

SÉNAT

PREMIÈRE SESSION ORDINAIRE DE 1976-1977

Annexe au procès-verbal de la séance du 23 novembre 1976.

RAPPORT GÉNÉRAL

FAIT

au nom de la Commission des Finances, du Contrôle budgétaire et des Comptes économiques de la Nation (1), sur le projet de loi de finances pour 1977,
ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE.

Par M. René MONORY,

Sénateur,

Rapporteur général.

TOME III

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

ANNEXE N° 35

Travail et Santé.

III. — SANTÉ

Rapporteur spécial : M. Paul RIBEYRE.

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

Voir les numéros :

Assemblée Nationale : (5^e législ.) : 2524 et annexes, 2525 (tomes I à III et annexe 33),
2530 (tome XIII) et in-8° 555.

Sénat : 64 (1976-1977).

Loi de finances. — Santé publique - Recherche médicale - Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) - Institut Pasteur - Institut du radium - Enseignement - Médecine préventive - Aide médicale - Hôpitaux - Action sociale.

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	3
CHAPITRE I. — La recherche médicale	7
CHAPITRE II. — L'enseignement	15
CHAPITRE III. — L'action médicale	21
CHAPITRE IV. — L'action sociale	37
EXAMEN EN COMMISSION ET CONCLUSION	49

MESDAMES, MESSIEURS,

Une fois encore, le budget de la Santé est modifié : des chapitres, des dotations et des emplois sont transférés à la Section qui est commune aux deux départements du Travail et de la Santé, mesure qui préfigure la fusion totale des deux services, tant au niveau de l'administration centrale qu'à celui des services extérieurs.

Ces transferts affectent seulement le titre III (moyens des services). Totalement vidé de ses emplois, il ne comporte plus que des crédits de matériel afférents à la protection et à la prévention sanitaires, les subventions accordées aux établissements nationaux à caractère social, à l'École nationale de la santé publique et à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale ainsi que de menus crédits d'études et de vacations.

En gros, le budget de la Santé ne comprend plus guère — ce qui est néanmoins considérable en dotations — que le financement d'actions et d'aides sanitaires et sociales ainsi que celui des équipements d'accompagnement.

Pour pouvoir comparer les dotations ouvertes en 1976 et en 1977 afin de mesurer le complément d'effort consenti cette année par le Gouvernement, il a fallu reconstituer le budget de 1976 comme si les transferts étaient déjà intervenus. D'une manière résumée, les résultats sont les suivants :

TOTAL DES CRÉDITS ..	{	1976	11.758 millions de francs	} + 11,1 %
		1977	13.001 millions de francs	

TITRE III. — Moyens des services.

— 359 millions de francs, soit 70 millions de francs (+ 19,5 %).

En millions de francs.

A. — Mesures acquises :

— Rémunérations des membres des commissions de réforme et des comités médicaux départementaux

 + 1

B. — Mesures nouvelles :

— renforcement des services de recherche (I.N.S.E.R.M. et S.C.P.R.I.) dont création de 131 emplois

+ 59

— établissements de jeunes sourds et de jeunes aveugles	+ 6
— Ecole nationale de la santé publique	+ 3
— ajustements divers	+ 1

TITRE IV. — Interventions publiques.

— 11.853 millions de francs, soit + 1.284 millions de francs (ou + 12,1 %).

	En millions de francs.	
A. — <i>Mesures acquises</i>		+ 1.130
— ajustement des crédits d'aide médicale	— 187	
— ajustement des crédits de protection et de prévention sanitaire	+ 435	
— ajustement des crédits d'aide sociale	+ 882	
	En millions de francs.	
B. — <i>Mesures nouvelles</i>		+ 154
a) <i>Actions de caractère sanitaire :</i>		
— formation de personnels médicaux et paramédicaux	+ 37	
— éducation sanitaire	+ 4	
— divers	+ 1	
b) <i>Actions de caractère social :</i>		
— formation de personnels sociaux	+ 55	
— subvention aux services départementaux d'aide sociale	+ 15	
— financement partiel des centres sociaux ..	+ 9	
— maisons familiales de vacances	+ 2	
— personnes âgées	+ 10	
— handicapés	+ 11	
— prévention et action sociale volontaire	+ 10	

TITRES V ET VI. — Budget d'équipement.

— Crédits de paiement	$\left\{ \begin{array}{l} 1976 : 1.326 \text{ millions de francs} \\ 1977 : 1.148 \text{ millions de francs} \end{array} \right\}$		— 13,4 %
— Autorisations de programme :	En millions de francs.		
	1976	1977	Variations %
	—	—	—
1. <i>Etudes et contrôles</i>	12	15	+ 25
2. <i>Equipements sanitaires :</i>			
a) établissements de l'Etat	8	4	— 50
b) subventions d'équipement	1.110,1	1.135,6	+ 2,3

<i>dont :</i>			
— travaux neufs	775,1	759,1	— 2,1
— travaux « d'humanisation »	265	316,5	+ 19,4
— écoles d'infirmières	70	60	— 14,3
 3. <i>Equipements sociaux :</i>			
a) établissements d'Etat	3	2,3	— 23,3
b) subventions d'équipement	331	307	— 8,9
<i>dont établissements pour :</i>			
— enfants handicapés	61	55	— 9,8
— adultes handicapés	80	82	+ 2,5
— enfants, adolescents, famille	110	84	— 23,6
— personnes âgées	66	59	— 10,6
— écoles de travailleurs sociaux	15	15	—
 4. <i>Equipements de la Recherche médicale</i>	 189,4	 215,2	 + 13,6
TOTAUX	1.659,5	1.679,1	+ 1,2

Après avoir augmenté de moitié en seulement deux exercices (1975-1976), le budget de la Santé marquera une pause en 1977 car si la progression des dotations atteint 11,1 % — soit deux points et demi de moins que la croissance du total des dépenses du budget général — il s'agit d'une majoration en *valeur nominale* : pour connaître la progression *en termes réels*, il faut en défalquer la hausse des prix qui devrait être de 8 % d'une année sur l'autre selon les prévisions des comptables nationaux.

Ce ralentissement affecte légèrement le titre IV des interventions publiques (+ 12,1 %) mais il est essentiellement dû à la diminution (—13,4 %) des crédits de paiement pour dépenses en capital et le volume de ceux-ci dépend bien davantage des règlements à intervenir pour des opérations engagées dans le passé que de la couverture des premiers mémoires relatifs aux opérations inscrites pour 1977.

Par ailleurs, à l'intérieur d'une enveloppe dont les contours ne sont que peu modifiés, on assiste à un redéploiement des dotations et au cas particulier du département de la Santé, à une certaine concentration des crédits sur huit des vingt-cinq programmes d'action prioritaires (les P.A.P.) qu'a définis et dotés pour cinq ans le VII^e Plan de développement économique et social. En voici le détail :

P.A.P. No	FONCTION- NEMENT	EQUIPEMENT (autorisations de programme)
	(En millions de francs.)	
7 - Accélérer la départementalisation économique des D.O.M.	10,2	»
14 - Nouvelle politique de la famille	36,7	45,8
15 - Favoriser le maintien à domicile des personnes âgées	27,9	48,6
16 - Développer la prévention et l'action sociale volontaire	58,6	0,5
19 - Humaniser les hôpitaux	224,5	376,5
20 - Renforcer la sécurité routière	18,1	15
21 - Mieux vivre dans la ville	36	51,4
25 - Renforcer le potentiel scientifique du pays	118	82
Totaux	530	619,8

Si le « noyau dur » que constituent les P.A.P. représente 37 % des dépenses d'équipement, il n'entre que pour un peu plus de 4 % dans les dépenses ordinaires : c'est que le budget de la Santé subit déjà une hypothèque de rang supérieur à celle des P.A.P. avec l'obligation de financer par préciput la part de l'Etat dans les dépenses d'Aide médicale et d'Aide sociale ; deux chapitres (46-11 et 46-21), avec pour 1977 une somme de 9.189 millions de francs, représentent à eux seuls 70,7 % du total du budget et plus des trois quarts des dépenses ordinaires.

*
**

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

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

CHAPITRE PREMIER

LA RECHERCHE MÉDICALE

L'ensemble des activités de recherche relevant du département de la Santé sont conduites, pour l'essentiel, par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (I.N.S.E.R.M.). Reçoivent par ailleurs des subventions les Instituts Pasteur et l'Institut du radium. Elles sont financées sur l'enveloppe « Recherche », laquelle alimente également mais à travers le Secrétariat d'Etat aux Universités, le C.N.R.S. et les U.E.R. médicales.

*

**

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

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

L'Institut aborde le VII^e Plan rénové dans ses structures et renforcé dans ses moyens.

Les réformes introduites dans l'organisation ont eu pour objet :

— de regrouper les chercheurs isolés pour constituer des unités et des groupes : alors qu'en 1970, 44 % des chercheurs étaient isolés, le taux était ramené à 30 % cinq ans plus tard ; six groupes nou-

veaux sont en cours de création en 1976 et dix services communs sont mis en place pour apporter aux chercheurs le soutien logistique de l'organisme ;

— de rendre le chercheur directement responsable de ses activités grâce aux contrats de recherche signés dorénavant par les chercheurs eux-mêmes ;

— d'assurer un bon équilibre entre les contrats sur recherche libre, lorsque le thème de recherche est défini par le demandeur, ou de contrats thématiques, quand le sujet de recherche s'inscrit dans le cadre d'un thème de recherche, d'une action thématique programmée (A.T.P.) ;

— d'associer étroitement les laboratoires universitaires aux recherches médicales par l'octroi de contrats ;

— de décentraliser les activités de recherche par la création de pôles d'attraction ; c'est ainsi que vient d'être créé à Marseille un centre d'immunologie par décentralisation d'une équipe parisienne.

Toutefois l'I.N.S.E.R.M. connaît certaines difficultés dans le recrutement des chercheurs. A la base, il s'effectue dans certains cas à un niveau qui ne tient pas convenablement compte des travaux antérieurs des candidats (souvent docteurs d'Etat ès sciences ou d'un niveau équivalent) ; d'autre part, il est difficile d'attirer en cours de carrière des médecins confirmés travaillant dans les cadres hospitalo-universitaires (chefs de clinique, agrégés de médecine), d'où le tassement de la proportion des médecins dans l'ensemble des chercheurs de l'organisme. Le redressement de cette situation sera entrepris dès 1977.

Sur le plan scientifique, les thèmes prioritaires définis par le VII^e Plan sont les suivants :

- le cerveau, la santé mentale et le comportement ;
- la génétique, la périnatalité, la reproduction ;
- l'immunologie ;
- la microbiologie et les manipulations génétiques ;
- la pharmacologie moléculaire et clinique ;
- le génie biologique et médical.

Enfin, on s'efforcera tout particulièrement de développer les recherches en santé publique et en économie de la santé.

Mais il est évident que les efforts de l'I.N.S.E.R.M. ne sauraient se limiter à ces objectifs. Des secteurs importants ne sont pas inclus et doivent bénéficier d'un soutien accru. Il s'agit en particulier de la cancérologie, des maladies cardio-vasculaires et rénales.

Les crédits proposés pour 1977 s'élèvent à 266,9 millions de francs pour le fonctionnement (+ 28,2 %) et à 155 millions d'autorisations de programme pour l'équipement (+ 12,5 %).

13,5 millions permettent la création de 138 postes, soit 63 postes de chercheurs et 75 postes d'I.T.A. (ingénieurs, techniciens et administratifs) ainsi que la transformation de 70 emplois (dont 27 affectés au P.A.P. n° 25). Par ailleurs, 44 postes supplémentaires (8 chercheurs et 36 I.T.A.) sont ouverts par « stabilisation » dans un contrat de type C.N.R.S. de personnels hors statut : cette mesure n'ayant pas d'incidence financière puisqu'elle a été gagée par prélèvement sur les dépenses de fonctionnement.

Les autorisations de programme se ventilent ainsi :

	1976	1977
	(En millions de francs.)	
Soutien des programmes	84,24	101
Equipement	22	17,70
Opérations immobilières	4,70	9,30
Contrats	25,60	27
Totaux	136,54	155

Les crédits prévus au titre des opérations immobilières correspondent à des réévaluations de prix (5 millions de francs), aménagements (4 millions de francs) et études (0,3 million de francs).

Sur l'ensemble des crédits proposés, un montant de 59,5 millions de francs est destiné au financement du programme d'action prioritaire n° 25 du VII^e Plan : « Recherches sur les conditions et le cadre de vie. Recherches en matière de santé et de prévention des nuisances ».

LE SERVICE CENTRAL DE PROTECTION CONTRE LES RAYONNEMENTS IONISANTS

Ce service qui dispose d'un budget individualisé au sein de l'I.N.S.E.R.M. exerce une triple activité : de *recherche* (notamment établissement de norme, méthodes de mesures et techniques de prévention), de *contrôle permanent* et d'*assistance*.

Un réseau de plus de 90 stations et points réguliers de prélèvements répartis sur le territoire métropolitain et outre-mer a été mis en place par le S.C.P.R.I. qui, par ailleurs, contrôle 40 installations de radiologie médicale ou dentaire en France et, plus récemment, tous les centres nucléaires de base pour ce qui est de leurs effluents radioactifs gazeux et liquides, de leur impact sur l'homme et son environnement et de la protection des travailleurs contre les dangers des rayons ionisants dans ces installations. Ce rôle ne peut que croître avec le développement de la production d'énergie électrique nucléaire et il est à noter que l'implantation d'une centrale requiert un avis conforme donné par le Ministre de la Santé.

C'est précisément sa compétence, en même temps que son indépendance, qui a valu au S.C.P.R.I. l'honneur d'être désigné, depuis 1969, par l'Organisation mondiale de la santé comme Centre international de référence pour la radioactivité malgré une redoutable concurrence américaine. Aujourd'hui, le National Bureau of Standards des U.S.A. considère lui-même le S.C.P.R.I. comme « le seul grand fournisseur mondial de standards de radio-protection ». Cette situation contribue à une position favorable pour notre pays sur le plan international : tant pour ses activités nationales que pour ses initiatives internationales dans le domaine atomique ; le Gouvernement dispose ainsi d'une caution indiscutablement objective de fiabilité.

En 1977, le Service recevra du budget de l'Etat 2,1 millions de francs en mesure nouvelle de fonctionnement et une autorisation de programme de 6,1 millions (même somme qu'en 1976).

Il sera notamment possible de créer quatre emplois d'I.T.A.

Sur les 6,1 millions affectés aux dépenses de soutien des programmes, 0,2 million est destiné au P.A.P. n° 25 (Recherches sur les conditions et le cadre de vie ; Recherches en matière de santé et de prévention des nuisances).

LES INSTITUTS PASTEUR

L'Institut Pasteur est une fondation reconnue d'utilité publique dont les derniers statuts ont été approuvés par un décret du 14 février 1967. Il a son siège à Paris et des filiales en province, dans les D.O.M. et à l'étranger.

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

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

La crise financière grave qu'a traversée l'Institut Pasteur de Paris a été l'occasion d'une réforme de structure qui s'est poursuivie au cours des exercices 1975-1976 sur la base du plan de « rénovation » proposé par le directeur et des conclusions de la mission d'études dite « mission Morin » désignée par le Gouvernement. Pendant cette période transitoire, l'Etat a d'ailleurs apporté une contribution exceptionnelle :

• Au niveau du *Centre de recherches*, des regroupements et aménagements ont été opérés en vue d'obtenir un meilleur rendement. Actuellement, le Centre de recherches comprend six départements :

- biochimie et génétique microbienne ;
- bactériologie ;
- virologie ;
- écologie des agents pathogènes et de leurs vecteurs ;
- immunologie ;
- biologie moléculaire.

• Le *Centre d'enseignement* a été organisé sous forme d'un département d'enseignement et doté d'un Conseil comportant des personnalités extérieures. Les regroupements opérés dans d'autres secteurs ont permis une meilleure implantation des locaux.

• Il a été créé une *Direction de la recherche appliquée et de développement* destinée à la coordination des activités et des programmes de recherche et des activités industrielles de l'Institut Pasteur.

Les difficultés ne sont certes pas encore totalement aplanies et il importe de suivre de très près les différents secteurs de l'organisme.

Sur le plan scientifique, les thèmes explorés sont les suivants :

- étude des phénomènes vitaux à l'échelon subcellulaire ;
- reproduction, développement et régularisation des organismes pluricellulaires ;
- interrelations entre les êtres vivants et leur environnement ;
- sciences de la vie et de l'industrie.

On notera à Lille l'implantation en bordure de mer, sur le territoire de la centrale de Gravelines, d'un laboratoire de microbiologie et de toxicologie des eaux marines et la création d'une unité de virologie en Nouvelle-Calédonie.

Les crédits ouverts pour 1977 comprennent :

a) la reconduction d'une subvention de fonctionnement de 10,4 millions de francs ;

b) l'ouverture d'une autorisation de programme de 50,1 millions ainsi répartie :

- Institut Pasteur de Paris : 45,5 millions ;
- Institut Pasteur de Lille : 2 —
- Instituts d'outre-mer : 2,6 —

Sur ces sommes, le P.A.P. n° 25 sera financé à hauteur de 18,3 millions : 14,6 millions au titre des recherches sur les conditions et le cadre de vie et des recherches en matière de santé et de prévention ; 3,7 millions au titre de la coopération avec les pays en voie de développement.

*
**

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

L'Institut du radium comporte trois secteurs d'activités : hospitalisation et soins ; enseignement ; recherche (section de biologie). Seule la troisième de ces activités relève de la recherche médicale et reçoit à ce titre une subvention de l'enveloppe Recherche affectée au Ministère de la Santé.

L'aide allouée à cet organisme en 1977 se montera à 4,74 millions de francs sous la forme d'une autorisation de programme qui à hauteur de 3,1 millions permettra de couvrir un certain nombre de recherches qui s'inscrivent dans le programme d'action prioritaire n° 25 du VII^e Plan avec les thèmes suivants :

a) *Biophysique des interactions moléculaires* : Etude fine des interactions de l'énergie de radiation avec les macromolécules du matériel génétique et dans celle des interactions physiques et chimiques qui conduisent à la cancérisation cellulaire.

De nouveaux équipements et de nouvelles techniques sont mises au point pour l'étude de la structure des acides nucléiques *in vivo*, et notamment de leurs associations avec les protéines ainsi que des effets des radiations et des mutagènes chimiques sur ces associations acides nucléiques-protéines.

b) *Prévention des nuisances* : La politique mutagène et cancérigène tant par les radiations que par les produits chimiques, en particulier par ceux qui sont liés à la production d'énergie, font l'objet d'un vaste programme centré sur les « rads-équivalents ». Ce nouveau développement vient d'être concrétisé par le premier symposium consacré à ce sujet, organisé par l'Institut du radium sous l'égide et avec le financement d'Euratom. Ces travaux ont pour but d'homogénéiser de manière quantitative les évaluations des degrés de pollution, et d'étendre à la pollution chimique, qui en est encore dépourvue, la législation internationale existant pour les radiations ionisantes.

c) *Etiologie du cancer* : Un laboratoire de cancérogénèse chimique *in vitro* a été installé. Les nouvelles techniques mises au point permettent d'étudier quantitativement l'action transformante de produits chimiques, et notamment des polluants étudiés ci-dessus. Enfin, les études d'immunologie du cancer se développent chez la souris.

CHAPITRE II

L'ENSEIGNEMENT

La mission enseignante du département de la Santé est, pour l'essentiel, axée sur la formation des personnels sanitaires et sociaux dont la gamme est très étendue.

Dans un budget sévèrement touché par l'austérité conjoncturelle, parmi les trois postes qui ont été bien traités figure la formation « professionnelle » si l'on peut dire (1).

*
**

EN MATIÈRE DE FORMATION SANITAIRE

1° *L'Ecole nationale de la santé publique* de Rennes est chargée de la formation et du perfectionnement des personnels de l'Etat, des collectivités, des établissements publics et des organismes publics et privés qui concourent à la protection sanitaire et sociale de la population. A cet effet, elle assure :

- une formation de base en sciences et techniques de la santé, sciences et techniques sociales, administration hospitalière ;
- une formation de base accélérée sur les actions sanitaires, les actions sociales et l'administration hospitalière ;
- une formation approfondie et d'orientation ;
- des actions de formation professionnelle continue.

Ces enseignements s'adressent notamment aux praticiens des professions médicales et paramédicales ainsi qu'aux ingénieurs et techniciens de génie sanitaire, aux fonctionnaires de catégorie A des services extérieurs de l'action sanitaire et sociale et de la sécurité sociale et aux assistants de direction des hôpitaux publics.

(1) Les deux autres sont, dans une certaine mesure, la recherche et d'une manière importante l'humanisation des hôpitaux.

Pour 1976, les effectifs des élèves et stagiaires se répartissent de la façon suivante :

— formation de base	463 élèves
— formation de base accélérée ..	390 stagiaires
— formation approfondie et d'orientation	203 stagiaires
— formation professionnelle conti- nue	<u>2.150</u> stagiaires
Total	<u>3.206</u> élèves et stagiaires.
— enseignement par correspon- dance	2.000 élèves environ

En 1977, on devrait observer une relative stabilité des effectifs des formations de base et de la formation approfondie et d'orientation et une progression du nombre des stagiaires des enseignements de formation professionnelle continue et de celui des élèves des enseignements par correspondance.

— Les recettes de l'Ecole sont constituées pour 55 % de leur montant par la subvention annuelle que lui alloue le Ministère de la Santé. Pour 1977, il est proposé de porter le montant de cette subvention à 18,7 millions de francs. L'augmentation résultante, d'environ 20 %, répond :

- à l'actualisation des dépenses de personnel ;
- au coût de la création de 8 emplois (2 ouvriers professionnels, 6 agents de services) ;
- à l'ajustement aux besoins des crédits de fonctionnement.

2° *Les actions spécifiques de formation et de recyclage* sont majorées d'un million de francs : 100.000 F dans le domaine de la périnatalité et 900.000 F dans celui du dépistage précoce des handicaps chez l'enfant.

3° Les crédits ouverts pour *défrayer les établissements hospitaliers des dépenses supplémentaires que leur occasionne l'accueil des étudiants en médecine* diminuent fortement : 7,4 millions de francs soit (— 27,5 %) et la dotation pour 1977 n'est plus que de 19,5 millions. Cette réduction, qui ne manquera pas de se répercuter sur les prix de journée, a pour objet de gager l'opération qui suit.

4° Le gros de l'effort est consenti au bénéfice de la *formation des auxiliaires médicaux* et plus particulièrement à celle des infirmières, ceci dans le cadre du programme d'action prioritaire n° 19 « Humaniser les hôpitaux » en améliorant les moyens de ceux-ci en personnel infirmier.

a) Les crédits de *subvention aux écoles de formation* hospitalières et non hospitalières, passeront de 169,9 à 195,8 millions de francs (+ 11,2 %) pour tenir compte des hausses des prix et des salaires, de l'augmentation des effectifs ainsi que de la création de nouveaux établissements.

b) Pour les *crédits de bourses*, l'ajustement proposé est de 17 millions, ce qui représente une majoration de 45,4 %, laquelle se justifie par une progression des effectifs de l'ordre de 17 %, par la poursuite de la majoration du taux des bourses en vue d'un alignement sur les taux accordés par le Ministère de l'Education pour des formations réclamant, au départ, le même diplôme.

c) Par contre, les autorisations de programme, ouvertes pour subventionner la *construction des écoles* s'élèvent à 60 millions contre 70 millions pour 1976 (— 14,3 %).

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

	1974	1975	1976 Estimation	1977 Prévision
	(En milliers.)			
Personnel paramédical :				
effectif scolarisé (année scolaire)	46	56	63	66,8
dont : infirmières	28,8	37,5	43,3	47
Diplômes délivrés (année scolaire)	(a) 3,7	15,3	20	20,9
dont : infirmières	(a) 0,3	11,6	14,2	15
Bourses d'Etat (année scolaire)	7,1	9,4	11,9	»
dont : infirmières	5,5	7,3	9,8	11

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

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

des infirmières quittent leur emploi dans les cinq années qui suivent l'obtention de leur diplôme. Les sujétions du métier sont d'une part peu compatibles avec une vie de mère de famille. D'autre part, il faut bien incriminer les conditions de rémunérations faites à des femmes dont le niveau intellectuel n'a cessé de se relever — la moitié sont maintenant bachelières —, dont la durée des études a été portée à vingt-huit mois et qui accomplissent sans doute la tâche la plus exigeante qui soit : même après la réforme du cadre B, la rémunération d'une infirmière en début de carrière (prime de service et prime spécifique incluse) n'atteignait que 2.468 F à Paris le 1^{er} juillet dernier et, en fin de carrière, 3.915 F.

Quelques améliorations ont été apportées ces temps derniers :

— Au 1^{er} janvier 1975, les crèches hospitalières, au nombre de 85, offraient 4.380 places aux enfants des employées. Un effort prioritaire a été décidé pour en augmenter le nombre : 10 crèches ont été financées en 1974 et 26 en 1975.

— Le nombre des agents exerçant leurs fonctions à temps partiel augmente peu à peu. C'est ainsi que pour les personnels soignants, ce nombre est passé de 533 au 1^{er} juin 1975 (pour 50 départements) à 698 au 1^{er} janvier 1976 (pour 47 départements). Il s'agissait là d'agents travaillant à mi-temps. Il est permis d'espérer que la possibilité donnée à ces personnels, par le décret du 22 avril 1976, d'exercer également leurs fonctions à trois quarts de temps (et non à tiers temps) entraînera une plus forte diminution des évasions.

*

**

EN MATIÈRE DE FORMATION SOCIALE

1° A l'article 50 du chapitre 43-33, ouvert pour la première fois dans le budget de 1976, où sont rassemblées les dotations pour la formation sociale, la subvention initiale de 500.000 F, destinée à aider divers organismes concourant à la *formation de personnes bénévoles dirigeant des associations* exerçant leur activité dans le secteur social, est majorée d'un million.

2° La dotation pour *stages destinés aux personnels apportant leur concours aux personnes âgées* passera de 566.000 à 1 million de francs (+ 76,7 %).

3° En ce qui concerne les écoles de formation de personnels sociaux :

a) Les *subventions de fonctionnement aux établissements* passeront de 137 à 175,5 millions de francs, les 38,5 millions de supplément (ou + 28,1 %) se justifiant par une augmentation des effectifs, une majoration des rémunérations et une hausse des prix.

b) Les *crédits de bourses* seront très substantiellement majorés de 15 millions (+ 87,7 %), du fait de l'augmentation des effectifs, du relèvement des taux de bourses et de la prise en charge de deux nouvelles formations, celle de psychorééducateur et celle d'aide-puéricultrice.

d) Les *autorizations de programme* inscrites pour subventionner la construction d'écoles de formation de travailleurs sociaux demeurent à 15 millions.

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

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

	1974	1975	1976 Estimation	1977 Prévision
	(En milliers.)			
Elèves en formation	19,9	21,2	24,3	25
<i>dont</i> : assistantes sociales	5	5,5	5,8	6,2
travailleuses familiales	0,7	0,7	0,8	0,9
éducateurs spécialisés	8	8,3	8,8	8,8
moniteurs éducateurs	3,8	3,7	3,9	3,9
éducateurs techniques spécialisés	»	»	0,3	0,3
éducateurs de jeunes enfants	2,1	2,3	2,4	2,4
conseillers et techniciens en économie familiale et sociale	1,2	1,3	1,3	1,7
Nombre de bourses	2	2,7	3,7	4,7
Nombre de diplômes délivrés	5,6	6,4	6,5	7
<i>dont</i> : assistantes sociales	1,5	1,6	1,7	1,8
<i>dont</i> : travailleuses familiales	0,7	0,7	0,7	0,7
Nombre d'écoles subventionnées	162 unités	162 unités	(a) 159 unités	(a) 156 unités

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

Le VII^e Plan a mis l'accent sur la nécessité de recruter 6.000 travailleuses familiales, c'est-à-dire de doubler l'effectif au point de départ : cette priorité fait l'objet du programme d'action prioritaire n° 14 « La nouvelle politique de la famille ».

Depuis plusieurs années, on enregistrait des difficultés de recrutement, ainsi que des départs de la profession, du fait de l'incertitude qui planait sur le financement des opérations de l'espèce et de la précarité de l'emploi. La loi du 27 décembre 1975 apporte un certain nombre de mesures de redressement. Au financement quasi exclusif par les organismes de sécurité sociale s'ajoute la prise en charge des interventions des travailleuses familiales et, éventuellement, des aides ménagères par l'aide sociale à l'enfance. Une meilleure coordination des différentes sources de financement dès le début de chaque service permettra d'éliminer le chômage partiel et d'accroître la sécurité de l'emploi.

CHAPITRE III

L'ACTION MÉDICALE

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

PROTECTION ET PRÉVENTION SANITAIRE

Aucune action vraiment nouvelle ne figure au budget de 1977. Cinq dotations traditionnelles bénéficient de suppléments de crédits :

Chapitre 47-13 :

— Art. 10. — hygiène du milieu	+	100.000 F
— Art. 20. — secours d'urgence - sécurité routière	+	200.000 F
— Art. 40. — périnatalité	+	1.000.000 F
— Art. 60. — documentation toxicologique et pharmaco-vigilance	+	1.000.000 F
— Art. 92. — éducation sanitaire	+	4.000.000 F

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

1° L'information du public et l'éducation sanitaire.

Au lendemain de la Première Guerre mondiale, la France a été, parmi les pays industrialisés, l'un de ceux où les pouvoirs publics ont consacré le plus d'efforts à l'éducation et l'information du public en matière sanitaire. La lutte contre les maladies épidémiques qui constituaient à l'époque le principal fléau a pu être ainsi menée avec succès grâce au développement de l'hygiène publique. Ce développe-

ment a été favorisé par une politique de vaccinations préventives et la mise en place de structures administratives de contrôle. Mais l'enseignement de notions d'hygiène, notamment au niveau de l'école, a joué un rôle très important.

On a constaté que l'action ainsi menée n'a pas été poursuivie avec autant de dynamisme dans les années plus récentes. Il est vrai que la lutte contre les nouveaux fléaux sociaux que sont les maladies cardio-vasculaires et les cancers est beaucoup plus complexe à organiser sur le plan de la prévention. Les liens entre un mode de vie, un environnement et le déclenchement de certaines formes de maladies n'ont pu être établis qu'au terme d'études dont certaines sont très récentes. Il est plus difficile de convaincre le public d'assumer ses responsabilités en modifiant des habitudes contractées souvent dès le plus jeune âge et encouragées par l'environnement familial ou professionnel.

Cependant, l'exemple de pays étrangers voisins, des Anglo-Saxons, des Scandinaves et des pays de l'Est, démontre que les actions d'information et d'éducation sont indispensables si l'on veut à terme vaincre les maladies dites de civilisation. Il montre aussi la nécessité d'utiliser plus largement les moyens de diffusion de masse que sont la radio, la télévision, la presse et même l'affichage et de faire porter un effort tout particulier sur l'éducation au niveau de l'école.

Pour ces raisons, un programme d'action prioritaire en faveur de la prévention sanitaire et sociale a été retenu dans le VII^e Plan, sous le n^o 16.

Le Ministre de la Santé fixera chaque année le programme des actions les plus efficaces à développer afin de contribuer à l'amélioration de la santé et de la vie sociale à partir d'une liste de thèmes dressée en étroite collaboration avec les caisses de sécurité sociale. Le Comité français d'éducation pour la santé est chargé de préparer les campagnes d'information ainsi définie, en concertation avec toutes les parties intéressées : représentants des administrations, des caisses des différents régimes de sécurité sociale, des associations publiques et privées, des ligues et comités, Conseil de l'ordre, confédérations et fédérations de médecins et pharmaciens et de toutes les organisations impliquées pour un thème choisi.

Pour 1977, trois thèmes ont été retenus :

— du « bon usage de la médecine » dont l'objet est de rendre le public davantage responsable envers sa propre santé et plus efficaces les relations entre le public et les médecins par la diffusion de conseils pratiques de bon sens et une information sur les équipements médicaux ; elle se déroulera du 15 février au 15 avril ;

— une campagne d'information sur l'hygiène alimentaire en commençant par le premier âge dans un premier temps. Seront ensuite envisagés l'hygiène alimentaire de l'adulte et les problèmes posés par l'alcoolisme. La programmation est fixée du 15 mai au 15 juillet ;

— des handicapés et de leur réinsertion dans la vie active (octobre et novembre) ;

— et bien entendu la poursuite de la campagne d'information sur le tabagisme qui a débuté en octobre et novembre 1976.

2° Le contrôle sanitaire de l'environnement.

Il a pour objet de supprimer ou de limiter tous les facteurs qui peuvent être nuisibles à la santé dans le mode de vie ou dans le milieu physique ambiant ; deux actions sont à signaler :

— la réforme du Conseil supérieur d'hygiène publique de France intervenue le 29 décembre 1975 permet d'améliorer la coordination interministérielle et le support scientifique nécessaires à la surveillance du milieu, au contrôle des différentes pollutions (eaux — air) et des produits utilisés par l'homme (alimentaires ou autres) ;

— le projet de budget du Ministère de la Santé comporte 276,3 millions de francs en 1977 (contre 176,6 en 1976) pour rembourser aux départements et aux communes les charges qu'entraînent les services départementaux d'hygiène et les bureaux municipaux d'hygiène pour ces collectivités.

3° Les vaccinations.

Parmi les mesures générales de protection de la santé publique, les vaccinations occupent une place importante du fait de leur coût peu élevé.

Les efforts actuels portent dans deux directions :

a) Adaptation de la liste des vaccinations obligatoires aux besoins constatés : une réflexion est en cours sur ce sujet et notamment sur les problèmes posés par le maintien de la vaccination obligatoire contre la variole.

En effet, il est actuellement admis que le virus de la variole ne subsiste pas dans le milieu extérieur et que l'homme malade est le seul réservoir de germes. Par ailleurs, la campagne d'éradication

de la variole engagée par l'Organisation mondiale de la santé (O.M.S.) est sur le point d'aboutir, la disparition du fléau étant prévue pour 1977. En conséquence, le maintien de l'obligation antivariolique dans ses modalités actuelles n'est peut-être plus nécessaire. Le Conseil supérieur d'hygiène publique de France a déjà donné son avis sur ce sujet qui est en ce moment soumis à l'examen de l'Académie nationale de médecine.

b) Organisation de campagnes ou de systèmes de vaccination contre certaines maladies : développement des campagnes de vaccination antitétaniques (une augmentation de 30 % des crédits est demandée à cet effet) ; étude des problèmes posés par la vaccination antirubéolique sous forme de vaccin associé ; mise en place d'une campagne de vaccination contre le tétanos au moment du départ à la retraite.

La vaccination antigrippale pose pour l'automne-hiver 1976-1977 un problème difficile du fait de l'apparition probable d'une nouvelle souche aux Etats-Unis dont la ressemblance antigénique avec le virus de la grippe espagnole a incité de nombreux Etats à organiser des stocks du vaccin correspondant pour faire face à une éventuelle épidémie.

4° Les actions de détection et de prévention.

Les actions de ce type qui s'inscrivent pour l'essentiel dans le cadre des services obligatoires de prophylaxie à la charge des départements, font l'objet d'une demande de crédits, au titre des remboursements effectués par l'Etat, de 1.222,5 millions de francs (contre 893,6 millions de francs en 1976). Elles se répartissent de la façon suivante :

— Protection maternelle et infantile : 536 millions de francs (contre 406 en 1976) ;

— Prophylaxie mentale : 374 millions de francs (contre 204 en 1976) ;

— Autres actions spécialisées (tuberculose — cancer — lèpre — toxicomanie — alcoolisme — maladies vénériennes) : 280,6 millions de francs contre 256,4 en 1976) ;

— Territoires d'outre-mer : 31,9 millions de francs contre 27,2 en 1976.

Le programme finalisé de *périnatalité* entrepris au cours du VI^e Plan comportait une série d'actions concernant notamment la surveillance de la grossesse et l'amélioration des conditions de l'accou-

chement. Ce programme est achevé mais la politique suivie se continue dans le cadre du programme d'action prioritaire n° 15 « La nouvelle politique de la famille ».

Parmi les actions engagées en 1976 figurent :

— des enquêtes statistiques et des études confiées à l'I.N.S.E.R.M. pour évaluer l'efficacité de la politique de périnatalité. Il est prévu en 1977 d'affiner cette enquête pour tenir compte des particularismes locaux ;

— l'amélioration de la surveillance prénatale : les discussions en cours avec la Sécurité sociale, l'avis récemment formulé par le Haut-comité de la sécurité sociale laissent espérer une meilleure prise en charge des examens et des hospitalisations nécessaires au cours d'une grossesse ;

— la surveillance des grossesses à domicile par les sages-femmes travaillant en Protection maternelle et infantile, mais cette action n'a connu qu'un début de développement, les conseils généraux ayant créé peu de postes départementaux ;

— des stages et sessions au bénéfice des personnels médicaux et paramédicaux.

Les actions envisagées pour 1977 différeront peu de celles entreprises en 1976, compte tenu de la faible augmentation des crédits obtenus, à l'exception toutefois des crédits ouverts pour la modernisation des installations des services de gynécologie-obstétrique et de natalogie.

Un effort de recherche et d'approfondissement sera parallèlement développé : c'est ainsi que des groupes de travail sont prévus sur les problèmes intéressant notamment le contenu de l'examen prénuptial, le diagnostic prénatal et la relation obstétriciens-pédiatres à la maternité.

Il convient de souligner que le taux de mortalité périnatale est passé de 22,5 % en 1971 à 19,4 % en 1975 et que le but à atteindre est de 18 % en 1980.

• En matière de *protection de l'enfance*, l'accent est mis sur le dépistage et la rééducation précoce des handicaps. L'exploitation des deux premiers certificats de santé est devenue systématique et opérationnelle dans tous les départements.

Un décret du 15 avril 1976 permet la création de centres d'action médico-sociale précoce qui ont pour objet, en plus du dépistage, la cure ambulatoire et la rééducation des enfants des premier et deuxième âge atteints de déficits sensoriels, moteurs ou mentaux en

vue d'une adaptation sociale et éducative dans leur milieu naturel et avec la participation de celui-ci. Ces centres ont pour mission de mettre à la disposition des enfants handicapés des équipes pluridisciplinaires dont les actions devront s'exercer soit dans un établissement, soit à domicile. L'action conjuguée des intervenants visera non seulement à la rééducation de l'enfant mais aussi à susciter la coopération de la famille.

Le financement des dépenses de fonctionnement de ces centres ayant une double action de dépistage et de traitement sera assuré conjointement par les départements et les caisses d'assurance maladie. Le remboursement s'effectuera sous forme de prise en charge globale du budget annuel à raison de 20 % pour le département et 80 % pour l'assurance maladie.

- En matière de *prophylaxie mentale*, la sectorisation psychiatrique est maintenant largement entamée.

Les efforts de l'administration centrale consistent à persuader les autorités locales, parfois encore réticentes, d'avoir à constituer des équipes qualifiées et mobiles, grâce auxquelles les soins et la postcure peuvent être largement déplacés de l'hôpital vers le milieu de vie des malades ; à créer des services de psychiatrie en annexe d'hôpitaux généraux, au sein du secteur à desservir, plutôt que d'agrandir les hôpitaux spécialisés en psychiatrie existants ; à moderniser les hôpitaux, donc à réduire leur capacité et si des lits demeurent inoccupés après rénovation, à envisager la conversion de certains services ; enfin, à créer des structures dites extra-hospitalières : hôpitaux de jour, foyers de postcure, centres de santé mentale.

En 1977, l'effort continuera à être concentré sur les opérations d'humanisation dans les hôpitaux psychiatriques. Parallèlement, des études sont menées, avec le concours de groupes de travail de la Commission des maladies mentales, en vue d'étudier les problèmes qui se posent du fait de l'évolution des méthodes sur les sujets suivants :

- l'urgence en psychiatrie ;
- les malades sans secteur ;
- les malades difficiles ;
- la psychiatrie infanto-juvénile - étude des répercussions de la loi d'orientation en faveur des handicapés - coordination avec « l'enfance inadaptée ».

- Grâce aux thérapeutiques modernes, à la vaccination par le B.C.G. (un million de sujets par an) et aux moyens mis en œuvre

sur le plan national, d'excellents résultats ont été obtenus depuis trente ans dans la *lutte contre la tuberculose*, mais néanmoins le taux de morbidité baisse moins vite que le taux de mortalité parce que subsistent des groupes de population « à haut risque », notamment celui des travailleurs migrants.

Depuis 1973, la pierre angulaire de la lutte antituberculeuse devient le service hospitalier de pneumo-phthisiologie. L'équipe qui le constitue assure à la fois le fonctionnement de ce service et celui des dispensaires de prévention dans le cadre d'une sectorisation de la lutte contre la tuberculose. Ainsi est réalisée l'unité entre les services préventifs et curatifs, particulièrement bénéfique pour les malades. Cette nouvelle organisation a été facilitée par l'intégration des médecins des services antituberculeux publics dans le personnel médical des hôpitaux généraux.

- En matière de lutte contre le *cancer*, la prévention sera plus particulièrement concentrée en 1977 sur les cancers des bronches, de la gorge, de la vessie dans le cadre de l'action anti-tabac ; des cancers de la gorge et de l'œsophage dans le cadre de la lutte anti-alcool. L'éducation alimentaire devrait avoir un certain effet de prévention des cancers digestifs. Enfin, un dépistage des lésions précancéreuses du col de l'utérus permettra de prévenir le cancer de cet organe. Dans le même temps, la femme sera instruite quant à l'autopalpation des seins, car s'il n'y a pas encore de prévention des cancers du sein (le rôle de l'alimentation est encore discuté), un diagnostic plus précoce est toujours souhaitable.

Des projets de convention ont été établis pour encourager l'association de centres de radiothérapie disposant d'installations techniques relativement modestes à des centres plus importants afin que ces derniers puissent leur apporter aide et conseils sur le plan technique.

En vue de développer dans les hôpitaux publics la coordination multidisciplinaire qui est à la base de l'organisation des centres de lutte contre le cancer, un schéma de structuration a été proposé à l'administration générale de l'Assistance publique à Paris ; son adaptation aux autres hôpitaux est à l'étude.

Aucune mesure particulière n'a été prise dans le domaine de la lutte contre les *maladies vénériennes*. Toutefois, la recrudescence de celles-ci nécessite une majoration des crédits de 22 %.

- *L'alcoolisme constitue toujours*, avec toutes ses conséquences sanitaires, sociales et économiques, un problème majeur de notre société. La prévention implique une très large information du public

— qui est contrecarrée, il est vrai, par la publicité obsessionnelle de firmes puissantes —, la formation des futurs médecins à l'U.E.R. et le dépistage précoce des malades dans des centres et des consultations d'hygiène alimentaire.

Cette création est apparue comme un moyen de traiter de façon précoce les buveurs excessifs, souvent ignorants de la véritable nature de leurs troubles afin qu'un traitement puisse être instauré avant que ces malades ne soient devenus dépendants de l'alcool et avant que n'apparaissent des troubles graves, d'ordre somatique et psychiatrique. Actuellement, il existe une trentaine de centres ou consultations et quinze nouveaux centres sont en instance de création.

De plus, en vertu de la loi du 15 avril 1954, il incombe à chaque département d'organiser la lutte contre l'alcoolisme, au titre de la prévention d'une part, des soins aux malades alcooliques et de leur postcure d'autre part.

Lorsque des alcooliques avérés refusent de se soigner, le texte a prévu une procédure assez complexe pour les amener à recevoir les soins que réclame leur état.

Le tableau ci-après donne les résultats de l'application de ce texte au cours des dernières années.

	1967	1971	1972	1973	1974
Sujets signalés aux autorités sanitaires	4.250	7.647	8.090	11.771	9.970
Sujets ayant accepté la cure de désintoxication	871	937	1.184	1.011	2.331

Enfin, l'application de la loi du 9 juillet 1970 instituant un taux légal d'alcoolémie et généralisant le dépistage par l'air expiré, nécessite l'acquisition de matériels de prélèvement de sang pour le dosage d'alcool dans le sang des conducteurs impliqués dans un accident.

En 1975, près de 75.000 prélèvements ont été effectués.

• En ce qui concerne la *toxicomanie*, l'enquête effectuée l'an dernier a fait apparaître une augmentation de la consommation d'héroïne et d'autres opiacés ainsi que des tranquillisants. La moyenne d'âge des drogués est de vingt à vingt-cinq ans, le phénomène touche toutes les classes sociales et a tendance à se diffuser à l'ensemble du territoire alors qu'il était localisé dans les grands centres urbains il y a peu.

L'action est désormais centrée sur le corps médical et les professions de santé s'intéressant aux drogués, ainsi que sur les travail-

leurs sociaux, les animateurs socio-culturels et les éducateurs. En ce sens, ont été réalisés ou sont en cours :

— des stages de formation de praticiens et de personnels appelés à être en contact avec des toxicomanes : réalisée à Paris et à Rennes, cette action doit être étendue à Bordeaux et Lyon ;

— la réédition de la brochure « Les toxicomanes autres que l'alcoolisme » réalisée par le Conseil de l'ordre des médecins et financée par le Ministère de la Santé.

La nécessité de la mise en place d'ensembles thérapeutiques est apparue à l'évidence afin de suivre le toxicomane tout au long de sa démarche thérapeutique. Ainsi, ont pu être réalisés tout ou partie de ces ensembles à Paris, Lyon, Toulouse, Marseille, Rennes, bientôt Bordeaux, Lille et Strasbourg.

5° La régulation des naissances.

Aucune dotation nouvelle n'est inscrite mais des actions ont été entreprises :

- *La contraception.*

En avril 1976 a été créé le Centre d'information sur la vie sexuelle, la maternité et la régulation. L'action de ce centre complète celle du Conseil supérieur de l'information sexuelle en apportant directement sous forme d'une permanence téléphonique assurée par une équipe de sages-femmes, de conseillères conjugales et familiales, de psychologues, de sociologues et de juristes, les renseignements demandés par un public très diversifié. A titre d'exemple, durant le mois de mai 1976, ce service a reçu 6.200 appels parmi lesquels 40 % émanaient d'hommes, 60 % de femmes.

De son côté, le Conseil supérieur de l'information sexuelle poursuit des travaux par l'intermédiaire de ses trois commissions. La Commission « Information » qui a constitué plusieurs sous-groupes en fonction de milieux à toucher (scolaire, rural, médical d'entreprise) a mis au point des programmes d'enseignement et de projets de brochures adaptés à ce milieu.

La Commission « Recherche » a suivi le déroulement des enquêtes sur les résistances à la pratique de la contraception chez les femmes demandant une interruption volontaire de grossesse et chez les jeunes. Les projets d'études retenus pour 1976-1977 portent sur

l'attitude du généraliste et du gynécologue vis-à-vis du stérilet, la contraception après interruption volontaire de grossesse, les conceptions pré-nuptiales.

La Commission « Formation » a mis au point un texte modifiant l'arrêté du 27 novembre 1972, précisant les modalités de formation des personnels prévus dans les établissements d'information, de consultation ou de conseil familial.

Les centres de planification ou d'éducation familiale atteignent maintenant le chiffre de 300 : 54 % des centres agréés sont gérés par les hôpitaux, 21 % par des établissements publics, 14 % par des associations privées et 11 % par les services départementaux de P.M.I.

Un effort particulier est porté sur l'intégration et la création de ces centres dans les services et consultations de P.M.I. afin de réaliser une prise en charge plus globale des problèmes touchant la maternité et l'enfance. Il faut noter aussi qu'en dehors de ces actions spécifiques, le service de santé scolaire a le souci de promouvoir une meilleure information sexuelle au niveau des adolescents, en collaboration avec le personnel de l'éducation. Perfectionnement du personnel, achat de matériel éducatif (diapositives, plastigraphes, films) : une impulsion a été donnée afin que dans le cadre très large de l'éducation de la santé les adolescents prennent aussi conscience de leurs responsabilités dans le domaine sexuel.

- *L'interruption volontaire de grossesse.*

Le champ d'application de la loi du 17 janvier 1975 s'étend progressivement mais non sans présenter quelques difficultés pour les candidates à l'interruption volontaire de grossesse. Ainsi, la clause de conscience invoquée par le personnel crée parfois des situations embarrassantes. En second lieu, une attitude souvent rencontrée chez certains médecins consiste à dénier aux patientes le droit d'apprécier leur « état de détresse » lequel, pourtant, leur incombe selon la loi. Chaque fois que de telles prises de position ont été relevées, les services du Ministère ont rappelé les praticiens intéressés à une plus stricte observation de la loi.

Enfin, certains services ont eu tendance à n'accepter que les candidates domiciliées dans un secteur géographique donné. Cette pratique, contraire à l'esprit de la loi et particulièrement contraignante pour les femmes désireuses de subir une interruption volontaire de grossesse dans une localité éloignée de leur domicile, fait l'objet des observations nécessaires de la part de l'Administration lorsqu'elle lui

est signalée. Il est vrai que l'augmentation du nombre des centres d'interruption volontaire de grossesse est de nature à permettre une meilleure satisfaction des demandes.

6° Le service de santé scolaire.

Le projet de budget prévoit la création de 85 emplois de médecins contractuels avec suppression corrélative de 105 emplois vacants de médecins de l'ancien cadre de l'Inspection de la santé ainsi que la transformation de 100 emplois d'adjoints de santé scolaire en 100 emplois d'infirmières.

Sur le plan de l'activité du service, l'accent sera surtout mis sur un développement des actions d'éducation de la santé, sur un dépistage plus précoce des handicaps, sur une meilleure coordination entre la P.M.I. et la santé scolaire.

Une déconcentration des crédits de matériel et de vacations est prévue. Elle permettra aux responsables de la santé scolaire au niveau des départements, de disposer d'une plus grande liberté de manœuvre pour les actions qu'ils estiment indispensables de réaliser dans l'intérêt des élèves, actions qui peuvent d'ailleurs être différentes d'un département à l'autre.

Enfin, à la suite des travaux du groupe présidé par M. Grégoire, on envisage la création de nouvelles structures destinées à remplacer le Comité interministériel des problèmes médicaux et sociaux scolaires par un Comité consultatif et un groupe permanent pour l'étude des actions médicales, paramédicales et sociales, liées à la scolarité des enfants et des adolescents. Ce Comité consultatif comprendra des représentants des organisations syndicales représentatives de personnel concourant à ces actions et des représentants des fédérations et unions nationales des associations de parents d'élèves. Le groupe permanent sera composé de représentants des ministres intéressés. Ces deux organismes seront présidés par une même personnalité choisie en dehors des ministères intéressés et désignée par arrêté du Ministre de l'Éducation et du Ministre de la Santé. Il appartiendra à ces nouvelles instances, dont les réunions débiteront vraisemblablement dès le début de la prochaine rentrée scolaire, de définir les orientations nouvelles du Service de santé scolaire.

En moyenne, il existe un médecin scolaire de secteur titulaire ou contractuel pour 12.000 élèves ; une assistante sociale pour 8.600 élèves et une infirmière pour 7.000 élèves.

Ces chiffres appellent les observations suivantes :

a) Il s'agit de moyennes nationales, la moitié sud du territoire étant globalement plus favorisée que la partie nord. Cette situation est due à la faible mobilité du personnel en cause et aux inégalités existant entre les régions en ce qui concerne le nombre de candidats aux postes offerts.

b) Globalement, ces effectifs restent inférieurs aux normes idéales fixées en 1969. Mais, depuis sept ans, il est à noter que ces normes théoriques ont considérablement vieilli, dans la mesure où l'on ne tient compte ni de la prise en charge progressive des enfants des écoles maternelles par les services de P.M.I., ni de l'évolution favorable de l'état sanitaire de la population scolaire qui n'exige plus, comme par le passé, un effort aussi considérable.

Quoi qu'il en soit, les mailles du réseau de prévention demeurent encore trop lâches malgré les progrès, ainsi que le prouve le tableau suivant des bilans de santé scolaire :

	NOMBRE de départements	EFFECTIF des ressortissants	NOMBRE de bilans effectués	POURCENTAGE	
				1974-1975	1973-1974
Premier bilan (3 ans)	48	214.572	45.388	21	21
Deuxième bilan V.A. (entre 5 et 6 ans)	75	652.054	474.461	73	69
Troisième bilan (C.M. 2)	75	645.843	457.870	71	65
Quatrième bilan (Classe de 3 ^e) ..	75	441.270	363.406	82	77

*
**

AIDE MÉDICALE

Les dotations d'aide médicale sont destinées à couvrir une partie des dépenses obligatoires qu'effectuent les départements dans le cadre de la législation d'aide sociale dans le domaine de l'aide médicale. Les crédits ouverts au budget de 1977 sont destinés d'une part à accorder un acompte sur la gestion de 1977, acompte calculé sur la base des dépenses de l'année 1975, d'autre part à compléter les versements de l'Etat au titre de la gestion des années précédentes.

En 1977, la dotation régressera de 2.889 à 2.702 millions de francs (— 6,5 %).

Dans le détail, l'évolution des différentes catégories d'aide médicale sera la suivante :

	DOTATION 1977	VARIATION
	(En millions de francs.)	
Aide médicale générale	1.518	+ 420
Aide médicale aux tuberculeux	107	+ 31
Aide médicale aux malades mentaux	1.065	— 650
Interruption volontaire de grossesse	11	+ 11
Contraception	1	+ 1

On notera l'existence de deux postes nouveaux correspondant à des actions nouvelles.

Si l'on constate une réduction de la dépense en ce qui concerne l'aide médicale aux malades mentaux, c'est que les crédits de 1976 avaient été considérablement majorés parce qu'il avait fallu apurer une accumulation de charges en 1974 et 1975 par suite des délais de mise en place de la prise en charge, à compter du 1^{er} janvier 1974, des cotisations majorées d'assurance maladie volontaire pour les malades hospitalisés depuis plus de trois ans et dépourvus de ressources suffisantes.

La croissance générale des dépenses d'aide médicale a pour causes profondes la croissance des prix de journée qui correspond pour l'essentiel à la couverture des frais de personnel et une meilleure protection sanitaire et sociale.



EQUIPEMENT HOSPITALIER

L'effort consenti par le budget de 1977 en matière d'équipement, tant en investissements directs qu'en subventions, s'élèvera à 1.139,6 millions de francs en autorisations de programme contre 1.118,1 millions un an auparavant. Cette quasi-stagnation recouvre en réalité une diminution des programmes, appréciée en termes réels, de l'ordre de 8 %. En outre, les révisions de prix importantes, s'agissant d'équipement lourd dont la mise en place dure plusieurs années, hypothèquent un tiers des dotations.

Si l'on compare les dotations de 1976 et de 1977, on perçoit une accélération du passage du quantitatif au qualitatif.

	AUTORISATIONS DE PROGRAMME	
	1976	1977
	(En millions de francs.)	
C.H.R.	382	379
Etablissements de soins et de cure	360	363,1
Etablissements de protection et de prévention	33,1	17
Ecoles d'infirmiers	70	60
Humanisation	265	316,5

Comment expliquer ce changement de politique ?

Les besoins en matière d'équipement sanitaire doivent s'apprécier dans le cadre de la carte sanitaire et des indices de besoins qui ont été fixés par arrêtés ministériels. C'est ainsi qu'un arrêté du 30 octobre 1973 a fixé des indices lits/population pour la médecine, la chirurgie et la gynécologie obstétrique. Il a ensuite été déterminée, à partir de ces données, une fourchette dont le niveau varie avec l'importance démographique des secteurs sanitaires. A l'intérieur de ce cadre, la carte sanitaire fixe pour chaque secteur le niveau de l'indice à atteindre. Le tableau ci-dessous rappelle ces indices :

	SECTEUR de moins de 150.000 habitants	SECTEUR de plus de 150.000 habitants
	(En pourcentage.)	
Médecine	2,3 à 2,5	2,5 à 2,7
Chirurgie	1,8 à 2	2,1 à 2,3
Gynécologie-obstétrique	0,4 à 0,5	0,4 à 0,6

En considération de ces besoins théoriques, l'équipement existant au 1^{er} janvier 1974 se présente de la manière suivante :

(En pourcentage.)

	PUBLIC	PRIVE	TOTAL
Médecine	2,53	0,53	3,06
Chirurgie	1,30	1,23	2,53
Obstétrique	0,31	0,29	0,60
	4,14	2,05	6,19

Il est donc possible d'affirmer que, *globalement et quantitativement*, l'équipement en lits de court séjour est actuellement suffisant pour faire face aux besoins déterminés par la carte sanitaire : et ce d'autant plus que, dans plus d'un tiers des secteurs dont l'indice a été arrêté, le chiffre fixé est l'hypothèse basse ou moyenne et non l'hypothèse haute. On ne peut cependant en tirer la conclusion que l'effort en matière d'équipement soit terminé car des imperfections subsistent encore.

C'est ainsi qu'il faudra :

- remédier aux déséquilibres géographiques existant soit entre régions, soit entre les secteurs d'une même région ;
- adapter, comme cela se fait actuellement, les programmes des hôpitaux publics aux données de la carte sanitaire, c'est-à-dire le plus souvent en réduisant les capacités qui avaient été autorisées ;
- développer les moyens techniques des hôpitaux afin de pouvoir traiter plus de malades avec des capacités d'hospitalisation équivalentes ou moindres ;
- et surtout continuer la politique d'humanisation et de rénovation des établissements.

On notera que pour 1977, les crédits d'humanisation, compte tenu de ceux qui figurent au chapitre 66-11, s'élèveront à 376,5 millions de francs et représenteront *le tiers* des dotations de l'année.

L'humanisation s'effectue sous deux formes :

- la rénovation et l'aménagement de bâtiments anciens : cette opération conduit à une perte de capacité en lits de 40 à 50 % qu'il faut compenser soit en constructions traditionnelles, soit en constructions industrialisées ;
- les opérations industrialisées qui sont apparues en 1971 et que l'on dénomme les « unités de soins normalisés » (U.S.N.) mises en place dans le secteur hospitalier, dans le secteur des personnes âgées ayant perdu leur autonomie de vie et dans le secteur psychiatrique. Fin 1972, 215.000 lits restaient à humaniser. L'opération devrait être achevée en 1980.

Elle pose un problème de financement pour les établissements hospitaliers : la participation de l'Etat est, en effet, limitée à 20 % et il devient difficile de parfaire le financement. C'est la raison pour laquelle la Caisse nationale d'assurance-maladie et la Caisse nationale d'assurance-vieillesse ont été invitées à fournir des prêts pour les opérations en cause, la Caisse des dépôts apportant le reste.

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

En ce qui concerne les réalisations physiques, le tableau ci-après indique le nombre des lits qui seront ouverts dans le secteur public en 1976 et 1977, c'est-à-dire résultant des programmes de travaux élaborés en 1974 et 1975. En outre, les chiffres de 1977 incluent donc les travaux réalisés en exécution du plan de soutien.

Ce tableau comporte deux séries de chiffres :

— les lits ouverts dans les établissements neufs : dans la grande majorité des cas, il ne s'agit pas de lits nouveaux, car ces établissements ne font que remplacer des établissements anciens ;

— les lits transformés en vertu de la politique d'humanisation : dans ce secteur aussi, il n'y a pas de création, il y a en général substitution et il y a même une légère diminution quant il s'agit de constructions de type traditionnel.

CATEGORIES DE TRAVAUX	C.H.R.	AUTRES hôpitaux	H.P.	TOTAL
I. — Etablissements neufs :				
1976	1.301	3.666	1.875	6.842
1977	4.539	5.604	1.322	11.555
II. — Opérations d'humanisation :				
A) Opérations traditionnelles :				
1976	1.455	24	52	1.531
1977	660	513	»	1.173
B) Opérations industrialisées :	Unités H	Unités V	Unités P	
1976	810	1.926	1.125	3.861
1977	3.420	13.210	2.274	18.904

CHAPITRE IV

L'ACTION SOCIALE

L'ACTION SOCIALE PROPREMENT DITE

L'intervention de l'Etat en ce domaine est triple :

— Il finance des actions qui viennent compléter les réalisations effectuées dans le cadre de la législation de la sécurité sociale et de l'aide sociale, ces actions ayant le plus souvent un caractère novateur et expérimental.

— Il fournit une aide aux organismes qui participent à la création et à l'animation des programmes d'action sanitaire et sociale.

— Il subventionne la réalisation d'équipements sociaux.

Cette politique d'animation et de prévention concerne les individus à tous les âges de leur vie et plus particulièrement ceux qui souffrent de handicaps. Au titre IV, un complément de 31,5 millions est accordé en mesures nouvelles et se répartit de la manière suivante :

(En millions de francs.)

• Chapitre 47-21 :

— Art. 10. — Action sociale générale	+ 9,9
— Art. 30. — Enfance inadaptée et handicapés	+ 1,4
— Art. 40. — Personnes âgées	+ 10
— Art. 50. — Action sociale en faveur des familles	+ 1,6
— Art. 60. — Action sociale en faveur des enfants et des jeunes	+ 9,6

1° Les centres sociaux.

Les centres sociaux au nombre d'environ 600 prennent en charge des services du type « équipements collectifs de voisinage » : service social, centre d'accueil et d'orientation, halte-garderie, etc. Ils assurent ainsi un rôle important de prévention sociale.

Leur développement a longtemps été freiné par des difficultés financières. Aussi, l'Etat a-t-il, en 1976, mis à leur disposition une subvention de 7,5 millions de francs qu'il complète pour 1977 par un crédit de 9 millions. A la fin de 1978, au terme d'un troisième exercice, la prise en charge par l'Etat des dépenses d'animation globale des centres sera égale à 20 %, étant entendu qu'un plafond de ces dépenses sera fixé.

Ajoutée à la « prestation de service » versée par la Caisse nationale d'allocation familiale aux centres sociaux (à hauteur de 30 % des mêmes dépenses d'animation globale également plafonnées), l'aide de l'Etat aux centres sociaux assurera le financement de la moitié des activités d'accueil et d'animation essentielles à la vocation des centres sociaux.

2° Les handicapés.

Parallèlement à la mise en place de la loi d'orientation du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées par la publication des textes d'application, des travaux sont engagés pour remédier à la lacune suivante : l'absence de données précises concernant le nombre d'enfants inadaptés ou handicapés et le nombre et la nature des établissements mis à leur disposition. La constitution d'un fichier des établissements sanitaires et sociaux est en cours d'étude ; elle permettra une connaissance exacte du nombre et du type d'établissements sociaux. La mise sur pied d'un fichier des décisions prises par les Commissions instaurées par la loi d'orientation en faveur des handicapés est en cours ; ce fichier aidera beaucoup à la détermination des besoins réels en équipements pour handicapés. Enfin, la réalisation en commun par le Ministère de l'Education et le Ministère de la Santé d'une enquête fin 1976 auprès des établissements accueillant des enfants d'âge scolaire fournira dès l'an prochain des renseignements sur le nombre d'établissements médicaux, médico-sociaux, sociaux, socio-éducatifs et le nombre d'enfants qu'ils reçoivent.

L'aide aux handicapés suppose deux types d'action : la formation d'éducateurs dont nous avons parlé plus haut et la création d'établissements. Bien que les besoins ne soient pas partout entièrement satisfaits en matière d'enfance inadaptée ou handicapée, l'accent sera plus particulièrement mis durant le VII^e Plan sur les réalisations en faveur des adultes, qu'il s'agisse d'établissements destinés à la mise au travail (ateliers protégés ou centres d'aide par le travail), ou d'établissements d'accueil et de soins devant recevoir des personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants (application de l'article 46 de la loi d'orientation du 30 juin 1975).

Mais un effort particulier sera également accompli pour la création d'établissements à vocation régionale ou pluri-régionale en faveur d'enfants atteints de handicaps associés.

Les autorisations de programme ouvertes à ce titre au budget de 1977, en retrait sur celles de 1976, traduisent ces choix :

(En millions de francs.)

	1976	1977
Etablissements pour enfants	61	55
Etablissements pour adultes	80	82

3° Les personnes âgées.

Le programme finalisé pour le maintien à domicile des personnes âgées prévu par le VI^e Plan sera poursuivi durant le VII^e sous la forme d'un programme d'action prioritaire (n° 15), avec l'accent mis sur le développement de la participation des intéressés à la vie sociale.

480 millions de crédits d'Etat seront affectés à cette mission durant les cinq années du Plan. Ils permettront de créer 440 nouveaux secteurs qui s'ajouteront aux 400 déjà mis en place pour quelque 60.000 personnes.

D'autres actions sont menées, soit pour rompre l'isolement des personnes âgées, soit pour améliorer leur vie quotidienne. Des circulaires ont appelé l'attention des préfets sur les mesures à prendre pour lutter contre la solitude en août dans les grandes villes, pour organiser des activités physiques et sportives, pour adapter les installations les plus simples au rythme des vieillards : bancs, feux rouges moins rapides. Le rôle du téléphone fait plus particulièrement l'objet d'une réflexion.

Néanmoins, avec la venue du très grand âge, il est parfois nécessaire d'assurer l'hébergement en même temps que des soins. D'où la nécessité de hâter les travaux d'humanisation des hospices et de construire des maisons de santé ou de cure médicale et des établissements sanitaires de long et de moyen séjour. Les 40 millions de francs ouverts au budget de 1976 permettent la mise en chantier de 64 nouveaux établissements d'une capacité totale de 7.073 lits. Le budget de 1977 prévoit une dotation beaucoup plus importante : 59 millions de francs.

L'effectif des personnes hébergées n'est connu qu'au 1^{er} janvier 1973. Selon la taille de l'établissement d'hébergement, elles se répartissent :

TAILLE	SECTEUR public	SECTEUR privé	ENSEMBLE
Moins de 80 lits	60.360	46.150	105.510
80 lits ou plus	177.860	40.130	217.990
Totaux	238.220	86.280	324.500

Quant à la capacité d'hébergement des hospices et maisons de retraite, elle était la suivante au 1^{er} janvier 1974 :

NOMBRE DE LITS	SECTEUR PUBLIC		SECTEUR PRIVE		ENSEMBLE	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
En chambre individuelle	41.110	16,3	42.730	48,9	83.840	24,7
En chambre de 2 à 4 lits	112.740	44,8	34.970	40	147.710	43,5
En dortoir	98.130	38,9	9.690	11,1	107.820	31,8
Totaux	251.980	100	87.390	100	339.370	100

4° Les crèches.

Le programme de création de crèches au cours du VII^e Plan est l'un des éléments du programme d'action prioritaire n° 14 : Actions en faveur de la famille — action n° 4 : Conciliation de la vie professionnelle des parents et de l'éducation des enfants.

Il vise à la création de 25.000 places de crèches collectives et 25.000 places de crèches familiales de façon à dépasser 100.000 places en 1980.

Le financement des investissements devrait être assuré comme il l'est actuellement avec la participation financière :

- de l'Etat pour environ 40 % ;
- des caisses d'allocations familiales — 40 % également ;
- des collectivités locales ou associations, éventuellement sur emprunt auprès des grands organismes publics de crédit.

En ce qui concerne la contribution de l'Etat, le VII^e Plan a prévu une dotation globale de 256 millions de francs 1975. Cette dotation devrait permettre de financer le programme envisagé. Le calcul ne peut être qu'approximatif, le prix d'une crèche variant dans des proportions considérables suivant qu'il s'agit d'une construction neuve ou d'aménagement de locaux dont le gestionnaire est déjà propriétaire. Il est précisé que le montant des crédits inscrits au budget de 1977, chapitre 66-20, article 30, correspond aux demandes des régions en hypothèse *basse*.

La participation financière des Caisses d'allocations familiales est assurée au moyen du Fonds d'action sociale de la Caisse nationale d'allocations familiales ; un arrêté du 27 décembre 1974 a permis d'affecter à ce Fonds une dotation de 100 millions spécialement réservée au financement des crèches. Il sera nécessaire de renouveler cette dotation lorsque ces 100 millions auront été utilisés.

En ce qui concerne le fonctionnement des crèches, le plafond du prix de journée servant de base au calcul de la prestation de service de la Caisse nationale des allocations familiales a été porté en 1976 à 54 F et le montant de la prestation elle-même à 16,20 F. Par un assouplissement des conditions d'attribution, l'allocation pour frais de garde — 291,35 F depuis le 1^{er} juillet 1976 — est accordée à un plus grand nombre de familles. Il est rappelé que la participation des familles est calculée en tenant compte du fait qu'elles perçoivent cette prestation.

Un aménagement des prestations familiales doit intervenir en 1977. Une nouvelle allocation se substituera aux cinq allocations existantes dont l'allocation pour frais de garde. Elle sera attribuée de la même façon aux familles ayant un enfant de moins de trois ans ou trois enfants et plus ; que la mère ait ou non une activité professionnelle, sous réserve que le revenu global de la famille n'excède pas un certain montant. Cette prestation est destinée à aider notamment les familles qui sont confrontées au problème de la garde des jeunes enfants.

Au terme d'un arrêté du 5 novembre 1975 réglementant le fonctionnement des crèches collectives et familiales, les dispositions sanitaires ont été assouplies pour permettre l'admission d'un enfant présentant un handicap, une affection chronique ou une maladie bénigne. Les horaires et la durée du temps de garde peuvent être modulés pour répondre aux besoins de certaines familles. Le rôle éducatif de la crèche est renforcé : il est permis aux parents de pénétrer dans les locaux et de participer ainsi à la vie de l'établissement ; le concours d'une éducatrice de jeunes enfants est préconisé de même qu'un pourcentage minimum de personnel qualifié ; la directrice doit assurer la formation continue de son personnel.

Les gardiennes ont été dotées d'un statut afin que l'activité de gardiennage soit reconnue comme une véritable profession. Parmi les avantages attachés à une activité inscrite au Code du travail, la formation en cours d'emploi occupe une large place et, à cet effet, il est prévu de diffuser prochainement des directives sous forme de brochure, dans toutes les directions d'action sanitaire et sociale.

5° L'action sociale en faveur des jeunes.

La dotation en subventions de fonctionnement ouverte à l'article 60 du chapitre 57-21 est majorée de plus de moitié pour être portée à 27,9 millions de francs : les foyers de jeunes travailleurs recevront 8 millions de plus, les clubs et équipes de prévention, 1,6 million.

Les *foyers de jeunes travailleurs* jouent un rôle important parmi les équipements sociaux de prévention de l'inadaptation sociale de l'adolescence et, à ce titre, ils figurent dans le programme d'action prioritaire n° 16 du VII^e Plan « Développer la prévention et l'action sociale volontaire » où une série de mesures financières ont été prévues, destinées d'une part à leur permettre de jouer pleinement leur rôle éducatif, d'autre part pour pouvoir rénover et moderniser les établissements anciens.

Institutions à but non lucratif, dont l'équilibre financier doit, en principe, être assuré par un prix de pension égal au prix de revient prévisionnel, les foyers ont besoin de recevoir une aide financière afin de pouvoir remplir leur mission d'accueil et d'action socio-éducative. C'est la raison de diverses mesures prises tant en faveur des foyers que de leur clientèle :

— le nombre des postes d'animateurs socio-culturels pris partiellement en charge par l'Etat qui n'était que de 50 en 1971 a été porté à 300 en 1976 ;

— le coût plafond des dépenses socio-éducatives par an et par lit, qui sert de cadre au calcul de la prestation de service dite socio-éducative versée aux foyers par les caisses d'allocations familiales, a été porté à 1.620 F cette année tandis que les conditions d'attribution de cette prestation ont été assouplies ;

— les aides à la personne de 100 à 150 F par an sont dans certaines conditions versées par l'Etat aux résidents lorsqu'ils sont sous contrat d'apprentissage ou lorsqu'ils poursuivent des études en vue d'une qualification professionnelle ;

— une prestation de service dite « d'hébergement » d'un montant de 75 F par mois, est attribuée par les caisses d'allocations familiales aux jeunes de moins de vingt ans résidant en foyer et affiliés au régime général ou au régime minier de sécurité sociale ;

— le mode de calcul de l'allocation de logement a été aménagé de façon favorable aux résidents des foyers ;

— l'Etat accorde aux foyers une aide financière leur permettant de faire l'avance d'un mois de pension aux jeunes travailleurs arrivant sans ressources et qui ont besoin d'un dépannage momentané.

Ces diverses aides sont cumulables si bien que les jeunes dont les salaires sont très bas devraient être en mesure de faire face aux dépenses entraînées par leur séjour en foyer.

Le Gouvernement est, en outre, très attentif aux répercussions sur la clientèle des foyers, des problèmes aigus du chômage qui frappe surtout les jeunes ainsi que des conséquences de l'abaissement à dix-huit ans de l'âge de la majorité civile. Les foyers ont souvent à accueillir actuellement des jeunes rencontrant ainsi des difficultés particulières ; ces jeunes relèvent d'actions spécifiques nécessitant un financement adapté, qui peut, dans certaines conditions, être trouvé auprès du budget de l'Aide sociale à l'enfance.

*
**

AIDE SOCIALE

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

Elle est accordée par les conseils généraux, mise en œuvre par les directeurs départementaux d'action sanitaire et sociale avec le concours des services départementaux d'aide sociale, qui reçoivent au présent budget un important complément de 14,9 millions de francs, et les bureaux municipaux.

Les dotations budgétaires constituent le remboursement par l'Etat de sa quote-part de telles dépenses : leur total atteindra 6.487 millions de francs en 1977 contre 5.604 millions en 1976 (soit + 15,8 %). Tous les suppléments consistent en des mesures acquises.

Il y a quatre postes qui requièrent des compléments importants :

1° *L'aide à l'enfance* avec 697 millions (dotation 1977 : 4.493 millions).

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

2° *L'aide aux personnes âgées* avec 48 millions (dotation 1977 : 767 millions).

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

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

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

3° *Les centres d'hébergement* avec 136 millions (dotation 1977 : 201 millions).

Cette brusque montée des besoins provient du développement accéléré de tels centres qui étaient fort rares il y a peu.

4° *Prévention et réadaptation* avec 2 millions (dotation 1977 : 10 millions).

Ces dépenses, ouvertes au bénéfice des prostituées qui désirent se reclasser, sont encore faibles. Elles évoluent en fonction des prix de journée et du coût des traitements.

*
**

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

FORMES D'AIDE	1970	1971	1972	1973	1974	1975 résultats provisoirs	1976 prévisions
Aide sociale à l'enfance	100	116,7	136,5	160,6	193,04	238,16	281,15
Aide médicale aux tuberculeux	100	101,3	101,6	94,5	95,16	103,55	111,16
Aide médicale aux malades mentaux	100	70	83,8	58,4	166 (a)	246,24	334,07
Allocation de loyer	100	117	(b) 89	5	1,46	0,36	0,36
Prévention et réadaptation sociale	100	126,9	148,1	148,1	178,85	223,08	259,62
Centres d'hébergement	100	133,5	165,6	197,3	288,59	(c) 485,55	708,75
Aide sociale à la famille	100	115,7	98,8	100	90,36	146,27	108,43
Aide sociale aux personnes âgées	100	113,2	136	146	170,92	213,05	233,94
Aide sociale aux infirmes, aveugles et grands infirmes	100	111,8	127,2	139,8	164,96	205,49	213,84
Aide médicale	100	113,9	124,8	143,6	167,78	190,65	243,12
Ensemble	100	110,5	126,5	138,8	172,14	213,62	250,83

- a) Prise en charge par l'aide sociale à compter du 1^{er} janvier 1974 des cotisations majorées pour les hospitalisés permanents de plus de trois ans.
 b) Diminution des dépenses d'allocations de loyer par suite de l'entrée en vigueur à compter du 1^{er} juillet 1972 de la loi n° 71-582 du 16 juillet 1971 relative à l'allocation de logement. Seuls continueront à être supportés par l'aide sociale les frais engagés par les bénéficiaires de l'allocation de loyer mentionnés à l'article 184 du Code de la famille et de l'aide sociale.
 c) Prise en charge des frais d'hébergement des réfugiés et rapatriés en provenance de la péninsule indochinoise et application de la loi du 19 novembre 1974 sur l'extension des centres d'hébergement à de nouvelles catégories de bénéficiaires.

Leur importance dans le budget de l'Etat et dans les budgets des collectivités locales, leur croissance ininterrompue alors qu'on croyait les voir s'effriter au fur et à mesure que se rétrécit la fraction de la population non couverte par un régime de sécurité sociale, ont amené le Gouvernement à confier à une mission mixte (inspection générale des finances et inspection générale des affaires sociales) une étude critique des dépenses d'aide médicale et sociale : l'enquête a eu lieu en 1974 et le rapport a été déposé au printemps de 1975.

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

Dans le groupe I figure essentiellement l'aide sociale à l'enfance (36 % de l'ensemble) ; dans le groupe II l'aide aux malades mentaux (4 % du total) ; dans le groupe III l'aide médicale générale, l'aide aux personnes âgées et l'aide aux infirmes (environ 60 % de la dépense totale). Par ailleurs, la part de l'Etat se situe légèrement au-dessus de 80 % dans le groupe I et de 70 % dans le groupe II, aux environs de 40 % dans le groupe III.

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

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

Souhaitable, il nous semblait qu'une réforme était devenue possible à partir des travaux de la mission de contrôle citée plus haut et que le problème paraissait avoir suffisamment mûri.

Il semblerait que le rapport de la commission chargée de proposer un développement des responsabilités locales soit venu repousser une fois encore l'échéance.

*
**

EQUIPEMENTS SOCIAUX

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

Pour ce qui est de leur masse, les subventions d'équipements avaient été fixées à 337 millions de francs dans la loi de finances pour 1976. Le projet de budget pour 1977 a retenu le chiffre de 307 millions. En valeur nominale, le recul de la dotation est de 8,9 % ; en termes réels, elle excédera 16 %.

Dans le détail, seuls les établissements pour handicapés adultes échappent à l'austérité, mais en faisant intervenir la hausse des prix, le volume des chantiers sera moindre. L'amputation apportée aux équipements pour enfants atteint 23,6 %, celle qui frappe les équipements pour personnes âgées, 10,6 %.

On notera au chapitre 66-20 l'ouverture d'une ligne nouvelle : *Article 70 — Aménagement social concerté* et doté d'une autorisation de programme de 7 millions de francs assortie de 2 millions de crédits de paiement. Ces sommes doivent servir à financer la réalisation dans une cinquantaine de zones mal urbanisées (tels les bidonvilles) des équipements sociaux les plus indispensables.

EXAMEN EN COMMISSION ET CONCLUSION

Votre Commission des Finances a examiné le projet de budget de la Santé dans sa séance du 28 octobre.

Après l'exposé du Rapporteur spécial, le Rapporteur général a fait observer qu'il fallait lutter contre le gigantisme en matière d'équipement hospitalier, car il est vraisemblable que les prix de journée croissent en même temps que la taille des établissements et M. Chochoy, citant un exemple local, a déploré l'insuffisance des candidatures pour pourvoir à l'encadrement administratif des hôpitaux, même à un très haut niveau.

En ce qui concerne les crèches, M. Descours Desacres a estimé qu'il serait sans doute moins onéreux sur le plan des finances publiques et plus bénéfique sur le plan de l'éducation des tout jeunes enfants d'accorder une aide substantielle aux mères de famille pour qu'elles demeurent à leur foyer. Pour M. Chochoy, c'est le coût élevé du fonctionnement des crèches collectives qui freine leur diffusion ; aussi est-il préférable de favoriser les crèches à domicile.

M. Descours Desacres a regretté que la mise en place de la loi d'orientation en faveur des handicapés soit aussi lente, ce qui provoque un bien long retard dans la mise en paiement de l'allocation d'éducation spéciale. Une fois encore, il a demandé un réaménagement de la répartition de l'aide sociale entre les trois collectivités territoriales concernées.



En résumé, le budget de la Santé n'augmente que d'environ 11 %. Nous pourrions, légitimement, ne pas être satisfaits de cette progression inférieure à l'augmentation générale du budget de 1977. Il serait toutefois injuste de ne pas apporter quelques atténuations à un jugement qui pourrait paraître sévère.

En effet, au cours des deux exercices précédents, la dotation globale du budget de la Santé a été majorée de 50 %, ce qui est considérable et peut permettre de justifier une pause relative cette année.

D'autre part, en privilégiant malgré l'austérité trois missions essentielles — la recherche médicale, la formation des personnels sanitaires et sociaux et l'humanisation des hôpitaux —, le Ministre a procédé à des choix qui prouvent qu'il existe bien une vraie politique sanitaire, ce dont on ne peut que se féliciter.

Enfin, nous formulons le vœu que, si au cours de l'année des moyens de financement supplémentaires peuvent être dégagés, ils soient affectés aux opérations d'humanisation car il faut les accélérer à tout prix pour qu'enfin nous ayons un équipement hospitalier digne de notre grand pays.

Ainsi, en affectant des crédits majorés en trois ans de plus de 60 %, le Gouvernement et le Parlement apportent la preuve qu'ils entendent consacrer des moyens de plus en plus importants à la défense de ce bien essentiel qu'est la Santé.

*
**

En conséquence, sous le bénéfice des observations qui précèdent, votre Commission des Finances vous propose, pour 1977, d'adopter sans modification la section III. — Santé du budget du Ministère de Travail et de la Santé.