes enfants ainsi que le paiement des primes de maternité versées dans les départements d'outre-mer.

- **La protection sanitaire de la famille.**

Un certain nombre d'actions, liées à l'éducation sanitaire de la famille, semblent devoir relever de l'Etat qui pourrait agir en collaboration, notamment avec les collectivités locales.

Ainsi, le renforcement des moyens de prévention de l'alcoolisme et de lutte contre le tabagisme trouve un support essentiel dans le cadre scolaire et la sensibilisation du corps enseignant à ce problème ainsi que dans des campagnes nationales d'information et la lutte contre le tabagisme.

- **La lutte contre les fléaux sociaux.**

— *La lutte contre le cancer.*

Il est proposé d'en confier l'entière responsabilité financière à l'Etat en raison de ses implications médicales (coût très lourd de la recherche et des équipements) et politiques (forte sensibilisation de l'opinion publique sur ce problème).

Ce choix est également fonction d'une évolution qui rapproche le dispositif de lutte contre le cancer du réseau hospitalier général. L'exercice de cette compétence par l'Etat ne pourrait que favoriser ce phénomène.

— *La lutte contre les maladies mentales.*

Cette lutte passe par une politique de sectorisation psychiatrique mettant en place un dispositif varié de placements selon des régimes différents (régimes habituels, régime des alcooliques dangereux et régimes des toxicomanes).

Il est proposé de confier à l'Etat l'entière responsabilité du secteur pour les raisons suivantes :

— la sectorisation psychiatrique est depuis la réforme des

hôpitaux du 31 décembre 1970, très liée et imbriquée dans le dispositif hospitalier général ;

— les traitements préconisés passent souvent par le placement des malades dans des centres d'aide par le travail (C.A.T.) qui doivent relever de la compétence de l'Etat après la réforme ;

— le problème de l'internement des malades en hôpital psychiatrique est très sensible car il entraîne des atteintes aux libertés. Aussi la compétence de l'Etat se trouve justifiée par la nécessité de concilier sécurité et liberté ;

— dans le cadre de la protection de la famille, il est proposé de confier à l'Etat la prévention de l'alcoolisme et la lutte contre le tabagisme. Ces deux éléments très liés à la politique de sectorisation psychiatrique, conduisent à faire financer par l'Etat le dispositif de lutte contre les maladies mentales.

TABLEAU RECAPITULANT LA REPARTITION DES COMPETENCES PROPOSEE PAR LA PROPOSITION DE LOI

Forme d'aide	Avant réforme	Après réforme
<i>1. Aide sociale.</i>		
● Aide à l'enfance	Groupe I	Département
● Aide à la famille	Groupe III	Etat
● Aide aux personnes âgées	Groupe III	● Département : hébergement, aides à domicile ● Etat : allocation simple à domicile
● Aide aux handicapés	Groupe III	● Département : hébergement, aides à domicile ● Etat : allocation compensatrice, allocation différentielle, centres d'aide par le travail
● Aide médicale générale (aide) à domicile, aide hospitalière)	Groupe III	Département
● Cotisations d'assurance maladie	Groupe II et III	Etat
● Aide médicale aux tuberculeux et aux malades mentaux	Groupe II	Département
● Aide aux logement, à l'hébergement et à la réadaptation	Groupe II	Etat
● Service social départemental	Groupe I	Département
<i>2. Santé.</i>		
● Protection générale de la santé	Groupe I	Etat sauf bureaux municipaux
● P.M.I.	Groupe I	● Département : centres, consultations, interventions à domiciles, formation des assistantes maternelles ● Etat : contrôle des établissements, prime de maternité DOM

Forme d'aide	Avant réforme	Après réforme
• Santé scolaire	Etat ²	Département
• Tuberculose	Groupe I	Département
• Maladies sexuellement transmissibles	Groupe I	Département
• Lèpre ¹	Groupe I	Etat
• Cancer	Groupe I	Etat
• Maladie mentales (sectorisation psychiatrique)	Groupe I	Etat
• Alcoolisme	Groupe I	Etat
• Toxicomanie	Groupe I	Etat

(1) Sauf pour les aides aux familles de militaires, actuellement à la charge exclusive de l'Etat.

(2) Sauf dans 17 municipalités, dont Paris, qui assurent elles-mêmes le service de santé scolaire sur leurs propres ressources.

(3) Cette compétence ne concerne en fait que les départements d'outre-mer.

Après avoir étudié la répartition des compétences proposées par le projet de loi, il convient de la confronter avec les options prises antérieurement par le Sénat.

II. — COMPARAISON ENTRE LES CHOIX OPERES PAR LA PROPOSITION DE LOI ET LES OPTIONS ANTERIEURES DU SENAT

1. — Les principales différences

A. — *La répartition entre blocs de compétences*

Bien qu'elle l'ait acceptée, votre commission des affaires sociales avait émis quelques réserves sur la notion même des blocs de compétences, réserves qui avaient d'ailleurs été reprises par la commission du VIII^e Plan sur la protection sociale.

Ainsi avait été émise par la voix de votre Rapporteur d'alors, M. Jean Cherioux, la crainte d'un « centralisme miniature » avec les risques de politisation et de conflits qu'il suppose. Il convenait plutôt de rechercher une « articulation de compétences entre les acteurs locaux, les caisses de Sécurité sociale et l'Etat », du fait que l'action sociale tant pour ses investissements que pour le fonctionnement des

services est largement financée par les caisses qui ont conservé des procédures très centralisées. D'où la crainte que la décentralisation reste lettre morte chaque fois qu'il y a financement conjoint.

Les blocs de compétences reviendraient finalement à briser un « tissu social riche et vivant qui unit désormais l'Etat, les caisses de Sécurité sociale, les collectivités locales et les associations » ; on renoncerait ainsi à l'instrument qui a permis d'établir ces liens multiples : la convention « Remplacer une politique conventionnelle qui favorise la cohésion des efforts par une séparation des tâches sans coordination, serait un recul ».

Il faut souligner cependant que notre commission n'avait émis que des réserves au principe de la répartition des compétences qui avait été en fin de compte voté par le Sénat.

B. — *Plus important est le problème de la répartition des charges d'hébergement des personnes âgées*

Notre commission avait obtenu en 1980 que soient soustraits des dépenses d'hébergement conférées aux collectivités locales, les frais de maternage que l'assurance maladie viendrait prendre en charge en sus du forfait soins déjà prévu depuis janvier 1978. La loi complémentaire devait préciser les modalités de ce principe acquis.

Notre commission avait d'ailleurs présenté un amendement en ce sens l'année dernière. Il n'a malheureusement pas franchi les obstacles de la navette parlementaire et ne figure pas dans la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983. Votre commission envisage donc de vous proposer, à nouveau, l'adoption de cette mesure car l'augmentation constante du nombre des plus de 80 ans et la hausse prévisible du coût de l'hébergement liées à une insuffisance des lits de long séjour, risquent de grever lourdement le budget des départements.

C. — *La remise en cause de l'unité des services de l'action sanitaire et sociale*

Notre commission avait exprimé ses inquiétudes, aussi bien en 1980 qu'en 1981, à propos de l'éclatement des services de la DDASS et de l'atteinte qui risquait d'être ainsi portée à la cohérence de la politique sociale.

2. — Les points de rencontre

A. — *La réunification du secteur enfance*

Le projet de 1979 en attribuant l'aide sociale à l'enfance (A.S.E.) à l'Etat et la protection maternelle et infantile au département, avait opéré un véritable éclatement du secteur, ce qui à l'époque avait été critiqué. Cette dévolution à l'Etat ne s'expliquait, disait-on, que par la volonté du gouvernement de réorganiser ce service.

La commission des Lois en 1981 avait proposé de transférer l'A.S.E. aux collectivités locales mais le secteur enfance n'était pas encore totalement réuni dans la mesure où la santé scolaire restait à l'Etat, ce qu'avait fait remarquer votre Rapporteur.

Compte tenu des observations qu'elle a formulées précédemment, votre commission ne peut que se rallier à cette réunification, tout en soulignant que les charges liées à l'A.S.E. sont très lourdes et s'accroissent rapidement.

B. — *Le maintien du rôle des communes*

Dès 1980 notre commission avait souligné que le texte ignorait le rôle des communes et avait émis le vœu qu'elles voient leurs compétences maintenues.

La proposition de loi ne réduit pas le rôle de la commune en matière d'action sanitaire et sociale. Elle se contente d'adapter au nouveau partage des compétences, les dispositions actuelles selon lesquelles l'organisation des actions obligatoires dévolues aux collectivités locales et la répartition des dépenses entre le département et les communes incombent au conseil général dans des conditions précisées par décret.

Le rôle actuel des communes en matière d'aide sociale n'est pas prépondérant mais, en matière d'aides légales, la solidarité départementale est mieux adaptée. Les communes représentent une réalité trop diverse pour que leur soit confiée la responsabilité de prestations et d'actions légales qui doivent avoir un minimum d'homogénéité.

En revanche dans le domaine des actions facultatives, leur initiative et leur responsabilité reprennent tout leur sens et la proposition n'y porte pas atteinte.

C. — *L'affectation à l'Etat de certaines actions de santé*

En novembre 1981 notre commission avait proposé que certaines dépenses liées à des actions de santé soient attribuées à l'Etat. La liste en était la suivante :

- prophylaxie des maladies mentales et de l'alcoolisme,
- frais de placement des alcooliques,
- lutte contre la toxicomanie,
- lutte contre le cancer,
- lutte contre la lèpre.

Le présent texte, en reprenant cette répartition, donne pleinement satisfaction à notre précédente proposition.

*

**

Il convient, à présent, d'étudier la proposition de loi après son examen par la commission des Lois, ainsi que les modifications que votre commission vous propose d'y apporter.

III. — **LES PRÉALABLES INTRODITS DANS LA LOI N° 83-8 DU 7 JANVIER 1983**

Votre commission avait présenté lors du débat qui s'était instauré au Sénat, des amendements qui avaient été adoptés et qui reprenaient ses grandes options en matière de transfert de compétences. Certains figurent dans la loi du 7 janvier 1983, d'autres ont été écartés.

— Un premier amendement posait le principe de la répartition des compétences en deux blocs. Il a été repris par l'article 3 de la loi n° 83-8.

— Un second amendement prévoyait, en premier lieu, que les transferts de ressources devraient permettre aux collectivités de faire face aux besoins qui se feraient sentir. L'Etat devait donc ou bien procéder à une

mise à niveau des secteurs transférés ou bien assurer aux départements les moyens financiers de faire face à leurs obligations. L'article 5 de la loi prévoit, pour ce faire, le transfert des ressources nécessaires à l'exercice normal des compétences.

Cet amendement tendait également à assurer l'équilibre financier des budgets locaux en préservant les collectivités territoriales contre toute décision réglementaire augmentant leurs charges. L'article 5 de la loi n° 83-8 a également repris cette disposition en prévoyant que toute charge nouvelle incombant aux collectivités territoriales du fait d'une décision réglementaire serait compensée dans les mêmes conditions que pour les transferts de compétences prévus par le texte.

— Un troisième amendement subordonnait l'entrée en vigueur des transferts de compétence en matière d'aide sociale et de santé, à la révision des barèmes, selon certains critères déterminés et à coût nul pour les départements. L'article 93 de la loi n° 83-8 pose le principe de la révision des barèmes, mais ne comporte aucune exonération financière au bénéfice des départements.

— Un quatrième amendement adopté par le Sénat mais non repris dans la loi n° 83-8, subordonnait également l'entrée en vigueur des transferts sociaux de compétences au remboursement des sommes dont l'Etat reste débiteur vis-à-vis des collectivités locales au titre d'une partie des contingents d'aide sociale.

— Enfin, un cinquième amendement adopté par le Sénat mais non retenu dans la loi n° 83-8, visait à tracer les grandes lignes des mesures qui devront figurer dans la future loi d'adaptation des institutions sociales et médico-sociales.

Ainsi, parmi tous ces points importants, ceux qui ne figurent pas actuellement dans la loi du 7 janvier 1983 seront repris tant par la commission des lois que par votre commission afin de les introduire dans la proposition de loi qui est soumise à votre examen.

QUATRIEME PARTIE

LA PROPOSITION DE LOI ISSUE DE LA COMMISSION DES LOIS ET LES MODIFICATIONS PROPOSÉES PAR LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

I. — LA PROPOSITION DE LOI ADOPTÉE PAR LA COMMISSION DES LOIS

Le texte qui nous est proposé par la commission des lois comporte plusieurs différences avec la proposition de loi initiale.

1. — Les adjonctions principales

Elles concernent deux points essentiels considérés comme de véritables préalables à la discussion du texte : la révision des barèmes et le remboursement des contingents d'aide sociale.

A. — La révision de la répartition des charges d'aide sociale

La commission des lois a repris l'intégralité des propositions présentées au Sénat le 17 avril 1980 par M. Jean Chérioux, rapporteur de la commission des affaires sociales, c'est-à-dire :

— la révision de la répartition des charges d'aide sociale entre l'Etat et les collectivités territoriales sans augmentation du taux de participation des départements aux dépenses ;

— le versement des transferts de charges en résultant, par le budget de l'Etat aux départements concernés par cinquième, pendant cinq ans.

La commission des lois a prévu, un échelonnement de la révision sur trois ans à compter du 1^{er} janvier 1984.

B. — *Le remboursement des contingents d'aide sociale*

La commission des lois reprend également une proposition de votre commission des affaires sociales d'avril 1980 et concernant le remboursement des sommes dont l'Etat est débiteur vis-à-vis des départements au titre des contingents d'aide sociale. La commission des lois prévoit cependant, comme le prévoyait le projet de loi initial, un remboursement étalé sur une période de sept ans alors que votre commission avait proposé en 1980 un remboursement en quatre ans.

2. — Les modifications de moindre importance

Elles consistent en des améliorations rédactionnelles telles :

— l'insertion dans l'article 93 de la loi du 7 janvier 1983, du principe du maintien de la participation des communes aux dépenses d'aide sociale pendant la période transitoire;

— le remplacement des termes « budget annexe » par ceux de « document annexé » qui ont pu sembler plus neutres et moins contraignants;

— et enfin, une modification de certains articles du Code de la famille et de l'aide sociale, propre à les mettre en harmonie avec les dispositions de la proposition de loi.

II. — LES MODIFICATIONS PROPOSÉES PAR LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

— Votre commission estime, tout d'abord, souhaitable que les avances consenties par les départements à l'Etat concernant les dépenses contingentes d'action sociale et de santé, soient remboursées dans de plus brefs délais que celui prévu dans le texte.

— Elle convient qu'il serait difficile à l'Etat de prévoir de façon exacte les dépenses d'aide sociale qui sont mises à sa charge d'une année sur l'autre et se contente de lui demander un simple état récapitulatif.

— Elle donne compétence au département pour agréer les assistantes maternelles.

— Elle remplace le terme un peu flou de « document » par ceux « d'état récapitulatif » annexé au budget départemental afin de présenter l'ensemble des dépenses et des recettes de nature sanitaire à la charge du département.

— Elle estime, enfin, que le contenu de la future loi qui adoptera la législation relative aux institutions sociales et médico-sociales, devrait être précisé dès maintenant afin que tous les problèmes laissés en suspens par la proposition de loi soient assurés de recevoir une solution qui aille dans le sens des vœux de votre commission.

EXAMEN DES ARTICLES

Seront seuls analysés, comme de coutume dans un rapport pour avis, les articles sur lesquels votre commission a des observations particulières à formuler ou des amendements à présenter.

SECTION 2

DE L'ADAPTATION DE LA PARTICIPATION DE L'ÉTAT A CERTAINES DÉPENSES

Article 6

Révision de la répartition des charges d'aide sociale

Cet article introduit dans le texte par la commission des lois, précise les conditions dans lesquelles devrait être effectuée la révision des barèmes de 1953 et 1955, révision dont le principe a été posé par l'article 93 de la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983.

Il ne fait que reprendre les termes d'un amendement présenté au Sénat le 17 avril 1980 par M. Chérioux au nom de la Commission des affaires sociales, en y ajoutant une précision qui consiste en l'échelonnement de la révision des barèmes sur trois ans à compter du 1^{er} janvier 1984. Votre commission ne peut donc qu'être favorable à ces dispositions qui sont celles de son ancien amendement.

Cet amendement qui avait d'ailleurs été adopté par le Sénat le 17 avril 1980, avec l'accord du gouvernement... et l'appui du groupe socialiste (J.O. débats Sénat, séance du 17 avril 1980, p. 1 325), posait en effet le principe d'une révision de la répartition des charges d'aide sociale et de santé entre l'Etat et les collectivités territoriales sans augmentation du taux de participation des départements aux dépenses. Les transferts de charge en résultant devaient être versés par le budget de l'Etat aux départements concernés par cinquième pendant cinq ans.

Votre commission vous propose donc d'adopter sans modification cet article qui reprend des dispositions ayant déjà recueilli, en avril 1980, un large accord parmi l'ensemble des groupes du Sénat.

Article 7

Remboursement par l'Etat des sommes relevant des contingents d'aide sociale

Texte en vigueur	Texte adopté par la Commission des lois	Texte proposé par la Commission
Code de la famille et de l'aide sociale	Art. 7.	Art. 7.
<p><i>Art. 189.</i> — Les dépenses résultant, dans chaque département, de l'application des différentes formes d'aide sociale prévues aux chapitres premier à VIII du titre III ont un caractère obligatoire. Elles sont inscrites en totalité au budget du département.</p>	<p>Les sommes restant dues par l'Etat aux départements en application des articles 189 et 190 du Code de la famille et de l'aide sociale seront intégralement remboursées par septième chaque année à compter du 1^{er} janvier 1984.</p>	<p>Les sommes... ...remboursées par quart chaque année... ...1984.</p>
<p>L'Etat et les communes participent à ces dépenses; leur contribution est portée en recettes au budget du département.</p>		
<p><i>Art. 190</i> (L. n° 64-643, 1^{er} juillet 1964, art. 4). — Les dépenses résultant dans chaque département de l'application des articles 41 à 43 du chapitre II du titre II du présent Code, des articles premier à 7-1, 14, 17, 18, 26 à 32, 36, 37, 40, 44, 45, 49 à 51, 768 à 772, 775 à 781 du titre premier du Livre II, des titres premier et II du Livre III du Code de la santé publique et du décret n° 55-571 du 20 mai 1955 ont un caractère obligatoire. Elles sont inscrites en totalité au budget du département. L'Etat y participe; sa contribution est portée en recettes au budget du département.</p>		
<p>Les dépenses des services municipaux de désinfection et des bureaux d'hygiène restent toutefois inscrites au budget de la commune. L'Etat y contribue dans les conditions prévues à l'alinéa précédent.</p>		

Une fois la réforme entrée dans les faits, l'Etat restera débiteur vis-à-vis des départements, d'une partie des sommes dont il est redevable au titre des contingents d'aide sociale actuels. La dette totale de l'Etat à la fin de 1983 s'élèvera à environ 9 milliards de francs. La dette de l'Etat progresse tous les

ans puisqu'en 1979 elle s'élevait déjà à 4 milliards de francs. Il convient donc d'apurer cette situation dans un délai aussi bref que possible, d'autant plus que les dépenses d'aide sociale transférées au département vont peser très lourdement sur son budget.

Le délai proposé par l'ancien article 89 était de sept ans à compter du 1^{er} janvier de l'année d'entrée en vigueur des dispositions sociales du texte, c'est-à-dire neuf ans après la publication de la loi. L'article introduit dans le texte par la commission des lois, reprend ce délai de sept ans qui nous semble peu satisfaisant compte tenu de l'érosion monétaire et du fait qu'il s'agit d'une dette immédiatement exigible, née de prélèvements sur la trésorerie courante des départements.

Telles sont les raisons qui conduisent votre commission à vous proposer d'adopter cet article sous réserve d'un amendement qui prévoit un délai raisonnable de remboursement en quatre ans.

SECTION 3

DE L'ACTION SOCIALE ET DE LA SANTÉ

Chapitre premier

DE L'ACTION ET DE L'AIDE SOCIALE

Article 31

Principe de transfert au département de l'ensemble des prestations
légales d'aide sociale

Texte de référence Projet de loi n° 409 (1981-1982) (Dispositions soustraites par la lettre rectificative n° 516 (1981-1982))	Texte de la proposition de loi n° 53 (1982-1983)	Texte adopté par la Commission des lois	Texte proposé par la Commission
Section 6	Section 3	Section 3	Section 3
De l'action sociale et de la santé.	De l'action sociale et de la santé.	De l'action sociale et de la santé.	De l'action sociale et de la santé.
Chapitre premier.	Chapitre premier.	Chapitre premier.	Chapitre premier.
<i>De l'action et de l'aide sociale.</i>	<i>De l'action et de l'aide sociale.</i>	<i>De l'action et de l'aide sociale.</i>	<i>De l'action et de l'aide sociale.</i>
Art. 77.	Art. 29.	Art. 31.	Art. 31.
Le département prend en charge l'ensemble des prestations légales d'aide sociale, à l'exception des prestations énumérées à l'article 80 de la présente loi et sous réserve de la participation financière des communes prévue à l'article 87 de la présente loi.	Le département prend en charge l'ensemble des prestations légales d'aide sociale, à l'exception des prestations énumérées à l'article 32 de la présente loi et sous réserve de la participation financière des communes prévue à l'article 43 de la présente loi.	Le département... ...à l'article 34 de la présente loi...	Le département... ...du 7 janvier 1983 ainsi que des dispositions des cinq derniers alinéas de l'article 119 de ladite loi.
Les conditions de ressources et éventuellement d'âge ou d'invalidité requises pour l'attribution de ces prestations ainsi que leur montant sont fixées par décret en Conseil d'Etat. Le conseil général peut, dans un règlement départemental d'aide sociale, décider de conditions et de montants plus favorables. Le département assure la charge financière de ces décisions.	Les conditions de ressources et éventuellement d'âge ou d'invalidité requises pour l'attribution de ces prestations ainsi que leur montant sont fixées par décret en Conseil d'Etat, sous réserve des dispositions de l'article 31 ci-dessous. Le département assure la charge financière de ces décisions.	Les conditions... ...de l'article 33 ci-dessous. Le département... ...décisions.	Les conditions... ...décisions.

Cet article clé du chapitre consacré à l'action et à l'aide sociale, pose le principe de la compétence de droit commun du département en la matière. Les exceptions à ce principe sont les compétences relevant de l'Etat énumérées à l'article 34 et la participation financière des communes prévue à l'article 45 (modifiant l'article 93 de la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983).

Ainsi la proposition de loi reprend le principe même de la compétence départementale qui avait été posé par l'ancien projet de loi.

Elle confirme également le pouvoir reconnu à l'Etat de fixer, par décret en Conseil d'Etat, les conditions requises pour l'attribution des diverses prestations légales et le montant de celles-ci.

Cette disposition est susceptible d'entraîner, à terme, un accroissement sensible et non compensé des charges financières des départements dans le cas où l'Etat déciderait unilatéralement, c'est-à-dire par voie réglementaire, de majorer sensiblement les montants en cause ou d'assouplir de manière significative les conditions d'attribution. C'est pourquoi un amendement conjoint de la commission des Lois et de la commission des affaires sociales, voté par le Sénat et accepté par la commission mixte paritaire, s'est trouvé intégré à l'article 5 de la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 qui prévoit que « toute charge nouvelle incombant aux collectivités territoriales du fait de la modification par l'Etat, par voie réglementaire, des règles relatives à l'exercice des compétences transférées, est compensée dans les conditions prévues à l'article 94 de la présente loi ».

Les précautions ont donc été prises pour éviter un éventuel « dérapage » au détriment des départements.

Votre commission vous propose d'adopter cet article sous réserve d'un amendement purement rédactionnel qui tire les conséquences d'un autre amendement que votre commission vous proposera après l'article 47.

Article 32

Possibilité de décentralisation des compétences du département au niveau de la commune

Cet article est destiné à permettre à des communes, en accord avec le département auquel restera la compétence de principe, de continuer à exercer les compétences qui sont les leurs aujourd'hui, ou à celles qui le désiraient, de les exercer pour la première fois.

La commune disposera des services départementaux nécessaires à l'exercice de ces compétences. Ces services seront mis à la disposition dans les mêmes conditions que pour les départements, c'est-à-dire celles qui sont définies par l'article 10 de la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983.

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 33

Pouvoirs du Président du conseil général et règlement départemental d'aide sociale

Cet article donne compétence au Président du conseil général pour attribuer les prestations légales d'aide sociale relevant du département. Il reprend ainsi les dispositions de l'ancien article 79 du projet de loi.

Il s'est, cependant, enrichi d'un alinéa nouveau qui pose de prime abord le principe que le pouvoir du conseil général, en la matière, s'exprimera dans un règlement départemental d'aide sociale dont les limites sont posées par le Code de la famille et de l'aide sociale. Cette dernière précision devrait éviter que de trop grandes disparités ne s'instaurent entre les bénéficiaires des prestations selon leur département de résidence.

Sous cette réserve, cet article renforce les pouvoirs des conseils généraux, faisant application du principe «qui paie décide». Ainsi devrait seul subsister un corps restreint de règles légales à l'intérieur duquel il appartiendrait aux conseils généraux de fixer les conditions générales d'attribution des prestations et aux commissions d'admission de les appliquer.

Cependant les pouvoirs nouveaux reconnus aux assemblées départementales ne doivent pas conduire à diminuer les garanties accordées aux usagers de l'aide sociale ainsi qu'aux établissements et services avec lesquels elles passent convention. Aussi l'article 33 réaffirme le maintien des commissions d'admission indépendantes et la possibilité de recours juridiques contre leurs décisions.

Telles sont les dispositions de cet article que votre commission vous propose d'adopter sans modification.

Article 34

Prestations et dépenses d'aide sociale à la charge de l'Etat

Cet article qui reprend les termes de l'ancien article 80 définit les contours du bloc de compétences de l'Etat, compétences faisant exception à la règle générale de la dévolution des prestations légales d'aide sociale au département. Il ne semble pas utile d'insister sur le contenu de ces compétences auquel de larges développements sont consacrés dans l'exposé général de notre rapport.

Il suffit de constater que sont mises à la charge de l'Etat les prestations d'aide sociale relevant de l'idée de solidarité nationale et ayant pour objet de procurer un revenu minimal ou des conditions de vie décentes, aux catégories les plus défavorisées de la population.

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 35

Présentation annuelle d'un état prévisionnel au conseil général

Texte de la proposition de loi n° 53 (1982-1983)	Texte adopté par la Commission des lois	Texte proposé par la Commission
Art. 33.	Art. 35.	Art. 35.
Les dépenses supportées par l'Etat dans le département, en application de l'article 32 ci-dessus, sont récapitulées annuellement dans un état prévisionnel. Cet état, présenté au conseil général lors du vote du budget départemental, doit permettre la comparaison avec l'exercice précédent.	Les dépenses... ...de l'article 34 ci-dessus.	Les dépenses... ...34 ci-dessus sont présentées chaque année dans un état récapitulatif. Cet état, présenté au conseil général, avant la fin du premier semestre, doit permettre la comparaison avec l'exercice précédent.
	...exercice précédent.	

Cet article qui ne figurait pas dans l'ancien projet de loi tend à améliorer l'information du conseil général sur les dépenses d'aide sociale qui sont mises à la charge de l'Etat. Il prévoit la présentation au conseil général, lors du vote du budget départemental, d'un état prévisionnel récapitulatif de l'action et de l'aide sociale dans le département et permettant des comparaisons avec l'exercice précédent.

Votre commission vous propose de tempérer l'obligation ainsi mise à la charge du Gouvernement, obligation qui semble être d'application difficile dans la mesure où chaque département devrait disposer d'un état prévisionnel alors que les prévisions budgétaires de l'Etat sont globales et ne peuvent être ventilées par département. Le but essentiel étant l'information du conseil général, il semble plus réaliste de ne demander qu'un état récapitulatif des dépenses d'aide sociale engagées par l'Etat l'année précédente, cet état devant néanmoins être présenté dans un délai raisonnable dont le terme serait fixé à la fin du premier semestre.

Tel est le sens de l'amendement que votre commission vous propose d'adopter à cet article.

Chapitre II

DE LA SANTÉ

Article 36

Compétences du département en matière de santé

Cet article qui reprend une partie de l'ancien article 81 propose de confier au département la responsabilité et le financement des services qui assurent :

- la protection sanitaire de la famille et de l'enfance,
- la lutte contre les fléaux sociaux,
- et enfin, la santé scolaire.

Cette répartition est logique dans la mesure où elle contribue à assurer l'unité du secteur enfance en donnant au département la responsabilité de la protection de la santé de l'enfant. Il semble, en effet, nécessaire de joindre à la fois les problèmes de santé et d'insertion sociale des enfants et de confier au département tout ce qui se situe à la périphérie du secteur de l'aide sociale à l'enfance.

Votre commission vous propose donc d'adopter cet article sans modification.

Article 37

Organisation des services départementaux de vaccination

Cet article, dont le contenu figurait dans l'ancien article 81, ne confie que l'organisation des services départementaux de vaccination au conseil général car le financement de ces services est déjà assuré par la sécurité sociale et il n'est pas envisagé de mettre fin à cette situation.

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification mais estime utile d'obtenir, au préalable, du ministre l'assurance que l'article L. 10-1 du Code de la santé publique, faisant peser sur l'Etat la responsabilité de tout accident imputable à une vaccination obligatoire, reste et restera encore longtemps en vigueur.

Article 38

Protection maternelle et infantile

Texte de référence	Texte de la proposition de loi n° 53 (1982-1983)	Texte adopté par la Commission des lois	Texte proposé par la Commission
— Art. 82.	— Art. 36.	— Art. 38.	— Art. 38.
Il est inséré dans le Code de la santé publique un article L. 147 rédigé comme suit :	Il est inséré dans le Code de la santé publique un article L. 147 rédigé comme suit :	Sans modifications.	Il est inséré... ...comme suit :
« Art. L. 147. — Les centres et consultations de protection maternelle et infantile, les activités de protection maternelle et infantile à domicile et la formation des assistantes maternelles relèvent de la compétence du département qui en assure l'organisation et le financement. »	« Art. L. 147. — Les centres et consultations de protection maternelle et infantile, les activités de protection maternelle et infantile à domicile et la formation des assistantes maternelles relèvent de la compétence du département qui en assure l'organisation et le financement. »		« Art. L. 147. — Les centres... ...à domicile, la formation et l'agrément des assistantes... ...le financement. »

Comme l'ancien article 82, et dans la logique des dispositions qui précèdent, cet article confie au département l'organisation et le financement des centres et consultations de protection maternelle et infantile, les activités de protection maternelle et infantile à domicile et la formation des assistantes maternelles.

La protection maternelle et infantile doit également relever du département et s'ajoute ainsi de façon cohérente aux secteurs de l'aide sociale à l'enfance et de la santé scolaire. A partir du moment où fut effectué le choix d'assurer localement la protection de la santé de l'enfant, et cela nous semble être un bon choix, la protection maternelle et infantile doit tout naturellement faire partie du bloc de compétences départementales.

Votre commission vous propose d'adopter cet article sous réserve d'un amendement étendant la responsabilité du département à l'agrément des assistantes maternelles ainsi que cela se pratique d'ailleurs déjà dans certains centres de P.M.I.

Article 39

Dispensaires antituberculeux et antivénéériens

Cet article attribue la responsabilité de la lutte contre la tuberculose et de la lutte contre les maladies vénériennes au département et reprend ainsi une partie de l'ancien article 83.

Ces dispositions s'intègrent parfaitement dans la logique des articles précédents car les dispensaires antituberculeux comme les dispensaires antivénéériens sont placés auprès des centres de protection maternelle et infantile dont ils constituent des compléments. Les départements devraient donc décider de leur maintien en fonction de la situation épidémiologique et des besoins de leur population, l'Etat veillant simplement au respect des prescriptions légales.

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 40

Compétence communale en ce qui concerne les services de désinfection et les bureaux d'hygiène

Dans le domaine de la prévention sanitaire, cet article laisse aux communes la faculté d'organiser et de financer les services concernés.

L'ancien article 83 ne visait expressément que les bureaux municipaux d'hygiène. Il semble utile de prévoir également l'intervention des services municipaux de désinfection qui peuvent être créés dans les communes de moins de vingt mille habitants, afin d'exécuter les mesures de désinfection obligatoires (art. L. 14 Code de la santé publique).

Les bureaux municipaux d'hygiène font l'objet des articles L. 772 à L. 775 du code de la santé publique. Ils sont actuellement implantés dans les villes de 20 000 habitants au moins, dans les stations de cure pour tuberculeux et de cure thermale et sont chargés de la protection générale de la santé dans les communes sous l'autorité du maire.

Le titre premier (mesures sanitaires générales) du Livre premier (Protection générale de la santé publique) du Code de la santé traite :

- du règlement sanitaire départemental,
- de la lutte contre les épidémies (vaccinations, désinfection),
- de la qualité des eaux potables,
- de la salubrité des immeubles,
- de la salubrité des agglomérations (égouts, îlots insalubres),
- des radiations ionisantes.

Les bureaux municipaux d'hygiène doivent assurer l'application des dispositions de ce titre premier qui les concernent.

Votre commission vous propose d'adopter sans modification cet article qui étend à l'ensemble des communes la possibilité d'organiser et de financer les services mentionnés ci-dessus.

Chapitre III

ALLÈGEMENT DES CHARGES DES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES

Article 41

Répartition des compétences et des charges en matière d'hygiène publique. Placement des alcooliques dangereux

Cet article reprend presque l'intégralité de l'ancien article 84.

En premier lieu, à l'exception des compétences communales visées à l'article 38, l'Etat serait responsable du contrôle administratif et technique (nouvel art. L. 49 du Code de la santé publique) de l'application des règles d'hygiène prévues au titre Premier du Livre premier du Code de la santé publique.

En second lieu, dans le domaine de la protection maternelle et infantile, l'Etat assurerait les frais occasionnés par le contrôle de certains établissements (nouvel art. L. 185 du Code de la santé publique). Il s'agirait des établissements d'hospitalisation recevant des femmes enceintes, des établissements dans lesquels sont pratiquées les interruptions volontaires de grossesse et des établissements recevant des mineurs.

Il est proposé, en troisième lieu, de faire financer par l'Etat le dispositif de lutte contre les maladies mentales et l'alcoolisme (nouvel art. L. 326 du Code de la santé). C'est une charge qui évolue sensiblement avec le développement des formes de traitement en milieu ouvert, parallèle à la réduction de la durée de séjour à l'hôpital. Les dépenses sont constituées essentiellement par les rémunérations des personnels. La responsabilité ainsi confiée à l'Etat est justifiée pour plusieurs raisons :

- la sectorisation psychiatrique est, depuis la réforme des hôpitaux du 31 décembre 1970, très imbriquée dans le dispositif hospitalier général ;
- les traitements préconisés passent souvent par le placement des malades dans des centres d'aide par le travail (CAT), établissements qui doivent relever de la compétence de l'Etat après la réforme ;
- le problème de l'internement des malades en hôpital psychiatrique est très sensible car il entraîne des atteintes aux libertés. Aussi, la compétence de l'Etat se trouve justifiée par la nécessité de concilier sécurité et liberté ;
- enfin, dans le cadre de la protection de la famille, il est proposé de confier à l'Etat la prévention de l'alcoolisme et la lutte contre le tabagisme.

Il convient de souligner, à cet endroit, que les centres d'hygiène alimentaire, en tant qu'instrument de prévention contre l'alcoolisme, sont également à la charge de l'Etat.

En quatrième lieu, l'Etat prendrait en charge l'hospitalisation des alcooliques dangereux qui ne sont pas assurés sociaux (art. L. 355-8 du Code de la santé). Les dépenses ne sont guère élevées et ces dispositions sont cohérentes avec celles qui précèdent.

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 42

Suppression des pouvoirs financiers du préfet en matière de PMI

Cet article reprend le dernier paragraphe de l'ancien article 84. Il consiste en une simple disposition de coordination et supprime l'article L. 184 du Code de la santé publique qui organise les pouvoirs financiers du préfet en matière de PMI.

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 43

Lutte contre la toxicomanie

Cet article reprend le contenu de l'ancien article 85 et confère à l'Etat la responsabilité des aspects sanitaires de la lutte contre la toxicomanie (titre VI du livre III) : surveillance sanitaire des toxicomanes, soins et hospitalisation en vue de leur désintoxication. Il va dans le sens des dispositions qui précèdent et qui confient à l'Etat un certain nombre d'actions liées à l'éducation sanitaire de la famille comme le renforcement des moyens de prévention de l'alcoolisme, la lutte contre les maladies mentales...

Votre commission vous propose donc d'adopter cet article sans modification.

Article 44

Prévention du cancer et lutte contre la lèpre

Texte de référence Projet de loi n° 409 (1981-1982) (Dispositions soustraites par la lettre rectificative n° 516 (1981-1982)	Texte de la proposition de loi n° 53 (15-62-1983)	Texte adopté par la Commission des lois	Texte proposé par la Commission
Art. 86.	Art. 42.	Art. 44.	Art. 44.
Le dépistage précoce des affections cancéreuses et la surveillance après traitement des anciens malades sont à la charge de l'Etat. Les actions de lutte contre la lèpre dans les Départements d'Outre-Mer sont à la charge de l'Etat.	Le dépistage précoce des affections cancéreuses et la surveillance après traitement des anciens malades sont à la charge de l'Etat. Les actions de lutte contre la lèpre sont à la charge de l'Etat.	Sans modification.	Le dépistage et la surveillance après traitement des affections cancéreuses sont à la charge de l'Etat...
L'article 68 de la loi n° 63-1241 du 19 décembre 1963 portant loi de finances pour 1964 et l'article 73 de la loi n° 64-1279 du 23 décembre 1964 portant loi de finances pour 1965 sont abrogés.	L'article 68 de la loi n° 63-1241 du 19 décembre 1963 portant loi de finances pour 1964 et l'article 73 de la loi n° 64-1279 du 23 décembre 1964 portant loi de finances pour 1965 sont abrogés.		...de l'Etat.
			L'article 68...
			...sont abrogés.

Cet article, comme l'ancien article 86, propose de confier à l'Etat l'entière responsabilité de la lutte contre le cancer. Ce choix a été effectué pour des motifs tant médicaux (coût très lourd de la recherche et des équipements) que politiques (forte sensibilisation de l'opinion publique sur ce problème). L'évolution actuelle va, également, dans le sens d'un rapprochement du dispositif de lutte contre le cancer avec le réseau hospitalier général, et le rôle joué par l'Etat dans ce domaine pourrait favoriser cette évolution.

L'ancien article 86 du projet de loi confiait également à l'Etat les actions de lutte contre la lèpre dans les départements d'outre-mer. Cela semble logique dans la mesure où ces actions, comme toutes les actions de prévention précédemment visées, doivent être assurées par l'Etat. En revanche, il n'est pas justifié de les limiter aux actions entreprises dans les départements d'outre-mer. S'il n'existe, actuellement, de services départementaux de lutte contre la lèpre que dans les DOM, rien ne s'oppose, cependant, à ce qu'une telle action de lutte soit engagée dans un département français quel qu'il soit. Il conviendrait alors qu'elle soit prise en charge par l'Etat. Tel est le but de l'article 44 que votre commission vous propose d'adopter sous réserve d'un amendement supprimant la mention trop restrictive d'«anciens malades».

Chapitre IV

DISPOSITIONS COMMUNES

Article 45

Maintien en vigueur de la participation des communes aux dépenses d'aide sociale

Les mécanismes actuels de répartition des charges d'aide sociale ont été définis par les décrets n° 54-1139 du 17 novembre 1954 et n° 55-687 du 21 mai 1955. Ces textes définissent les modalités de répartition entre le département et les communes des dépenses laissées à la charge des collectivités locales. Cette répartition relève de la compétence exclusive du Conseil général et se décompose en deux opérations. La première a pour objet de répartir entre le département et l'ensemble des communes du département, la part de dépenses incombant aux collectivités locales. La seconde consiste à sous-répartir entre les diverses communes du département, le contingent communal résultant de la première opération.

Pour l'année 1982 la contribution de l'ensemble des communes devrait être de l'ordre de 5 milliards. Elle représente une part relative importante des dépenses d'aide sociale en faveur des personnes âgées, des handicapés et des dépenses d'aide médicale.

Il convient de distinguer les deux éléments de cette situation :

— d'une part **les modalités de fixation de cette participation**, c'est-à-dire la technique des contingents votés par le conseil général qui devraient être supprimés comme contraires à l'esprit de la décentralisation ; chaque commune devrait désormais fixer elle-même en fonction de critères objectifs à définir, le montant de sa participation.

— d'autre part, **le principe même de la participation financière** des communes aux dépenses d'aide sociale n'est pas remis en cause par la nouvelle répartition des compétences entre l'Etat et les collectivités locales pendant la période transitoire durant laquelle les dispositions actuelles restent en vigueur.

Mais il est nécessaire de pérenniser, après la période transitoire, la participation des communes aux dépenses d'aide sociale, sauf si l'Etat décidait de prendre en charge les cinq milliards correspondants.

Il est tout à fait normal que les communes participent à ces dépenses dont elles sont dans certains cas l'ordonnateur (admission d'urgence prononcée par le maire) et dont la mise en œuvre suppose leur intervention dans de nombreux cas. Directement ou par l'intermédiaire de leur bureau d'aide sociale, les communes participent en effet à la constitution des dossiers d'admission à l'aide sociale et au suivi des décisions.

Quant au mode de fixation du montant de cette participation, il serait souhaitable que le Gouvernement donne des précisions en la matière et indique par quelle procédure il entend remplacer les contingents fixés annuellement par le conseil général. Si les communes doivent fixer elles-mêmes le montant de leur participation, en fonction de quels critères le feront-elles ? En fonction de leurs ressources, de leur population, du nombre d'habitants admis à l'aide sociale au cours de l'année précédente ? Le problème est trop important pour ne pas être envisagé dès à présent.

Votre commission vous propose d'adopter sans le modifier, cet article qui pose le principe du maintien de la participation financière des communes, mais propose en outre, comme le faisait l'ancien article 87, de prolonger la survie du régime antérieur jusqu'à ce que soit réalisée la révision des barèmes prévue à l'article 93 de la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983.

Article 46

Caractère obligatoire des dépenses d'aide sociale et de santé

Texte de référence Projet de loi n° 409 (1981-1982) (Dispositions soustraites par la lettre rectificative n° 516 (1981-1982))	Texte de la proposition de loi n° 53 (1982-1983)	Texte adopté par la Commission des lois	Texte proposé par la Commission
Art. 88.	Art. 44.	Art. 46.	Art. 46.
Les dépenses résultant de l'application des articles 77, 78, 79, 81 et 87 de la présente loi ainsi que les articles L. 50, L. 147, L. 247 et L. 304 du Code de la santé publique ont un caractère obligatoire.	Les dépenses résultant de l'application des articles 29, 31, 32, 34 et 43 de la présente loi ainsi que des articles L. 50, L. 147, L. 247 et L. 304 du Code de la santé publique ont un caractère obligatoire.	Les dépenses... ...des articles 31, 33, 35 et 45 de la présente loi... ...L. 304 et L. 772 du Code... ...obligatoire.	Les dépenses... ...obligatoires.
	Ces dépenses figurent, ainsi que les recettes correspondantes, dans un budget annexe au budget départemental.	Ces dépenses... ...dans un <i>document annexé</i> au budget départemental.	Ces dépenses... ...dans un état récapitulatif annexé au budget départemental.

Comme l'ancien article 88, cet article affirme le caractère obligatoire des prestations sanitaires et sociales mises à la charge des collectivités locales. Il est, en effet, essentiel qu'après la décentralisation, l'aide sociale reste un droit pour les individus et une obligation pour les collectivités publiques.

Cet article vous propose en outre, dans un souci de clarification de poser le principe de la création d'un document annexé au budget départemental, regroupant l'ensemble des dépenses sanitaires et sociales incombant aux collectivités locales, ainsi que les recettes correspondantes.

Votre commission vous propose d'adopter cet article sous réserve d'un amendement rédactionnel précisant la forme budgétaire du document qui serait un état récapitulatif annexé au budget départemental.

Article 47

Codification

Cet article a pour objet d'introduire dans le Code de la famille et de l'aide sociale les modifications découlant des dispositions de la proposition de loi et permettant l'exercice immédiat des compétences transférées.

Votre commission vous propose de l'adopter sans modification.

Article additionnel après l'article 47

Définition du contenu de la loi adaptant la législation relative aux institutions sociales et médico-sociales

Cet amendement a pour objet d'indiquer d'ores et déjà la nature des problèmes qui devront être réglés dans le cadre de la loi adaptant la législation relative aux institutions sociales et médico-sociales qui est annoncée dans l'article 119 de la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983. Il semble important d'obtenir des assurances dès l'examen du présent texte sur un certain nombre de points :

— ce sont tout d'abord les procédures d'admission aux différentes formes d'aide sociale, les commissions actuelles ayant fait leur preuve et devant être maintenues ;

— viennent ensuite les règles minimales relatives à la mise en jeu de l'obligation alimentaire ;

— puis les règles présidant à la détermination du domicile de secours ;

— enfin, les conditions dans lesquelles le conseil exercera son contrôle sur la création, le fonctionnement et le financement des établissements et services sociaux, médico-sociaux et de long séjour. Ces établissements étant particulièrement coûteux, impliqueront un contrôle strict de la part du conseil général.

Votre commission tient également à ce que la loi annoncée à l'article 119 de la loi du 7 janvier 1983, précise les modalités du principe acquis et voté par le Sénat sur proposition de l'ancien gouvernement en avril 1980. Devraient ainsi être soustraits des dépenses d'hébergement confiées aux départements, les frais de maternage que l'assurance maladie viendrait prendre en charge en sus du forfait soins déjà prévu depuis janvier 1978.

Les charges d'hébergement des personnes âgées risquent en effet, de devenir de plus en plus lourdes pour les départements en raison de l'augmentation constante du nombre des plus de 80 ans et de la hausse prévisible du coût de l'hébergement. Il conviendrait donc d'alléger une charge à laquelle les départements ne pourront pas faire face compte tenu des autres dépenses qu'ils devront assumer (comme l'aide sociale à l'enfance par exemple).

Tel est le sens de l'amendement que votre commission vous propose d'adopter.

EXAMEN EN COMMISSION

La Commission des affaires sociales réunie le mercredi 17 avril 1983 sous la présidence de M. Robert Schwint, président, a examiné la proposition de loi n° 53 (1982-1983) tendant à compléter la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat dont la Commission des lois est saisie au fond.

M. Jean Chérioux a regretté que le Ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale n'ait pas été entendu par la Commission.

La président a souligné que néanmoins Mme Georgina Dufoix, secrétaire d'Etat auprès du Ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale, avait été entendue par la Commission des lois.

M. Jean Madelain, rapporteur pour avis, a exposé à ses collègues le texte présenté par la Commission des lois. Le texte n'est qu'une reprise modifiée des anciennes propositions du Sénat et, en particulier, des principes de la répartition des compétences en deux blocs distincts. Les principes sur lesquels se fonde cette répartition sont la compétence de droit commun du département en matière d'action sociale et de santé, le maintien de la participation financière des communes, un transfert des services parallèle aux transferts de compétences et des critères de répartition fondés sur l'idée générale que la solidarité relève de l'Etat, et la fraternité, du département.

Certains préalables ont déjà été posés par la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983. Le principe de la répartition des compétences en deux blocs, ainsi que celui de la révision des barèmes ont été adoptés ainsi que la mise à niveau des secteurs transférés et le maintien de l'équilibre financier des budgets locaux. En revanche, certaines propositions de la Commission des affaires sociales n'avaient pas été retenues dans la loi, telles la révision des barèmes à coût nul pour les départements, le remboursement des contingents d'aide sociale préalable à l'entrée en vigueur de la loi et les grandes lignes des mesures devant figurer dans la future loi d'adaptation des institutions sociales et médico-sociales.

Le texte adopté par la Commission des lois comporte deux adjonctions principales concernant la révision des barèmes et le remboursement des contingents d'aide sociale.

M. Michel Crucis a attiré l'attention de la Commission sur les charges financières qui risquent de peser sur certains départements à la suite de la révision des barèmes. Il s'est demandé comment des départements de taille moyenne seraient en mesure de faire face à de telles dépenses. Il serait donc nécessaire, comme en 1980, de convaincre l'Etat d'assumer cette charge financière. En ce qui concerne le remboursement des contingents d'aide sociale, il s'est interrogé sur la nécessité d'accorder un délai de remboursement à l'Etat.

M. Jean Chérioux a demandé s'il ne serait pas préférable de scinder en deux l'amendement concernant la loi d'adaptation des institutions sociales et médico-sociales.

M. Michel Moreigne s'est interrogé sur la possibilité offerte aux départements d'améliorer les prestations légales d'aide sociale.

M. Jean Madelain a reconnu qu'une telle mesure prévue par le projet de loi initial avait été supprimée dans la proposition de loi et a signalé à M. Michel Moreigne que le Gouvernement envisageait de la reprendre.

La Commission est ensuite passée à l'examen des articles.

Elle a adopté sans modification l'article 6 portant sur la révision de la répartition des charges d'aide sociale. Elle a adopté un amendement à l'article 7 portant le délai de remboursement des contingents d'aide sociale de 7 ans à 4 ans, après que le rapporteur ait exposé à M. Michel Crucis le phénomène cumulatif ayant abouti à porter la dette de l'Etat à 9 milliards.

Elle a adopté l'article 31 posant le principe de transfert au département de l'ensemble des prestations légales d'aide sociale, assorti à la demande de M. Jean Chérioux d'un amendement rédactionnel. Elle a adopté sans modification l'article 32, ouvrant la possibilité de décentralisation des compétences du département au niveau de la commune, l'article 33 définissant les pouvoirs du président du conseil général et le règlement départemental d'aide sociale, et l'article 34 énumérant les prestations et les dépenses d'aide sociale à la charge de l'Etat.

A l'article 35, elle a adopté un amendement remplaçant l'état prévisionnel sur les dépenses d'aide sociale mises à la charge de l'Etat par un état simplement récapitulatif.

Elle a adopté sans modification l'article 36 énumérant les compétences du département en matière de santé. Sur l'article 37 concernant l'organisation des services départementaux de vaccination, M. Michel Moreigne a émis le souhait de mettre à la charge de l'Etat les accidents dus aux vaccinations obligatoires.

M. Louis Boyer a exprimé la crainte de voir le département ruiné par une telle responsabilité.

M. Jean Madelain a estimé que l'Etat devait être responsable puisqu'il rend le vaccin obligatoire.

Le Président a estimé que le rapporteur pourrait poser le problème au Gouvernement en lui demandant si l'article L. 10-1 du Code de santé publique rendant l'Etat responsable de tout accident imputable à une vaccination obligatoire, restait toujours en vigueur.

La Commission a adopté à l'article 38 un amendement étendant la responsabilité du département à l'agrément des assistantes maternelles.

Elle a adopté sans modification l'article 39 attribuant au département la responsabilité des dispensaires antituberculeux et antivénéériens, l'article 40 concernant la compétence communale en ce qui concerne les services de désinfection et les bureaux d'hygiène, l'article 41 traitant de la répartition des compétences et des charges en matière d'hygiène publique et du placement des alcooliques dangereux, l'article 42 supprimant les pouvoirs financiers du Préfet en matière de protection maternelle et infantile, l'article 43 conférant à l'Etat la responsabilité de la lutte contre la toxicomanie, l'article 45 maintenant la participation des communes aux dépenses d'aide sociale, l'article 47 portant diverses mesures de codification.

A l'article 44 concernant la prévention du cancer et la lutte contre la lèpre, la commission a décidé sur la proposition de M. Michel Moreigne de supprimer la mention trop restrictive d'«anciens malades».

A l'article 46 posant le caractère obligatoire des dépenses d'aide sociale et de santé, la commission a adopté un amendement rédactionnel.

Elle a, enfin, décidé, sous la forme d'un article additionnel à l'article 47, de présenter un amendement définissant le contenu de la future loi adaptant la législation relative aux institutions sociales et médico-sociales.

La Commission s'est prononcée favorablement sur l'ensemble de la proposition de loi ainsi amendée.

AMENDEMENTS PRÉSENTÉS PAR LA COMMISSION

Article 7.

Amendement : Dans le texte de cet article, remplacer le mot :

...septième...

par le mot :

...quart...

Article 31.

Amendement : Rédiger comme suit le premier alinéa de cet article :

«Le département prend en charge l'ensemble des prestations légales d'aide sociale, à l'exception des prestations énumérées à l'article 34 de la présente loi et sous réserve de la participation financière des communes prévue à l'article 93 de la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 ainsi que des dispositions des cinq derniers alinéas de l'article 119 de ladite loi».

Article 35.

Amendement : Rédiger comme suit cet article :

«Les dépenses supportées par l'Etat dans le département en application de l'article 34 ci-dessus, sont présentées chaque année dans un état récapitulatif. Cet état, présenté au Conseil général, avant la fin du premier semestre, doit permettre la comparaison avec l'exercice précédent».

Article 38.

Amendement : Rédiger ainsi cet article :

Il est inséré dans le code de la santé publique un article L. 147 rédigé comme suit :

«*Art. L. 147.* — Les centres et consultations de protection maternelle et infantile, les activités de protection maternelle et infantile à domicile, la formation et l'agrément des assistantes maternelles relèvent de la compétence du département qui en assure l'organisation et le financement».

Article 44.

Amendement : Rédiger comme suit le premier alinéa de cet article :

«Le dépistage et la surveillance après traitement des affections cancéreuses sont à la charge de l'Etat. Les actions de lutte contre la lèpre sont à la charge de l'Etat».

Article 46.

Amendement : Rédiger comme suit le second alinéa de cet article :

« Ces dépenses figurent, ainsi que les recettes correspondantes, dans un état récapitulatif annexé au budget départemental ».

Article additionnel après l'art. 47

Amendement : Compléter l'article 119 de la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 par les dispositions suivantes :

Cette loi fixera également les règles dans le cadre desquelles s'exercent les compétences reconnues à l'Etat et aux collectivités. Elle définira :

— les procédures d'admission aux différentes formes d'aide sociale, garantissant l'indépendance des commissions d'admission et les voies de recours juridictionnel contre leurs décisions.

— les règles minimales relatives à la mise en jeu de l'obligation alimentaire, ainsi qu'à la détermination des sommes laissées à la disposition des bénéficiaires de l'aide sociale placés dans un établissement ;

— les règles présidant à la détermination du domicile de secours ;

— les conditions dans lesquelles le conseil général exercera son contrôle sur la création, le fonctionnement et le financement des établissements et services sociaux, médico-sociaux et de long séjour.

Cette loi complètera également la loi n° 78-11 du 4 janvier 1978 afin de préciser les conditions de prise en charge des dépenses de fonctionnement des centres et unités de long séjour prévus à l'article 4 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 modifiée, des maisons d'accueil spécialisées prévues à l'article 46 de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975, et les établissements sociaux et médico-sociaux comportant les sections de cure médicale prévues aux articles 5 et 27 bis de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 modifiée.

Ces dépenses seront réparties entre deux sections relatives, l'une à l'hébergement et à la vie sociale, l'autre aux soins et aux traitements d'entretien.

Les intéressés ou, à défaut, l'aide sociale supporteront les dépenses afférentes à l'hébergement et au maintien de la vie sociale, à l'exclusion de toute dépense afférente aux soins et aux traitements d'entretien.

L'assurance maladie ou, à défaut, l'aide médicale supportera les dépenses afférentes aux soins et aux traitements d'entretien, y compris l'aide nécessaire pour les actes essentiels de l'existence, à l'exclusion de toute dépense afférente à l'hébergement et au maintien de la vie sociale.

Cette même loi prévoiera l'ajustement du montant des ressources transférées à chaque département en application de la présente loi, pour tenir compte de l'incidence financière sur l'aide sociale de la nouvelle répartition des dépenses de fonctionnement mentionnée ci-dessus pour les établissements existants, les sections de cure médicale à créer et les hospices à transformer en centres et unités de long séjour, ainsi que du classement de services hospitaliers en centres et unités de long séjour en application de la loi du 31 décembre 1970 modifiée.

ANNEXES *

ANNEXE N° 1

L'AIDE SOCIALE A L'ENFANCE

La loi ne définit pas l'aide sociale à l'enfance, mais énumère les catégories d'enfants qui en relèvent et les formes d'aide qui leur sont destinées. Il en ressort un ensemble d'actions à première vue disparates, mais que l'on peut relier par les objectifs suivants : favoriser le maintien des enfants dans les familles en difficulté, au moyen d'aides complétant les prestations sociales : protéger au besoin les enfants contre leur famille par des mesures d'assistance éducative ou le recueil temporaire ; se « substituer » à la famille pour les enfants qui n'en ont pas, qui n'en ont plus ou qui lui ont été retirés par décision de justice.

1. — LES « BENEFICIAIRES »

La loi utilise le terme « d'enfants admis dans le service ».

A. — *Les catégories d'enfants dans le service*

Le Code de la famille et de l'aide sociale définit cinq catégories d'enfants, qui sont d'ailleurs loin de recouvrir des réalités homogènes :

— le service exerce « l'autorité parentale » :

1°) **pupilles de l'Etat** ou enfants nés de parents inconnus, enfants abandonnés, orphelins sans ascendants, enfants confiés au service à la suite d'une décision de justice prononçant la déchéance complète de l'autorité parentale.

2°) **enfants en garde** ou enfants dont les parents ont, par décision de justice, perdu une partie des attributs de l'autorité parentale (déchéance partielle) ou enfants que la justice a estimé devoir retirer de leur milieu actuel et qu'elle a décidé de confier à l'aide sociale à l'enfance et enfants confiés à ce service en application de l'ordonnance du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante.

— le service n'exerce pas l'autorité parentale :

1°) **enfants recueillis temporairement** : enfants dont la famille subit un événement accidentel la mettant en difficulté matérielle (détention, hospitalisation, appel sous les drapeaux, maladie grave ou décès d'un ascendant...) ou enfants « en danger » ayant fait l'objet d'une mesure de protection administrative à laquelle les parents ne se sont pas opposés.

2°) **enfants secourus** ou enfants dont les parents bénéficient d'une allocation en espèces, dite « **allocation mensuelle** », destinée à permettre la vie familiale.

3°) **enfants surveillés** : l'intervention du service se limite à une surveillance qui relève soit de la police administrative, soit de la prévention sociale. Cela concerne des enfants vivant dans leur famille, lorsque celle-là a fait l'objet d'une décision administrative ou

* (Source : ministère de l'Intérieur).

judiciaire d'assistance éducative (action éducative en milieu ouvert) ; ou bien des enfants confiés à un particulier ou à un établissement, lorsque le tribunal lui aura délégué tout ou partie de l'autorité parentale ou lorsque le mineur fait l'objet d'un placement au titre de l'assistance éducative (enfants dits « sous la protection conjointe » du juge des enfants et de l'aide sociale à l'enfance) ; ou encore des enfants qui sont placés hors du domicile paternel quelle que soit la cause de ce placement.

Des enfants peuvent être à la fois secourus et surveillés. Ce cumul est le seul que la pratique admette.

B. — *Les conditions d'admission*

Elles sont **dérogatoires du droit commun** de l'aide sociale :

Il n'est pas exigé que l'enfant soit démuné de ressources ; aucune condition de nationalité n'est imposée, ni de durée de résidence en France ; la décision d'admission est **prononcée par le préfet** sans préjudice des décisions susceptibles des seuls recours administratifs de droit commun, c'est-à-dire des tribunaux administratifs.

En revanche, comme dans le droit commun de l'aide sociale, l'existence d'une demande de la famille, ou du moins de son assentiment, lorsque du moins la famille peut légalement l'exprimer, est nécessaire, de même que les parents ne sont pas dispensés de l'obligation alimentaire.

La condition d'âge de l'enfant est la suivante : depuis la loi du 5 juillet 1974 abaissant à 18 ans l'âge de la majorité, le service de l'aide sociale à l'enfance ne peut plus exercer l'autorité parentale après cet âge ; mais il peut continuer avec le consentement des intéressés, à leur dispenser secours en espèces, aide en nature (placement), et même exercer les mesures d'assistance éducative, jusqu'à 21 ans).

On constate une diminution constante des pupilles et assimilés, et une progression de la proportion d'enfants assistés au sein de leur famille.

2. — LES PRESTATIONS

Les interventions en matière d'aide sociale à l'enfance peuvent être regroupées en **trois types** :

a) Aides à domicile

Il s'agit en premier lieu des aides en espèces, qui comprennent essentiellement les allocations mensuelles, et accessoirement les secours en espèces et primes de légitimation.

Les allocations mensuelles sont accordées « pour permettre d'assurer (...) l'entretien, la garde ou le placement de l'enfant secouru » (article 53 du Code de la famille et de l'aide sociale). Elles sont également accordées aux femmes enceintes privées de ressources insuffisantes pendant les six semaines qui précèdent l'accouchement, si elles ne bénéficient pas des indemnités journalières de la Sécurité sociale.

Le taux de base de ces allocations est fixé, dans chaque département, par le conseil général ; mais le montant et la durée applicables à chaque cas d'espèce sont fixés par le préfet. Il y a en pratique une très grande diversité de situations.

Depuis la loi n° 75-1254 du 27 décembre 1975, l'aide sociale à l'enfance peut également prendre en charge des aides en nature, sous la forme de l'intervention de **travailleuses familiales**, lorsqu'elle est de nature à éviter le recueil temporaire de l'enfant.

Les aides à domicile complètent donc les allocations familiales, dont la généralisation sur le territoire national est effective depuis le décret du 17 mars 1978, ainsi que le remboursement d'intervention de travailleuses familiales par les caisses d'allocations familiales au titre de leur action sanitaire et sociale.

b) Placements

Ce deuxième mode d'intervention constitue encore la plus grande partie des dépenses de l'aide sociale à l'enfance mais l'objectif est de le réduire au profit des deux premiers.

Les principaux lieux de placement sont les suivants :

— **placement familial** : placement auprès d'assistantes maternelles spécialisées (loi n° 77-505 du 17 mai 1977) ; ou encore placement dans une famille d'accueil en vue de l'adoption.

— **établissements sociaux** : les établissements publics sont pour les enfants de moins de 3 ans, les **pouponnières** (3 500 places), et pour ceux de plus de 3 ans, les **foyers départementaux de l'enfance** (11 000 places, dont les deux tiers sont des établissements non personnalisés des départements, et le tiers des services relevant des hôpitaux publics).

Les établissements privés autorisés sont les **maisons d'enfants à caractère social**, d'une capacité de 45 000 places.

— **établissements sanitaires** : il s'agit soit des établissements d'hospitalisation, soit des établissements d'éducation spécialisée (instituts médico-éducatifs). Ces établissements ne sont évidemment pas spécialisés dans le recrutement d'enfants relevant de l'aide sociale à l'enfance, au contraire des établissements sociaux précités.

Il faut y ajouter deux types d'établissements, d'ailleurs voisins, destinés d'une part à l'accueil de la mère et de l'enfant en difficulté, d'autre part à permettre des accouchements secrets : les **maisons maternelles** et les **hôtels maternels** (3 000 places), dont les fonctions d'accueil respectif pré- et postnatales sont progressivement regroupées dans les centres maternels. Hormis leur fonction d'hébergement, leur but est de permettre aux mères célibataires les plus démunies d'accéder à une vie autonome.

ANNEXE N° 2

L'AIDE SOCIALE AUX PERSONNES AGEES

Au regard de la législation d'aide sociale, est considérée comme personne âgée toute personne ayant atteint 65 ans, ou 60 ans si elle est reconnue inapte au travail par la commission d'admission.

L'aide sociale aux personnes âgées comporte l'aide à domicile et l'aide au placement.

I. — L'AIDE A DOMICILE

Elle comprend l'allocation simple, l'aide ménagère, l'allocation représentative de services ménagers, les foyers restaurants.

— **L'allocation simple** n'a plus qu'une importance résiduelle. En effet, depuis 1956, toute personne âgée de nationalité française résidant en France métropolitaine a droit à un minimum de ressources égal à la somme de la retraite minimale ou des avantages similaires servis par les institutions de Sécurité sociale, ou, pour les personnes qui ne relèvent d'aucun régime, par le Fonds spécial, et de l'allocation supplémentaire du Fonds national de solidarité. Les étrangers bénéficiaires d'une convention de Sécurité sociale conclue sous condition de réciprocité bénéficient des mêmes avantages.

— **L'allocation simple** de l'aide sociale est égale au montant de l'allocation spéciale du Fonds spécial. Pour un couple, les allocations sont doublées, et le plafond de ressources est égal au total des allocations.

Elle ne concerne plus que deux catégories de bénéficiaires :

— en métropole, les étrangers non bénéficiaires d'une convention internationale de réciprocité et qui justifient d'une résidence ininterrompue sur le territoire métropolitain d'au moins quinze ans avant 70 ans (1 500 bénéficiaires en 1977) :

— dans les départements d'outre-mer, elle tient la place de l'allocation spéciale du Fonds spécial, cette prestation n'étant plus étendue à ces départements. Elle y est d'ailleurs servie à un taux minoré sous plafond de ressources.

— **Les services ménagers regroupent deux prestations**, l'aide ménagère et l'allocation représentative.

Au cours des années récentes, elles ont connu un développement important, conformément aux orientations du programme finalisé « maintien à domicile des personnes âgées » du VI^e Plan, puis du programme d'action prioritaire n° 15 qui lui a fait suite durant le VII^e Plan. Tous financements confondus, les sommes qui leur sont consacrées sont passées de 50 millions de francs en 1970 à 300 millions de francs en 1978.

a) **L'aide ménagère** est une prestation en nature destinée à aider les personnes ayant besoin pour demeurer à leur domicile d'une aide matérielle et ne disposant pas de ressources supérieures à celles prévues pour l'octroi de l'allocation simple. Elle est accordée dans la limite de trente heures par mois et à un taux fixé par arrêté.

Au-delà du plafond des ressources, les personnes âgées peuvent bénéficier « d'aides ménagères » financées soit au titre de l'action sociale facultative des collectivités locales, soit au titre de l'action sanitaire et sociale des organismes de Sécurité sociale ou des caisses de retraites complémentaires.

Ainsi, le terme « d'aide ménagère » désigne-t-il aussi la profession financée grâce à cette prestation. Il y a environ 40 000 aides ménagères en France, dont 6 000 dépendent de bureaux d'aide sociale et 34 000 d'associations.

Deux réformes récentes ont sans doute accéléré encore le développement des interventions de l'aide sociale aux personnes âgées en matière d'aide ménagère :

- suppression de l'obligation alimentaire : décret n° 77-872 du 27 juillet 1977 ;
- possibilité d'admission d'urgence à l'aide ménagère décret n° 78-1069 du 30 octobre 1978.

b) **L'allocation représentative de services ménagers** est une prestation visant au même but que l'aide ménagère, mais elle est en espèces. Elle n'est accordée que lorsque le service d'aide ménagère organisé dans la commune est inexistant ou insuffisant ou lorsque les intéressés le demandent expressément. Son montant ne peut pas dépasser 60 % du coût des services ménagers. La diffusion sur le territoire des services organisés réduit l'importance de cette prestation par rapport à l'aide en nature, qui, outre la priorité que la réglementation lui confère, a également le mérite de la simplicité.

— **La participation de l'aide sociale aux frais de repas dans les foyers restaurants** est soumise aux mêmes conditions de ressources que les prestations précédentes. Elle se fait sur la base d'un prix de revient du repas arrêté par le préfet.

Le Code de la famille et de l'aide sociale prévoit également une « **carte sociale d'économiquement faible** ». Mais elle n'a plus d'existence pratique, puisque d'une part le plafond de ressources pour son octroi est de 1 352 F par an, inchangé depuis 1959, et inférieur au minimum vieillesse, et d'autre part les avantages auxquels elle ouvre droit sont déjà prévus au titre d'autres législations, dans des conditions plus larges.

De même, l'**allocation de loyer** a totalement disparu pour les personnes âgées depuis la création de l'allocation de logement à caractère social, servie par les caisses d'allocations familiales, par la loi du 16 juillet 1971.

II. — L'AIDE AU PLACEMENT

1. — La situation actuelle

L'aide sociale prend en charge les frais de placement des personnes âgées dans les conditions suivantes :

— **priorité au maintien à domicile** : elle est affirmée par l'article 164 du Code de la famille et de l'aide sociale (« toute personne âgée qui ne peut être utilement aidée à domicile... peut être placée... ») ;

— **nécessité du consentement de la personne âgée** (Art. 164) ;

— **pluralité des modes de placement** : placement chez un particulier, ou bien en hospice, maison de retraite ou logement foyer ;

— **priorité au secteur public** : le placement en établissement privé n'est possible qu'à défaut de places dans un établissement public, et sous réserve d'une convention entre l'aide sociale et l'établissement privé ;

— **participation de l'intéressé aux frais de placement** : les ressources des personnes âgées sont obligatoirement affectées au remboursement des frais de séjour, dans la limite de

90 %. Toutefois, la somme laissée à la disposition des pensionnaires (« pécule ») ne peut être inférieure à un minimum mensuel égal à 1/100^e au minimum vieillesse.

2. — Evolutions récentes et perspectives

L'augmentation des ressources des personnes âgées au cours des dernières années, ainsi que le développement des actions de maintien à domicile ont permis de retarder l'âge moyen d'entrée en établissement. La construction de maisons de retraite s'est ainsi ralentie, au profit de formes d'hébergement plus légères (logements foyers) préservant mieux l'autonomie des personnes âgées.

Mais de ce fait même, la population hébergée en hospice et en maison de retraite comprend un pourcentage de plus en plus important de personnes physiquement dépendantes. Ce phénomène est amplifié par l'accroissement du nombre des personnes âgées de plus de 75 ans dans la population française : 2 900 000 en 1978 contre 2 300 000 en 1968, et 3 300 000 prévues en 1985.

Une action de « médicalisation » des établissements pour personnes âgées a donc été entreprise, parallèlement à l'amélioration de la qualité de leur hébergement (« humanisation »). L'humanisation, c'est-à-dire essentiellement la suppression des salles communes (plus de quatre lits), devrait être achevée en 1981, mais la médicalisation se poursuivra au-delà.

Cette évolution revêt quatre formes principales :

— suppression des hospices : la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales dispose que dans un délai de dix ans, les hospices seront transformés soit en maisons de retraite, soit en unités médicalisées (appelées depuis la loi n° 78-11 du 4 janvier 1978 « centres et unités de long séjour »). Elle prévoit également que les maisons de retraite incluses dans les hôpitaux publics seront détachées et érigées en établissements publics autonomes si leur capacité dépasse 200 lits ;

— constructions d'unités médicalisées pour personnes âgées. Soit à l'occasion de l'humanisation des établissements, soit pour transformer des hospices, soit pour répondre à des besoins nouveaux, environ 30 000 lits ont déjà été construits dans des centres et unités de long séjour, principalement sous la forme industrialisée (« V 120 » ou « V 240 ») ;

— institution au sein des maisons de retraite et des logements foyers de « sections de cure médicale » destinées à éviter le transfert des personnes âgées qui deviennent dépendantes. La proportion en est limitée au quart des lits ;

— réforme de la tarification : les lois précitées du 30 juin 1975 et du 4 janvier 1978 permettent à l'assurance maladie de prendre en charge une partie des dépenses entraînées par la médicalisation des établissements pour personnes âgées. En effet, la tarification des services rendus distingue désormais deux éléments : le prix de journée, supposé couvrir l'hébergement, qui reste à la charge de l'intéressé de l'aide sociale ; un forfait de soins, dont le montant maximum varie selon l'équipement (en centre et unité de long séjour, en section de cure médicale, et pour les lits non médicalisés.

Ces mutations vont changer à l'avenir les conditions d'intervention de l'aide sociale aux personnes âgées, qui sera limitée à la prise en charge des frais d'hébergement, mais qui verra ceux-ci continuer de croître sous la pression conjuguée de l'effectif des personnes hébergées, de la proportion plus grande d'invalides et de l'humanisation.

ANNEXE N° 3

LAIDE MEDICALE

L'aide médicale remplit quatre fonctions :

— substitut de l'assurance maladie-maternité pour les non-assurés sociaux (prestations en nature et allocations en espèce) ;

— complément de l'assurance maladie pour les assurés sociaux qui ne peuvent acquitter le « ticket modérateur » (fraction du coût des soins qui reste à la charge de l'assuré) ;

— instrument de la généralisation de l'assurance maladie maternité par la prise en charge des cotisations de certaines catégories d'assurés sociaux ;

— supplément à l'assurance maladie par la prise en charge de certains frais non remboursables par la Sécurité sociale : interruption volontaire de grossesse et aide ménagère.

Les trois derniers aspects expliquent que l'extension de la protection sociale obligatoire ne puisse faire disparaître l'aide médicale. La permanence du premier est due au fait que, malgré plusieurs annonces successives, la généralisation de l'assurance maladie n'est pas encore totale.

La réglementation distingue quatre formes d'aide médicale : l'aide médicale proprement dite, appelée aussi parfois « aide médicale générale », l'aide médicale aux malades mentaux, l'aide médicale aux tuberculeux, l'aide médicale en matière d'interruption volontaire de grossesse (I.V.G.). Cette distinction a un intérêt uniquement financier : les trois derniers chapitres font partie du groupe II, et la première du groupe III.

1. — Caractéristiques de l'aide médicale

Elle présente deux particularités notables :

— Il n'y a pas de plafond de ressources pour l'admission à l'aide médicale. Il suffit, selon la réglementation, d'être « privé de ressources suffisantes ». C'est la commission d'admission qui apprécie si cette condition est remplie, en mettant en regard la dépense de soins, les ressources de l'intéressé, celles de ses obligés alimentaires, et aussi leurs autres charges (nombre d'enfants...).

— Les conditions de délivrance des soins aux assistés ne sont pas, au moins en théorie, les mêmes que celles des assurés sociaux. Elles sont en effet précisées par un règlement départemental de l'aide médicale qui doit être conforme à un règlement type établi par arrêté interministériel. Ce dernier (arrêté du 21 mai 1957) introduit diverses limitations au libre choix des malades, définit les cas d'entente préalable, et peut compter un abattement sur les tarifs d'honoraires acceptés par la Sécurité sociale. Fort heureusement, la pratique est plus souple.

2. — Les prestations

Les effectifs des bénéficiaires tendent à diminuer en métropole :

A. — *La prise en charge de cotisations*

On distingue trois cas :

— depuis l'ordonnance n° 67-709 du 21 août 1967, l'aide médicale peut prendre en charge la cotisation de l'assurance volontaire, fixée à 3 720 F par an en 1979. Toutefois, la prise en charge des frais d'hospitalisation pour les assurés volontaires était limitée à une durée totale de trois ans ;

— la loi de finances n° 71-1025 du 24 décembre 1971 a comblé cette lacune en prolongeant indéfiniment la couverture des assurés volontaires hospitalisés depuis plus de trois ans. En contrepartie, elle a institué pour cette catégorie une cotisation majorée, prise en charge de plein droit pour l'aide médicale aux malades mentaux (groupe II des dépenses d'aide sociale). Son taux a été fixé en 1974 à 28 800 F par an et est inchangé depuis. L'effectif des bénéficiaires diminue chaque année, car de nombreux « hospitalisés permanents » acquièrent maintenant la qualité d'adultes handicapés, et entrent de ce fait dans la catégorie ci-dessous ;

— depuis la loi du 13 juillet 1971, les bénéficiaires de l'allocation aux handicapés adultes sont affiliés de plein droit à l'assurance maladie et voient leur cotisation prise en charge automatiquement par l'aide sociale. Les effectifs de bénéficiaires ont nettement augmenté depuis la loi d'orientation des handicapés. Le mécanisme est en effet le même pour les titulaires de l'allocation aux adultes handicapés. En juillet 1977, le taux de la cotisation applicable à cette catégorie a doublé, et son imputation est passée du groupe III des dépenses (aide médicale) au groupe II (aide médicale aux malades mentaux).

La loi n° 78-2 du 2 janvier 1978 relative à la généralisation de la Sécurité sociale institue une « assurance personnelle » qui devrait se substituer aux deux premières formes ci-dessus.

La prise en charge par l'aide sociale des cotisations de l'assurance personnelle restera toutefois soumise à l'obligation alimentaire, à la récupération sur successions, et à l'appréciation des commissions d'admission. L'affiliation à l'assurance rationnelle sera d'autre part facultative, tout comme l'était l'assurance volontaire, mais à la différence de cette dernière, elle sera définitive (l'assuré ne peut la résilier). Il est possible que l'effectif des assurés personnels soit plus important que celui des assurés volontaires, sur la cotisation d'assurance personnelle pourra être prise en charge non seulement par l'aide sociale, mais également par d'autres institutions (en particulier par les caisses d'allocations familiales).

B. — *La couverture des soins*

— les soins « à domicile » (honoraires, produits pharmaceutiques, orthopédie...) sont pris en charge par l'aide médicale générale, aussi bien pour les assurés sociaux (ticket modérateur) que pour les non-assurés sociaux (coût total), et aussi bien pour les maladies mentales et la tuberculose que pour les autres maladies. L'aide médicale tient en outre le rôle de « tiers payant », c'est-à-dire que l'assisté est dispensé de faire l'avance des frais. Pour les assurés sociaux, l'aide médicale se retourne ensuite vers la Sécurité sociale qui lui verse la partie remboursable des soins (articles L. 388 et 389 du Code de la Sécurité sociale). Dans le cas le plus général, la participation de la Sécurité sociale est calculée de façon forfaitaire. Depuis la loi n° 74-1026 du 4 décembre 1974, l'aide médicale rembourse également les frais de contraception, de même que l'assurance maladie.

— les soins hospitaliers sont pris en charge dans des conditions légèrement différentes. En premier lieu, il est établi une distinction selon la nature de l'établissement d'hospitalisation : les établissements et services psychiatriques et antituberculeux sont l'objet de chapitres distincts, inscrits au groupe II des dépenses de l'aide sociale ; les autres

dépenses hospitalières font partie de l'aide médicale générale (groupe III). En second lieu, l'aide médicale joue également le rôle de **tiers payant**, mais pas pour la part remboursée par l'assurance maladie, qui est versée directement par la Sécurité sociale aux hôpitaux.

Le projet de réforme de la tarification hospitalière, qui est actuellement à l'étude en application de l'article 52 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970, portant réforme hospitalière et de la loi n° 78-11 du 4 janvier 1978, est susceptible de modifier profondément les conditions d'intervention de l'aide médicale hospitalière : si un « budget global » se substitue au mécanisme actuel du « prix de journée », le ticket modérateur devrait être calculé non plus en pourcentage des dépenses totales, mais forfaitairement. Il pourrait alors augmenter moins rapidement.

C. — *L'allocation en espèces*

Les bénéficiaires de l'aide médicale à domicile, « âgés de 15 ans au moins, assistés totaux à domicile pendant trois mois au moins, atteints d'une maladie les mettant dans l'impossibilité d'exercer une activité professionnelle, reçoivent, après l'expiration de cette période, et pendant la durée de ladite maladie, une allocation mensuelle, payée en espèces » dont le montant est égal à l'allocation du Fonds spécial. Cette allocation est réduite au tiers et attribuée dans les mêmes conditions aux assistés totaux hospitalisés. Il s'agit donc d'un « revenu de remplacement minimum », qui n'a qu'une importance résiduelle depuis que la Sécurité sociale accorde des revenus minimums plus élevés à certaines catégories sociales (minimum vieillesse, allocation aux adultes handicapés, allocation de parent isolé).

D. — *Les prestations de l'aide médicale*

Les prestations de l'aide médicale qui n'ont pas d'équivalence dans les régimes légaux d'assurance maladie.

Il s'agit d'une part des aides ménagères, qui sont plus avantageuses qu'en matière d'aide sociale aux personnes âgées et aux personnes handicapées car il n'y a pas de plafond de ressources (coût en 1977 : 7 millions de francs), d'autre part et plus récemment (loi n° 75-17 du 17 janvier 1975) des frais occasionnés par l'interruption volontaire de grossesse (coût en 1977 : 9 millions de francs).

SITUATION APRES LA REFORME

L'aide médicale a été classée dans le groupe III par le décret du 17 novembre 1954, parce qu'à l'époque, elle était toujours attribuée par la commission d'admission, ou le maire avait manifestement beaucoup d'influence, en raison de sa personnalité et de sa connaissance de la situation des postulants originaires de sa commune. Par ailleurs, les dépenses d'hospitalisation, qui constituent une grande part des charges d'aide médicale, étaient, à l'époque, fort dépendantes de l'administration locale. Le conseil municipal était en effet à ce moment-là majoritaire au sein des commissions administratives gestionnaires des hôpitaux et le maire, président de droit de ladite commission représentait l'établissement en justice et dans les actes de la vie civile et nommait le personnel ouvrier et paramédical. Depuis lors, un renversement de situation s'est produit à tous égards. D'une part, une importante part des charges d'aide médicale résulte de la loi elle-même sans que les commissions d'admission soient appelées à se prononcer au cas par cas. C'est ainsi que les deux lois de 1971 et 1976 en faveur des personnes handicapées ont prévu que tout bénéficiaire de l'allocation aux handicapés adultes servie par les caisses d'allocations familiales serait affilié d'office à la Sécurité sociale, moyennant versement d'une cotisation d'équilibre destinée à compenser le coût même des prestations et prise en charge de plein droit par l'aide sociale, au titre de l'aide médicale du Groupe III.

D'autre part, dans les nouveaux conseils d'administration des établissements hospitaliers, la représentation du conseil municipal est devenue très minoritaire. Quant au maire, il n'a plus, en tant que président du conseil d'administration, les pouvoirs de gestion qu'il détenait antérieurement, de même qu'une grande partie des anciennes attributions des commissions administratives étant maintenant exercés par le conseil d'administration. Le cas de l'aide médicale est l'un des nombreux exemples susceptibles d'illustrer le phénomène des mutations de responsabilités qui s'est produit depuis 1954.

C'est pourquoi le **projet de loi complémentaire** à la loi relative à la répartition des compétences entre l'Etat et les collectivités locales proposera de clarifier la situation, en répartissant les compétences, en matière d'aide médicale, en fonction du pouvoir d'intervention réel des collectivités locales.

1. — Prestations relevant du département

— Aide médicale :

La marge de manœuvre du département est différente en fonction des formes de l'aide :

a) aide médicale à domicile : Le département est libre d'agir, au-delà du minimum légal sur les conditions d'attribution et le montant de l'aide.

b) aide médicale hospitalière : Le département est tenu de prendre en charge la totalité des soins pour les non-assurés sociaux. Mais, les cotisations de l'assurance personnelle devant être du domaine de l'Etat, les collectivités locales auront tout intérêt à « suggérer » aux non-assurés sociaux de s'inscrire à l'assurance personnelle. Ainsi la généralisation de la Sécurité sociale donnera une plus grande liberté de manœuvre aux collectivités locales.

2. — Prestations relevant de l'Etat

a) Les frais afférents à l'interruption volontaire de grossesse.

L'aide médicale en matière d'interruption volontaire de grossesse constitue un supplément à l'assurance maladie par la prise en charge de certains frais non remboursables par la Sécurité sociale. Une réforme de la prise en charge de ces frais par la Sécurité sociale est à l'étude. Il est logique de transférer à l'Etat, « via la Sécurité sociale », l'intégralité de ces frais.

b) Les dépenses en faveur des personnes sans domicile de secours, c'est-à-dire sans domicile fixe ou dont la résidence sur le territoire métropolitain résulte de circonstances exceptionnelles et involontaires (ex. : assignés à résidence). Elles sont déjà prises en charge par l'Etat et ne doivent pas être remises en cause.

ANNEXE N° 4

PROTECTION DE LA SANTE DE L'ENFANT

La protection de la sante de l'enfant est recherchée en France par des méthodes diverses. On en trouve des éléments dans des dispositions du Code du travail ou du Code civil. Ces textes continuent un courant souvent ancien (lois de 1841 et 1874 sur le travail des enfants et des femmes, loi de 1889 sur les enfants maltraités). Cependant la pièce maîtresse de la protection sanitaire de l'enfance est aujourd'hui la protection maternelle et infantile, complétée par la médecine scolaire.

I. — PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

La protection maternelle et infantile (P.M.I.) trouve son origine dans la loi Roussel du 23 décembre 1874 qui protégeait la santé des enfants en garde et des nourrices. Les bases actuelles de la P.M.I. ont été fixées par l'ordonnance du 2 novembre 1945 reprenant partiellement un texte de 1942. Depuis, plusieurs lois, notamment des 6 juillet 1964, 15 juillet 1970 et 4 décembre 1974, ont cherché à améliorer son efficacité en tenant compte de l'évolution des données sociales ou médicales.

1. — Objectifs

Le but général de la P.M.I. est de promouvoir la santé des enfants de moins de 6 ans. Les objectifs particuliers concourant à ce but général sont précisés et diversifiés. L'organisation de la P.M.I. invite à suivre un ordre chronologique en distinguant protection prénatale et protection postnatale.

A. — *Protection prénatale*

• Examens médicaux

Quatre examens jalonnent la grossesse selon un calendrier obligatoire : le premier avant la fin du troisième mois, le second au cours du sixième mois et les deux derniers dans la première moitié des huitième et neuvième mois. Ces examens comportent tous un contrôle du poids, de l'albumine et de la tension artérielle. Le premier, effectué nécessairement par un médecin, est d'ordre général et obstétrical. Il cherche à déceler les états susceptibles de retener sur la sante de la mère et de l'enfant, les cardiopathies, le diabète ou l'incompatibilité sanguine feto-maternelle. Il est suivi d'un examen radiographique. Un examen médical du père est souhaité en cas de besoin sans être obligatoire.

L'effectivité des examens maternels est recherchée par plusieurs moyens. Ils sont intégralement remboursés par la Sécurité sociale et sont gratuits lorsqu'ils sont subis dans un centre de P.M.I. Les démarches à faire sont indiquées et facilitées par un carnet de maternité délivré par la Caisse d'allocations familiales à toute femme salariée ou non lors de la déclaration qu'elle doit faire de sa grossesse. Aucune prestation sociale afférente à la grossesse ne peut être versée si les examens prescrits n'ont pas été subis.

- **Surveillance a domicile**

Le benefice de ces prestations est subordonne au respect par la femme des conseils d'hygiene et de prophylaxie qui lui sont donnes par l'assistance sociale. Il est en effet prevu que les assistantes sociales visitent a leur domicile les femmes dont la sante ou les conditions de vie justifient une protection particuliere. Cette surveillance a domicile est facilitee par l'obligation faite aux organismes dispensateurs de prestations de signaler aux services de la Sante les declarations de grossesse qu'ils recoivent.

B. *Protection postnatale*

Elle est tantôt generale a tous les enfants, tantôt speciale a certains d'entre eux.

- **Protection générale**

Si l'on met a part l'obligation de faire vacciner les enfants, la protection generale se resume en des examens medicaux et une surveillance a domicile.

- **Examens médicaux**

Faisant suite aux examens prenataux, la mere doit subir un examen dans les huit semaines consecutives a l'accouchement. Cet examen general et gynecologique peut etre complete par un examen radiologique pulmonaire. L'enfant beneficie aussi d'une serie d'examens selon un rythme decroissant ; un examen dans les huit premiers jours, suivi d'examens mensuels, puis trimestriels et enfin semestriels jusqu'a l'age de 6 ans.

L'efficacite de ces examens medicaux est renforcee par le moyen du carnet de sante. Ce carnet est delivre par le maire lors de la declaration obligatoire de la naissance de l'enfant. Il doit etre presente lors des differents examens. Le premier examen et ceux des neuvieme et vingt-quatrieme mois sont assortis d'un certificat de sante dont une attestation permet le versement des prestations familiales. Le medecin de P.M.I. recoit un certificat confidentiel.

- **Surveillance à domicile**

De même que la femme, au cours de sa grossesse, l'enfant peut faire l'objet d'une surveillance a domicile. La transmission obligatoire par l'officier d'etat civil d'un extrait de tous les actes de naissance au service de P.M.I. facilite cette surveillance qui consiste dans l'intervention d'une assistante sociale suivie eventuellement de celle d'une puericultrice.

- **Protection spéciale à certains enfants**

La P.M.I. a vocation à exercer une surveillance sanitaire particuliere sur tous les établissements et toutes les personnes qui accueillent des enfants d'une façon plus ou moins transitoire.

La P.M.I. dont la tâche consistait principalement a l'origine a verifier l'etat de sante des nourrices, recoit désormais la mission d'agreer les assistantes maternelles au vu notamment d'éléments d'appréciation d'ordre sanitaire. Elle exercera en outre des actions de formation des assistantes maternelles. La P.M.I. surveille aussi les personnes qui concourent a la protection, a la garde ou au placement des enfants de moins de 6 ans. Le contrôle s'étend aux établissements qui ont le même objet. La formule englobe les creches, pouponneries, garderies, jardins d'enfants, haltes-garderies, les consultations de protection infantile, les gouttes de lait ou lactarums. Des textes precisent les particularites de chaque type d'établissements, au-dela des regles generales de l'article 180 C.S.P.

Le Code de la sante publique reserve des dispositions plus detaillees d'une part aux établissements d'hospitalisation qui recoivent des femmes enceintes (l'expression est vague quant à l'issue de la grossesse ; accouchement ou interruption volontaire) et d'autre part aux maisons d'enfants à caractere sanitaire (internats recevant des enfants pour un traitement, un régime diététique ou une cure).

2. — Moyens

Etabli au niveau du département, le service de P.M.I. dépend de la DDASS et est placé sous la responsabilité du médecin inspecteur départemental de la santé. L'unité technique de P.M.I. est la circonscription de 20 000 habitants équipées d'un centre principal. Le centre principal regroupe obligatoirement des consultations médicales à l'adresse des parents (prénuptiales, pré et postnatales), des enfants et des consultations sur les problèmes de la naissance (lutte contre la stérilité, conseils génétiques, centres de planification ou d'éducation familiale). En principe chaque consultation de nourrissons devrait desservir un secteur de 8 000 habitants. A chaque centre doit correspondre un service antituberculeux, un service antivénérien et un laboratoire d'analyse médicale.

Dans chaque région, un médecin conseil régional de pédiatrie coordonne l'organisation des services de P.M.I. et contrôle des organismes qui collaborent avec ces services.

Auprès du ministre de la Santé, deux organismes consultatifs sont chargés des problèmes de la santé de l'enfant la commission de la protection sanitaire de l'enfance et celle de la maternité.

3. — Problèmes et tendances

Il est normal que la P.M.I. se modifie au gré de l'évolution des techniques médicales et de la conscience sociale. Les recherches actuelles tendent soit à améliorer la fréquentation de l'équipement, soit plus profondément à affiner les modalités de son intervention.

Une première observation montre le faible taux de fréquentation de l'appareil de P.M.I. Par exemple les services de P.M.I. ne traitent que 10 % des consultations prénatales, et le pourcentage des enfants du premier âge suivis médicalement par la P.M.I. oscille entre 35 et 65 % selon les départements. La gravité de cette constatation est atténuée par la pratique qui s'est répandue chez les femmes enceintes et les jeunes mères de consulter leur médecin personnel. On doit se réjouir de voir l'ensemble des médecins participer ainsi à une action de prévention. Il reste cependant qu'un nombre non négligeable d'enfants échappent à toute surveillance médicale. Ce fait pose la question non seulement du nombre des équipements mais aussi de leur concentration ou de leur dispersion. La fréquentation de consultations de nourrissons peut être accrue par la mobilité des services (camions). Une autre solution consisterait à rapprocher les services de P.M.I. d'autres services ou équipements dont la fréquentation, par la population réticente à l'égard de la P.M.I. est plus familière.

Quant aux modalités de la protection, la tendance essentielle cherche à dissocier d'une prévention générale une attention toute particulière pour les situations à risques.

Relèvent de la prévention générale l'augmentation à sept du nombre des examens prénataux, une meilleure formation des professionnels, médecins et sages-femmes, ou encore un perfectionnement des maternités mieux équipées et informées sur l'évolution de la grossesse.

L'accent est mis désormais sur la définition et le traitement des grossesses à risques. La rubéole pourrait faire l'objet d'une vaccination de toutes les fillettes et des femmes en contact professionnel avec de nombreux enfants. Une recherche de la toxoplasmose en début de grossesse et une surveillance fréquente de la tension et de l'albumine sont aussi préconisées. La découverte d'un risque à dix du nombre des examens prénataux, prise en charge à 100 % des dépenses médicales, augmentation du repos prénatal. On a aussi recommandé la création de centres d'accouchement à risques et de réanimation neonatale.

La loi du 12 juillet 1978 illustre les tendances de maternité avec un supplément de deux semaines pour naissances multiples et en assurant le remboursement intégral des soins reçus par la mère pendant les quatre derniers mois de grossesse et pendant un mois par le nouveau-né hospitalisé. La loi du 17 juillet 1980 porte à vingt-six semaines le congé de maternité à partir du troisième enfant arrivant au foyer.

II. — SANTE SCOLAIRE

Le service de santé scolaire prend le relais de la protection maternelle et infantile. Créé en 1945 (ordonnance du 12 octobre), il est depuis 1964 (décret du 30 juillet) rattaché à la DDASS. Il apparaît que la coordination entre les services de la Santé et de l'Education est peu développée et que les moyens en personnel sont insuffisants.

Le service de santé scolaire a pour première tâche de contrôler la santé des enfants scolarisés. Son intervention principale consiste dans une série d'exams médicaux obligatoires ponctuant les étapes principales de la vie scolaire. Cette surveillance médicale est doublée d'une surveillance sociale. Le service de santé scolaire a encore pour tâche de contrôler médicalement les activités physiques et sportives scolaires, de veiller à l'état sanitaire des locaux et de dépister les maladies contagieuses du personnel en contact habituel avec les élèves.

ANNEXE N° 5

SANTE SCOLAIRE

La santé scolaire est un service public orienté vers le dépistage et la prévention des maladies des élèves et des étudiants, créé et financé par l'Etat qui l'organise dans le cadre départemental.

1°) *Textes :*

— **Code de la santé publique article L. 191 à L. 198** résultant du décret (ayant valeur législative) du 10 septembre 1956.

Décret n° 64-783 du 30 juillet 1964 portant réorganisation des services extérieurs de l'Etat chargés de l'action sanitaire et sociale.

— **Instructions générales (Education-Santé) n° 106 du 12 juin 1969** relatives aux missions du service de santé scolaire et aux modalités d'exécution du contrôle médical scolaire.

2°) *Organisation :*

a) **au plan gouvernemental :**

— Le ministre de la Santé est chargé de la protection de la santé des enfants d'âge scolaire, des élèves et du personnel des établissements d'enseignement et d'éducation (article 1^{er} - 1° du décret n° 64-782 du 30 juillet 1964).

— Le ministre de l'Education nationale est chargé des recherches et études médico-sociales afférentes à l'organisation de la scolarité et aux conditions du travail scolaire et universitaire ; de la médecine préventive de l'enseignement supérieur.

b) **au niveau départemental :**

Le DDASS est chargé (article 7 du décret n° 64-783 du 30 juillet 1964) :

- des bilans de santé des élèves.
- de la médecine du travail scolaire.
- du dépistage de la tuberculose.
- des bilans sociaux des élèves.
- du dépistage des cas sociaux.

L'activité médico-sociale scolaire est exercée, sous l'autorité conjointe du D.D.A.S.S. et de l'inspecteur d'académie, par un médecin chargé de la santé scolaire dans le département (article 12 du décret n° 64-783 du 30 juillet 1964) qui est chargé d'établir un programme d'activité médico-sociale scolaire (article 10). Ce médecin est secondé par des assistances sociales.

c) **au niveau communal :**

Les instructions générales n° 106 en date du 12 juin 1969 relatives aux missions du service de santé scolaire et aux modalités d'exécution du contrôle médical scolaire, émanant des ministères de la Santé et de l'Education organisent notamment au plan communal l'action du service de santé scolaire.

Les limites géographiques des secteurs médico-sociaux scolaires sont fixées selon les instructions de l'arrêté du 25 août 1953. Le secteur coïncide approximativement avec une circonscription d'enseignement primaire regroupant plusieurs établissements d'enseigne-

ment de différents degrés. Les secteurs doivent tenir compte de la carte scolaire.

Il est créé une équipe de secteur comprenant un médecin, deux assistantes sociales, deux infirmières et une secrétaire médico-sociale.

Le rôle des infirmières est primordial puisqu'elles sont chargées de la tenue à jour des dossiers médicaux des élèves, de la tenue des registres sur lesquels sont transcrits les noms des élèves et les dates auxquelles ils sont examinés. Les infirmières sont chargées des examens biométriques (poids, taille, acuité visuelle, examens d'urine, tests tuberculiniques), de l'organisation du dépistage radiologique et de la sélection des élèves devant être présentés au médecin scolaire et de la surveillance de l'hygiène du milieu scolaire.

Le médecin de secteur assure la coordination des activités de médecine scolaire dans le secteur dont il a la responsabilité et assure en liaison avec les services chargés de la P.M.I. la médecine scolaire des élèves des classes maternelles et enfantines.

3^o) *Appréciation critique :*

Le service de médecine scolaire, financé par l'Etat, n'est pas, en pratique, en mesure d'accomplir la totalité des missions que lui ont confiées les pouvoirs publics. Réduit à une visite « médicale » formelle et à une radiographie pulmonaire annuelle, il ne peut effectuer les bilans sociaux des élèves prévus par le décret de 1964. A cet égard il convient de souligner le rôle important joué par le corps enseignant, susceptible d'alerter les assistantes sociales du service lorsqu'un élève présente des signes de morbidité auxquels les parents ne sont pas sensibles et lorsque des difficultés familiales nuisent à la santé morale de l'enfant.

Les élus locaux demandent le renforcement des moyens en personnel des services de santé scolaire. Les locaux nécessaires à la médecine scolaire sont fournis de fait par les communes pour l'enseignement primaire et préélémentaire.

4^o) *Financement*

Les dépenses consacrées par le ministère de la Santé au titre du service de la santé scolaire s'élèvent pour 1982 à 544 millions de francs.

Il s'agit pour l'essentiel de dépenses de personnel. L'Etat accorde des subventions de fonctionnement aux communes qui ont un système municipal de santé scolaire, grâce aux crédits inscrits au chapitre 47-13, article 55.

ANNEXE N° 6

PROTECTION SANITAIRE DE LA FAMILLE

1. — La protection sanitaire de la famille passe par la prévention (prophylaxie) des maladies transmissibles

Les maladies infectieuses ont fortement régressé en France depuis cinquante ans, occupant aujourd'hui le huitième rang parmi les causes de mortalité. Les chiffres de décès annuels demeurent cependant préoccupants pour plusieurs d'entre elles : tétanos, méningite cérébro-spinale, rougeole, fièvre typhoïde ; et l'insuffisance des déclarations faites par les médecins ne permet pas toujours de connaître l'ampleur exacte des épidémies.

Depuis la loi du 15 février 1902 qui posait déjà un certain nombre de règles contraignantes, le législateur a développé un ensemble de mesures obligatoires constituant autant de limitations à la liberté individuelle et permettant d'interrompre la contagion de ces maladies dans le milieu où elles sont identifiées.

Cinq cas de figures peuvent être dégagés :

a) Vaccinations obligatoires :

Les plus importantes sont aujourd'hui les vaccinations obligatoires : actes médicaux d'immunisation qui constituent une atteinte à l'intégrité du corps humain pour des motifs d'intérêt général, dont l'organisation appelle de ce fait un certain nombre de garanties.

Leur champ d'application ne peut s'étendre que par voie législative. Sont aujourd'hui obligatoires pour tous les enfants, les vaccinations contre :

— la variole (loi du 15 février 1902, art. L. 5 CSP, atténuée par la loi récente du 2 juillet 1979 qui suspend l'obligation de vaccination pour l'avenir mais oblige à renouvellement pour les personnes déjà vaccinées) :

— la diphtérie (loi du 25 juin 1958, art. L. 6 CSP) :

— le tétanos (loi du 24 novembre 1940, art. L. 7 CSP) :

— la tuberculose (loi du 5 juillet 1950, art. L. 215 CSP ; décret du 11 mai 1955) ;

— la poliomyélite (loi du 1^{er} juillet 1964, art. L. 7 CSP).

Certaines maladies peuvent faire l'objet d'un régime de vaccination obligatoire en période d'épidémie et dans les zones menacées (contre la typhoïde et le typhus exanthématique : loi du 24 avril 1940 et art. L. 9 CSP) à la demande du ministre de la Santé.

La vaccination des adultes demeure enfin obligatoire pour certaines activités professionnelles (activités sanitaires, enseignement).

L'autorité sanitaire peut en outre conseiller certaines vaccinations (grippe, coqueluche).

La mise en œuvre de ces mesures est confiée à un **service départemental de vaccination** dont le personnel responsable est désigné par le préfet et dont les charges relèvent du budget du département. L'Etat et les établissements scolaires apportent leur concours et les communes sont tenues d'affecter le personnel administratif nécessaire au bon déroulement de ces opérations. Il est loisible aux communes, aux établissements publics, aux caisses de Sécurité sociale, aux mutuelles et associations reconnues d'utilité publique de créer

elles-mêmes des centres et de les gérer, après agrément par l'autorité préfectorale et convention passé avec le service départemental. L'obligation de vaccination peut être satisfaite en dehors du service départemental, par un médecin privé, si la famille l'estime préférable.

b) Déclaration obligatoire :

La déclaration obligatoire à l'autorité administrative (mairie, bureau d'hygiène, préfecture) des maladies transmissibles incombe aux personnels médicaux et aux chefs de famille. Elle s'exerce, selon des modalités qui doivent protéger notamment le secret médical. La liste de ces maladies est établie par décret sur rapport du ministre de la Santé après avis de l'Académie nationale de médecine et du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, et comprend actuellement une trentaine d'affections.

c) Dans certains cas : toxicomanies, maladies vénériennes, aliénés dangereux pour l'ordre public, le législateur prévoit des soins obligatoires.

d) La désinfection obligatoire est prévue dans les locaux et pour les objets ayant appartenu au malade dans les cas les plus graves de maladies contagieuses à déclaration obligatoire (art. L. 14-15 CSP). Elle se fait sous l'autorité du maire dans les villes de plus de 20 000 habitants, et d'un service départemental de désinfection dans les autres agglomérations.

e) L'autorité administrative peut ordonner *l'isolement des malades* et leur transport en ambulance agréée. Toutefois un maire ne pourrait pas interdire de façon générale et absolue le transport des personnes atteintes de maladies contagieuses ou leur interdire l'accès de sa commune.

2. — Conjointement avec la prophylaxie des maladies transmissibles, la protection sanitaire de la famille s'accompagne d'examen de santé obligatoires ou facultatifs, et d'un dispositif d'éducation sanitaire

a) Examens obligatoires :

Ce sont les visites médicales exigées aux différentes phases de la vie, notamment :

- les examens pré-nuptiaux des futurs époux qui commandent la délivrance du certificat pré-nuptial : ils permettront de dépister la syphilis, de vérifier la compatibilité des groupes sanguins et de mettre en évidence chez les femmes les immunités contre la rubéole et la toxoplasmose ;
- les examens prénataux, à l'accouchement et dans les premières années de l'enfance, dans le cadre de la protection maternelle et infantile (art. L. 159 CSP) ; leur non-exécution peut suspendre le versement des allocations prénatales ou familiales ;
- les visites scolaires obligatoires dans tous les établissements des premier et second degrés, organisées par les services de santé scolaire etc. ;

b) Examens-bilans à caractère facultatif

Leur origine se trouve dans le Code de la Sécurité sociale qui demande aux caisses (art. L. 294) de soumettre leurs assurés sociaux et leurs familles à des examens de santé gratuits tous les cinq ans, sous réserve de ne pas faire double emploi avec les autres visites de médecine préventive. Au cas de carence des caisses, les assurés sont en droit de demander cet examen. En fait, ce nouveau réseau est resté embryonnaire et la fréquentation en est demeurée volontaire.

Ces examens sont encouragés parfois sous le titre de « bilan de santé » qui, dans certains départements, connaissent un réel succès près de l'opinion grâce à l'action de certaines caisses de Sécurité sociale et de mutualité sociale agricole.

c) *L'éducation sanitaire*

« Ils s'agit d'apprendre à chacun à se comporter et à se situer face à son corps, à sa santé et au système de soins et aux professionnels qui interviennent dans son fonctionnement, aux médecins notamment ». En bref, « aider chacun à être plus responsable de sa propre santé ».

Les instruments d'action sont multiples : école, mass-médias...

A l'heure actuelle, le dispositif le mieux outillé pour cette action près du public est le réseau des grandes associations spécialisées contre le cancer, la tuberculose, l'alcoolisme, qui se sont regroupées en un Comité français d'éducation sanitaire et sociale devenu Comité national d'éducation pour la santé. Ce comité constitue une fédération d'organismes privés. Mais il s'est vu reconnaître officiellement la mission de mettre en application un programme national établi en collaboration avec les pouvoirs publics, d'approfondir une doctrine de la recherche en ce domaine, de préparer et de diffuser les messages audio-visuels et les publications destinées au public et aux éducateurs (revue trimestrielle : la santé de l'homme). Il agit sous le contrôle du ministère de la Santé qui agréé le délégué général du comité, nomme des membres de droit au Conseil d'administration ainsi qu'un commissaire du gouvernement.

Cet organisme d'intérêt public à des prolongements régionaux, les centres régionaux d'éducation pour la santé, qui conservent eux-mêmes un statut de droit privé ; mais leur directeur technique doit être agréé par le ministre de la Santé.

Ce réseau est subventionné par l'Etat et par les caisses régionales de Sécurité sociale au titre de leur mission d'information et d'éducation.

Le plus souvent, l'éducation sanitaire est insérée dans les dispositifs de lutte globale contre une faiblesse, un fléau social où elle existe avec des mesures plus ou moins contraignantes.

● **La prévention de l'alcoolisme** en fournit une bonne illustration. L'effort d'éducation se trouve ici dans le cadre scolaire où le corps enseignant voit mettre à sa disposition un certain nombre d'instruments documentaires (ouvrages, films). Il est complété par des campagnes nationales périodiques organisées par le ministre de la Santé en liaison avec le Haut Comité d'études et d'information sur l'alcoolisme — et par des actions locales résultant d'initiatives privées, notamment celles des associations d'anciens buveurs guéris, en liaison avec les administrations sanitaires locales et les services spécialisés de psychiatrie des centres hospitaliers. Le rapport de la commission Santé-Assurance maladie du VII^e Plan a proposé un renforcement de ces moyens. Dans le même sens vont les propositions d'un groupe de travail présidé par le Pr Jean Bernard au gouvernement en juin 1980.

● **La lutte contre le tabagisme** rassemble elle-même différents modes d'intervention développés depuis 1975, où domine le souci d'information. Sous l'impulsion du ministre de la Santé, Mme Veil, soucieuse de ne pas manifester en la matière un esprit de répression à l'égard des fumeurs, une loi du 9 juillet 1976 est venue simplement interdire la propagande et la publicité en faveur du tabac, obliger les fabricants à inscrire les teneurs en nicotine, goudrons et autres substances toxiques sur les unités de conditionnement des cigarettes (article 9) et renforce la protection des non-fumeurs dans les locaux ou moyens de transport publics (article 15, cf. également décret du 12 septembre 1977).

Cette loi a été le départ d'une importante campagne d'information préparée par le Comité français d'éducation pour la santé, en collaboration avec les administrations, les caisses de Sécurité sociale, les organismes et comités centraux, régionaux et départementaux des grandes associations spécialisés, notamment le Comité national contre le tabagisme. Depuis 1976, cet effort s'est intensifié.

ANNEXE N° 7

LA LUTTE CONTRE LES FLEAUX SOCIAUX

Le Code de la santé publique consacre tout le livre III de sa première partie à décrire la lutte contre les fléaux sociaux.

Il n'y a **pas de définition médicale** des fléaux sociaux, ni de statut juridique d'ensemble.

Il est question de fléau social chaque fois qu'on est en présence d'**affections fréquentes et graves** pour lesquelles les moyens exigés sont hors de la portée des particuliers et exigent un effort spécialisé des pouvoirs publics. La France, comme la plupart des pays du monde, a dû ainsi mettre en place un certain nombre de dispositifs généraux, décrits pour la plupart dans les articles L. 214 à L. 255 du Code de la santé publique. En dépit de leur variété, la plupart de ces régimes présentent deux caractères communs :

— Ils sont organisés dans **le cadre du département**. Cette particularité ne fait pas obstacle, du reste, à un partage des charges avec d'autres collectivités :

— On y voit se développer les contraintes : examens de santé imposés, déclarations de maladie et soins parfois obligatoires.

Ces régimes seront étudiés dans l'ordre même du Code et regroupés sous quatre rubriques :

- la lutte contre la tuberculose.
- la lutte contre les maladies vénériennes.
- la lutte contre le cancer.
- la lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et la toximanie.

1. — Lutte contre la tuberculose

A. — Son évolution

1°) Cette lutte n'a débuté sérieusement qu'aux premières années du XX^e siècle avec la démonstration formelle du caractère contagieux de la maladie et la connaissance de l'agent pathogène responsable. Les pouvoirs publics, conduits à constater les ravages réalisés en tout lieu et particulièrement chez les plus modestes, développent d'une part la prévention familiale par l'isolement du malade, l'amélioration des conditions de logement et la prémunition antituberculeuse grâce aux premières vaccinations autorisées avec le bacille de Calmette et Guérin (BCG, 1921). Ils mettent d'autre part en place un premier réseau de dispensaires départementaux destinés à diffuser ces mesures sanitaires près des familles (loi Léon Bourgeois, 1918) et encouragent la création d'établissements de cure (loi Honnorat, 1919). Entre 1920 et 1950, sont créés ainsi de nombreux équipements techniques et des structures administratives importantes. Les progrès sont surtout visibles à partir de 1940 avec l'organisation du dépistage radiologique et le développement d'une action conjointe avec la médecine privée (éducation sanitaire, campagne du timbre antituberculeux).

Ils vont s'accélérer de manière considérable avec les nouvelles possibilités de la chimiothérapie (traitement à la streptomycine, 1943, à l'isoniazide, 1952, puis à beaucoup d'autres médicaments-relais, notamment la rifampicine, 1966), au point que le taux de mortalité par tuberculose est tombé de 11 en 1945 à 5 pour 100 000 habitants en 1977. Il est encore susceptible de s'améliorer par comparaison avec certains pays nordiques où il est voisin de 1. Le risque d'infection diminue de 14 % par an.

2°) La répartition de la tuberculose en France, au terme de cette évolution, impose néanmoins la vigilance, par certaines populations demeurent particulièrement exposées.

Des régions sont beaucoup plus touchées que d'autres : région parisienne, Bretagne, Pas-de-Calais.

Des milieux particulièrement défavorisés en fournissent les principales victimes, notamment les travailleurs immigrés et leurs familles chez qui la tuberculose survient trois fois plus fréquemment que chez les Français (risque d'infection dans le pays d'origine doublé d'une vulnérabilité particulière au moment de la transplantation du fait des mauvaises conditions de vie et de travail, de la malnutrition, de l'absence de culture sanitaire, du retard à consulter le médecin...). C'est tout un contexte de vie qu'il convient, pour eux, de changer dans une optique de prévention.

La maladie, en outre, est deux à trois fois plus fréquente chez l'homme que chez la femme, et frappe volontiers les adultes jeunes. Dans la lutte entreprise, on constate chez les enfants et les adolescents vaccinés sept fois moins de cas tuberculeux que chez les non-vaccinés.

On sait enfin qu'aujourd'hui l'importance accrue de l'identification des sources de contagion et plus généralement la nécessité de repenser nos méthodes de dépistage en relativisant par exemple la portée des examens radiologiques.

Tous ces éléments rendent désormais notre équipement trop lourd et notre organisation traditionnelle parfois inadaptée : ils conduisent à s'interroger sur les modifications à apporter à l'armature administrative mise en place.

B. — *Les structures actuelles et leur avenir*

1°) L'organisation présente est encore fixée par l'ordonnance du 31 décembre 1945, la loi du 3 janvier 1950 et leurs textes d'application :

— Codification dans les articles L. 214 à L. 235 CSF. D. du 9 juillet 1951, 1^{er} septembre 1952, modifiés par D. du 13 juin 1969.

— Vaccination : D. du 11 mai 1955, modifié par D. du 29 avril 1968.

— Dispensaires antituberculeux : D. du 9 novembre 1948.

— Préventoriiums : D. 48.865 du 24 mai 1948, modifié le 24 mars 1953 et le 16 janvier 1962, loi du 31 juillet 1968.

— Sanatoriums : D. n° 48.864 du 24 mai 1948, modifié par D. du 20 février 1953, par D. du 16 janvier 1962 et par D. du 16 avril 1969.

— Aériums : D. n° 48.866 du 24 mai 1948.

— Etablissements de postcure : D. 6 janvier 1950 et 10 mai 1968.

Le caractère global de la lutte entreprise apparaît d'abord dans l'étendue des mesures de prophylaxie :

— vaccinations obligatoires (art. L. 215) : pour tous les enfants du premier âge placés en maisons maternelles, crèches, pouponnière ou en nourrice ou mis au contact avec des tuberculeux, pour tous les scolaires et étudiants entre 6 et 25 ans, et pour certains adultes exposés par leur profession à la contagion, dès lors que les sujets présentent des réactions tuberculiniques négatives.

— dépistage systématique grâce à des examens radiologiques réguliers (scolaires, étudiants, salariés, fonctionnaires) :

— déclaration obligatoire par le médecin des cas rencontrés (décret du 5 août 1964) : isolement et placement immédiat des malades en établissements de cure.

Cette volonté de lutte globale ressort aussi de la qualité des moyens administratifs et techniques mis en place dont le réseau quadrille l'ensemble du territoire sous la responsabilité de collectivités proches des usagers.

— **La lutte est organisée dans le cadre du département dont le budget supporte, au titre des dépenses obligatoires, les frais de fonctionnement du service de lutte contre la tuberculose.** A sa tête doit être placé un médecin phthisiologue départemental, adjoint technique du médecin inspecteur de la santé, agissant sous l'autorité administrative du directeur départemental des Affaires sanitaires et sociales, en collaboration avec un comité départemental consultatif.

— **le réseau de surveillance de base** est constitué par les **dispensaires antituberculeux** (environ 500) qui assurent la prophylaxie individuelle ou collective à partir d'examen systématiques, de l'organisation de soins à domicile et au placement en établissement. Ils pratiquent ainsi une assistance à la fois préventive et curative. Ces services fonctionnent de manière gratuite (assurés sociaux, bénéficiaires de l'aide sociale) ou pour des sommes modiques : ils disposent d'un personnel de médecins à temps complet ou à temps partiel (vacataires), d'assistantes sociales, d'infirmiers, de manipulateurs radio et prolongent leur action dans la circonscription qui leur est tracée, par le déplacement de camions dispensaires et autres services légers. Ils n'ont pas la personnalité morale. Ce sont de simples éléments techniques qui **relèvent du service départemental d'hygiène sociale** ou qui appartiennent à des **organismes privés ayant passé convention avec le département** pour participer à la mission de lutte antituberculeuse.

Les établissements de soins ont été spécialisés au maximum :

— aériums et préventoriums réservés aux enfants fragiles et atteints d'affections pré-tuberculeuses dont la surveillance et le traitement incluent souvent scolarité et orientation professionnelle ;

— création dans l'hôpital au chef-lieu de chaque département d'un centre départemental de phthisiologie (art. L. 226 CSF), aujourd'hui reconverti en service hospitalier de phthisiologie relié à un sanatorium et hôtel de cure qui constituent ensemble l'essentiel de l'équipement de cure au cas d'hospitalisation ;

— établissements de posture et de rééducation fonctionnelle pour assurer la convalescence et le reclassement social (à 70 % privés).

La création de tous ces établissements obéit aujourd'hui aux règles de la carte sanitaire concernant les établissements de cure et de réadaptation.

2^o) L'évolution de ce réseau technique et administratif va dans le sens d'une double transformation :

— **transformation d'abord de l'équipement technique qui devient excédentaire** : du fait de la régression de la maladie, de la baisse considérable du nombre de malades et de la volonté de ceux qui restent de se rapprocher de leur famille, beaucoup d'établissements installés en montagne, pour des cures prolongées, se vident progressivement ; ils sont appelés, dans le cadre de la nouvelle protection hospitalière générale, à perdre leur spécialité antituberculeuse et à **devenir des hôpitaux de moyen ou long séjour**, sinon des établissements à caractère social. Certains dispensaires devront être fermés, les effectifs de camions radiophotographiques réduits ;

— **transformation ensuite des structures administratives de la lutte antituberculeuse.** L'action des dispensaires qui se déployait déjà dans un cadre géographique précis devra désormais se plier aux procédures plus exigeantes de la sectorisation. Dans les nouveaux secteurs créés en vertu d'un arrêté du 24 mai 1973, les mêmes équipes médicales de l'hôpital, dépendant notamment du service hospitalier de pneumo-phthisiologie, sont appelées à poursuivre au dispensaire des tâches de prévention et de dépistage : un fichier des nouveaux cas de tuberculose doit être tenu à jour. Les établissements hospitaliers antituberculeux qui demeurent reçoivent le statut de centres hospitaliers spécialisés départementaux ou

interdépartementaux (loi du 31 juillet 1968, elle-même à replacer dans le cadre de la loi du 31 décembre 1970) : les spécialistes phthisiologues de ces établissements vont entrer dans la hiérarchie générale du personnel médical hospitalier (D. 11 mars 1970).

Cette réintégration dans le cadre hospitalier général d'une branche jusqu'alors trop spécialisée est de nature à faciliter les reconversions techniques et à développer de nouvelles formes de surveillance et d'intervention centrées sur les populations à hauts risques.

2. — Lutte contre les maladies vénériennes

Le Code de la santé publique classe dans les maladies vénériennes que vise la protection sanitaire, « la syphilis, la gonococcie, la chancrelle et la maladie de Nicolas Favre » (art. L. 254 CSF). Ces maladies, fort développées dans les siècles passés et un moment stoppées par les traitements à la pénicilline, connaissent depuis dix ans une recrudescence. En France, le nombre des cas de gonococcie déclarés (et tous ne le sont pas) est passé de 11 607 en 1965 à 19 000 en 1978. La réalité dépasserait 500 000 cas. Notre pays a dû conserver dans ces conditions un ensemble de mesures de protection exigeantes dont l'étendue et l'organisation médico-administrative font l'objet d'un titre entier du Code de la santé publique (art. L. 254 à L. 311 CSF).

A. — Mesures administratives de protection

Elles sont dominées par le souci de traiter le malade dès qu'il est dépisté de manière à ce qu'il ne contamine plus personne. D'où la présence d'un véritable dispositif de police sanitaire :

1°) les examens pré-nuptiaux doivent permettre de dépister essentiellement la syphilis :

2°) caractère obligatoire du traitement : « toute personne atteinte d'accidents vénériens contagieux est tenue de se faire examiner et traiter jusqu'à disparition de la contagion », les femmes enceintes en particulier (art. L. 255 CSF). Tout médecin qui diagnostiquera une telle maladie doit informer le malade du mal dont il est atteint et de l'obligation où il se trouve de se faire soigner.

L'autorité sanitaire par ailleurs informée de présomptions précises, graves et concordantes (art. L. 261 CSF) concernant un individu contagieux, peut obliger celui-ci à subir un examen médical et, au besoin, à entreprendre un traitement. Elle pourra exiger par la suite des examens de contrôle : ainsi les prostituées demeurent sous contrôle sanitaire (depuis l'ordonnance du 25 novembre 1960) et les détenues dans les prisons peuvent être soumises à des examens systématiques.

Les récalcitrants aux certificats médicaux exigés peuvent être contraints par la force publique de subir un examen médical. Si, dépistés, ils n'apportent pas la preuve qu'ils se font soigner, ils peuvent être hospitalisés d'office. Des sanctions pénales sont également prévues.

3°) Les malades font en outre l'objet d'une déclaration à l'autorité sanitaire. Le médecin ici partage le secret médical avec l'autorité alertée et doit faire tantôt une déclaration simple avec un diagnostic sans mention du nom du malade, tantôt une déclaration nominale si le malade se refuse à entreprendre le traitement ou s'il est gravement contagieux.

B. — Organisation médico-administrative

1°) Dans chaque département est créé un service de lutte antivénérienne placé sous la responsabilité du directeur des Affaires sanitaires et sociales dirigé par un médecin-chef vénérologue et composé des médecins spécialistes et assistantes de service social qui sont chargés du fonctionnement des dispensaires antivénériens.

2°) La base du réseau de détection est d'abord constituée par l'ensemble du corps médical appelé à faire les déclarations de maladie à l'autorité administrative. Elle est

complétée par le dispositif des dispensaires antivénéériens ouverts à tous les consultants. Ces dispensaires sont gérés tantôt en régie par le service départemental, tantôt dans le cadre d'une convention passée entre le département et les organismes sociaux parapublics ou privés (caisses de Sécurité sociale, société mutualistes, Croix-Rouge) qui ont obtenu l'autorisation de les créer.

L'implantation de ces dispensaires doit faire l'objet dans chaque département d'une délibération du conseil général, à la suite de laquelle le préfet établit la liste définitive, fixe les circonscriptions et les spécialisations éventuelles des établissements. Une approbation du ministre de la Santé est nécessaire.

3°) Un service hospitalier de dermato-vénérologie doit exister dans chaque département, en principe au chef-lieu. Le nombre de lits est fixé par le préfet. Les autres centres hospitaliers doivent réserver au moins une chambre au même effet.

3. — Lutte contre le cancer

Le cancer entraîne chaque année 20 % des décès dans le monde. En France, il meurt ainsi 120 000 personnes dont les trois quarts au-dessus de 55 ans, ce qui fait de cette maladie celle des troisième et quatrième âges, sans épargner les autres.

Les progrès médicaux réalisés permettent de guérir près de 40 % des sujets atteints. Mais, en l'état actuel des traitements (chirurgie, chimie, cobaltothérapie, hormonothérapie, immunothérapie) les meilleures chances de survie résident dans la **détection et le traitement précoces**. Des changements importants ne peuvent être attendus que de nouvelles découvertes scientifiques.

La Fondation de France et de nombreuses associations privées, dont notamment la Ligue nationale de lutte contre le cancer, s'efforcent d'informer le public et de recueillir des fonds pour développer la recherche. Un effort international de concertation scientifique a abouti à la **création à Lyon d'un centre international de lutte contre le cancer**.

Les pouvoirs publics, sous la pression d'une opinion traumatisée, sont intervenus en plusieurs temps pour organiser une lutte systématique. Une section du cancer a été créée à l'Institut national de santé et de recherche médicale. L'ordonnance du 1^{er} octobre 1945 met en place des centres régionaux de lutte contre le cancer et le décret du 6 janvier 1965 pris en application de la loi de finances du 19 décembre 1963 (art. 68) a développé dans chaque département un dispositif de protection, mais cette spécialisation du dispositif tend à disparaître aujourd'hui dans le **renforcement des liens avec les centres hospitaliers régionaux**.

A. — Les réseaux de dépistage

Ils sont d'abord constitués dans chaque département depuis 1965 par des centres de consultations appelés parfois « consultations avancées ». Celles-ci assurent le dépistage précoce et fournissent aux médecins traitants l'appui scientifique des cancérologues des centres régionaux qui s'y déplacent, mais n'assurent pas, eux-mêmes, de traitement ; il y surveillent en revanche pendant sept ans les malades guéris.

Il y avait ainsi, en 1974, 125 consultations départementales gérées tantôt directement par le service départemental d'hygiène sociale, tantôt dans le cadre de conventions avec des établissements publics ou des établissements privés autorisés à les créer.

Les dépenses de fonctionnement sont considérées comme dépenses obligatoires du département et partagées entre celui-ci et l'Etat (décret du 11 mai 1955).

B. — Centres régionaux

Les centres régionaux de lutte contre le cancer, encore appelés centre cancéreux, font aujourd'hui l'objet du titre III du Code de la santé publique (art. L. 312 à L. 325).

1°) Leur mission est triple :

- a) assurer le dépistage, l'examen approfondi, l'hospitalisation et le traitement ;
- b) organiser la surveillance prolongée des résultats thérapeutique et l'action médico-sociale ;
- c) poursuivre la recherche sur les causes, la prophylaxie et le traitement du cancer.

Ce sont des équipements lourds de haut niveau, actuellement au nombre de vingt et un, qui représentent environ 4 000 lits avec un personnel très spécialisé (chirurgiens, radiothérapeutes, cancérologues) qui peut participer à l'enseignement et à la recherche dans les C.H.R. et fournir une aide technique aux consultations externes et aux médecins hospitaliers. Des conventions sont passées avec les hôpitaux pour la bonne réalisation de ces activités.

2°) Leur organisation présente des caractères originaux destinés à leur donner le maximum de souplesse. Ils ont en effet la personnalité civile et se sont vu reconnaître en jurisprudence la qualité d'établissements privés chargés d'une mission de service public, en dépit de l'étroit contrôle des pouvoirs publics sur leur création et leur fonctionnement.

De cette manière, nécessairement agréés par le ministère de la Santé qui fixe leur ressort territorial et nomme leur directeur, ces centres ont néanmoins la possibilité de recruter du personnel selon les règles du droit privé ; leur responsabilité à l'égard de leurs agents, comme envers les malades, sera appréciée par les tribunaux judiciaires selon les principes du droit civil.

3°) Rapprochement du dispositif de lutte contre le cancer avec le réseau hospitalier général.

Il a été un moment question d'intégrer les centres régionaux aux C.H.U. (projet Jeanneney). Mais tenant beaucoup à leur autonomie, ces centres sont finalement restés en dehors du champ d'application de la loi hospitalière. Le rapprochement avec le réseau hospitalier général s'est alors poursuivi d'une manière pragmatique, tant du fait des nombreuses conventions signées avec les centres hospitaliers régionaux que par le biais des contrôles exercés par les autorités sanitaires de tutelle appelées notamment à confronter les demandes d'équipement avec les besoins de la région.

Dans ce mouvement, il semble que pour l'avenir, dans les villes de moyenne importance, la préférence sera donnée au développement des centres hospitaliers régionaux en raison de la concentration des moyens lourds très variés de traitement et de recherche existant déjà dans les différents services hospitaliers (chirurgie, radiothérapie, et de façon générale, tous les équipements médicaux mettant en œuvre les rayonnements ionisants : bombes au cobalt, bêta-trons, accélérateurs linéaires). Le réseau spécialisé des centres anticancéreux régionaux n'est donc plus appelé à s'étendre davantage. Ceux-ci resteront des centres pilotes dans les grandes villes.

La commission du cancer qui siège au sein du Conseil supérieur d'hygiène sociale et dont les membres appartenaient en grande majorité aux centres anticancéreux régionaux, a été élargie depuis 1975 aux thérapeutes hospitaliers et aux médecins cancérologues et biologistes privés.

4. — Lutte contre les maladies mentales

Textes principaux :

— Code de la santé publique : les bases du régime d'hospitalisation (art. L. 326 à L. 355 comprenant notamment certains articles de la loi du 30 juin 1838) sont toujours en vigueur.

— L'évolution du statut des hôpitaux psychiatriques et de leurs médecins : loi du 31 juillet 1968.

— Principes nouveaux de la lutte contre les maladies mentales : circulaire n° 340 du 15 mars 1960.

- Elaboration de la carte sanitaire en matière psychiatrique :
 - circulaire du 11 janvier 1977
 - circulaire du 9 mai 1974 (relance de la sectorisation) :
- Règlement départemental et organisation du secteur psychiatrique :
 - arrêté du 14 mars 1972.
 - circulaire du 14 mars 1972.
 - circulaire du 13 mars 1972 (psychiatrie infanto-juvénile).

Les données de la situation : cette lutte prend aujourd'hui une grande importance en raison de deux séries de faits nouveaux :

- d'abord le **développement même de ces maladies**. On l'observe dans l'augmentation du nombre des malades détectés en clientèle privée (de 7 à 10 % des actes médicaux selon les régions depuis 1970), comme de ceux qui fréquentent les dispensaires d'hygiène mentale, soit pour eux-mêmes, soit pour leurs enfants déficients (plus d'un million de consultations individuelles en dispensaires, chaque année, depuis 1972). En témoigne aussi l'éventail élargi des comportements pathologiques qui appellent l'intervention : alcoolisme (20 %), toxicomanie, tendance suicidaire, conduite sociale, névroses diverses dans un contexte pathogène d'urbanisation, de déracinement et d'isolement :

- le deuxième élément nouveau d'importance est l'apparition de **traitements heureusement de plus en plus efficaces**. Longtemps le système est demeuré asilaire, marqué par la peur de la maladie mentale, à peine modifié à partir du XIX^e siècle dans le cadre de la loi du 30 juin 1838 par les réformes de Pinel et d'Esquirol pour soigner avec peu de moyens ces malades enfermés. Les médecins psychiatres ont pu démontrer depuis un demi-siècle le caractère ségréatif et dépersonnalisant de ces institutions. Les progrès scientifiques ont abouti ici à des thérapeutiques profondément renouvelées tant sous forme chimiothérapique, à partir de la découverte des neuroleptiques en 1952, que psychothérapique, due aux enseignements de la psychanalyse. Les psychoses aiguës sont abrégées, les internements de longue durée deviennent rares ; en revanche, le malade sera traité d'une manière ambulatoire après retour dans son milieu naturel qui doit devenir son milieu de soutien : et les détections précoces facilitent les guérisons rapides. Prévention, cure et postcure ne peuvent plus être dissociées.

Ces éléments débouchent sur une nouvelle politique de sectorisation psychiatrique où le statut des établissements et services connaît de profondes transformations, en dépit de la vieille loi du 30 juin 1838 qui constitue encore le support officiel : les conditions de placement des malades en sont transformées.

A. — *Sectorisation psychiatrique*

Cette politique a été exposée par le ministre de la Santé dans l'importante circulaire du 15 mars 1960. Les équipes médicales sont invitées à prendre en charge le milieu naturel ou vit le malade, à s'y tenir disponible pour être consultées en confiance assez tôt et pouvoir suivre ensuite les malades traités.

1^o) **La base du service psychiatrique devient ainsi le secteur**

C'est d'abord un cadre géographique limité, proportionné à l'importance de la population qui s'y trouve (environ 65 000 personnes) et appelé, à l'avenir, à s'harmoniser avec le secteur sanitaire et peut-être avec le secteur de service social. Deux ou trois secteurs psychiatriques peuvent se regrouper pour constituer un **secteur de psychiatrie infanto-juvénile**. L'important est ici d'offrir à la population concernée la proximité des services et des soins.

Le secteur est ensuite le champ d'action d'une **même équipe pluridisciplinaire** qui va assurer la continuité des soins tout au long de la maladie (première visite, traitement ambulatoire, hospitalisation éventuelle, postcure, aide à la réadaptation), avec l'appui des proches, du médecin de famille et de tous les moyens d'appui socioculturels existants.

L'équipe psychiatrique sort ainsi de l'hôpital pour devenir largement itinérante. Dirigée par un médecin psychiatre, chef de secteur, en même temps que chef d'un service hospitalier, et composée de médecins, assistantes sociales, psychologues, personnel infirmier, elle est, en principe, également compétente pour l'aide aux toxicomanes et aux alcooliques : mais la complexité de la tâche a conduit parfois à reconnaître une certaine autonomie aux équipes « drogue » ou aux services de rééducation pour alcooliques dangereux, tout en leur consacrant l'appui médico-social de l'équipe pluridisciplinaire.

2^o) La coordination de ces actions de secteur se fait dans le cadre d'un règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies (arrêté du 14 mars 1972) pris par le préfet sur avis du conseil général. Ce règlement précise le nombre de secteurs et leur découpage à l'intérieur du département, la répartition des équipes psychiatriques et des équipements en services, lits et places, leurs règles de fonctionnement technique, administratif et financier.

— Pour sa mise en œuvre, des conventions de secteur doivent être signées entre le département et l'hôpital et éventuellement d'autres administrations ou organismes privés intéressés. Elles précisent l'étendue des échanges de services à fournir et des prestations à envisager pour chacun d'entre eux : nature des équipes hospitalières sectorisées, effectifs et qualité de personnel sociomédical fourni par le département, locaux mis à la disposition des services, frais de transport.

— L'ensemble est placé sous la responsabilité technique du médecin inspecteur départemental de la Santé en liaison administrative avec la direction départementale des Affaires sanitaires et sociales, sous l'autorité du préfet.

Pour aider ces autorités administratives, il est recommandé de créer désormais au niveau départemental un conseil de santé mentale de secteur chargé de faire progresser la concertation entre les divers responsables d'équipes intéressées, les administrations hospitalières et les autorités départementales de tutelle.

Cette organisation sectorielle, après avoir débuté lentement et rencontré beaucoup de réticences ou résistances techniques et administratives, s'est accélérée depuis 1972 et s'est achevée à la fin de 1974. En 1977, on comptait 1 200 secteurs ou intersecteurs. Mais les équipes ont besoin d'un renforcement considérable de leurs effectifs, notamment médecins psychiatres, infirmiers spécialisés, pour réaliser convenablement la mission fixée.

B. — *Etablissements et services*

1^o) Les lieux de rencontres habituels entre les malades et les équipes psychiatriques sont d'abord dans chaque secteur le ou les dispensaires d'hygiène mentale tantôt isolés, tantôt intégrés (de plus en plus) à des dispensaires polyvalents. Là s'opèrent habituellement dépistage, surveillance en cours de traitement ambulatoire et action de suite en liaison avec les médecins de clientèle privée. Ce sont généralement des services non personnalisés qui relèvent du service départemental d'hygiène sociale : leurs frais de fonctionnement sont pris en compte par le département et considérés comme dépenses obligatoires sous réserve du partage ultérieur avec l'Etat et les communes (décret du 11 mai 1955).

Les conventions de secteur doivent préciser les effectifs de personnel qui leur sont affectés et le temps éventuellement consacré à leur fonctionnement par les médecins psychiatres hospitaliers ou ceux qui viennent du secteur privé.

2^o) Le réseau hospitalier est constitué par trois types d'établissements :

- les hôpitaux psychiatriques départementaux (93) qui représentent l'armement le plus important (environ 85 000 lits) et que chaque département doit créer depuis la loi du 30 juin 1838, à moins de conventions avec un établissement privé à but non lucratif pour répondre aux mêmes besoins englobant actuellement 25 000 lits.

La politique de sectorisation, qui fait de l'hospitalisation un simple moment du traitement pour le plus grand nombre de malades, entraîne des transformations profondes à l'intérieur même des hôpitaux psychiatriques. Ce sont :

— la disparition progressive des anciens hôpitaux-villages qui maintenaient la ségrégation.

— le découpage des surfaces d'hospitalisation en petites unités affectées aux activités de chaque secteur et devenues le point d'attache technique de chaque équipe médicale de secteur.

— la réduction du nombre de lits et la transformation même de certains pavillons de ces établissements en centres de cure et de convalescence pour toutes maladies de longue durée.

— l'amélioration des conditions d'accueil et de séjour dans les unités d'hospitalisation psychiatriques restantes : dimensions réduites (vingt-cinq à trente lits), élimination progressive des grandes chambres communes, éloignement des vieillards atteints de troubles du comportement dont le nombre et le besoin de soins corporels justifient l'hospitalisation dans des centres spécialisés, développement des activités ergothérapeutiques et maintien des capacités de travail et de relation grâce à la création de centres d'aide par le travail et la recherche d'une vie associative ouverte sur l'extérieur.

Depuis la loi du 31 juillet 1968, ces hôpitaux ont été invités à se transformer en établissements publics départementaux autonomes ou bien à s'intégrer aux centres hospitaliers généraux. Dans la première hypothèse, ils deviennent, avec la réforme hospitalière de 1970, des centres hospitaliers spécialisés (C.H.S.) dont l'organisation administrative et financière rejoint celle du droit commun et ils devront s'imbriquer de plus en plus dans le dispositif hospitalier général (carte sanitaire, groupements et syndicats inter-hospitaliers). Leur fonctionnement technique original (malades au travail, personnel infirmier spécialisé) devra lui-même concilier le maintien des conditions d'encadrement et de sécurité indispensables avec l'ouverture minimum aux familles et au monde extérieur qui caractérise l'évolution générale de l'hospitalisation. Dans la seconde hypothèse, intégrés à l'hôpital général, ils deviennent simplement des services de psychiatrie.

— **L'avenir est en effet dans le développement des services de psychiatrie à l'intérieur des centres hospitaliers généraux :**

Les malades mentaux y rejoignent ainsi la condition de tous les malades en hôpital, dans le maximum de non-ségrégation compatible avec leur état, assurés de la proximité de toutes les autres spécialités hospitalières pour des soins corporels complémentaires. Les équipes psychiatriques qui les encadrent sont appelées à fournir également leur concours aux médecins des autres services (30 % des malades hospitalisés pour troubles somatiques ou fonctionnels auraient en meilleur temps besoin de soins mentaux).

La difficulté de reconnaître à ces services psychiatriques l'autonomie technique et l'individualité comptable au moins utiles pour appliquer la politique de sectorisation et pour obtenir, des organes de gestion de l'hôpital, le soutien financier indispensable à leur développement.

Dans ce réseau d'établissements hospitaliers subsistent enfin les centres privés, tantôt à but lucratif (maisons de santé, cliniques psychiatriques) tantôt à but désintéressé (établissements des œuvres mutualistes, œuvres pour enfants débiles profonds créées à l'initiative d'associations). La loi de 1970 soumet ces divers centres hospitaliers privés au régime administratif de droit commun avec possibilité de collaborer au service public. L'éventail de leurs activités les conduira parfois à tomber sous l'emprise de la loi du 30 juin 1975 en faveur des handicapés.

Cet équipement hospitalier psychiatrique est aujourd'hui estimé excédentaire en nombre de lits et l'effort demandé par les VI^e et VII^e Plans a porté sur la qualité des conditions d'accueil et de séjour.

3°) Services extra-hospitaliers de cure et de postcure :

Ceux-ci, fort développés à l'étranger (États-Unis, Grande-Bretagne, Pays-Bas), sont, en revanche, en France trop peu nombreux et leur développement, notamment depuis 1970, conditionne la réussite de la politique de sectorisation et de sortie rapide des hôpitaux.

Les plus importants sont :

— les hôpitaux de jour où les malades sont traités dans la journée et regagnent leur foyer chaque soir :

— les foyers de postcure appelés à recueillir les malades dépourvus de famille ou trop coupés d'elle pour la rejoindre sans transition :

- les ateliers protégés où les malades gagnent leur vie, mais restent sous surveillance médicale (ces ateliers sont parfois jumelés avec un hôpital de jour ou un foyer de postcure) ;
- les centres de rééducation pour alcooliques appelés à décharger les équipes de secteur tout en restant en liaison avec elles.

C. — *Le régime de placement des malades en cure*

Les pathologies au titre desquelles les malades sont traités aboutissent à des régimes de placement relativement différenciés que le législateur a encore développés ces dernières années en prévoyant des statuts spéciaux pour les drogués et les alcooliques.

1°) **Les régimes habituels de placement** expriment ici, dans leur diversité, les préoccupations des pouvoirs publics et de l'opinion, partagés entre la crainte du « fou dangereux » et le risque d'internement arbitraire.

a) Cela apparaît d'abord dans les **procédures de placement** :

— la plus fréquente : 81 % des cas entre 1975 et 1979, est celle dont ne parlent pas les textes : le placement libre que les malades demandent eux-mêmes en accord avec le médecin dans le cadre du droit commun hospitalier. Elle a le double avantage de respecter la liberté individuelle et de faciliter la cure :

— le deuxième placement par ordre d'importance (environ 16 % des admissions) est le placement dit volontaire, par opposition au placement d'office ci-après étudié. Il est en fait très mal qualifié : le malade ici étant inapte à donner son consentement, c'est la famille ou une relation proche (à justifier) qui prend la responsabilité médicale de la demande d'internement par souci de discrétion et de rapidité. Pour écarter le risque incontestable d'arbitraire, l'article L. 333 CSP exige, en accompagnement de la démarche, un certificat médical de moins de quinze jours constatant l'état mental de la personne à placer, les symptômes de la maladie et la nécessité d'un placement en établissement. L'admission déclenche alors un certain nombre de contrôles administratifs a posteriori.

— le placement d'office (le plus rare, 3 % des cas) est celui qui peut être ordonné par le préfet dans un arrêté d'internement « lorsque l'état du malade compromet l'ordre public et la sûreté des personnes » (art. L. 343 CSP). En cas de danger imminent attesté par le certificat médical ou par la « notoriété publique », toutes mesures provisoires peuvent être prises par le maire qui en réfère au préfet dans les vingt-quatre heures (art. L. 344 CSP). On y retrouve les contrôles administratifs a posteriori du placement volontaire. De plus :

- dans le premier mois de chaque semestre, les chefs d'établissements sont tenus d'adresser au préfet un rapport du médecin sur l'état de chaque personne retenue, la nature de la maladie et l'évolution du traitement. Le préfet doit, au vu de ce rapport, prendre pour chaque cas une décision de maintien ou de sortie ;

- les décisions prises par le préfet peuvent être contrôlées dans leur légalité formelle par le juge administratif. Mais, pour tous les problèmes de fond relatifs à la nécessité de l'internement et à ses conséquences dommageables, la loi de 1838 a confié ici au juge judiciaire un rôle privilégié de protection du malade mental, confirmé par la jurisprudence ultérieure et qui tient à sa qualité de gardien traditionnel de la liberté individuelle, au demeurant compétent pour tout ce qui touche l'état et la capacité des personnes ;

- La loi du 3 janvier 1968 apporte aux personnes internées d'office ou à la demande des familles une importante garantie nouvelle de nature judiciaire : le malade peut demander au tribunal civil sa sortie immédiate (art. L. 351 CSP), au besoin suppléé par ses proches (tuteur, curateur, conjoint, allié ou ami), mais il lui sera difficile d'apporter la preuve du caractère abusif du traitement et d'atteindre ainsi les responsables.

On retiendra encore de ces trois régimes de placement qu'il est possible de passer de l'un à l'autre en fonction des constatations médicales faites mais les autorités hospitalières devront alors respecter toutes les garanties prévues dans le dernier régime retenu.

Le bilan qui résulte de l'addition de ces protections administratives et judiciaires pour les malades mentaux internés doit demeurer nuancé. Les cas d'abus demeurent rares. La qualité des contrôles administratifs actuels s'améliore avec l'extrême vigilance des directeurs et médecins psychiatres d'établissements dont les moyens d'observation médicale se sont

accrus et dont la conscience professionnelle, particulièrement alertée sur ces questions, se double d'une sensibilité aiguë aux critiques de la presse et de l'opinion. Toute la politique de sectorisation psychiatrique tend en effet à garder la totale confiance des malades et à les faire sortir dès que possible de l'hôpital. Mais le climat s'améliorerait sans doute encore si le législateur généralisait le principe de l'intervention des tribunaux judiciaires a priori pour toutes décisions d'internement — après audition d'une commission médicale — comme c'est le cas pour les alcooliques dangereux.

b) La conciliation entre sécurité et liberté inspire également les règles du séjour à l'hôpital psychiatrique. Les conditions de visite, de sortie, ont été considérablement libéralisées dans la pratique psychiatrique sous réserve d'une action de suite organisée en collaboration entre le malade, le personnel soignant et les familles. On ne peut cependant ignorer le problème qui demeure entier des malades chroniques.

c) La projection du patrimoine des malades mentaux a été elle-même remaniée par la loi du 3 juin 1968 pour éviter la rigidité et l'arbitraire.

- Quant à ses destinataires, cette protection d'abord n'est plus réservée aux seuls malades mentaux ; elle peut être envisagée à l'égard de toute personne qui, à raison de maladie ou d'infirmité, se trouve dans l'impossibilité de veiller elle-même à ses intérêts matériels à l'hôpital ou à domicile.

- Dans son contenu, cette protection est graduée, allant de la simple « sauvegarde de justice » (exercice des droits conservé, mais garanties accrues) la « curatelle » (simple assistance d'un curateur) et à la « tutelle » (représentation par un tuteur, plus souple que l'ancienne interdiction judiciaire).

- Enfin, pour son élaboration, la décision de protection et des modalités résultent d'une collaboration entre le juge des tutelles et le médecin : celui-ci est tenu de donner au juge son avis après avoir pris l'initiative de le saisir.

2°) Le régime des alcooliques dangereux pour autrui

La détection d'alcooliques présumés dangereux (art. L. 355-1 à L. 355-13 CSP) dans les dispensaires et établissements psychiatriques ou dans les prisons à l'occasion de poursuites judiciaires, a conduit à prévoir ici un régime administratif ambigu qui vise à protéger les tiers en offrant en même temps à l'alcoolique une possibilité de s'amender.

Après enquête sociale et examen médical, l'autorité sanitaire doit s'efforcer de convaincre le malade de se faire soigner avec le concours des services d'hygiène mentale et l'aide de sociétés anti-alcooliques.

Au cas de refus, l'alcoolique sera convoqué devant une commission médicale départementale qui peut, elle-même, saisir le tribunal de grande instance par l'intermédiaire du procureur de la République. Une décision judiciaire assortie de garanties de procédure peut être prononcée pour un placement soit dans un centre de rééducation pour alcooliques, soit dans un hôpital psychiatrique.

Il est vrai que ce régime est peu appliqué et conduit parfois à des échecs. Beaucoup de malades effrayés par l'hôpital psychiatrique supportent mal d'aller y faire une cure de désintoxication. Un certain nombre de médecins souhaitent faire sortir l'alcoolique du champ de la psychiatrie et mieux aider les malades par le biais de l'hygiène alimentaire : une trentaine de centres d'hygiène pour buveurs excessifs existent ainsi à l'heure actuelle. De nombreuses recherches et des efforts d'éducation sanitaire sont entrepris pour approfondir les moyens de lutte sous l'égide du Haut Comité d'étude et d'information sur l'alcoolisme créé en 1954.

3°) Régimes de la lutte contre les toxicomanies à base de stupéfiants

Le développement dans les pays occidentaux du nombre des toxicomanes et la gravité des dégradations et déséquilibres enregistrés sont à l'origine de politiques de protection sanitaires variées, d'élaboration difficile, tant l'information est encore insuffisante, les causes du mal complexes, les doctrines de protection discutées et les médecins eux-mêmes hésitants.

Inspirée par le double souci de réprimer le trafic des stupéfiants et la nécessité de soigner les intoxiqués transformée en trafiquants d'occasion, la loi du 31 décembre 1970 a imaginé en France un système de protection mi-administrative, mi-pénale, dans le prolongement de la réglementation des stupéfiants et qui fait désormais coexister un traitement obligatoire et un traitement volontaire, comme dans la lutte contre l'alcoolisme.

a) Le traitement obligatoire résulte des termes de la loi du 31 décembre 1970 qui, pour l'usage illicite de stupéfiants, place le délinquant sous la surveillance de l'autorité sanitaire (art. L. 355-14 CSP).

L'initiative peut venir du parquet qui a découvert les activités illicites et qui enjoint, alors, directement au toxicomane de suivre une cure de désintoxication ou de se mettre sous surveillance médicale avec contrôle de l'autorité sanitaire, aussitôt saisie.

L'initiative peut venir également de l'autorité sanitaire elle-même informée par le certificat d'un médecin ou le rapport d'une assistance sociale. Elle fait alors appliquer directement les mesures de désintoxication ou de surveillance.

Les poursuites pénales prévues contre ceux qui font usage illicite de stupéfiants ne seront pas engagées si le délinquant accepte spontanément cette cure (art. L. 628 CSP).

b) Le traitement volontaire est celui réservé aux toxicomanes qui se présentent spontanément dans un dispensaire ou dans un établissement hospitalier. Ils échappent alors aux contraintes du traitement obligatoire et peuvent se faire soigner gratuitement dans l'anonymat s'ils le désirent.

Les cures autrefois indiquées dans les hôpitaux psychiatriques sont également organisées dans les grands hôpitaux généraux, mais de plus en plus dans des centres d'accueil spécialisés avec équipes pluridisciplinaires (ex. : Marmottan) et dans les centres de postcure où l'on recherche la réinsertion sociale (Luchon, Portel-de-Corbières).

Les dépenses des organismes publics émanent au budget départemental à titre de dépenses obligatoires des services d'hygiène sociale, ensuite partagées entre l'Etat et les départements. Des subventions sont accordées par ces collectivités aux centres privés.

ANNEXE N° 8

L'AIDE SOCIALE AUX FAMILLES

L'aide sociale aux familles comprend **deux formes** :

1°) L'aide sociale aux familles dont les ressources sont insuffisantes

Cette forme d'aide, instituée en 1913 et structurée sur ses bases actuelles en 1939, n'est **pratiquement plus octroyée aujourd'hui**.

Le recours à l'aide sociale aux familles se justifiait à l'origine, tant que les allocations familiales n'étaient pas accordées ou l'étaient seulement à un taux inférieur à celui des salariés urbains.

L'**extension progressive des prestations familiales** à la population non active et l'établissement d'une parité de taux entre zones urbaines et rurales à rendu sans objet l'attribution en métropole de l'aide sociale aux familles dont les ressources sont insuffisantes, cette aide ne pouvant se cumuler avec les prestations familiales que dans la limite du montant de celles-ci, ce qui ne justifie donc plus un tel cumul dans la quasi-totalité des cas.

2°) L'aide sociale aux familles dont les soutiens accomplissent le service militaire

Les « allocations militaires », créées par une loi de 1928, sont des prestations en espèces destinées à aider l'épouse ou les descendants de l'appelé.

A l'origine, l'Etat en supportait seul la dépense, et les dossiers passaient devant des commissions spécialisées distinctes des commissions d'admission à l'aide sociale. Lors de la **réforme de 1953**, elles ont été intégrées au droit commun de l'aide sociale.

Le décret n° 64-355 du 20 avril 1964 les fit retomber partiellement dans le régime antérieur : financement sur le budget de l'Etat uniquement (ministère de la défense nationale), décision d'admission prononcée par le préfet. Mais les décisions restaient soumises au contentieux de l'aide sociale (commission centrale).

Les modalités de l'allocation militaire ont été redéfinies par le décret n° 76-303 du 2 avril 1976, et son taux fixé par le décret n° 76-304 du même jour : l'allocation varie de 100 F à 300 F par mois selon les ressources et le nombre de personnes à charge.

L'**importance financière** de cette allocation, qui est **désormais détachée entièrement de l'aide sociale, sauf pour le contentieux**, est très faible (moins de 10 millions de francs). Le législateur a préféré s'orienter d'une part vers le relèvement du « prêt » du soldat et d'autre part vers l'amélioration de sa couverture sociale : la loi n° 74-574 du 4 juillet 1975 accorde à la famille de la personne qui accomplit le service national le bénéfice des prestations en nature des assurances maladie et maternité.

ANNEXE N° 9

**L'AIDE SOCIALE EN MATIERE DE LOGEMENT
D'HEBERGEMENT ET DE READAPTATION SOCIALE**

L'aide sociale en matière de logement, d'hébergement et de réadaptation sociale revêt deux formes, d'importance inégale et d'évolution opposée.

1. — L'allocation de foyer

Cette prestation n'existe pratiquement plus. Jusqu'en 1972, elle était accordée aux personnes âgées, aux handicapés, et aux autres personnes dont les ressources étaient inférieures à un certain plafond. La loi n° 71-582 du 16 juillet 1971, en créant une nouvelle prestation servie par les caisses d'allocations familiales et financée par le fonds national d'aide au logement, l'**allocation de logement à caractère social**, destinée aux personnes âgées, aux handicapés et aux jeunes ménages. Elle a dans le même temps supprimé l'allocation de loyer aux deux premières catégories. La troisième a du reste presque totalement disparu en pratique, car le plafond de ressources n'a pas été revalorisé depuis 1961.

2. — Les centres d'hébergement et de réadaptation sociale

Ce terme désigne des établissements sans vocation médicale, accueillant en vue de préparer leur réinsertion sociale, diverses catégories de populations relativement disparates, mais dont le point commun est de nécessiter un hébergement en principe temporaire.

Jusqu'en 1974, ils s'adressaient : aux personnes sorties d'établissements de soins et se trouvant sans ressources et sans logement ; aux personnes libérées de prison ; aux vagabonds dits « reclassables », aux personnes se livrant à la prostitution ou en danger de prostitution.

La loi n° 74-955 du 19 novembre 1974 à élargi le champ d'application de cette aide, d'une part en permettant l'**accueil de familles** et non plus seulement d'individus isolés, d'autre part en étendant la liste des catégories concernées. Le décret d'application (décret n° 76-526 du 15 juin 1976) ajoute aux catégories déjà citées, les suivantes : personnes sans logement sortant d'établissements sociaux et médico-sociaux pour handicapés ; les personnes et les familles qui se trouvent involontairement privées de logement et qui ont besoin d'être momentanément hébergées (notamment les expulsés, les femmes battues...) ; les personnes et les familles françaises rapatriées de l'étranger ; les personnes étrangères, en instance d'attribution du statut de réfugiés, les « personnes et les familles qui ne peuvent assumer seules leurs responsabilités sociales ou familiales » (« cas sociaux lourds ») ; les inculpés placés sous contrôle judiciaire ; les condamnés soumis au sursis avec mise à l'épreuve. Cette énumération n'est pas limitative.

Il y a environ 200 centres d'hébergement, disposant de 8 000 lits ; ils sont gérés en majorité par des associations privées, parfois par les bureaux d'aide sociale. Ils dispensent le gîte et le couvert, mais également une action socio-éducative générale ou spécialisée, une assistance administrative (démarches pour le logement, l'emploi...) ; en outre, les personnes admises en centres d'hébergement ou qui en sortent peuvent désormais être admises en centre d'aide par le travail ou en atelier protégé.

ANNEXE N° 10

FINANCEMENT DES DEPENSES NETTES D'AIDE SOCIALE 1982

(milliers de francs)

Départements	Dépenses nettes à répartir	Part de l'Etat	Part des communes	Part du département
01 - Ain	180 166	113 810	30 701	35 654
02 - Aisne	413 276	263 845	31 362	118 068
03 - Allier	247 637	163 034	12 398	72 205
04 - Alpes de H ^c Provence	69 998	54 384	7 388	8 225
05 - Alpes Hautes	62 240	43 705	9 016	9 518
06 - Alpes Maritimes	688 657	337 636	67 909	283 110
07 - Ardèche	153 566	114 784	20 582	18 199
08 - Ardennes	221 200	140 925	39 006	41 268
09 - Ariège	73 014	55 614	7 926	9 473
10 - Aube	185 868	109 623	29 205	47 039
11 - Aude	244 696	154 581	52 352	37 762
12 - Aveyron	148 993	106 649	23 830	18 512
13 - Bouches-du-Rhône	1 599 235	849 986	401 189	348 059
14 - Calvados	519 624	253 073	77 524	189 026
15 - Cantal	114 135	76 484	21 331	16 319
16 - Charente	223 981	140 297	23 268	60 415
17 - Charente-Maritime	406 691	248 967	73 478	84 244
18 - Cher	243 673	161 706	24 985	56 982
19 - Corrèze	134 431	96 760	15 271	22 400
20 - Corse (Haute)	159 877	144 526	8 710	6 640
20 - Corse du Sud	172 575	155 972	9 137	7 465
21 - Côte-d'Or	322 842	201 925	42 506	78 410
22 - Côte-du-Nord	313 489	222 608	36 306	54 575
23 - Creuse	122 831	90 502	15 700	16 627
24 - Dordogne	309 142	225 803	39 600	43 738
25 - Doubs	252 156	147 248	30 900	74 007
26 - Drôme	258 469	170 256	35 295	52 916
27 - Eure	393 792	226 078	62 047	105 666
28 - Eure-et-Loir	224 794	116 976	40 370	67 446
29 - Finistère	529 626	374 780	90 184	64 661
30 - Gard	346 806	217 807	56 852	72 146
31 - Garonne (Haute)	572 830	291 496	69 455	211 878
32 - Gers	109 772	75 547	16 594	17 630
33 - Gironde	796 563	479 327	46 359	270 875
34 - Hérault	507 847	297 830	88 036	121 980
35 - Ille-et-Vilaine	545 375	355 184	55 385	134 806
36 - Indre	144 129	98 005	17 377	28 746
37 - Indre-et-Loire	344 985	221 849	45 523	77 612
35 - Isère	702 903	395 239	142 108	165 555
39 - Jura	138 430	84 120	14 239	40 070
40 - Landes	192 658	155 084	9 470	28 103
41 - Loire-et-Cher	206 313	130 281	29 521	46 510
42 - Loire	374 156	238 550	46 545	89 060

Départements	Dépenses nettes à répartir	Part de l'Etat	Part des communes	Part du département
43 - Loire (Haute)	98 040	68 385	14 289	15 365
44 - Loire Atlantique	619 659	391 189	52 375	176 093
45 - Loiret	331 250	198 274	47 248	85 726
46 - Lot	83 560	62 469	11 255	9 835
47 - Lot-et-Garonne	263 216	162 852	48 579	51 784
48 - Lozère	71 367	54 267	6 182	10 917
49 - Maine-et-Loire	339 099	228 845	36 489	73 764
50 - Manche	284 657	143 250	40 063	101 344
51 - Marne	379 540	219 925	50 598	109 016
52 - Marne (Haute)	125 884	74 060	25 143	26 680
53 - Mayenne	178 280	116 612	25 512	36 154
54 - Meurthe-et-Moselle	497 006	281 219	61 119	154 666
55 - Meuse	119 208	78 355	18 808	22 044
56 - Morbihan	433 423	299 087	71 137	63 197
57 - Moselle	656 899	415 630	87 201	154 067
58 - Nièvre	170 972	117 530	18 746	34 695
59 - Nord	2 348 230	1 474 989	323 336	549 904
60 - Oise	543 627	309 232	80 950	153 445
61 - Orne	359 513	204 272	54 816	100 423
62 - Pas-de-Calais	1 210 473	808 981	195 614	205 877
63 - Puy-de-Dôme	270 875	172 864	46 414	51 595
64 - Pyrénées-Atlantique	406 816	252 955	73 443	80 416
65 - Pyrénées (Hautes)	188 625	135 576	23 763	29 285
66 - Pyrénées-Orientales	237 260	146 684	51 332	39 244
67 - Rhin (Bas)	484 838	268 530	89 449	126 859
68 - Rhin (Haut)	403 102	228 750	82 339	92 011
69 - Rhône	1 019 328	539 519	255 279	224 529
70 - Saône (Haute)	138 393	96 157	17 289	24 946
71 - Saône-et-Loire	279 917	179 037	46 028	54 851
72 - Sarthe	344 319	213 070	18 856	112 392
73 - Savoie	217 132	127 818	42 285	47 029
74 - Savoie (Haute)	227 149	126 828	38 045	62 275
76 - Seine-Maritime	1 145 577	591 923	80 113	473 540
79 - Sèvres (Deux)	205 570	132 932	38 141	34 496
80 - Somme	444 462	269 613	37 100	137 748
81 - Tarn	203 001	135 502	33 112	34 386
82 - Tarn-et-Garonne	113 371	79 822	16 479	17 069
83 - Var	402 257	240 819	99 958	61 480
84 - Vaucluse	313 398	190 552	44 960	77 884
85 - Vendée	291 502	204 718	37 569	49 215
86 - Vienne	270 889	177 472	48 948	44 468
87 - Vienne (Haute)	259 423	179 322	37 808	42 291
88 - Vosges	210 419	124 961	42 286	43 171
89 - Yonne	278 501	177 570	29 211	71 718
90 - Ter.-de-Belfort	83 119	52 073	3 659	27 386

Départements d'Outre-mer	Dépenses nettes à répartir	Part de l'Etat	Part des communes	Part du département
Guadeloupe				
Guyane	180 412	156 642	8 608	15 162
Martinique	517 952	415 528	45 321	57 103
Réunion (La)	1 133 398	920 983	103 723	108 691

Région				
Ile-de-France				
77 - Seine-et-Marne	534 199	283 334	56 383	194 681
78 - Yvelines	665 593	374 849	34 534	256 209
91 - Essonne	621 610	383 897	28 229	209 484
92 - Haut-de-Seine	1 220 789	548 805	66 255	605 728
93 - Seine-Saint-Denis	1 354 177	736 541	68 181	549 454
94 - Val-de-Marne	1 232 424	612 280	99 859	520 284
95 - Val-D'Oise	671 395	409 502	35 974	225 918
Préf. de la région Ile-de-France				
A.C.M.I.				
Total (métropole sans Paris)	37 826 813	22 706 404	5 009 728	10 110 681