

SÉNAT

PREMIERE SESSION ORDINAIRE DE 1973-1974

Annexe au procès-verbal de la séance du 21 novembre 1973.

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 1974,
ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE.

Par M. Yvon COUDÉ DU FORESTO,
Sénateur,
Rapporteur général.

TOME III

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

ANNEXE N° 31

Travail et Santé publique.

III. — SANTÉ PUBLIQUE ET SÉCURITÉ SOCIALE.
SANTÉ PUBLIQUE.

Rapporteur spécial : M. Paul RIBEYRE.

(1) Cette commission est composée de : MM. Edouard Bonnefous, *président* ; Paul Driant, Geoffroy de Montalembert, Max Monichon, Robert Lacoste, *vice-présidents* ; Louis Talamoni, Yves Durand, Jacques Descours Desacres, Joseph Raybaud, *secrétaires* ; Yvon Coudé du Foresto, *rapporteur général* ; Auguste Amic, André Armengaud, Roland Boscardy-Monsservin, Jean-Eric Bousch, Jacques Boyer-Andrivet, Martial Brousse, Pierre Brousse, Antoine Courrière, André Diligent, Marcel Fortier, Roger Gaudon, Henri Henneguelle, Gustave Héon, Michel Kistler, Fernand Lefort, Modeste Legouez, Georges Lombard, Marcel Martin, Gaston Monnerville, René Monory, Mlle Odette Pagani, M. Pierre Prost, Mlle Irma Rapuzzi, MM. Paul Ribeyre, Robert Schmitt, Henri Tournan.

Voir les numéros :

Assemblée Nationale (5^e législ.) : 646 et annexes, 681 (tomes I à III et annexe 34), 682 (tome XV) et in-8° 52.

Sénat : 38 (1973-1974).

Lois de finances. — Santé publique.

SOMMAIRE

	Pages
Introduction	3
I. — La recherche	7
II. — L'enseignement	13
III. — L'action médicale	19
IV. — L'action sociale	29
V. — Budget et Plan	37
Conclusion	46

Mesdames, Messieurs,

Depuis une décennie déjà, les lois de finances se suivent, mais ne se ressemblent pas, au moins en ce qui concerne les crédits affectés à ce qui fut appelé « les Affaires sociales ». Il n'est pas d'année où l'on n'ait constaté une redistribution des attributions et des services entre les responsables ministériels, traduite dans les « bleus » par d'innombrables transferts qui les rendent proprement illisibles pour le profane.

Cette année encore de nouvelles modifications sont intervenues : le fascicule budgétaire « bleu » concerne toujours deux Ministres et deux Secrétaires d'Etat. Mais deux des quatre titulaires ont changé depuis l'an dernier ; l'intitulé du fascicule aussi : « Travail et Santé publique » ; et les services de la Sécurité sociale ont de nouveau été placés sous la tutelle du Ministère de la Santé publique.

Ce qui n'est pas pour faciliter la lecture des documents budgétaires.

Aussi, pour que nos collègues puissent faire des comparaisons entre les dotations de 1973 et celles de 1974 nous avons, après avoir éliminé l'effet des transferts, dressé le tableau ci-après qui constitue une vue synthétique, mais très fidèle, des crédits Santé publique, à l'exclusion des chapitres relatifs à la Sécurité sociale dont l'analyse sera effectuée par notre excellent collègue M. Martial Brousse.

Total $\left\{ \begin{array}{l} 1973 : 7.119 \text{ millions de francs} \\ 1974 : 8.220 \text{ millions de francs} \end{array} \right\} + 15,5 \%$.

TITRE III. — *Moyens des services.*

647 millions de francs, soit + 92 millions de francs (+ 16,5 %).

	En millions de francs
A. — <i>Mesures acquises</i> (extension en année pleine des mesures de revalorisations des rémunérations publiques et application de textes).	+ 55
B. — <i>Mesures nouvelles</i>	+ 37
— Renforcement des moyens en personnel et aménagement des effectifs : des laboratoires de la santé (6 emplois), de l'Ecole nationale de la Santé publique (6 emplois), du service de santé scolaire (15 emplois), du contrôle sanitaire aux frontières (5 emplois), des services extérieurs de l'Action sanitaire et sociale (107 emplois, dont 30 d'inspecteurs); renforcement du corps d'ingénieurs sanitaires (5 emplois).....	+ 10
— Renforcement des services de recherche (I.N.S.E.R.M. et S.C.P.R.I.); création de 107 emplois dont 44 de chercheurs..	+ 14
— Instituts de jeunes sourds et jeunes aveugles (dont 20 créations d'emplois) et 2 nationalisations	+ 10
— Ajustement aux besoins	+ 5
— Divers (dont transfert au titre III de la subvention aux quinze-vingt)	+ 3

TITRE IV. — *Interventions publiques.*

6.586 millions de francs, soit + 993 millions de francs (ou + 17,7 %).

A. — <i>Mesures acquises</i>	+ 911
— Ajustement des crédits d'aide sociale et médicale.....	+ 868
— Ajustement pour les crédits de prophylaxie et de lutte contre les fléaux sociaux	+ 43
B. — <i>Mesures nouvelles</i>	+ 82
— Recherche scientifique (Institut Pasteur, Institut du radium)	+ 2
— Formation de personnels médicaux et de personnels concourant aux actions sanitaires	+ 23
— Formation de personnels sociaux	+ 28
— Sécurité routière.....	+ 4
— Régulation des naissances	+ 4
— Actions en faveur des personnes âgées	+ 4
— Prévention sociale	+ 3
— Services départementaux d'aide sociale	+ 7
— Aide sociale et médicale (vieux travailleurs)	+ 10
— Divers	— 3

	1973	1974	Variation
N.B. — Ch. 46-22 - Aide sociale et médicale.....	4.620	5.498	(+ 19 %)

TITRES V et VI. — Budget d'équipement.

Autorisations de programme.	{	1973 : 1.096,8 millions de francs	}	+ 6,9 %
		1974 : 1.172,6 millions de francs		
Crédits de paiement	{	1973 : 969,7 millions de francs	}	+ 1,7 %
		1974 : 986 millions de francs		
Autorisations de programme (en millions de francs)		1973	1974	Variation
— Etablissements nationaux		19,8	17,4	— 12 %
— Etudes.....		13	13	»
— Protection sanitaire des populations civiles		»	4	
— Investissements sanitaires		803,2	788,1	— 1,9 %
dont hôpitaux		571	570,5	
établissement pour personnes âgées		56	70,9	
hôpitaux psychiatriques		96	103,1	
écoles d'infirmières		12,3	25	
— Investissements sociaux.....		213,1	297,5	+ 39,6 %
dont établissements pour :				
enfants handicapés ou inadaptés		70,4	56,4	
adultes handicapés ou inadaptés		45,5	63,1	
enfants, adolescents, familles		54,9	87,3	
personnes âgées		33,4	69,2	
écoles d'assistantes sociales		8,9	15	
— Recherche médicale		47,9	52,6	+ 9,8 %
N. B. — Fonds d'action conjoncturelle		116,9	100	

D'un survol de ces dotations, il résulte que le budget de la Santé publique progresse plus rapidement que la moyenne des autres Départements ministériels : d'au moins 2 points.

Par contre, les crédits de paiement pour dépenses en capital ne sont que très faiblement majorés de 1,7 % alors que les hausses de prix seront au mieux de 6 à 7 % en 1974. L'effort budgétaire a donc porté sur les dépenses ordinaires, aussi bien les dépenses de fonctionnement des services que les aides et subventions accordées aux individus ou aux associations.

On notera enfin avec satisfaction que pour la seconde année consécutive un effort a été fait pour renforcer les effectifs des services extérieurs : 107 emplois (143 en 1973). C'est qu'en effet des missions nouvelles sont confiées aux directions départementales de l'Action sanitaire et sociale (planification, gestion de crédits déconcentrés, contrôle de la gestion des établissements publics et privés) dans le temps même où les actions traditionnelles se développent et où les conseils généraux sont dans l'impos-

sibilité de financer un renfort d'agents d'exécution. C'est dire que cet effort devra se poursuivre dans les années à venir. Notons également qu'il s'accompagne de quelques mesures catégorielles propres à rendre les carrières un peu plus attrayantes qu'elles ne le sont actuellement.

Par ailleurs, aussi bien en fonctionnement qu'en équipement, ce sont les actions sociales qui ont été très nettement privilégiées par rapport aux actions médicales. Quant aux investissements médicaux, il sera fait appel à l'emprunt pour les financer à hauteur de 230 millions de francs, ce qui constitue une importante mesure de débudgétisation.



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 de la Santé publique à savoir :

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

Une cinquième partie aura pour objet de replacer le budget d'équipement dans le cadre du VI^e Plan.

I. — La recherche.

L'ensemble des activités de recherche relevant du département de la Santé publique ont été programmées par le groupe « Sciences de la vie » du VI^e Plan. Elles sont conduites, pour l'essentiel, par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (I.N.S.E.R.M.), ainsi que par les Instituts Pasteur et l'Institut du radium. Figurent également dans l'enveloppe budgétaire « Recherche » au titre de la Santé, les Laboratoires de la Santé publique et le Service central de la Pharmacie.



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

La mission de l'I.N.S.E.R.M. comporte deux aspects essentiels :

- 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.

Dans le cadre du VI^e Plan, un certain nombre d'objectifs ont été fixés à la recherche biomédicale. Cette politique d'objectifs s'est traduite dans les faits, par la création d'unités et de groupes de recherche (1) dont les orientations coïncident avec celles du Plan et surtout par la création d'actions thématiques programmées (les A.T.P.) dont le sujet est choisi par la Direction générale de l'Institut après consultation du Comité de coordination de la recherche biomédicale et des autres organismes de recherche (C.N.R.S., D.G.R.S.T.) et qui sont suivies, sur le plan scientifique, par des comités *ad hoc*.

(1) Au 1^{er} octobre dernier 122 unités et groupes de recherche fonctionnaient au sein de l'I.N.S.E.R.M., lequel a décidé par ailleurs de recenser le grand nombre d'équipes de recherche isolées travaillant dans des conditions précaires et de les regrouper de façon à leur assurer une plus grande efficacité. Le nombre des chercheurs s'élevait à 975, celui des ingénieurs, techniciens et administratifs à 1.739.

Les travaux de recherches, y compris les A.T.P., sont organisés en *programmes* à l'intérieur des *objectifs* suivants :

- N° 1. — Etude des phénomènes vitaux à l'échelon subcellulaire :
- cancérogenèse ;
 - mécanisme d'action des hormones ;
 - biologie moléculaire.
- N° 2. — Reproduction, développement et régulation des organismes pluricellulaires :
- biologie des ensembles neuronaux ;
 - biologie et pathologie de la paroi vasculaire ;
 - étude des fonctions digestives ;
 - physiologie et pathologie respiratoire.
- N° 3. — Interrelations entre les êtres vivants et leur environnement :
- personnalité biologique par rapport au milieu ;
 - physiologie sensorielle ;
 - nutrition et nuisance.
- N° 4. — Sciences de la vie et industries :
- pharmacologie biologique ;
 - pharmacologie chimique.

Le montant des crédits accordés à l'I.N.S.E.R.M. pour 1974 s'élève à :

- 14 millions de francs en mesures nouvelles de fonctionnement ;
- 48,7 millions de francs en autorisations de programme (+ 13 % par rapport à 1973).

Ces propositions répondent aux préoccupations suivantes :

1° *En fonctionnement* :

- permettre notamment la création de 100 postes, dont 44 de chercheurs et 56 de techniciens et d'agents administratifs ; la moitié des emplois de chercheurs devraient être ouverts en province ;
- développer la politique de recherche sur programme, sous forme de contrats libres et thématiques (1,9 million).

2° *En investissement* :

- assurer la « jouvence » des laboratoires, c'est-à-dire le remplacement des matériels usés ou périmés : 9 millions de francs sont réservés à cet effet ;

- équiper les unités nouvelles et accroître les moyens de certains laboratoires (11,4 millions) ;
- réaliser les constructions suivantes : à Montpellier, une unité coordonnée relative aux mécanismes d'action des hormones ; à la Pitié-Salpêtrière, une unité coordonnée en périnatalogie et génétique humaine ; à Brevannes, une unité en biologie et pathologie de la paroi vasculaire ; à Besançon et à Villejuif, des centres en pharmacologie ;
- mettre en œuvre des actions thématiques programmées (16 millions). Les A.T.P. lancées seront poursuivies. Parmi celles que l'on envisage d'amorcer en 1974, on peut citer : comportement élémentaire ; stress et comportement émotionnel ou physiopathologie du système extra-pyramidal ; pathologie et physiopathologie du développement nerveux ; pharmacologie clinique du foie ; risques périnataux et obstétrico-pédiatriques ; risques embryo-fœtiques et génétiques ; les immunostimulines et la réponse immunitaire ; métabolisme des acides gras alimentaires à longue chaîne ; toxicologie du vanadium et du titane ; le macrophage et la réponse immunitaire ; pathologie et psychopathologie des migrants.



LE SERVICE CENTRAL DE PROTECTION CONTRE LES RAYONNEMENTS IONISANTS

Rattaché à l'I.N.S.E.R.M., le S.C.P.R.I. est chargé d'une triple mission de recherche, de contrôle et d'assistance dans le domaine de la radioactivité.

Parmi les thèmes essentiels des recherches de très longue haleine poursuivies par le service, il faut citer :

- les recherches sur les niveaux de la pollution radioactive de l'environnement et de la chaîne alimentaire : des études radioécologiques à long terme, portant notamment sur la contamination radioactive par le tritium, se poursuivent depuis 1972 ;
- les recherches sur la contamination radioactive et l'irradiation de l'homme par les rayonnements ionisants ;
- l'amélioration des moyens de détection et des techniques de mesures de rayonnement ;
- les mécanismes de l'action biologique des rayonnements et les mécanismes de la contamination radioactive des êtres vivants ;

— les recherches appliquées dans le domaine des techniques de radioprotection : il faut souligner à ce titre l'effort actuellement mené par le S.C.P.R.I. pour améliorer la qualité des traitements de radiothérapie, notamment par des recherches sur la calibration exacte des faisceaux de rayonnement.

En 1974, un montant de 482.500 F de mesures nouvelles de fonctionnement est destiné à la revalorisation de la grille des salaires du personnel, à la création de deux emplois et à l'accroissement des activités de contrôle en matière d'hygiène professionnelle.



LES INSTITUTS PASTEUR

Les services et laboratoires de l'Institut Pasteur de Paris sont groupés en départements de recherche et tous les objectifs cités en ce qui concerne l'I.N.S.E.R.M. y font l'objet de travaux de recherche très variés avec toutefois un effort spécial dans trois domaines : la biologie moléculaire et cellulaire, l'immunologie (fondamentale et appliquée) et la virologie (fondamentale et appliquée).

Dans les départements d'outre-mer, l'Institut de la Guyane consacre ses travaux aux arbovirus, celui de la Guadeloupe à la bilharziose intestinale et celui de la Martinique a centré ses activités de recherche dans le domaine de l'épidémiologie des gastro-entérites.

Les travaux scientifiques effectués dans les services et laboratoires de recherche de l'Institut Pasteur de Lille ont été orientés dans les domaines des mycobastéries, de l'immunopathologie (étude du rôle des particules minérales et étude des polluants fongiques) ; de la nutrition (propriétés toxicologiques et pharmacologiques de l'hydrate de carbone) ; des mécanismes de la conjugaison bactérienne ; des aspects microbiologiques de la pollution et de l'épuration des eaux.

Le Ministère de la Santé publique accorde depuis 1966 une subvention de fonctionnement à l'Institut Pasteur de Paris qui traverse depuis longtemps une très grave crise financière qu'aucune thérapeutique, jusqu'à présent, n'a pu enrayer. Cette subvention s'est élevée à 16 millions de francs en 1973, représentant ainsi près du quart du budget total de l'établissement.

Les propositions budgétaires pour 1974 relatives aux Instituts Pasteur s'analysent de la manière suivante :

- a) 990.000 F de mesures nouvelles de fonctionnement dont 900.000 F pour l'Institut Pasteur de Paris ;

b) 2,63 millions de francs en autorisations de programme pour équiper :

- ** l'animalerie centrale et expérimentale de Paris construite en 1973 (2 millions de francs) ;
- ** les Instituts Pasteur d'outre-mer (0,25 million de francs) ;
- ** et la seconde tranche du service d'immunologie et biologie parasitaire de l'Institut Pasteur de Lille (0,38 million de francs).

**

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

Les recherches menées dans la section de biologie de la fondation s'effectuent dans le cadre de l'objectif « Etude des phénomènes vitaux à l'échelon subcellulaire ».

Des résultats notables ont été obtenus concernant le mécanisme de la transformation cancéreuse sous l'influence des virus cancérogènes à acide ribonucléique. Les réactions rapides qui suivent l'absorption de l'énergie des radiations dans certains systèmes biologiques ont été étudiées grâce à de nouvelles techniques. Le rôle de la réparation dans l'induction des cancers par les rayons ultraviolets a été pour la première fois mis en évidence. De nouvelles substances susceptibles d'une activité thérapeutique sont à l'étude.

La section de biologie a reçu en 1973 une subvention du Ministère de la Santé publique de 1,6 million de francs. Il est proposé d'accorder, pour 1974, un montant de 850.000 F de mesures nouvelles de fonctionnement. 1.250.000 F en autorisations de programme sont destinés à la réévaluation de la troisième tranche des laboratoires de biophysique d'Orsay.

**

LES LABORATOIRES DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Le Laboratoire national de la Santé publique a été remplacé, depuis un décret du 13 novembre 1970, par :

- un laboratoire de contrôle des médicaments ;
- un laboratoire des actions de santé.

Les actions de recherche de ces laboratoires sont orientées plus particulièrement vers la virologie, la bactériologie, le contrôle de la qualité des médicaments ainsi que celle de l'eau (teneur en fluor, nitrates...).

Pour 1974, il n'est pas prévu d'augmenter la subvention accordée dans le cadre de l'enveloppe-recherche. En effet, il apparaît que les activités de recherche doivent être développées sur des programmes précis dont le financement pourrait être assuré dans le cadre des contrats de l'I.N.S.E.R.M. ou du C.N.R.S. Par contre, une mesure nouvelle de 430.000 F en fonctionnement permettra notamment six créations d'emplois de techniciens.

II. — L'enseignement.

La mission enseignante du département de la Santé publique est sinon vaste, du moins très variée puisqu'elle va de la dispense d'un enseignement élémentaire puis professionnel aux jeunes sourds et aux jeunes aveugles dans des instituts appartenant à l'Etat jusqu'à la formation des cadres médicaux, administratifs et techniques des services et des hôpitaux par l'Ecole nationale de la Santé publique de Rennes en passant par un concours important apporté à la formation professionnelle des étudiants en médecine, des personnels paramédicaux et des personnels sociaux.

**

L'ECOLE NATIONALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Quelques mesures nouvelles sont prévues au bénéfice de l'Ecole nationale de la Santé publique : la création de 4 emplois dont un de professeur et la titularisation de 78 contractuels ; il en coûtera 97.202 F.

Rappelons que cet établissement est chargé de la formation des personnels suivants :

- inspecteurs de l'Action sanitaire et sociale ;
- directeurs d'hôpitaux jusqu'en 1968 et assistants de direction hospitalière depuis ;
- médecins inspecteurs de la Santé ;
- administrateurs d'établissements sanitaires et sociaux ;
- professeurs des Instituts des jeunes sourds ;
- infirmiers de Santé publique ;
- ingénieurs de Santé publique ;
- pharmaciens de Santé publique ;
- statisticiens de Santé publique ;
- techniciens supérieurs de Génie sanitaire ;
- éducateurs en Santé publique.

Elle gère, par ailleurs, deux laboratoires de contrôle, le Laboratoire départemental de l'Ille-et-Vilaine et un Laboratoire de contrôle des eaux ; trois laboratoires d'étude et d'enquête — chimie appliquée à la Santé publique, physique appliquée, génie sanitaire — et un Laboratoire de recherche en virologie.

Son effectif est de 202 agents dont 51 enseignants auxquels il faut ajouter 29 chargés de cours et 750 vacataires.

**

LA PARTICIPATION DE L'ÉTAT AUX DÉPENSES EXPOSÉES PAR LES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS POUR LA FORMATION DES PERSONNELS MÉDICAUX

La dotation ouverte pour la troisième année consécutive dans le budget de la Santé publique pour financer la participation de l'Etat aux dépenses exposées par les établissements hospitaliers pour la formation des personnels concourant aux actions sanitaires passeront de 117,8 à 131,2 millions de francs (+ 11,4 %).

Cette participation est actuellement calculée sur la base annuelle de 3.500 F par élève dans les écoles d'infirmières, de sages-femmes, d'ergothérapeutes, de masseurs-kinésithérapeutes et de pédicures ; de 5.000 F par élève dans les écoles de cadres infirmiers, de puéricultrices, de laborantins, de manipulateurs et d'aides anesthésistes, et de 830 F par étudiant en stage hospitalier.

C'est la prolongation de quatre mois de la scolarité des élèves-infirmières qui nécessite l'essentiel des suppléments demandés.

L'effectif des étudiants en médecine appelés au cours des trois dernières années du second cycle à recevoir une formation clinique par une participation à l'activité hospitalière est fixé chaque année par arrêté ministériel — et il en va de même en ce qui concerne les études odontologiques — en fonction du nombre de lits des établissements d'accueil et de l'encadrement du personnel. Il en résulte que certains étudiants qui ont obtenu leur moyenne à l'examen de fin de première année du premier cycle sont exclus des études médicales faute de place pour les accueillir : les « reçus-collés ». Certes, la difficulté des épreuves et la rigueur des correcteurs faisaient qu'on tentait peu ou prou d'ajuster le nombre des lauréats à celui des places : il a paru plus honnête de remplacer l'examen par un concours. Chaque U.E.R. de médecine devenue ainsi une « grande école », organisera les épreuves à sa convenance en vertu des dispositions de la loi d'orientation de l'enseignement supérieur : en l'absence d'un recrutement à l'échelon national, la qualité des étudiants variera forcément d'une U.E.R. à l'autre.

Mais un tel dispositif fait abstraction d'un autre paramètre qu'a mis en valeur la Commission de la santé au Commissariat général du Plan sur l'exécution du VI^e Plan : les besoins du pays et non plus les places disponibles. Un contrat a été passé avec le centre de sociologie et de démographie médicale pour une mise à jour de tous les éléments statistiques permettant de fixer le nombre idéal d'étudiants : si ce dernier est supérieur au chiffre actuellement retenu, il faudra étudier les modalités d'une participation plus importante du secteur privé aux charges de la formation clinique des étudiants.

LA FORMATION DES PERSONNELS MÉDICAUX

Le chapitre 43-13 où figurent les concours apportés par l'Etat aux écoles sous forme de subventions et aux élèves sous forme de bourses passera de 43,6 à 53,6 millions de francs (+ 22,9 %).

Le tableau ci-après rassemble les modifications apportées pour 1974.

NATURE de la formation	NATURE DE L'AIDE	ANNÉE scolaire 1972-1973	DOTATION 1973	MESURES nouvelles 1974
(En millions de francs)				
Infirmières.....	<i>Subventions aux écoles.....</i>		26,20	+ 2,7
	Nombre d'écoles agréées.....	261		
	Nombre d'écoles subventionnées.....	141		
	<i>Bourses.....</i>		12,35	+ 3,5
	Nombre d'élèves (2 années).....	23.027		
	Nombre de bourses.....	5.280		
Sages-femmes.....	<i>Subventions aux écoles.....</i>		0,30	
	Nombre d'écoles agréées.....	31		
	Nombre d'écoles subventionnées.....	16		
	<i>Bourses.....</i>		1,16	0,75
	Nombre d'élèves (3 années).....	1.475		
	Nombre de bourses.....	461		
Masseurs kinésithérapeutes et pédicures.	<i>Subventions aux écoles.....</i>		1,57	+ 1
	<i>a) Masseurs :</i>			
	Nombre d'écoles agréées.....	33		
	Nombre d'écoles subventionnées.....	2		
	<i>b) Pédicures :</i>			
	Nombre d'écoles agréées.....	10		
	<i>Bourses.....</i>			
	<i>a) Masseurs voyants et pédicures :</i>			
	Nombre d'élèves.....	4.738	1,38	+ 0,90
	Nombre de bourses.....	589		
<i>b) Masseurs aveugles.....</i>	79	0,06		
Laborantines, manipulateurs d'électroradiologie.	<i>Subventions aux écoles.....</i>		0,03	+ 0,50
	Nombre d'écoles agréées.....	32		
	Nombre d'écoles subventionnées.....	1		
	<i>Bourses.....</i>		0,64	+ 0,65
	Nombre d'élèves (2 années).....	1.682		
	Nombre de bourses.....	280		

Les suppléments de crédit se justifient pour 4 millions par la prolongation de quatre mois des études des élèves infirmières.

Les besoins en *infirmières* sont évalués à 186.000. On en compte actuellement 163.000 : 96.900 dans le secteur public (dont 36.000 pour les hôpitaux psychiatriques), 11.600 exerçant libéralement et 54.500 exerçant à titre de salarié dans le secteur privé.

Le développement du programme de Provens va se traduire par une demande accrue de *puéricultrices*. Sur la base de 20 puéricultrices pour 100.000 habitants, les besoins sont de 10.400 puéricultrices : or, le nombre de diplômées d'Etat ne s'élève qu'à 6.500 ; il existe donc un déficit, mais celui-ci est moins important que la comparaison de ces chiffres ne le laisse apparaître, puisque les puéricultrices sont assistées par des auxiliaires de puériculture chargées de certaines tâches concernant principalement l'hygiène et l'alimentation des enfants.

Les besoins en *masseurs-kinésithérapeutes* se chiffrent à 26.000. Actuellement 23.100 masseurs sont en activité et 2.000 diplômes vont être délivrés en 1973. On pourrait considérer les besoins comme satisfaits ; mais 80 % des masseurs exercent à titre libéral, avec une répartition géographique qui n'est pas suffisamment équilibrée puisqu'on note une très forte concentration dans la région parisienne. Pour pallier cette pénurie, il sera nécessaire de créer progressivement des écoles de masseurs dans les Centres hospitaliers régionaux qui en sont dépourvus.

*
**

LA FORMATION DES PERSONNELS SOCIAUX

La dotation du chapitre 43-21 passe de 84 à 113 millions de francs (+ 34,5 %).

Il s'agit de poursuivre une politique visant deux objets :

- assurer l'égalité des conditions entre les étudiants se destinant aux carrières sociales et les autres étudiants par la prise en charge par étape des frais de formation ;
- restructurer les formations dans le secteur social.

Pour les personnels sociaux en formation, nous avons dressé le même tableau que pour les auxiliaires médicaux :

NATURE de la formation	NATURE DE L'AIDE	ANNÉE scolaire 1972-1973	DOTATION 1973	MESURES nouvelles 1974
(En millions de francs.)				
Assistants sociales.....	<i>Subventions aux écoles</i>		20,70	+ 5,35
	Nombre d'écoles agréées.....	49		
	Nombre d'écoles subventionnées.....	33		
	<i>Bourses</i>		2,62	+ 1,30
	Nombre d'élèves (3 années).....	4.707		
	Nombre de bourses.....	859		
Travailleuses familiales ..	<i>Subventions aux écoles</i>		1,26	+ 0,49
	<i>Bourses</i>		2,98	+ 1,45
	Nombre de bourses.....	393		
Autres personnels sociaux apportant leur concours aux familles.	<i>Subventions aux écoles</i>		0,48	+ 0,47
	Nombre d'écoles	(2 organismes subven- tionnés)		
	<i>Bourses</i>		0,29	+ 0,25
	Nombre de bourses.....	33		
Éducateurs spécialisés ...	<i>Subventions aux écoles</i>		38,81	+ 8,46
	Nombre d'écoles	37		
Moniteurs éducateurs....	<i>Subventions aux écoles</i>		11,91	+ 3,24
	Nombre d'écoles	36		
	<i>Bourses</i>		1,27	+ 0,21
	Nombre de boursiers	575		
Jardinières d'enfants en cours de spécialisation.	<i>Subventions aux écoles</i>		1,26	+ 3,32
	Nombre d'écoles	3		
Jardinières éducatrices (nouveau).	<i>Subventions aux centres de formation</i>		0,40	+ 2,17
Conseillers conjugaux....	<i>Subventions aux centres de formation</i>		0,03	+ 0,03
	<i>Bourses d'études</i>		0,02	



LA SCOLARISATION DES JEUNES SOURDS ET DES JEUNES AVEUGLES

Cinq établissements scolaires spécialisés appartiennent déjà à l'Etat et reçoivent leur financement du budget de la Santé publique : l'Institut national des jeunes aveugles et, pour les jeunes sourds, les Instituts de Paris, Chambéry, Bordeaux et Metz. Leur fonctionnement nécessite pour 1974 un complément de 1.650.000 F.

De plus, dans le présent budget, il est proposé de financer la nationalisation de deux nouveaux établissements, l'Institut de jeunes sourds d'Asnières et l'Institut de jeunes aveugles de Saint-Mandé. Ces écoles appartenaient au département de la Seine. La dévolution des biens de cette ancienne collectivité aux départements de la couronne a fait que la première des deux écoles est passée dans le domaine des Hauts-de-Seine, la seconde dans celui du Val-de-Marne : mais les conseils généraux intéressés ont estimé la charge trop lourde d'autant que les Instituts ne reçoivent pas exclusivement des enfants de leur ressort mais en grande majorité de Paris et des autres départements de la région de Paris. Ces nationalisations coûteront à l'Etat 8 millions de francs.

III. — L'action médicale.

Les mesures nouvelles concernent les actions auxquelles la conjoncture confère un caractère prioritaire. Plusieurs d'entre elles entrent dans le cadre de programmes finalisés.

*
**

LUTTE CONTRE LES POLLUTIONS

C'est dans le budget de 1973 qu'a été financée l'amorce de la création d'un corps d'ingénieurs sanitaires chargés par les médecins de la Santé, de multiples contrôles : aux 15 emplois déjà créés s'ajouteront 5 nouveaux postes en 1974.

Le champ d'activité des services est le suivant :

- contrôle de la *pollution atmosphérique* : une enquête est en cours dans huit zones du territoire sur le rôle de la pollution atmosphérique dans l'étiologie des maladies respiratoires ; des réseaux de mesure ont été installés dans les grandes villes ainsi que dans la région de Lacq ; seront en outre définies des normes de qualité de l'air ;
- contrôle de la *pollution des eaux de baignade en mer* : la surveillance d'un grand nombre de plages comporte des prélèvements bi-hebdomadaires aux fins d'analyses bactériologiques ; de plus, certaines plages font l'objet d'une enquête plus approfondie relative :
 - à la répercussion épidémiologique de l'état sanitaire du lieu de baignade sur la santé des estivants, les médecins traitants des communes concernées étant invités à participer à l'enquête en faisant connaître les affections survenues chez leurs consultants ;
 - à l'étude bactériologique et à la recherche des champignons dans le sable, en plus de celle de l'eau de baignade en mer ainsi qu'à la recherche des détergents, des hydrocarbures et de certains toxiques dans l'eau en zone de baignade ;
- *lutte contre le bruit* : un crédit permettra de procéder à l'acquisition de sonomètres qui seront mis à la disposition des services de police d'un certain nombre d'agglomérations ;

- *contrôle des eaux d'alimentation* : il est assuré par des laboratoires agréés après avis du Conseil supérieur d'hygiène publique ; or l'augmentation des risques de pollution et l'apparition de nouvelles techniques nécessitant la mise en place de nouveaux appareils de coût élevé tels que le spectrophomètre font que les subventions accordées à ces laboratoires doivent être relevées. Des normes de qualité des eaux de boisson seront également définies ;
- *mesures d'assainissement* : le contrôle des dispositifs d'épuration sera renforcé en 1974 ;
- *hygiène alimentaire* : en vue de prévenir dans toute la mesure du possible les infections d'origine alimentaire, les médecins inspecteurs départementaux de la Santé et les agents de salubrité, habilités à effectuer des prélèvements de denrées dans les magasins d'alimentation, ont été invités à renforcer leur action ;
- *lutte contre l'habitat insalubre* : depuis l'intervention de la loi du 10 juillet 1970 qui a renforcé les possibilités d'intervention du Ministère de la Santé en matière d'habitat insalubre et notamment de lutte contre les marchands de sommeil, les mesures de résorption ont été intensifiées ; de plus, un crédit est destiné à faire face aux dépenses occasionnées par l'exécution de travaux d'office (application des art. L 30 et L 40 du Code de la santé publique).

*
**

L'ORGANISATION DES SECOURS D'URGENCE

Ces actions prennent place dans le cadre du programme « finalisé » de sécurité routière.

Au titre IV, est inscrit un nouveau crédit de 3.590.000 F ainsi réparti :

- + 390.000 F pour la formation et le recyclage des personnels en application de la loi du 10 juillet 1970 relative aux transports sanitaires ;
- + 1.425.000 F pour participation aux frais de fonctionnement des secrétariats : de nouveaux *services d'aide médicale urgente* (S.A.M.U.) seront mis en place notamment dans la région parisienne ;
- + 320.000 F pour la prise en charge par l'Etat d'une fraction des indemnités versées aux étudiants formés aux tâches de réanimation ;
- + 1.455.000 F pour l'achat d'ambulances et de matériel de réanimation et de télécommunication.

Au chapitre 57-10 « protection sanitaire des populations civiles » figure une autorisation de programme de 4 millions de francs destinée à l'acquisition d'appareils radiotéléphoniques à mettre en place dans les centres hospitaliers et au chapitre 66-11 (« subventions d'équipement aux établissements à vocation sanitaire »), une autorisation de programme de 13 millions au titre des C.H.R. et une autorisation de programme de 3 millions au titre des autres centres hospitaliers pour la construction et l'équipement de services de traumatologie.

Les *services mobiles d'urgence* (S.M.U.R.) sont obligatoirement organisés dans certains établissements hospitaliers en application du décret du 2 décembre 1965 suivant d'ailleurs des formules variées : dans certains cas, le service s'appuie sur un service d'accueil préexistant à sa création, et auquel il peut emprunter certains moyens ; dans d'autres, l'hôpital passe convention soit avec les sapeurs-pompiers, soit avec la Croix-Rouge, soit avec les ambulanciers privés.

L'efficacité d'un *service mobile d'urgence* dépendant d'un hôpital avec présence d'une équipe médicale très qualifiée à bord d'une ambulance se rendant dans des délais extrêmement courts au chevet d'un malade ou auprès d'un blessé sur le bord de la route, est un facteur de sécurité incontestable : il résulte de certaines recherches que deux à quatre vies humaines sont sauvées sur cent sorties. Ce chiffre est à rapprocher du coût moyen d'un tué par accident de la route qui est d'environ 300.000 F, selon les études récemment publiées par l'Organisme national de sécurité routière. Malgré certaines difficultés rencontrées encore par des établissements hospitaliers pour affecter le personnel médical et paramédical, en quantité et en qualité voulue, aux services mobiles d'urgence, la situation s'améliore au fur et à mesure de la mise en place de médecins-anesthésistes réanimateurs pouvant assurer non seulement la responsabilité de ce service, mais aussi celle de la formation du personnel (étudiants hospitaliers en particulier) et du contrôle de son activité.

*
**

LUTTE CONTRE LA TOXICOMANIE

Pour 1974, le Ministère de la Santé publique, tout en maintenant un effort très soutenu dans la lutte contre la toxicomanie, réoriente sa politique en donnant une nette priorité à la construction et au fonctionnement de centres destinés à la réinsertion sociale des toxicomanes : 5 millions de francs sont prévus à cet effet au budget d'équipement. C'est également dans l'esprit de cette politique que s'inscrit l'abattement de 200.000 proposé sur les crédits du Bureau interministériel de la drogue chargé pour l'essentiel d'une mission de documentation et d'information de caractère général.

L'action portera en priorité sur le développement de structures de soins dans la région Provence-Côte d'Azur, avec un centre de cure à Nice et plusieurs petits centres de postcure ou communautés thérapeutiques dans la région. L'effort portera ensuite sur les régions de l'Est (Strasbourg), du Sud-Ouest (Toulouse et Bordeaux) et du Nord (Lille). En ce qui concerne l'Ouest de la France, compte tenu de l'insuffisance des structures de soins dans le domaine de l'alcoolisme, il serait souhaitable de tenter une ou deux expériences de petits centres de postcure destinés aux toxicomanes aux drogues illicites et aux toxicomanes à l'alcool.

Il est très difficile d'apprécier l'efficacité des crédits affectés à la lutte contre la toxicomanie. Les pourcentages de guérison des toxicomanes ne sont pas connus à cause du caractère illicite et donc caché de l'usage des drogues, et de la difficulté de définir la notion de guérison ; cependant, ils doivent être très faibles — de l'ordre de 5 à 10 % —. Tous les pays en sont au même point y compris les Etats-Unis qui dépensent des sommes considérables pour les actions sanitaires dans ce domaine.

Cela ne veut pas dire que toute thérapeutique ou toute institution de soins soit inutile. Les crédits affectés à la lutte contre la toxicomanie, ont favorisé les demandes d'aide des toxicomanes par la création de centres d'accueil avec des équipes médicales, sociales et éducatives ; ils ont amélioré notablement notre capacité d'hospitalisation pour les cures de sevrage et enfin ils ont permis la création des premiers centres de postcure sans lesquels toute action thérapeutique est vouée à l'échec.

L'alcoolisme est également une toxicomanie. L'actuel Ministre de la Santé publique a entamé une campagne vigoureuse contre ce fléau et entrepris les actions suivantes :

- poursuite de l'application de la loi du 9 juillet 1970 fixant un taux légal d'alcoolémie en matière de circulation routière ; les services départementaux sont chargés de l'achat, de l'entretien et de la répartition du matériel de prélèvement de sang et des fiches A, B, C, sur lesquelles sont consignés les résultats, ainsi que la surveillance des laboratoires habilités à pratiquer les analyses de sang en vue de la détermination du taux d'alcoolémie ;
- mise en place des moyens de traitement ambulatoires ou en hospitalisation complète des alcooliques, notamment de ceux qui seront détectés à l'occasion des contrôles routiers ;
- intensification de la prévention des conséquences somatiques et psychiques de la consommation excessive de boissons alcoolisées : création dans les départements des « consultations d'hygiène alimentaire » qui, assurées par des praticiens de diverses disciplines, seront orientées vers le dépistage aussi précoce que possible et le traitement de la maladie alcoolique.

Signalons également la très forte augmentation des droits sur l'alcool figurant à l'article 6 du projet de loi de finances et l'affectation du produit du droit de fabrication à la Caisse nationale d'assurance maladie (920 millions de francs).

*
**

LA PRÉVENTION DES HANDICAPÉS A LA NAISSANCE

Les crédits de fonctionnement affectés à la réalisation du programme finalisé « Périnatalité » sont majorés de 2.130.000 F au titre III.

En revanche, au titre IV, les subventions aux établissements hospitaliers pour l'amélioration des services d'obstétrique subissent un abattement de 820.000 F, compensé par l'ouverture d'une autorisation de programme supplémentaire d'un million de francs.

Les actions à entreprendre en 1974 sont les suivantes :

a) *Recherches* : les crédits demandés (450.000 F en mesure nouvelle) devraient permettre la poursuite et la mise au point des conclusions de différentes enquêtes :

- analyse statistique de l'enquête périnatalité sur un échantillon représentatif de 10.000 naissances ;
- enquête permettant de suivre les enfants jusqu'à l'âge de deux ans en utilisant les certificats de santé (loi n° 70-633 du 15 juillet 1970) ;
- enregistrement exhaustif des anomalies congénitales à partir des certificats de santé à la naissance ;
- réalisation d'une enquête de surveillance des enfants en vue d'apprécier les effets de la politique de périnatalité dans le département d'Ille-et-Vilaine.

b) *Vaccination contre la rubéole* : un crédit de 2.165.000 F est destiné en 1974 à l'élargissement de la campagne de vaccination contre la rubéole entreprise depuis deux ans pour les fillettes de treize ans et le personnel féminin particulièrement exposé.

c) *Surveillance prénatale* : une somme d'un million de francs a été prévue sur le chapitre 47-12, article 10, pour la prise en charge des dépenses de fonctionnement des centres de grossesses à haut risque dans lesquels les femmes enceintes viennent subir les examens complémentaires et supplémentaires nécessités par leur état. Par le moyen de conventions entre les services de protection maternelle et infantile et les services hospitaliers concernés, la part des frais résultant de ces examens non couverte par la Sécurité sociale sera prise en charge au titre des dépenses obligatoires de P.M.I.

d) *Surveillance de l'accouchement* : un crédit s'élevant à 1.050.000 F doit permettre l'équipement en matériel spécialisé de sept centres de grossesses à haut risque. Par ailleurs, est envisagée une action d'intensification de la rénovation et de l'aménagement des maternités des établissements hospitaliers et des services des nourrissons.

e) *Recyclage des personnels médicaux et paramédicaux* : il est prévu 912.000 F pour financer le recyclage court de 1.050 médecins ou sages-femmes et de 1.050 personnes faisant partie du personnel paramédical ainsi que le recyclage long de 720 médecins ou sages-femmes et de 780 personnes faisant partie du personnel paramédical.

f) *Centres de réanimation néo-natale intensive* : un crédit de 860.000 F est réservé pour l'équipement d'un centre de réanimation néo-natale.

Par ailleurs, des décrets, des arrêtés et une circulaire d'application ont rendu effectives les dispositions de la loi du 15 juillet 1970 relatives à la délivrance obligatoire de certificats de santé à l'occasion de certains examens médicaux préventifs. L'application de la loi sera progressive tant en ce qui concerne l'utilisation des certificats qu'en ce qui concerne leur exploitation par les moyens de l'informatique. De plus, des actions devront être entreprises dans les premiers mois de la vie qui requerront la contribution d'une équipe de médecins et de techniciens hautement qualifiés. Pour éviter, autant que faire se peut, la séparation de l'enfant du milieu familial, ces actions doivent, après dépistage, se dérouler sous forme de cures ambulatoires et de guidances des familles. C'est pour répondre à ces besoins et pour permettre le développement de ces actions que les services du Ministère vont fixer les normes techniques des établissements qui recevront à cette fin des enfants d'âge préscolaire. Ils assureront le dépistage, la cure ambulatoire et la rééducation des enfants présentant des handicaps sensoriels, moteurs ou mentaux, en vue d'une adaptation sociale et éducative dans leur milieu naturel et avec la participation de celui-ci.

*
**

LE CONTROLE SANITAIRE AUX FRONTIÈRES

Diverses grandes épidémies ont appelé l'attention sur l'utilité du Service de contrôle aux frontières et les insuffisances des moyens dont il dispose.

Ce service, basé dans les principaux ports et aéroports de la métropole et des D.O.M., est chargé de l'application du Règlement sanitaire international : contrôle de l'état sanitaire des voyageurs, mesures d'hygiène publique. Chaque poste comprend, sous la direction d'un médecin-chef

appartenant au cadre de la Santé publique, du personnel technique (officiers, gardes et mariniers), du personnel infirmier et du personnel administratif.

Du fait du développement considérable du trafic aérien, les fonctionnaires de la Santé n'auraient pas été en mesure de faire face à leur mission lors de l'épidémie de choléra des étés 1970, 1971, 1972 et 1973, sans le concours d'agents appartenant à d'autres Départements ministériels et notamment de médecins et infirmiers militaires et de soldats du contingent.

Aussi des postes budgétaires sont-ils ouverts dans le budget de 1974, en nombre encore modeste (5), mais des créations interviendront au cours des prochains exercices ; d'autre part, le régime indemnitaire est quelque peu amélioré.

*
**

LE SERVICE DE SANTÉ SCOLAIRE

Les objectifs du service de Santé scolaire ont été définis par les Instructions du 12 juin 1969. Toutefois, à l'heure actuelle, les problèmes ont évolué avec une grande rapidité : les difficultés d'adaptation en relation avec des situations conflictuelles d'origine psychologique dominent les préoccupations du service, tandis que passent au second plan les affections purement somatiques.

Aussi, un aménagement des structures et des missions du service est-il actuellement à l'étude afin d'accentuer son rôle dans le dépistage ou la prévention de l'inadaptation de l'enfant à l'école et afin de renforcer les liaisons de ce service avec les autres formes de médecine préventive ainsi qu'avec la médecine familiale.

L'orientation plus précise des missions du service de Santé scolaire vers une médecine d'adaptation nécessite un recyclage du personnel déjà en place. C'est pour cette raison que sont organisés des stages dont les thèmes sont centrés sur les méthodes techniques d'éducation pour la santé, sur les modalités d'approche des problèmes médico-psycho-pédagogiques et sur l'orientation scolaire et professionnelle. En 1973, ils ont concerné 340 médecins, 200 infirmières et 425 assistantes sociales scolaires ; ils ont été réalisés avec le concours de l'Université René-Descartes (Paris V^e) et celui de l'Institut européen de coopération économique, et ont permis des échanges et des concertations fructueuses entre l'Administration centrale et le personnel des départements.

Une attention particulière est également apportée à l'hygiène bucco-dentaire. Une expérience de dépistage, suivie de soins sur centre mobile est mise en œuvre dans le département de l'Oise. Elle est réalisée en accord avec l'Ordre et les syndicats des chirurgiens-dentistes et avec le concours de l'Union française d'éducation sanitaire bucco-dentaire.

La campagne de vaccination contre la rubéole retenue à la suite de l'étude R.C.B. sur la périnatalité en 1970, commencée fin 1971, s'est poursuivie au cours de l'année scolaire 1972-1973 et a concerné 112.456 fillettes. En 1974, il est prévu de vacciner 400.000 fillettes, soit la totalité de la tranche d'âge concernée (13 ans).

Quant aux missions traditionnelles du service elles n'ont été qu'incomplètement remplies du fait de l'armature insuffisante du service ainsi que le prouvent les tableaux suivants relatifs à l'année scolaire 1971-1972.

Examens individuels par catégorie d'enseignement.

(Proportion des différents examens pour 79 départements.)

CATÉGORIES D'ENSEIGNEMENT	PROPORTION PAR RAPPORT à l'effectif inscrit			PROPORTION PAR RAPPORT aux examens cliniques		
	Élèves examinés	Examens cliniques	Examens biométriques	Bilans de santé	Examens systématiques	Examens à la demande
École maternelle (1)	25,1	21,2	3,9	88,4	7,7	3,9
Enseignement élémentaire	54,9	43,4	11,5	37,1	44	18,9
Enseignement du niveau du second degré...	65,6	56,7	8,9	18,5	63,3	18,2
Écoles normales.....	73,6	72,1	1,5	»	92,8	7,2

(1) Un certain nombre d'élèves des écoles maternelles sont examinés par les services de la P.M.I.

Ventilation des bilans de santé.

(Porté sur 57 départements pour le premier bilan et 70 départements pour les autres bilans.)

TYPE DE BILAN	EFFECTIF des ressortissants	EFFECTIF examiné	POURCENTAGES par rapport aux ressortissants
<i>Premier bilan - Enfants de 3 ans ..</i>	133.757	24.286	18,2
<i>Deuxième bilan - Enfants de 6 ans "dit visite d'admission"</i>	549.536	371.544	67,6
<i>Troisième bilan - C.M. 2</i>	528.903	320.308	60,6
<i>Quatrième bilan - Classe de 3^e</i>	350.794	245.715	70,1

Dépistage radiologique.

(Résultats pour 81 départements.)

	PROPOSITION des sujets examinés par rapport à l'effectif inscrit	PROPORTION du nombre de cas évolutifs par rapport au nombre de sujets examinés	NOMBRE de radio-photos par rapport au nombre de sujets inscrits
		(En pourcentage.)	
<i>Élèves :</i>			
Enseignement élémentaire	3,2	8,1	1,9
Enseignement du niveau du 2 ^e degré.....	26,2	1,1	23,7
Écoles normales.....	68,8	0,2	64,3
<i>Personnel :</i>			
Enseignant, administratif et de service	81,2	0,5	70,7

Nous ne répéterons jamais assez que le « décrochage » du service de Santé scolaire de l'Éducation nationale a été une erreur : l'énorme Ministère de la rue de Grenelle, à qui les crédits n'ont pas manqué naguère, pouvait seul assumer une mission écrasante pour un petit Ministère comme celui de l'avenue de Ségur à qui les fonds publics ont toujours été attribués plus chichement.

Pour 1974, il est demandé quinze postes de médecins contractuels supplémentaires, les crédits de vacation accordés l'an dernier étant maintenus et des crédits nouveaux étant prévus pour l'information et la formation continue des personnels (+ 400.000 F).

D'autre part, vingt postes de commis des directions départementales de l'Action sanitaire et sociale sont créés : ils sont essentiellement destinés à décharger le personnel paramédical ou social des tâches administratives.

En ce qui concerne les assistantes sociales scolaires, aucun poste budgétaire supplémentaire n'a été demandé car il convient de combler auparavant les vacances d'emploi. Il a d'ailleurs été demandé aux services départementaux un effort particulier de prospection des candidatures d'agents contractuels de toutes catégories.

En ce qui concerne les moyens en matériel, le rajeunissement du parc automobile se poursuivra notamment par l'acquisition de véhicules légers. Les camions radiophotographiques vétustes et plus particulièrement les camions radioscopiques sont remplacés très progressivement. Enfin, la campagne d'éducation sanitaire bucco-dentaire nécessite l'achat de nouveaux camions de dépistage.

IV. — L'action sociale.

En guise de transition avec la rubrique précédente, signalons que le chapitre 46-22, celui qui renferme à lui seul les deux tiers des crédits du Ministère de la Santé publique et qui s'intitule « *Aide sociale et aide médicale* », est doté de 5.498 millions de francs. Il progresse de 878 millions.

— 868 millions au titre des mesures acquises ;

— 9,6 millions seulement au titre des mesures nouvelles,

à savoir, le relèvement mensuel de l'allocation d'aide sociale aux infirmes, aveugles et grands infirmes.

La croissance des crédits qui n'était plus que de 8,2 % pour 1973 après avoir atteint 13 % au cours des quatre budgets précédents, est brutalement remontée à 19 %. Si l'on fait la moyenne des deux derniers budgets, on retrouve le taux traditionnel de 13 %. Il faut donc en conclure que l'effet du transfert progressif des personnes relevant des régimes d'assistance vers les régimes de prévoyance et de solidarité ne sera pas perçu avant de longues années.

De plus, malgré une longue attente, nous ne trouvons pas dans ce budget la nouvelle clef qui, se substituant à celle que l'on utilise depuis 1955, permettrait de ventiler d'une manière plus juste les dépenses d'assistance entre Etat, département et commune.



LE PLANNING FAMILIAL

A cheval également sur l'action sanitaire et sur l'action sociale figure pour la première fois le *planning familial* financé au titre de la P.M.I. (action sanitaire) pour 550.000 F et au titre de la famille (action sociale) pour 3.350.000 F.

C'est le vote de la loi du 11 juillet 1973 portant création d'un Conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale qui a débloqué une situation « gelée » depuis l'adoption de la loi du 28 décembre 1967. Ce dernier texte a prévu deux catégories d'organismes aidés par la puissance publique :

a) *Les établissements d'information, de consultation ou de conseil familial* : les organismes nationaux exerçant des activités de conseil conjugal et familial, d'information familiale, d'information sur les méthodes de régulation des naissances, d'éducation sexuelle ainsi que certaines associations locales ont fait part à l'Administration de leur intention de déclarer plus de 600 établissements. Lorsque ces établissements auront été agréés, les organismes nationaux pourront recevoir des subventions de fonctionnement et l'article 5 de la loi du 11 juillet 1973 prévoit même la passation de conventions entre l'Etat et les associations participant à l'information.

b) *Les centres de planification ou d'éducation familiale* : ces centres peuvent offrir des consultations médicales et pratiquer des interventions en vue de régulariser les naissances ; pour ce faire, ils doivent recevoir un agrément du Ministère de la Santé publique. D'ores et déjà une circulaire du 28 février 1973 a prévu qu'à titre expérimental, de tels centres fonctionnant dans les consultations de Protection maternelle et infantile pouvaient être pris en charge.

Il en sera de même pour les centres qui passeraient convention avec les services de P.M.I. et qui fonctionneraient dans des établissements hospitaliers ou dans des dispensaires de soins. Par ailleurs, les dépenses résultant d'interventions et de soins médicaux pourraient être remboursées par la Sécurité sociale.

Enfin des crédits de subventions sont prévus pour aider les organismes de recherche dans le domaine de la régulation des naissances et les établissements de formation des conseillers conjugaux et familiaux.

La formation des *conseillers conjugaux* est assurée actuellement par les organismes qui ont vocation à créer des établissements d'information ou des centres de planification. Pour assurer une certaine homogénéité de ces formations, le Ministère de la Santé publique a pris un arrêté en date du 27 novembre 1972 qui définit les conditions à remplir par le personnel des établissements et donne des indications très générales sur leur formation. En outre, le Ministère a pris l'initiative de constituer un groupe de travail avec les représentants des divers organismes en vue de dégager avec eux un programme commun de formation et de définir les modalités selon lesquelles la formation pourrait être sanctionnée.

Des subventions budgétaires sont prévues à cet effet ainsi que nous l'avons vu et un financement complémentaire important est apporté aux divers organismes par les Caisses d'allocations familiales.

Les crédits de subventions pourront servir également à favoriser la formation des personnels médicaux et paramédicaux en matière de planification familiale.

Pour la fin de l'année 1973, une session d'enseignement de sept semaines a été prévue à l'Ecole nationale de la santé publique à Rennes. Elle est destinée aux différents personnels des centres de planification et d'éducation familiale ainsi qu'aux médecins et personnels des services de P.M.I. directement intéressés par ces questions.

*
**

LES CRÈCHES

La garde des enfants de zéro à trois ans a fait l'objet d'une étude R.C.B. (rationalisation des choix budgétaires) : à partir d'une analyse critique de la situation actuelle, cette étude visait à « définir les éléments d'une politique d'action, principalement orientée vers les femmes qui travaillent, sur le plan d'une part de la conception des formules de garde à promouvoir et, d'autre part, sur le plan des modalités de financement ».

Par ailleurs, lors de la dernière campagne électorale, le Gouvernement a promis la création de 2.000 crèches ou garderies au cours de la présente législature et déjà figure aux dépenses en capital une autorisation d'engagement de 30 millions représentant un programme spécifique minimum. Ces crédits trouveront-ils preneurs ? Une dotation de 100 millions offerte il y a déjà deux ans n'est pas encore épuisée pour la raison suivante : les collectivités doivent prendre la moitié de l'équipement à leur charge sans oublier la quasi-totalité du fonctionnement car on ne trouve pas plus d'un demi-millier de crèches aidées et à raison d'un franc environ par enfant et par jour, ce qui est fort peu.

Une nouvelle répartition est à l'étude qui pourrait être la suivante en matière d'investissement :

— Etat	40 %
— Caisse d'allocations familiales	30 %
— Collectivité locale	30 %

En ce qui concerne le fonctionnement, le Gouvernement estime que différentes modalités de financement peuvent être envisagées, étant entendu au préalable que s'agissant d'institutions qui intéressent directement les communes, celles-ci doivent participer au fonctionnement d'une manière importante. Cependant, les *Caissees d'allocations familiales* ne peuvent négliger l'intérêt qui s'attache à ce que les familles disposent d'établissements de garde pour leurs enfants. La Caisse nationale a du reste institué, depuis trois ans, une prestation de service calculée sur la base d'un prix de revient de journée de crèche forfaitaire et correspondant à 20 % de ce prix. Il y a lieu d'estimer que les caisses accentueront leurs efforts de telle manière qu'elles pourront prendre en charge 25 % des coûts de fonc-

tionnement. Parallèlement, les *familles* qui par ailleurs pourront bénéficier à divers titres et en plus grand nombre d'allocations pour frais de garde devront être appelées à participer financièrement d'une manière plus massive. En effet, dans un certain nombre de cas, les gestionnaires des crèches ne demandent qu'une participation financière extrêmement faible aux familles alors même que celles-ci seraient prêtes à apporter une contribution plus substantielle. Toutefois, en contrepartie, une clarification des conditions de gestion des crèches sera demandée aux organismes qui en ont la responsabilité grâce à l'application d'un plan comptable et à la recherche d'une diminution du prix de revient des journées de garde d'enfants.

Quant au choix pour une collectivité entre le système de *crèches collectives* et celui des *crèches familiales*, il dépend des besoins du secteur d'implantation et des moyens qu'on peut y trouver. C'est ainsi que dans un grand ensemble où nombre de femmes ne travaillent pas à l'extérieur et occupent des logements neufs et suffisamment confortables, la crèche à domicile peut être plus facile à faire fonctionner. Par ailleurs, elle permet une souplesse dans la garde de l'enfant, soit qu'il s'agisse des horaires, soit qu'il s'agisse de l'admission en cas de maladie bénigne de l'enfant. En outre, elle peut constituer un mode de placement recommandable pour certaines catégories d'enfants notamment ceux qui présentent une santé fragile, ou pour ceux qui supportent mal la vie en groupe. Il est souhaitable d'ailleurs que crèches collectives et crèches familiales coexistent, la crèche collective constituant le noyau de base indispensable et répondant aux besoins courants, la crèche familiale associée couvrant des besoins spécifiques ou temporaires.

D'autre part, est à l'étude la création de *centres dits de la « petite enfance »*, par la réunion dans un même ensemble d'institutions aux définitions voisines et aux vocations complémentaires. Toutefois ces équipements multiples et intégrés supposent un personnel diversifié puisqu'ils doivent réunir dans une même enceinte et selon les besoins des établissements tels que crèches collective et familiale, halte-garderie, garderie, école maternelle, centre de P.M.I., foyer de l'enfance, etc. Les avantages que peuvent présenter ces centres ont été évoqués à propos de l'enquête de R.C.B. citée plus haut. Mais il s'agit de structures complexes puisqu'elles comprennent des établissements dont chacun doit répondre à des normes particulières et qui sont placés sous la tutelle de services et d'administrations différents. La réalisation de ces centres ne peut donc, dans un premier temps, intervenir qu'à titre expérimental après que les problèmes délicats de coordination et de financement qu'ils soulèvent aient été résolus. Cependant, il y a lieu d'envisager un développement assez rapide de tels centres dans les secteurs de forte urbanisation où ils doivent pouvoir rendre de réels services à la population intéressée.

L'AIDE EN FAVEUR DES PERSONNES AGÉES

Le VI^e Plan a prévu un programme finalisé tendant au maintien à domicile des personnes âgées.

L'objet de ce programme est de stabiliser au chiffre actuel de 70.000 le nombre des personnes âgées de plus de soixante-cinq ans admises en 1975 dans un cadre d'hébergement collectif, ce qui implique la création d'équipements légers et de services tels que clubs, foyers-clubs, centres de jour, capables de desservir une population âgée de 50.000 à 100.000 personnes maintenues à domicile.

Sa mise en place se poursuit conformément aux prévisions en ce qui concerne les délégations de crédits et le nombre de secteurs à réaliser. Elle se traduit par la réalisation, en 1973, d'environ 80 secteurs d'action gérontologique regroupant un service d'aide ménagère et de soins à domicile, un foyer-restaurant, un club et, dans certains cas, un centre de jour. On note toutefois, un certain retard dans les réalisations, dû essentiellement au fait qu'il s'agit de procédures nouvelles, concernant des équipements et des services que l'Etat n'avait pas l'habitude de subventionner. Mais on peut considérer aujourd'hui que ces difficultés de démarrage sont maintenant aplanies.

Des instructions particulières ont été données pour la mise en place du programme finalisé en milieu rural. Plusieurs secteurs ruraux créés en liaison avec la Mutualité sociale agricole semblent donner des résultats très satisfaisants. Par ailleurs, les adaptations nécessaires à l'application du programme finalisé en pays minier ont pu être étudiées de concert avec les représentants du régime minier de Sécurité sociale et quelques projets de réalisation sont en cours d'élaboration.

En fonctionnement, la dotation du programme finalisé pour 1974 est majorée de 3,5 millions de francs, c'est-à-dire de près de 60 %.

En capital, les autorisations de programme pour les établissements sanitaires passent de 56,3 à 70,9 millions de francs et pour les établissements sociaux de 33,4 à 69,2 millions. Les hospices notamment « s'humanisent » (7 millions) avant de disparaître vraisemblablement puisque l'accent est mis sur les constructions individualisées.

*
**

L'AIDE AUX HANDICAPÉS ET AUX INADAPTÉS

Un projet de loi d'orientation en faveur des handicapés est en cours d'élaboration. Il tend d'une part, à regrouper et à simplifier divers textes pris jusqu'ici en leur faveur et, d'autre part, à édicter de nouvelles mesures.

Son but est de donner à tous les handicapés, mentaux ou physiques, enfants, adolescents ou adultes, grâce à l'éducation, aux soins, à la formation et au reclassement professionnel dont ils seront l'objet, le développement maximal de leurs aptitudes et, partant, toute l'autonomie dont ils sont capables.

— *Pour les enfants* qui ne peuvent tirer profit d'une formation scolaire normale, il est prévu une éducation spéciale conjuguant les apports d'actions médicales, paramédicales, psychologiques, pédagogiques et sociales, cette éducation étant assurée soit dans des établissements ou classes spécialisés relevant du Ministère de l'Éducation nationale, soit dans des établissements publics ou privés de soins ou de réadaptation, ou dans des établissements médico-éducatifs publics ou privés.

Une collaboration étroite est prévue avec le Ministère de l'Éducation nationale en faveur des enfants et adolescents handicapés, et une *Commission départementale de l'éducation spéciale* sera chargée de l'étude des problèmes individuels posés par l'application de cette loi, aux lieux et places des actuelles Commissions médico-pédagogiques et sections des mineurs des Commissions départementales d'orientation des infirmes.

Le projet rappelle le principe de l'obligation et de la gratuité scolaire et pose celui d'une prise en charge, au titre de l'assurance maladie, des frais de soins et d'éducation spécialisée d'enfants relevant de l'application de techniques non exclusivement pédagogiques dispensées sous contrôle médical.

Sur le plan de l'aide pécuniaire aux familles, le projet regroupe en une prestation familiale unique les trois allocations existant actuellement : l'allocation spéciale aux parents de mineurs grands infirmes (aide sociale), l'allocation d'éducation spécialisée, l'allocation des mineurs handicapés (prestations familiales).

— *En ce qui concerne les adultes*, les questions abordées ont trait à l'emploi des handicapés, aux aides financières qui leur sont assurées, à leur affiliation à l'assurance maladie, au logement et à l'hébergement.

L'insertion au travail des handicapés sera favorisée par diverses réformes de la loi du 23 novembre 1957, notamment la substitution aux actuelles Commissions d'orientation des infirmes d'une Commission technique d'orientation rattachée aux sections départementales de l'Agence nationale pour l'emploi et la mise au point d'un statut des ateliers protégés.

Comme pour les enfants, un regroupement des allocations versées aux handicapés adultes apportera une simplification sensible à la fois du point de vue des intéressés et de celui des organismes débiteurs. Dans le même esprit, l'affiliation à l'assurance maladie des handicapés sera organisée sur des bases plus rationnelles.

Sur le plan financier du budget de 1974, nous trouvons la couverture d'une action nouvelle, la prise en charge partielle de neuf « équipes de suite » destinées à faciliter l'insertion professionnelle et sociale des handicapés adultes (1.170.000 F) et des compléments de dotation concernant diverses subventions destinées aux œuvres s'occupant de handicapés adultes (+ 600.000 F), d'enfants inadaptés (+ 958.000 F) ou de jeunes en danger moral pris en charge par des clubs ou équipes de prévention (+ 2.571.475 F).

Par ailleurs, une provision de 9.600.000 F est constituée pour le relèvement de l'allocation d'aide sociale aux infirmes, aveugles et grands infirmes qui suit l'allocation aux vieux travailleurs salariés : aucune étape n'a encore été fixée pour 1974.

Les programmes pour construction d'établissements destinés aux enfants diminuent de 70,3 à 56,4 millions, ceux destinés aux adultes augmentent de 45,5 à 63,1 millions.



L'ANIMATION DES ÉQUIPEMENTS SOCIAUX DES GRANDS ENSEMBLES

Il s'agit dans ce domaine de promouvoir une action sociale globale essentiellement préventive et promotionnelle, ayant pour cadre des communautés restreintes et s'appuyant sur les centres sociaux. Etant donné l'évolution de ces centres qui passent d'une dominante médico-sociale à une dominante socio-culturelle, la nécessité de postes d'animateurs se fait de plus en plus pressante. Le budget de 1974 tend à réaliser une seconde étape dans cette voie en prévoyant la prise en charge à 50 % de la rémunération de 30 animateurs (+ 462.000 F) et une majoration des subventions aux organismes d'études et d'animation (+ 405.000 F).



Nous observons enfin qu'aucun complément de crédit n'est ouvert, pour 1974, au bénéfice des *foyers de jeunes travailleurs* et nous espérons qu'il ne s'agit pas là d'une sanction à la vague contestataire qui a agité nombre d'entre eux ces temps derniers.

Nous rappelons qu'il s'agit d'institutions à but non lucratif qui mettent à la disposition des jeunes séparés de leur famille un ensemble d'installations matérielles pour le logement et la nourriture, ainsi que des moyens qui permettent, directement ou indirectement, de favoriser leur promotion individuelle et leur insertion dans la vie sociale.

On dénombrait, en 1972, 617 foyers hébergeant 52.000 jeunes. Pour le VI^e Plan, les besoins ont été estimés à 130.000 places nécessaires au 1^{er} janvier 1976.

La tendance qui a conduit les promoteurs à assurer la quasi-totalité du financement des constructions par emprunt (H.L.M. - Crédit foncier) a entraîné des frais d'amortissement trop importants eu égard au montant de la pension que l'on peut raisonnablement demander aux jeunes résidents ; d'où l'apparition d'un déficit de fonctionnement. D'autre part, du fait même de leur vocation socio-éducative, les foyers de jeunes travailleurs doivent disposer de personnels qualifiés et expérimentés ce qui, dans certains cas, aggrave le déficit.

Aussi les Pouvoirs publics ont-ils pris un ensemble de mesures destinées à améliorer la situation.

Des crédits sont inscrits, depuis l'exercice 1971, au budget du Ministère de la Santé publique et de la Sécurité sociale pour des actions en faveur des jeunes travailleurs hébergés dans des foyers. Ces crédits sont utilisés en attribuant des aides individuelles aux apprentis, aux jeunes poursuivant des études en dehors de leur travail en vue d'une promotion, en attribuant aux foyers une avance leur permettant d'accueillir les jeunes se présentant à eux sans ressources et à la recherche d'un emploi, et d'autre part, en assurant la prise en charge partielle de la rémunération d'animateurs socio-éducatifs.

L'allocation de logement, créée par la loi du 16 juillet 1971, est applicable à ceux des jeunes résidant en foyers qui remplissent les conditions prévues.

Par ailleurs, est décidée l'extension aux foyers de jeunes travailleurs du système des prestations de service du Fonds national d'action sanitaire et sociale de la Caisse nationale d'allocations familiales. Ces prestations sont prévues sous deux formes : une prestation « socio-éducative » correspondant à 20 % des dépenses réelles afférentes à cette action dans la limite d'un plafond, et accordée à condition notamment que le foyer héberge un pourcentage important de jeunes et une prestation rattachée à la « fonction d'hébergement » au bénéfice des jeunes résidents de moins de 20 ans.

L'impact de ces diverses mesures qui améliorent peu à peu la situation financière souvent difficile des foyers est suivi avec attention. Un groupe de travail interministériel se réunit régulièrement ; des groupes de concertation ont été institués à l'échelon régional en 1971 à l'occasion de la création des aides financières ci-dessus indiquées. Ces instances étudient les évolutions qui pourront apparaître nécessaires.

V. — Budget et Plan.

Les auteurs du VI^e Plan ont fait deux enveloppes des équipements de la Santé publique et prévu deux hypothèses de croissance :

	ENVELOPPE COHÉRENTE avec la progression de 9% de F. B. C. F.		HYPOTHÈSE basse Enveloppe A. P.
	Enveloppe A. P.	Enveloppe F. B. C. F.	
	(En milliards de francs 1970)		
Action sociale.....	1,8	4,4	1,6
Santé	3,6	12,4	3,1

F. B. C. F. : formation brute de capital fixe.
A. P. : autorisation de programme.

1° L'enveloppe « Action sociale » déborde quelque peu le budget de la Santé publique pour empiéter sur celui de la Justice : sur un total de 1,8 milliard, il ne faut en retenir que 1,25 en hypothèse haute à quoi correspond 1,1 milliard en hypothèse basse, au compte de la Santé.

Dans cette enveloppe, ont fait l'objet d'une *déclaration* de priorité, les équipements concernant :

	<i>Millions de francs</i>
— l'aide sociale à l'enfance	95
— la formation des personnels sociaux	70
— et les crèches	75

Elle comporte également un *programme finalisé* : le maintien à domicile des personnes âgées afin de stabiliser le nombre des vieillards hébergés en milieu institutionnel.

2° L'enveloppe « Santé » comprise dans la fourchette 3,1/3,6 milliards recouvre, elle aussi, des programmes ayant fait l'objet d'une déclaration de priorité :

- la formation des personnels sanitaires : 220 millions de francs ;
- l'humanisation des hôpitaux par la suppression des salles communes et la rénovation des locaux les plus vétustes : 320 millions de francs ;
- et un *programme finalisé* mis en route dès 1971 et poursuivi dans les budgets de 1972 et de 1973 : la prévention périnatale.

3° Enfin, au sein de l'enveloppe « Recherche » un programme prioritaire de 490 millions a été réservé aux sciences de la vie, programme qui comporte un sous-programme de 115 millions au bénéfice de la *Recherche médicale*.

Comment ces directives sont-elles respectées dans le présent budget et dans les budgets précédents ?

Au cours des quatre premières années du VI^e Plan, les autorisations de programme (en francs courants et en francs 1970) auront été attribuées de la manière suivante :

Exécution du VI^e Plan. Autorisations de programme ouvertes.

(En millions de francs.)

	ENVELOPPE		1971		1972		1973		1974 (projet)		TOTAUX		TAUX de réalisation	
	Hypothèse haute	Hypothèse basse	F cour.	F 70	F cour.	F 70	F cour.	F 70	F cour.	F 70	F cour.	F 70	Hypothèse haute	Hypothèse basse
I. — Organismes à vocation sanitaire :														
C. H. R.	1.180	1.084	160,4	155,6	225	206,4	325,2	284,1	322	265,4	1.032,6	911,5	77,2	84,1
Hôpitaux non C. H. R.	900	651	110,6	107,2	139,4	127,9	257,5	224,9	245,4	202,3	752,9	662,3	73,5	101,7
Etablissements pour personnes âgées .	540	496	33	32	43,4	39,8	53,2	46,5	70,9	58,4	200,5	176,7	32,7	35,6
Maladies mentales.....	540	465	79,5	77,1	75,2	69	89,2	77,9	103,1	85	347	309	57,2	66,5
Formation des personnels.....	220	217	7,2	7	21,6	19,9	13,6	11,9	25	20,6	67,4	59,4	27	27,4
Divers.....	220	187	41,7	40,4	56,3	51,6	75,4	65,9	21,7	17,9	195,1	175,8	79,9	94
Totaux	3.600	3.100	432,4	419,3	560,9	514,6	814,1	711,2	788,1	649,6	2.595,5	2.294,7	63,7	74
II. — Organismes à vocation sociale pour :														
Enfance inadaptée.....	344	298	61,1	59,2	63,6	58,3	63,1	55,1	56,4	46,5	244,2	219,1	63,7	73,5
Handicapés adultes.....	376	295	49	47,5	34,2	31,5	45,7	39,9	63,1	52	192	170,9	45,5	57,9
Famille.....	273	258	13,2	12,9	34	31,2	47,7	41,6	87,3	72	182,2	157,7	57,8	61,1
Personnes âgées.....	186	179	18,7	18,2	27,9	25,6	37	32,3	69,2	57	152,8	133,1	71,6	74,4
Formation des personnels.....	71	70	12	11,6	9,2	8,4	9	8	15	12,4	45,2	40,4	56,9	57,7
Totaux	1.250	1.100	154	149,4	168,9	155	202,5	176,9	291	239,9	816,4	721,2	57,7	65,6
III. — Recherche.....	490	»	26	25,2	40	36,7	48,5	42,4	52,6	43,3	167,1	147,6	30,1	»

Le passage des francs courants aux francs constants est peut-être discutable quant à sa précision. Mais la « transformation » pour les exercices 1971, 1972 et 1973 est d'origine administrative et nous avons choisi pour 1974 le taux de hausse retenu dans le budget économique pour la formation brute de capital fixe des administrations soit 5,5 %.

Au terme de la quatrième des cinq années du Plan, le degré de réalisation *en volume* devrait être de l'ordre de 76-77 %. *Par rapport à l'hypothèse haute, nous serons en retard d'une bonne douzaine de points pour les équipements sanitaires, d'une petite vingtaine de points pour les équipements sociaux et très loin du compte en ce qui concerne la recherche médicale.*

A regarder plus en détail, on constate que le secteur des hôpitaux a été relativement bien doté en autorisations de programme et si l'on observe un fléchissement pour 1974, celui-ci est dû à une réforme du financement de tels établissements dont il faut se souvenir qu'ils sont à caractère industriel et commercial : il sera fait appel à l'emprunt pour 230 millions environ.

Ce faisant, il a été possible de procéder à une correction de tir et de consacrer au secteur social les suppléments obtenus de la rue de Rivoli : d'une part, il n'était que temps pour procéder à un sauvetage du Plan dans ce domaine et, à la vérité, il ne sera pas possible d'aboutir à une exécution intégralement conforme aux objectifs ; d'autre part, des engagements ont été pris à Provins et il convient d'en tenir le plus possible : c'est une des raisons pour lesquelles nous trouvons au « bleu », parfaitement identifiable le « programme spécifique minimum de crèches » financé à hauteur de 30 millions de francs ainsi que des taux de majoration importants à toutes les rubriques : 24,7 % pour l'enfance inadaptée, 38,6 % pour les adultes handicapés, 59 % pour l'enfance, l'adolescence et la famille et même 107,2 % pour les personnes âgées.

Le tableau de la situation comporte en outre quelques ombres d'importance :

— les crédits qui apparaissent au budget ne vont pas tous à des opérations neuves car le poids (financier) du passé se fait toujours lourdement sentir à la Santé publique, département où les projets mettent longtemps à se concrétiser parce qu'ils sont complexes certes, mais aussi parce que l'administration hospitalière est lente. Réévaluations d'opérations programmées il y a plusieurs années, achats de mobiliers pour la mise en marche des constructions achevées, « suites d'opérations », autant de contraintes qui viennent amputer les mesures nouvelles d'une fraction non négligeable. A titre d'exemple : avec 76 millions de francs, les réévaluations « consomment » 23,4 % des dotations affectées aux C.H.R., soit bien près du quart !

— en second lieu des secteurs ont manifestement été par trop négligés et notamment les établissements où sont formés les personnels médicaux (27 % de réalisation pour les écoles d'infirmières bien que le crédit ait plus que doublé pour 1974) et les personnels sociaux (56,9 % pour les écoles d'assistantes sociales) ; les équipements de recherche avec seulement 30 % de réalisation.

*
**

Faire appel à des financements externes pour augmenter la masse de manœuvre chaque année amputée par les hausses de prix puis rentabiliser au maximum chaque franc investi, telles semblent être les deux voies nouvellement explorées.

Le recours à l'emprunt pour les équipements hospitaliers est une idée déjà vieille de sept ans et M. Jeanneney, alors Ministre des Affaires sociales, avait évoqué le problème devant notre Commission des Finances. D'autre part, les départements ont habituellement recours à l'emprunt pour financer leur quote-part.

Le principe a été admis dès 1973 par le Ministre de l'Economie et des Finances et des décisions ponctuelles ont déjà été prises pour mener à bien certaines opérations (1) temporairement bloquées à la suite de l'incident suivant : certains préfets de région avaient cru devoir réduire le taux de la subvention d'Etat pour multiplier le nombre des opérations subventionnées mais la Caisse nationale d'assurance maladie n'avait pas admis cette manière de voir, refusant même sa participation habituelle pour les programmes insuffisamment couverts par l'Etat.

Pour 1974, le recours massif à l'emprunt résulte d'un arbitrage du Premier Ministre. La mise en œuvre de cette décision pose deux problèmes : 1° quelle sera la part respective de la subvention d'Etat et de l'emprunt ? 2° à quelles institutions financières sera-t-il fait appel ?

— Il apparaît souhaitable de maintenir un niveau aussi élevé que possible au taux de la subvention d'Etat pour permettre à celui-ci de

(1) Un emprunt obligatoire a été émis par la Banque de Paris et des Pays-Bas en juillet 1973. Il s'agit d'un emprunt groupé destiné aux établissements hospitaliers publics suivants :

	Millions de francs
— C.H. de la Rochelle	9,5
— C.H.R. d'Amiens	5
— C.H.R. de Strasbourg	4,5
— Hospices civils de Lyon	8
— C.H.R. de Rennes	5

32

Ces fonds sont affectés à des travaux d'extension et d'aménagement ou représentent des compléments de financement d'opérations en cours.

L'emprunt est souscrit pour trente ans, avec cinq ans de différé d'amortissement au taux de 8,90 %.

conserver le contrôle des investissements sanitaires, contrôle de la répartition géographique en fonction de la carte hospitalière et contrôle technique. D'autre part les charges d'emprunts ne doivent pas alourdir par trop les prix de journée.

Il y a donc un délicat équilibre à assurer presque au coup par coup, certaines opérations étant subventionnées au taux de principe de 40 %, d'autres au taux plancher de 20 % prévu par le décret du 10 mars 1972, d'autres encore pas du tout. Aussi est-il à craindre que l'innovation aboutisse dans un premier temps à retarder le lancement des projets.

Quelles que soient leurs modalités d'utilisation, les fonds d'emprunt peuvent être trouvés soit auprès du réseau bancaire, soit auprès d'institutions financières semi-publiques à statuts spécialisés, soit auprès de la Sécurité sociale. Dans la mesure où la Caisse des dépôts et consignations et les institutions qui lui sont rattachées disposent de fonds suffisants et proposent aux établissements des conditions acceptables, le recours au marché financier ne semble pas nécessaire dans l'immédiat.

On doit tout particulièrement noter que la Caisse nationale d'assurance maladie est semble-t-il disposée à offrir aux établissements hospitaliers des prêts supplémentaires d'un montant de 230 millions sans intérêt. Il est certain que cette offre de la Sécurité sociale est particulièrement avantageuse pour les finances des établissements hospitaliers. Elle doit par conséquent être sérieusement prise en considération si elle n'implique pas pour 1974 le relèvement du taux du prélèvement effectué sur les cotisations au profit du Fonds d'action sanitaire et sociale.



Depuis quelques années le département de la Santé publique s'est mis à user du calcul économique et son vaste domaine a été utilisé pour lancer les premières expériences de R.C.B.

S'agissant des crédits d'équipement, leur rentabilisation postule la définition d'une taille optimale pour les établissements, l'emploi des techniques les plus rationalisées et les plus économiques pour leur édification et leur insertion dans l'espace, de façon à ce qu'ils rendent le maximum de services.

Par ailleurs, dans le but de rendre plus humaines les conditions d'hospitalisation, le Ministère de la Santé publique envisage de renoncer à la construction d'établissements hospitaliers de trop grande dimension qui, de plus, posent de difficiles problèmes de gestion.

Pour les centres hospitaliers, la formule des hôpitaux industrialisés de 300 et de 500 lits sera utilisée chaque fois que l'établissement à construire ou à reconstruire aura une capacité voisine. Pour les centres hospitaliers régionaux et les centres hospitaliers des villes importantes, la capacité de chacun des bâtiments à construire ou à reconstruire sera, dans la mesure du possible, limitée à 600 ou 800 lits.

Mais devant le poids financier des équipements techniques il paraît également nécessaire d'envisager de fixer une capacité minimale des établissements, afin que ceux-ci soient en mesure d'acquérir et d'amortir les équipements techniques indispensables. Cette limite inférieure de capacité paraît devoir être de l'ordre de 200 à 300 lits, l'établissement desservant alors une population de 35.000 à 50.000 habitants.

Conformément aux orientations du VI^e Plan, le Ministère de la Santé publique a tenté d'adapter à ses constructions, les méthodes appliquées en France avec succès notamment dans les secteurs du logement « aidé » et des constructions scolaires.

Mais une difficulté essentielle réside dans la typification des projets. Les équipements immobiliers hospitaliers présentent en effet une grande diversité. Leurs programmes sont complexes et très évolutifs et le volume annuel des investissements (2 à 2,5 milliards de francs) est relativement faible.

Enfin les établissements hospitaliers français sont en très grande majorité des hôpitaux anciens, et les équipements recherchés ou possibles sont des équipements de modernisation, d'extension ou de désencombrement des services actifs ou de moyens et longs séjours.

Compte tenu de ces contraintes, le Ministère de la Santé publique a lancé les actions suivantes, dans le *domaine hospitalier* :

a) Les *unités de soins normalisés* (U.S.N.) de 20 à 30 lits qui concernent les malades actifs ou relevant du moyen séjour (convalescents et chroniques) autres que les malades mentaux et les personnes âgées valides, semi-valides ou invalides.

b) L'*hôpital type de 300 lits* qui représente l'aboutissement d'études sur les différents aspects techniques et économiques entrant dans la construction d'un hôpital.

Sur la base d'un programme complet de construction défini par le Ministère, cette opération a été conduite directement par les services techniques du Ministère et réalisée à Beaune en dix-huit mois avec le concours d'un architecte, d'un bureau d'études et d'une entreprise générale.

Depuis, trois autres hôpitaux du même type ont été ou sont en cours de construction à Martigues, Provins et Melun.

L'étude d'un *hôpital de 500 lits* dont le coût de construction/coût d'exploitation doit être particulièrement analysé et dont les techniques d'automatisation seront très largement utilisées est en voie d'achèvement.

Dans le *secteur social* trois catégories d'établissements sont actuellement construites :

- a) les *instituts médico-éducatifs* qui regroupent sous cette appellation les instituts médico-pédagogiques et les instituts médico-professionnels ;
- b) *les établissements de travail protégés* ;
- c) *les centres pour arriérés profonds*.

En matière d'U.S.N. et d'établissement pour handicapés, les commandes sont groupées à l'échelon national et l'Etat prend la responsabilité des réalisations, ceci par une délégation de maîtrise d'ouvrage de la collectivité locale ou de l'établissement hospitalier à l'Etat. Les travaux sont dirigés sous l'autorité des services départementaux. L'Etat fait en outre l'avance des dépenses d'investissement normalement à la charge de la collectivité locale (procédure dite de l'autorisation de programme provisionnelle).

L'application des règles de la déconcentration s'oppose quelquefois aux exigences de la concentration des commandes et surtout au visa par l'Administration centrale des autorisations de programme provisionnelles. Il s'ensuit des délais de transmission et d'examen, quelquefois excessifs, qui varient entre les départements de huit à seize mois.

D'autre part, le remboursement par les collectivités locales de leur quote-part est effectué avec beaucoup de retard, ce qui gêne considérablement le budget des crédits de paiement. Il a même été constaté, récemment, un non-recouvrement de 140 millions de francs.

Toutefois, dans leur grande majorité, les utilisateurs apprécient les constructions industrialisées. Les constructions sont rapides. Les prestations sont d'une très haute qualité. Les prix sont inférieurs aux constructions traditionnelles, de 10 à 15 % pour les U.S.N. notamment. Aucune surprise financière n'est à craindre pour la collectivité puisque sa participation est fixée d'une manière forfaitaire dans la convention. Les aléas techniques et économiques sont pris en charge par l'Etat.

En matière d'hôpitaux de 300 lits le Ministère se contente d'offrir gratuitement le dossier de marché et son aide technique à l'établissement hospitalier. La maîtrise d'ouvrage est gardée par l'établissement qui choi-

sit son maître d'œuvre et par la suite, après une consultation conforme aux règlements en vigueur, l'entrepreneur.

Les prix obtenus sont au total de 15 % moins chers qu'une construction traditionnelle.

Le Ministère de la Santé publique et de la Sécurité sociale vient de lancer un concours pour la mise en place, dès 1974, de Maisons de santé ou de cure médicale pour personnes âgées invalides ou semi-valides. Un effort budgétaire spécifique est prévu. La capacité de ces établissements sera de 120 ou 240 lits.



Instrument d'aménagement du territoire, la *carte sanitaire* du pays a pour objet de déterminer la répartition la plus rationnelle de l'équipement en fonction des objectifs de la politique sanitaire, des prévisions démographiques et des multiples situations locales afin de satisfaire, dans les meilleures conditions possibles de technique et de sécurité, les besoins sanitaires de la population.

Depuis la parution du décret du 11 janvier 1973 relatif à la carte sanitaire et aux Commissions nationale et régionales de l'équipement sanitaire, le Ministère s'est efforcé de donner un cours accéléré aux travaux d'élaboration de la carte.

La première étape consiste à approuver, à titre transitoire, les limites des régions et des secteurs sanitaires afin de pouvoir constituer les groupements interhospitaliers de régions et de secteurs. C'est ainsi qu'après consultation de la Commission nationale compétente, deux arrêtés des 11 janvier et 9 février 1973 ont défini les limites des régions sanitaires. De même les projets de sectorisation de dix-neuf régions et de deux départements d'outre-mer ont déjà été examinés et les arrêtés d'approbation publiés ou en cours de publication. Il est possible de penser que la sectorisation provisoire de toutes les régions sera terminée fin 1973. Certaines régions ont déjà entamé la procédure de mise en place des groupements interhospitaliers et des Commissions régionales de l'équipement sanitaire. Ces organismes doivent être obligatoirement consultés avant l'approbation d'une sectorisation définitive.

La définition d'un indice de besoins (Médecine - Chirurgie - Obstétrique) est à l'étude : un rapport comportant des propositions sera soumis prochainement par les services ministériels à l'examen de la Commission nationale de l'équipement sanitaire.

En ce qui concerne les cartes plus spécialisées, le Ministre de la Santé publique a déjà consulté la Commission nationale de l'équipement sanitaire sur les indices de besoins à retenir pour l'hémodialyse périodique et la radiothérapie. D'autres études sont en cours pour certaines disciplines (neuro-chirurgie, traumatologie...). Quant à la psychiatrie et la tuberculose, la mise en place de la carte les concernant se fera, et se fait déjà, dans le cadre de la politique de sectorisation menée dans ces deux domaines.



D'une expérience de Rapporteur déjà longue, il ressort à l'évidence que les budgets de la Santé publique se sont améliorés d'année en année au fur et à mesure du déroulement du VI^e Plan, lequel a véritablement provoqué un « débloccage » de la situation dans cette administration : la formation des personnels paramédicaux et sociaux, l'aide aux handicapés et aux personnes âgées, les constructions hospitalières ont été des domaines privilégiés en crédits en même temps que les plus récentes et les plus scientifiques recettes de gestion trouvaient leur application dans la solution des problèmes de la périnatalité et des secours d'urgence. Certes, il serait audacieux de se déclarer aujourd'hui pleinement satisfait mais la voie tracée est la bonne et le cheminement s'effectue à une bonne cadence.

Enfin, en sa qualité de Président du Conseil supérieur du Thermalisme, votre Rapporteur appelle toute l'attention du Ministre sur l'intérêt qu'il y a non seulement à conserver mais encore à développer ce patrimoine thérapeutique incomparable qui constitue une des richesses de notre pays.



Sous le bénéfice des observations qui précèdent, la Commission des Finances soumet à l'approbation du Sénat les crédits budgétaires proposés au titre de la santé publique pour 1974.

DISPOSITIONS SPÉCIALES

Article 45 bis (nouveau).

**Report de délai pour la publication d'un décret d'application
de la loi hospitalière.**

Texte proposé initialement
par le Gouvernement

Texte adopté par l'Assemblée Nationale
et proposé par votre Commission

L'article 51 de la loi n° 70-1318 du
31 décembre 1970 est ainsi modifié :

« Art. 51. — A titre provisoire, et
jusqu'au 31 juillet 1974, les dispositions
de la présente loi... »

(Le reste sans changement.)

Commentaires. — La loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière a entendu faire une séparation très nette entre les établissements de soins et les établissements à caractère social.

L'article 51 annonçait un décret destiné à définir le statut de ces derniers établissements et précisait qu'en attendant, le statut des hôpitaux leur resterait applicable.

Les travaux de préparation de ce décret ont fait apparaître qu'il était impossible de délimiter un véritable statut sans recourir à la loi : il s'agit en effet d'englober dans une même réglementation des organismes publics et des organismes privés, des établissements et des services.

La complexité des problèmes à résoudre n'a pas encore permis au Gouvernement de déposer un projet complet sur le Bureau de l'Assemblée, sauf en ce qui concerne le statut des personnels des établissements d'aide à l'enfance.

Les autres questions feront l'objet d'un projet de loi sur les « institutions sociales et médico-sociales » au sujet duquel les dernières consultations avec les différentes parties intéressées sont en cours.

Dans l'intervalle, pour éviter un « vide juridique » tout à fait préjudiciable aux établissements, il convient donc de proroger de six mois les dispositions de l'article 51 de la loi précitée.