

N° 66

SÉNAT

PREMIÈRE SESSION ORDINAIRE DE 1975-1976

Annexe au procès-verbal de la séance du 20 novembre 1975.

AVIS

PRÉSENTÉ

*au nom de la Commission des Affaires sociales (1) sur le projet
de loi de finances pour 1976, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE.*

TOME II

Travail et Santé.

SECTION COMMUNE ET SECTION SANTÉ

Par M. Lucien GRAND,

Sénateur.

(1) *Cette commission est composée de :* MM. Marcel Souquet, *président*; Lucien Grand, Jacques Henriet, Bernard Lemarié, Hector Viron, *vice-présidents*; Mlle Gabrielle Scellier, MM. Charles Cathala, Georges Marie-Anne, Jean Mézard, *secrétaires*; Hubert d'Andigné, André Aubry, Hamadou Barkat Gourat, André Bohl, Louis Boyer, Lionel Cherrier, Georges Dardel, Michel Darras, Jean Desmarets, François Dubanchet, Fernand Dussert, Marcel Gargar, Jean Gravier, Louis Gros, Michel Labèguerie, Edouard Le Jeune, Hubert Martin, Marcel Mathy, Jacques Maury, André Méric, Michel Moreigne, Jean Natali, André Rabineau, Ernest Reptin, Victor Robini, Eugène Romaine, Pierre Sallenave, Robert Schwint, Albert Sirgue, Pierre Tajan, Bernard Talon, Henri Terré, René Touzet, Amédée Valeau, Jean Varlet, Raymond de Wazières.

Voir les numéros :

Assemblée Nationale (5^e légis.) : 1880 et annexes, 1916 (tomes I à III et annexe 29), 1917 (tome XVII) et in-8° 360.

Sénat : 61 et 62 (tomes I, II et III, annexes 33 et 35) (1975-1976).

Loi de finances. — Santé publique.

SOMMAIRE

	Pages
AVANT-PROPOS	4
PREMIERE PARTIE. — Présentation rapide du budget de la Santé	5
DEUXIEME PARTIE. — Examen de divers problèmes spécifiques	11
I. — <i>Le personnel de l'Administration</i>	11
II. — <i>Les problèmes hospitaliers</i>	14
A. - Coordination des secteurs publics et privés	14
B. - Contrats de concession et accords d'association	15
C. - Groupements et syndicats interhospitaliers de secteurs et de régions	16
D. - La réforme des prix de journée	17
E. - Les personnels des hôpitaux	17
F. - L'hospitalisation à domicile	20
G. - Les services d'aide médicale urgente	21
H. - Les suites du rapport d'Inspection générale de 1972	22
I. - Les efforts pour diminuer le coût d'exploitation	22
III. — <i>La politique psychiatrique</i>	25
IV. — <i>Le Service de santé scolaire</i>	27
V. — <i>Les études médicales</i>	34
VI. — <i>Les sages-femmes et les personnels paramédicaux</i>	37
VII. — <i>Les assistantes sociales</i>	41
VIII. — <i>Le problème des crèches</i>	42
IX. — <i>Planification familiale et interruption volontaire de grossesse</i>	44
X. — <i>L'exécution du VI^e Plan</i>	46
XI. — <i>Le Laboratoire national de la santé</i>	47
XII. — <i>La lutte contre les pollutions</i>	48
XIII. — <i>La RCB (rationalisation des choix budgétaires)</i>	51
XIV. — <i>L'exercice des professions de santé dans la perspective du Traité de Rome</i>	54
TROISIEME PARTIE. — Les Travaux de la Commission	57
CONCLUSION	65
 <i>Annexes :</i>	
I. — Tableaux relatant l'activité du Service de santé scolaire.	66
II. — L'exécution du VI ^e Plan.	68

MESDAMES, MESSIEURS,

Cette année comme l'an dernier, un seul fascicule annexe au projet de loi de finances comporte les prévisions budgétaires pour le Ministre du Travail et celui de la Santé au titre de 1976.

Il s'ensuit que ce document comporte trois parties :

La première s'intitule : « Section Commune ». On sait en effet que, depuis plusieurs années maintenant, les personnels des deux Ministères, censés constituer un seul département, relèvent d'une gestion commune, confiée à une même Direction de l'Administration générale, du personnel et du budget.

L'Inspection générale des affaires sociales, le Service des études et prévisions et la division des relations internationales sont également placés sous l'autorité conjointe du Ministre du Travail et du Ministre de la Santé.

La seconde partie du fascicule budgétaire est consacrée aux crédits propres du Travail : elle fait l'objet de l'avis de notre collègue M. Méric.

Dans la troisième partie sont présentés les crédits spécifiquement affectés au Ministère de la Santé.

La première et la troisième de ces parties seront analysées dans le présent avis.

PREMIÈRE PARTIE

PRÉSENTATION RAPIDE DU BUDGET DE LA SANTÉ

En 1976, les dotations prévues au titre des dépenses du Ministère de la Santé dépasseront 12,3 milliards ; elles seront en augmentation de 15,6 %, alors que le taux de croissance des dépenses inscrites au budget général de l'Etat, dont la masse atteindra 294 milliards, ne sera que de 13 %. Il faut malheureusement constater que, rapproché des chiffres traduisant l'érosion monétaire au cours des douze mois écoulés, ce taux général de croissance ne favorisera guère le développement des actions de la puissance publique ; du moins aurons-nous la satisfaction de constater que *le budget de la Santé n'a pas été le plus défavorisé dans les choix qui ont dû être opérés au cours de cet automne.*

Comment se décomposent les 12,3 milliards prévus ?

Atteignant un total de 511,7 millions, les dépenses de la *section commune* augmenteront de plus de 20 % par rapport à 1975.

Les *dépenses ordinaires de la section Santé* se montent à 10,5 milliards ; avec plus de 9,7 milliards, les dépenses obligatoires de santé et d'aide sociale en représenteront environ les neuf dixièmes.

Les *dépenses en capital*, en hausse de 17,7 % par rapport à 1975, s'élèveront à 1,66 milliard en autorisations de programme et 1,33 milliard en crédits de paiement. Les crédits destinés aux administrations centrales et aux Services communs des deux ministères sociaux augmenteront de 23 %, l'accent étant mis, avec une croissance de 27,7 %, sur les autorisations de programme pour les investissements administratifs et l'informatique.

**

Quelles conclusions est-il possible de dégager à la lecture des documents budgétaires ?

A. — CERTAINS SECTEURS D'ACTIVITÉ DU MINISTÈRE FONT L'OBJET D'UNE ATTENTION PARTICULIÈRE

a) *Le recrutement et la formation des personnels paramédicaux et sociaux.*

Alors que 285 écoles d'infirmières sont actuellement en fonctionnement et que depuis l'automne de 1974 chaque département en possède au moins une, le budget de 1976 permettra de majorer de plus de 63 % les crédits destinés au paiement de bourses et les subventions aux écoles de formation des auxiliaires médicaux croîtront de 18 millions. Dans le même temps, près de 20 millions supplémentaires permettront d'accentuer l'effort entrepris pour les professions sociales, spécialement au niveau des subventions de fonctionnement aux centres de formation des travailleurs de ce secteur.

b) *L'humanisation des hôpitaux.*

A la fin de 1973, les hôpitaux généraux et les hospices comportaient encore 215.000 lits à propos desquels le besoin d'humanisation se faisait sentir de manière pressante.

On peut espérer que, dans le courant de 1980, l'action de l'Etat (265 millions en 1976), complétée par les prêts des caisses d'assurance maladie et d'assurance vieillesse, aura permis de mener à terme le programme de suppression des salles communes et de modernisation des hôpitaux les plus archaïques. On notera aussi les orientations retenues pour une nouvelle politique d'hébergement des malades âgés : il s'agit de mettre en place à leur intention des maisons de cure médicale conçues sous la forme d'équipements industrialisés.

c) *La recherche médicale.*

Sous une présentation budgétaire nouvelle (inscription dans un chapitre d'équipement et non plus dans les dépenses ordinaires), nous trouvons avec satisfaction la trace de l'effort consenti dans le domaine de la recherche :

15,4 millions en crédits de fonctionnement,

76,2 millions en autorisations de programme,
61,4 millions en crédits de paiement.

114 emplois (56 chercheurs, 58 techniciens et administratifs) seront créés à l'INSERM (Institut national de la Santé et de la Recherche médicale) et 5 (ingénieurs) le seront au SCPRI (Service central de protection contre les rayonnements ionisants). 52 « actions thématiques programmées » (ATP), donc 16 en 1975, ont été lancées à l'INSERM depuis 1970 ; plusieurs autres doivent l'être en 1976 ; nous rappellerons qu'une orientation nouvelle a été donnée aux travaux de recherche, qui, chaque fois que cela sera possible, se développeront dans un esprit pluridisciplinaire, l'accent étant mis sur le maintien d'un équilibre entre recherche fondamentale et recherche appliquée et une certaine priorité étant donnée à des secteurs peu favorisés au cours de ces dernières années, surtout lorsqu'on peut en attendre des résultats rapides et intéressants dans une perspective socio-économique. S'agissant du seul INSERM, les crédits inscrits au budget du Ministère de la Santé passeront de 20,4 à 50,5 millions, la progression entre 1975 et 1976 atteignant donc 150 % environ.

L'Institut Pasteur bénéficiera lui aussi d'un effort très important, dans une proportion de 150 % également par rapport à 1975, en ce qui concerne la subvention du Ministère de la Santé ; celle-ci marque enfin la volonté de l'Etat d'apporter à l'Institut la contrepartie de ses activités de service public, de contribuer aux charges qu'il supporte en sa qualité de centre national de référence et d'expertise et au développement de son potentiel scientifique.

B. — LES STRUCTURES DE BASE DOIVENT SE DÉVELOPPER CONVENABLEMENT

a) Structures de prévention sanitaire et distribution des soins.

Une meilleure coordination entre prévention et soins devra être obtenue pendant la durée d'exécution du VII^e Plan.

En 1976, les dépenses de prévention et de protection sanitaires, qui auront doublé en trois ans, dépasseront 1,3 milliard, en augmentation de 30,5 % par rapport à 1975.

Le service de *santé scolaire* fera l'objet d'un renforcement sensible en bénéficiant de 50 créations de postes d'infirmières (au lieu de 20 en 1975) ; on notera qu'au cours de l'année, quelques villes ont obtenu l'intégration dans le régime d'Etat de leur inspection médicale des écoles, qui avait conservé un statut municipal.

En ce qui concerne *l'équipement hospitalier*, nous observons que l'effort continue de s'infléchir vers la création d'hôpitaux de capacité moyenne dont les caractères puissent demeurer à l'échelle humaine ; 312 millions iront aux centres hospitaliers régionaux, 70 seront répartis entre quatre hôpitaux types d'intérêt national (Arca-chon, Boulogne, Quimper et Sens), 360 aux établissements non CHR ni d'intérêt national, aux établissements de soins pour personnes âgées et de lutte contre les maladies mentales.

De plus, 265 millions (30 pour les CHR et EIN, 235 pour les hôpitaux non CHR) permettront la poursuite du programme d'hu-manisation.

b) *Structures d'aide et d'action sociale.*

On sait la part importante que représente pour le budget de la Santé, dont elle constitue près de 85 % des crédits d'intervention, la participation de l'Etat aux dépenses obligatoires d'aide médicale et d'aide sociale. S'agissant des dépenses du groupe I, la part de l'Etat a augmenté de 46,1 % entre 1970 et 1973 ; celle qui reste à la charge des collectivités locales croissait, elle, de 42,8 %.

15,14 millions s'ajouteront, au titre des mesures nouvelles, aux 114,8 en services votés pour aider les services départementaux d'aide sociale à remplir leur mission qui s'intensifie d'année en année.

De la même manière, 28 millions environ viendront s'ajouter aux crédits déjà affectés — 55,5 millions — à l'action sociale en faveur des handicapés adultes (14 nouvelles « équipes de suite ») et mineurs, des enfants inadaptés, des personnes âgées, des familles (régulation des naissances), des enfants, des toxicomanes relevant d'un régime de post-cure.

Un effort important ayant été accompli ces dernières années dans le secteur de l'enfance inadaptée, qui recevra 61 millions d'au-torisations de programme nouvelles, il convient de l'étendre mainte-nant à celui des établissements pour les handicapés adultes qui, avec 80 millions d'autorisations de programme, sera en augmentation d'un tiers environ par rapport à 1975.

85 % environ des 66 millions de subventions aux établisse-ments sociaux pour personnes âgées seront consacrés aux équipe-ments favorisant le maintien de celles-ci à leur domicile.

Pour l'enfance, le nombre des places disponibles, entre 1971 et 1974, est passé de 32.800 à 40.700 en crèches collectives, de 7.700 à 17.800 en crèches familiales ; l'effort doit se poursuivre en 1976.

c) *Les moyens de l'Administration.* Ils seront étudiés dans la seconde partie de ce rapport ; indiquons seulement que l'action entreprise en 1976 tendra à doubler par rapport à 1975 l'effort consenti en faveur des services extérieurs. Chacun connaît en effet la surcharge qui pèse sur les directions départementales de l'Action sanitaire et sociale.

C. — QUELQUES ACTIONS JUGÉES PRIORITAIRES JUSTIFIENT UN EFFORT PARTICULIER

a) *L'application des nouvelles législations.* Après le vote de la loi sur l'interruption volontaire de grossesse, entrée elle-même en pratique dans de bonnes conditions de délai, il importait que tout soit fait pour favoriser l'application normale de la loi sur la *contraception*.

237 établissements, dont 4 pour les départements d'outre-mer, ont été agréés ; ils ont, pour la plupart, choisi une structure départementale ; 158 d'entre eux ont passé convention avec l'Etat et reçoivent une subvention de 15 F par heure de conseil familial ou conjugal. Autant qu'on puisse prévoir, le nombre d'heures assurées aura sans doute plus que doublé entre 1974 et 1975. 181 centres de planification ou d'éducation familiale étaient d'autre part en fonctionnement le 1^{er} août 1975, dont 16 dans les DOM.

En 1976, un crédit de 5 millions permettra de développer les actions des centres ; une majoration de 5,4 millions accroîtra de son côté le volume des subventions aux organismes nationaux et aux établissements d'information, de consultation ou de conseil familial.

La loi d'orientation en faveur des *handicapés* devrait, de son côté, connaître un commencement d'application. Les crédits de vacation pour les personnels médico-sociaux des commissions d'orientation et de reclassement augmenteront de 5 millions (section commune). Dans le même temps, les autorisations de programme pour les équipements sociaux intéressant les handicapés adultes progresseront de 35 %.

b) *La réalisation des programmes finalisés.* Elle sera poursuivie, à la lumière des résultats satisfaisants ou encourageants qui ont été obtenus au cours de ces dernières années.

S'agissant de la *périnatalité*, on peut constater que le taux de la mortalité périnatale a pu être ramené de 22,5 ‰ à moins de 20 ‰

entre 1971 et 1974 ; tel est le fruit d'une meilleure formation du personnel, d'une recherche bien conduite, d'une surveillance prénatale renforcée, d'une amélioration des conditions de l'accouchement des mères et de la réanimation des nouveaux-nés. Parallèlement, la vaccination contre la rubéole permettra d'immuniser toute la classe d'âge des fillettes de treize ans en 1975.

Le maintien à domicile des personnes âgées aura pu être financé dans 344 secteurs au lieu des 332 qui étaient prévus pour la durée du VI^e Plan, l'ensemble du programme ayant supposé une dépense de 157,4 millions, dont 123 en crédits d'équipement. En 1976, les crédits d'équipement approcheront 56 millions, cependant que 4,1 millions supplémentaires iront aux subventions aux organismes, clubs, foyers et centres de jour.

La *sécurité routière* a fait l'objet d'un effort important au cours du VI^e Plan, avec 42,8 millions en crédits de fonctionnement et 69,6 au titre des dépenses d'équipement ; il existera, à la fin de 1975, 31 SAMU (Services d'aide médicale urgente) au lieu de 16 en 1974 ; 42 seront sans doute en service à la fin de 1976 ; au cours de la même année, l'équipement des SAMU sera amélioré en ce qui concerne leurs télécommunications.

c) *Quelques actions nouvelles* seront entreprises en 1976 :

- dans le secteur sanitaire : la lutte contre le tabagisme, le contrôle technique de la pollution radioactive par les rejets, le renforcement du contrôle des médicaments par l'INSERM;
- dans le secteur social : un crédit de 7,5 millions au titre des mesures nouvelles permettra à l'Etat de participer avec les Caisses d'allocations familiales et les collectivités locales aux frais de fonctionnement des « centres sociaux » ; gérant divers services (centres d'accueil, haltes-garderies, animation, etc.) ils sont une pièce importante des « équipements collectifs de voisinage » dont on attend beaucoup dans le domaine de la prévention sociale ; la réinsertion sociale de 700 toxicomanes sera activement préparée grâce à la prise en charge déjà citée de leurs dépenses de post-cure.

Ainsi se présente, dans ses très grandes lignes, le projet de budget de la Santé pour 1976.

DEUXIÈME PARTIE

EXAMEN DE DIVERS PROBLÈMES SPÉCIFIQUES

I. — LE PERSONNEL DE L'ADMINISTRATION

L'effectif budgétaire de 1975 est de 2.764 personnes et au 1^{er} juillet 1975 l'effectif réel était de 2.508 pour les deux Administrations centrales. On constate donc un déficit de 256 personnes.

Compte tenu des variations affectant les situations individuelles le nombre de vacances disponibles (catégorie A gérée par la fonction publique, non comprise) se monte à 218 emplois qui devraient être pourvus d'ici à la fin de l'année à la suite de recrutements par voie de concours ; certains ont déjà eu lieu mais les résultats n'en sont pas encore connus ; d'autres se seront déroulés dans le deuxième semestre.

En 1975, les emplois suivants avaient été créés à l'Administration centrale :

- 30 attachés d'administration,
- 2 chefs de groupe,
- 8 agents techniques de bureau,

cependant qu'étaient supprimés 18 emplois techniques vacants.

Au total la situation des effectifs s'était soldée par une augmentation de 22 emplois.

Pour 1976, 116 créations d'emplois sont prévues dont 32 d'attachés, 36 de secrétaires administratifs et 20 d'agents techniques de bureau. A ces créations, s'ajoutent différentes mesures de transformation d'emplois et de remise en ordre des emplois budgétaires qui permettront de mieux adapter les besoins à l'activité des services.

Ces créations correspondent aux objectifs suivants :

La Commission Grégoire avait estimé souhaitable que le nombre d'attachés d'administration centrale soit égal au double de celui des

administrateurs civils. Les créations obtenues au titre des dernières années et celles prévues en 1976 permettent de penser que, si l'effort est poursuivi, ce but sera atteint dans les prochaines années.

Par ailleurs, si les tâches de gestion et les fonctions d'encadrement courantes doivent être tenues par les attachés, il est indispensable de leur adjoindre des secrétaires administratifs pour les travaux de rédaction courante et des dactylographes pour les travaux d'exécution.

Services extérieurs. — En ce qui concerne les services extérieurs, nous appelons l'attention du Sénat sur le fait que les directions de l'action sanitaire et sociale sont pourvues à la fois par l'Etat et, avec la participation financière de l'Etat, par les départements, spécialement pour les techniciens sanitaires et sociaux ; les uns et les autres concourent à l'accomplissement des mêmes missions au sein des services départementaux de l'enfance, de l'action sociale et de la prévention sanitaire.

Les effectifs actuels (9.013 réels pour 9.492 budgétaires) font apparaître 479 vacances au 1^{er} juillet 1975 mais la comparaison entre effectifs réels et effectifs budgétaires n'a qu'une valeur relative et les vacances devraient être toutes comblées d'ici à la fin de l'année à la suite des recrutements par concours ; certains ont déjà eu lieu ; mais les résultats n'en sont pas encore connus. D'autres, notamment ceux de catégorie A, ne devaient être ouverts qu'en septembre.

En 1975 les emplois suivants ont été créés :

35 inspecteurs de l'action sanitaire et sociale,
45 secrétaires administratifs,
et 20 infirmières.

Pour 1976, 200 créations d'emplois sont prévues soit 51 pour le corps de l'inspection de l'action sanitaire et sociale, 94 secrétaires administratifs, 50 infirmières et 5 pharmaciens inspecteurs de la santé.

Ce renforcement ne devrait constituer qu'une première étape pour faire face au surcroît des tâches nouvelles qui incombent aux services de l'action sanitaire et sociale.

Les services extérieurs ont en effet, pour un nombre fortement accru d'assujettis, à promouvoir des actions nouvelles dans des domaines aussi divers que la loi d'orientation sur les handicapés, l'animation socio-culturelle des grands ensembles, la planification des naissances, l'information sexuelle, l'interruption volontaire de gros-

sesse, les crèches à domicile, le maintien à domicile des personnes âgées (centres de jour, foyers, aide ménagère, soins à domicile), l'aide à l'enfance, la tutelle des incapables majeurs, les clubs de prévention et équipes de rues pour la protection des mineurs, la lutte contre la pollution (surveillance des plages, plan de collecte des ordures ménagères), contre l'alcoolisme, contre la toxicomanie, la sectorisation de l'hygiène mentale, de la dialyse rénale et de la tuberculose, la périnatalité, la carte sanitaire, la carte sociale, le contrôle des établissements non conventionnés pour l'enfance et les personnes âgées, les services d'aide médicale urgente, etc., ainsi que la synthèse des prix de journée hospitaliers, l'informatisation des services, l'intensification de la formation des personnels sanitaires et sociaux, la déconcentration des équipements, la mise en place des conseils régionaux économiques et sociaux, des conseils hospitaliers régionaux, des commissions régionales d'équipement et commissions régionales d'hospitalisation...

Un certain déficit subsiste au niveau de l'Administration centrale.

La besogne ne manque pas dans les services extérieurs du Ministère. Mme le Ministre de la Santé a bien voulu indiquer à votre Commission qu'à son avis, il s'agissait de l'échelon à la fois le plus important sur plus d'un point et le plus vulnérable pour l'efficacité réelle du Ministère. Nous partageons cette opinion et souhaitons que l'effort entrepris pour 1976 soit encore accentué en 1977.

Nous présenterons à ce propos une observation complémentaire, relative au *fonctionnement des Services extérieurs dans la perspective de la régionalisation* instituée par la loi du 5 juillet 1972.

Les régions ont, depuis quelques années, pris officiellement naissance alors que n'existaient auparavant, dans les divers domaines d'activité de la puissance publique, que certaines structures peu étoffées et dont les actions n'avaient pas une dynamique et ne faisaient pas l'objet d'une coordination véritablement institutionnelles. Ainsi en était-il de nos directions régionales de l'action sanitaire et sociale ; l'essentiel du travail, dans toute sa complexité, dans toute sa pesanteur, dans la dure réalité de chaque jour se faisait, il faut bien le dire, au niveau départemental, les services régionaux ayant, si l'on peut dire de manière un peu schématique, à jouer un rôle discret d'animation, de coordination, de contrôle de l'action des services départementaux. Il n'en est plus de même maintenant qu'ils sont devenus les collaborateurs et les interlocuteurs à la fois naturels et privilégiés des instances régionales pour tout ce qui touche au secteur sanitaire et social.

La liste qui vient d'être dressée des tâches nouvelles incombant aux Services extérieurs de l'action sanitaire et sociale est, à cet

égard, suffisamment explicite, dans ses derniers éléments, pour qu'il ne soit pas nécessaire d'entreprendre une plus longue démonstration.

S'il est urgent de renforcer les moyens des directions départementales et si une action substantielle semble, d'ores et déjà, entreprise dans ce sens, on n'en recueillera complètement le fruit que si les directions régionales reçoivent elles aussi les moyens qui leur sont maintenant nécessaires, en personnel, en matériel, en équipement.

II. — LES PROBLÈMES HOSPITALIERS

A. — COORDINATION DES SECTEURS PUBLIC ET PRIVÉ

Dans le cadre des ordonnances n° 58-1119 du 11 décembre 1958 et n° 67-829 du 23 septembre 1967, le Ministre de la Santé avait été chargé d'assurer la coordination de tous les établissements de soins publics et privés comportant hospitalisation, avec l'assistance d'une commission nationale et de commissions régionales dites de « coordination ».

C'est donc au niveau du fonctionnement desdites commissions que la recherche d'un équilibre entre les équipements hospitaliers publics et privés a été poursuivie.

Si la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière ne fait pas explicitement référence à une telle coordination et si, d'autre part, les commissions nationale et régionales de l'hospitalisation qu'elle institue n'ont reçu compétence que pour se prononcer sur :

- la création et l'extension de tout établissement sanitaire *privé* comportant des moyens d'hospitalisation ;
- l'installation dans tout établissement *privé* contribuant aux soins médicaux... d'équipements matériels lourds au sens de l'article 46 de la loi.

Il n'y a pas néanmoins absence de coordination entre le secteur public et le secteur privé. La carte sanitaire qui sert de base aux travaux de planification et de programmation s'applique en effet aux établissements assurant le service public hospitalier et en particulier aux hôpitaux publics. La coordination se situe donc désormais au niveau de l'approbation des programmes desdits établissements, en application du décret n° 74-569 du 17 mai 1974.

B. — INSTITUTION DES CONTRATS DE CONCESSION PRÉVUS A L'ARTICLE 42 ET DES ACCORDS D'ASSOCIATION PRÉVUS A L'ARTICLE 43 DE LA LOI PORTANT RÉFORME HOSPITALIÈRE DE 1970

1. CONCESSION DE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER.

La concession de service public hospitalier, dont l'existence avait été prévue par l'article 42 de la loi hospitalière, a fait l'objet du décret n° 74-401 du 9 mai 1974, de l'arrêté du 17 janvier 1975 et de la circulaire 206/DH du 17 janvier 1975.

Il convient d'observer que le premier et le dernier de ces textes concernent également l'association au service public hospitalier.

Les modalités du contrat de concession, qui intéresse exclusivement les établissements sanitaires privés à but lucratif, ont été prévues par le titre premier du décret du 9 mai 1974 ainsi que par le cahier des charges type annexé audit décret.

Ce dernier document définit notamment la portée de la concession, les obligations du concessionnaire et le régime financier de la concession.

En raison de la publication relativement récente de la circulaire du 17 janvier 1975 et des délais requis pour le déroulement de la procédure d'instruction des demandes, *un seul dossier de concession de service public hospitalier paraissait susceptible d'aboutir à une conclusion effective au 1^{er} août 1975. C'est évidemment très peu pour un point d'importance non négligeable d'application d'une loi déjà vieille de cinq ans !*

2. LES ACCORDS D'ASSOCIATION.

Les établissements sanitaires privés à but non lucratif, comme d'ailleurs les établissements à but lucratif, peuvent souscrire des accords d'association au service public hospitalier. Les modalités de ces contrats ont été définies par le décret n° 74-401 du 9 mai 1974 - titre II, articles 22 et 23 et par la circulaire 206/DH du 17 janvier 1975 (troisième partie).

Comme le précise ladite circulaire, la conclusion du contrat d'association ne requiert l'intervention de la puissance publique qu'à un faible degré. Ces accords, dont les modalités sont librement débattues entre les établissements privés n'assurant pas le service public hospitalier et un établissement d'hospitalisation public, tendent à la réalisation d'un ou de plusieurs des objectifs suivants :

- coordonner les activités de soins des établissements contractants ;
- utiliser en commun les équipements de chacun des établissements concernés ;
- assurer en commun la formation des personnels ;
- définir les prestations de service assurées en commun ;
- répartir les activités du personnel médical concerné ;
- déterminer les conditions de la communication des dossiers de malades du ou des services associés entre les établissements parties à l'accord ;
- programmer la formation de personnels concernés par l'accord d'association fixant les catégories et les effectifs à former, les niveaux de formation à assurer et les moyens à mettre en œuvre ;
- éventuellement, délimiter, pour l'exercice de certaines missions, des zones d'activité principales et secondaires des établissements contractants ;
- et enfin, définir les conditions de la participation financière respective des établissements intéressés aux dépenses se rattachant à l'application de l'accord.

Au 1^{er} août 1975, seulement deux accords d'association conformes aux dispositions ci-dessus avaient été conclus.

C. — LA MISE EN PLACE DES GROUPEMENTS ET SYNDICATS INTERHOSPITALIERS DE SECTEURS ET DE RÉGIONS

Sur 290 secteurs sanitaires (dont 6 dans les départements d'outre-mer) les conseils des groupements de secteurs ont été constitués presque en totalité, sauf dans le département de Vaucluse comportant six secteurs et où aucune mesure n'a encore été prise.

Par ailleurs, aucun conseil de groupement n'a pu encore être constitué dans les départements de la périphérie parisienne en raison des problèmes multiples que pose la mise en place de ces organismes.

En ce qui concerne les syndicats interhospitaliers, dont la création est laissée à l'initiative des administrations hospitalières intéressées, ont été institués jusqu'ici un syndicat interhospitalier de région (Région Provence-Côte-d'Azur) et six syndicats interhospitaliers de secteurs (Ariège-Meuse-Somme-Var-Vendée-Yonne).

D. — LA RÉFORME DES PRIX DE JOURNÉE

Alors qu'elle devait intervenir dans le délai d'*un an*, aux termes mêmes de l'article 52 de la loi du 31 décembre 1970, on nous dit que la réforme de la tarification hospitalière se poursuit activement en liaison avec les différents ministères intéressés auxquels les principales options du projet ont été communiquées dans le courant du mois de mai !

« Dès que les préférences de chacun d'entre eux auront été clairement exprimées, il sera demandé au Premier Ministre de fixer la position définitive du Gouvernement en la matière. Une procédure de concertation élargie associant étroitement les principaux organismes consultatifs et groupements professionnels intéressés à la mise en œuvre de la réforme sera alors entreprise dans la perspective d'une mise au point des projets de textes. »

Le Premier Ministre a-t-il été — conformément à ce qui a été indiqué comme vraisemblable à votre Commission — saisi, dans le courant du mois de septembre, de ce considérable dossier interministériel ?

Votre Commission tient pour d'autant plus essentiel l'aboutissement rapide de cette réforme qu'elle voit depuis longtemps dans ce problème — est-il nécessaire de le rappeler — une des sources principales de la crise permanente de l'hospitalisation française.

E. — LES PERSONNELS DES HOPITAUX

1. PERSONNELS DE DIRECTION.

Chacun connaît la crise profonde qui secoue nos hôpitaux au niveau des personnels infirmiers. Ce qui est vrai pour eux l'est probablement aussi, mutadis mutandis, si l'on constate la pénurie qui

devient dramatique à l'échelon des directeurs de nos hôpitaux. Puisqu'il faut toujours remonter des effets aux causes, force nous est de constater que leur carrière n'est sans doute plus suffisamment attractive, que ce soit au niveau des responsabilités, à celui des rémunérations ou à tout autre.

Là encore, un effort intense de réflexion et de réforme nous paraît s'imposer pour trouver des solutions avant qu'il soit trop tard.

2. PERSONNELS MÉDICAUX.

Nous mettrons cette année à nouveau l'accent sur deux catégories de médecins qui posent un problème d'autant plus aigu que chacun connaît la part très importante qu'ils prennent à la vie hospitalière et la charge qui pèse sur eux.

a) *Les chefs de clinique — assistants des hôpitaux.*

On sait que leur situation, par nature hybride en raison de leur double vocation hospitalière et universitaire, pose des problèmes difficiles qui requièrent des solutions chaque jour plus urgentes.

- En premier lieu la répartition des postes à travers le pays est mauvaise parce que fondamentalement injuste.

Il faut en effet savoir qu'il existe un chef de clinique assistant pour 7.800 habitants dans la région parisienne et pour 43.700 en Picardie par exemple, pour 16,5 lits actifs à Tours et pour 71 lits actifs à Saint-Etienne, etc.

- En second lieu, les intéressés n'ont pas devant eux des perspectives de carrière et de travail satisfaisantes ; il est certainement malaisé — nul n'en disconvient — pour l'administration, de concilier jusqu'à les faire coïncider les besoins universitaires et les exigences hospitalières. Ces difficultés étaient prévisibles dès l'origine lorsque fut accomplie la réforme hospitalo-universitaire de 1958 ; très justement à notre sens, on considéra qu'elles n'étaient pas de nature à en justifier une remise en cause et que des moyens de les résoudre seraient trouvés. Mais nous affirmons de façon très nette qu'il n'est ni juste à leur égard, ni bénéfique pour nos hôpitaux de faire supporter par ceux des jeunes médecins qui consacrent au service public hospitalier le meilleur de leur temps et leurs plus belles années, les conséquences malencontreuses d'une mauvaise réponse à des questions ardues mais solubles.

Votre Commission sait que des recherches ont été entreprises, que des propositions ont été établies par les différents partenaires en présence, administration et syndicats notamment. Le moment est venu de les confronter, de retenir les meilleures et de les mettre en œuvre. *Nous espérons pouvoir dès l'an prochain, constater que le problème a été réglé.*

b) *Les internes des hôpitaux des régions sanitaires.*

On sait que, depuis plusieurs années, une crise sérieuse frappe l'Internat des hôpitaux de régions sanitaires.

Elle a pu connaître une certaine atténuation lorsque deux des trois sujets principaux de difficulté ont fait l'objet d'un règlement acceptable :

- la fixation des dispositions réglementaires applicables à l'internat de ces hôpitaux, par une circulaire du 23 novembre 1974 ;
- le doublement en quatre ans de l'indemnité complémentaire versée à ces internes, en application de l'arrêté interministériel du 2 décembre 1974 (*J.O.* du 18 décembre 1974).

Un point important n'a toujours pas été convenablement traité : les internes des hôpitaux des régions sanitaires n'ont pas encore pu faire reconnaître la validité de leur stage au niveau de la parité.

Il s'agit certes d'une difficulté dont la solution relève principalement du Secrétariat d'Etat aux Universités ; mais le Ministère de la Santé ne peut pour autant s'en désintéresser, en vertu de sa vocation générale à connaître de tout ce qui se passe dans les hôpitaux. Cela est si vrai que la Commission Rapin mène, sous l'égide de ce ministère, des travaux appelés à déboucher sur une réforme de l'Internat. Mais, pour des raisons tant structurelles que réglementaires, cette réforme ne pourra, au mieux, prendre effet que dans cinq ans.

C'est la raison pour laquelle nous estimons que *des mesures transitoires doivent être prises dès maintenant afin :*

- 1° *de ne pas continuer à léser, outre les internes en fonction, ceux des cinq promotions à venir ;*
- 2° *de ne pas désorganiser, pendant toute cette période, le fonctionnement de nos hôpitaux non universitaires.*

3. PERSONNELS INFIRMIERS.

Nous ne consacrerons pas, cette année, un long développement au problème des personnels infirmiers, qui est bien connu de chacun.

Malgré certaines mesures heureuses telles que la multiplication du nombre des écoles et des bourses, la création du grade d'infirmière générale, le versement de diverses indemnités, l'aménagement des temps de travail, *il semble que la crise se poursuive sans que quiconque puisse véritablement reprendre la maîtrise des événements ; la brièveté exceptionnelle des carrières en est, hélas, la meilleure preuve.*

Si votre Commission des affaires sociales rend hommage à l'action du Ministère de la Santé dans ce domaine, elle considère aussi que, dans leur ensemble, les pouvoirs publics n'ont sans doute pas pris une suffisante conscience du problème et de sa gravité pour dégager les solutions globales qui seraient nécessaires.

F. — L'HOSPITALISATION A DOMICILE

La circulaire du 29 octobre 1974 de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés a exposé les données du problème de l'hospitalisation à domicile et défini les principes et le cadre d'une convention type devant servir de référence aux conventions à passer entre les organismes de prise en charge et les associations ou services d'hospitalisation à domicile.

Ainsi que le précisait cette circulaire, la nécessité d'adapter les conventions passées antérieurement à octobre 1974 à ce nouveau cadre méritait des études concertées entre les organismes en cause.

Cette période transitoire d'adaptation est en cours et les Caisses régionales doivent tenir la Caisse nationale au courant des modalités d'adaptation et des difficultés éventuellement rencontrées.

Ainsi qu'il en avait été convenu entre les Services ministériels intéressés et la Caisse nationale d'assurance maladie lors de la préparation de la circulaire du 29 octobre 1974, les textes réglementaires ne seront élaborés qu'à l'issue d'une période permettant de faire le point des conditions de fonctionnement de l'hospitalisation à domicile, telles qu'elles résultent du cadre ainsi défini.

Il est souhaitable que cette période d'observation soit à la fois courte et judicieusement employée et qu'on puisse déboucher rapidement sur des formules satisfaisantes pour les malades et favorables à une politique rationnelle et économique de la santé.

G. — LES SERVICES D'AIDE MÉDICALE URGENTE (SAMU)

Actuellement, les SAMU sont conçus pour assurer les fonctions de régulation, de premiers soins extrahospitaliers et d'accueil hospitalier des urgences.

Il a fallu que l'Etat commence à équiper locaux et matériels destinés à cette triple fonction et à contribuer au financement de la fonction non génératrice de recettes, c'est-à-dire la régulation, par des subventions pour le fonctionnement des secrétariats et de l'écoute médicale des SAMU.

C'est cette dernière fonction qui authentifie les SAMU. Ils sont encore en nombre limité alors que l'effort de premier équipement a été général; celui-ci a porté sur les services d'accueil et de réanimation et les unités mobiles d'urgence et réanimation des centres hospitaliers qui sont ou seront le siège des SAMU départementaux ou régionaux, dans l'optique d'un quadrillage, le plus fin possible, du territoire national pour toutes les demandes d'assistance médicale urgente.

Telle est l'action d'ensemble qu'implique le développement des services d'Aide médicale urgente.

Les crédits suivants lui ont été ou lui seront successivement consacrés :

1974	1975	PREVISIONS 1976
12,85 millions de F pour l'aménagement de 7 SAMU, 16 services d'accueil des urgences et de réanimation polyvalente.	21 millions de F pour l'aménagement de SAMU de services d'accueil et de réanimation et d'hélistations répartis dans 32 CH ou CHR.	Environ 21 millions de F pour l'aménagement de SAMU, de services d'accueil et de réanimation et d'hélistations répartis dans une trentaine de CH sièges ou antennes de SAMU.
4 millions de F pour l'achat d'émetteurs-récepteurs radio.	4 millions de F pour l'achat d'émetteurs-récepteurs radio.	4 millions de F pour l'achat d'émetteurs-récepteurs radio.
12 millions de F pour le fonctionnement.	15,2 millions de F pour le fonctionnement.	17,8 millions de F pour le fonctionnement.

H. — *LES SUITES DU RAPPORT DE L'INSPECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES SOCIALES POUR 1972 (CONDITIONS DE L'HOSPITALISATION)*

La poursuite de l'exploitation du rapport de l'Inspection générale des Affaires sociales pour 1972 relatif aux difficultés d'adaptation des établissements hospitaliers à l'évolution des techniques thérapeutiques, à l'augmentation des besoins et à l'humanisation, a donné lieu à 55 interventions de l'Administration centrale auprès des autorités de tutelle concernant :

- les structures et l'organisation administrative de 14 établissements hospitaliers ;
- l'organisation et le fonctionnement des services médicaux de 18 hôpitaux ;
- le redressement de la situation financière de 13 établissements ;
- l'augmentation des effectifs de personnel paramédical et la mise en place de moyens de formation de ces personnels dans 9 établissements ;
- le renforcement des équipes de direction de 13 établissements ;
- la modernisation, la rénovation, l'aménagement des locaux de 19 établissements.

On voit que, s'il reste beaucoup à faire pour nos hôpitaux et dans nos hôpitaux, le fonctionnement des établissements est malgré tout suivi d'une manière attentive ; les mesures à mettre en œuvre pour une amélioration des situations signalées sont régulièrement rappelées aux établissements défaillants.

I. — *LES EFFORTS POUR DIMINUER LE COUT D'EXPLOITATION DES HOPITAUX*

L'action du Ministère de la Santé en vue d'améliorer le coût d'exploitation des hôpitaux s'est développée ces dernières années selon deux thèmes principaux :

- le programme Fontenoy (hôpital type 500 lits),
- la mise en service des hôpitaux nouveaux.

1. LE PROGRAMME FONTENOY.

La définition du modèle Fontenoy a fait l'objet d'un contrat d'étude générale conclu le 10 janvier 1972 par le Ministère de la Santé avec la Compagnie générale d'automatisme (CGA) après avis donné dans sa séance du 30 novembre 1971 par la Commission consultative des marchés compétente pour le ministère de la Santé.

Ce marché se proposait de déterminer les caractéristiques d'équipement et de fonctionnement d'un hôpital de 500 lits pour malades aigus.

L'objectif qui a guidé l'étude tout au long de son déroulement a été la recherche du moindre coût d'exploitation en même temps qu'un haut niveau de la qualité des soins médicaux dispensés aux malades et qu'un environnement confortable et moderne répondant aux impératifs de l'humanisation des hôpitaux.

L'étude, qui a été menée sous la conduite de la Direction des Hôpitaux, s'est achevée début 1974.

Ses résultats peuvent être ainsi brièvement résumés :

a) Sur la base d'enquêtes approfondies portant sur un échantillon d'hôpitaux métropolitains pris pour référence, l'étude a tout d'abord permis de déterminer les caractéristiques essentielles d'un hôpital actif et moderne d'environ 500 lits à savoir :

- sa capacité optimale (575 lits) ;
- la répartition de cette capacité par disciplines médicales ou chirurgicales y compris l'urgence, la réanimation et l'hôpital de jour ;
- l'activité souhaitable et notamment la durée moyenne de séjour optimale choisie aussi courte que possible tout en étant compatible avec une parfaite sécurité des malades : une durée moyenne de huit à dix jours a été retenue.

L'étude a montré que le niveau d'activité défini ci-dessus dépendait non seulement des moyens d'équipement et de fonctionnement de l'hôpital mais également des possibilités de dégagement offertes aux malades qui ne sont pas en état de regagner directement leur domicile après la phase aiguë de leur affection.

Cette dernière condition a été chiffrée à environ 900 lits de moyen et de long séjour (établissements de convalescence, réadaptation, cure, psychiatrie, maisons de soins et de cure pour personnes

âgées) qui constituent avec l'hôpital Fontenoy proprement dit une « chaîne hospitalière » d'une capacité voisine de 1 500 lits.

L'étude montre qu'une telle chaîne peut desservir les besoins en soins hospitaliers (soins de haute spécialité exclus) d'une population de 150 000 à 200 000 habitants.

b) S'agissant des moyens de fonctionnement et d'équipement de l'hôpital Fontenoy, l'étude a permis tout d'abord de décomposer l'activité définie à la phase précédente en un certain nombre de fonctions dites « fonctions globales », chacune d'entre elles représentant une activité hospitalière bien déterminée (ex. : hébergement, intervention chirurgicale, radiodiagnostic, administration, hygiène et sécurité, etc.).

Les échanges entre ces fonctions et entre celles-ci et l'extérieur (échange de malades, personnel, visiteurs, produits, information) ont été minutieusement examinés. Ils ont été chiffrés en volume de trafic et caractérisés par leurs degrés d'urgence respectifs.

Parallèlement a été réalisée une étude de rentabilité des différents moyens matériels d'échange utilisables dans un hôpital (transporteurs automatiques, moyens informatiques notamment).

Le programme Fontenoy est entré dans sa phase opérationnelle en juillet 1974, date à laquelle l'Administration a lancé un concours de conception sur la base du programme de construction défini ci-dessus.

Ce concours jugé en mars 1975 a permis de sélectionner six modèles architecturaux dont trois ont été lancés dès mai 1975, l'un au Centre hospitalier régional de Rennes, les deux autres aux Centres hospitaliers de Tarbes et de Boulogne-sur-Mer.

Les travaux de construction de ces trois hôpitaux devraient débiter dans le courant du premier semestre de l'année 1976 et s'achever dans un délai qui ne peut encore être fixé mais dont on peut prédire qu'il sera court ; il constituera en effet l'un des critères fondamentaux du choix des entreprises soumissionnaires.

2. LA MISE EN SERVICE DES HOPITAUX NOUVEAUX.

L'expérience des dernières années a montré que le délai séparant l'achèvement des travaux et la mise en service complet des hôpitaux nouveaux était le plus souvent trop long et pesait, pour cette raison, d'un poids excessif sur les coûts d'exploitation.

Le Ministère de la Santé désireux de remédier à cette situation a entrepris, avec le concours d'une société de conseil en organisations, une étude exhaustive de l'ensemble des tâches incombant à une administration hospitalière dans la phase de programmation, d'étude, de lancement, d'exécution et de mise en service d'un hôpital nouveau.

L'étude indique non seulement la nature des tâches à accomplir mais rappelle pour chacune d'entre elles la réglementation applicable et surtout indique à quel stade du processus de conception puis de construction de l'hôpital, il faut les entreprendre pour abréger au strict minimum le délai de sa mise en service.

Cette étude maintenant terminée débouchera sur un plan pour la mise en service des hôpitaux à l'usage des Directeurs de ces établissements. Il sera édité dans quatre mois environ et fera l'objet d'une très large diffusion.

Au carrefour de la théorie et de la pratique, l'effort entrepris pour rationaliser en les faisant diminuer les coûts d'exploitation est certainement intéressant. Si on sait se garder d'une vue trop abstraite des problèmes, il est permis d'en attendre des résultats intéressants.

III. — LA POLITIQUE PSYCHIATRIQUE

a) *Ses méthodes.*

La sectorisation continue de transformer la politique de soins dispensés en institutions vers une politique d'action et de traitements ambulatoires au moyen d'équipes pluridisciplinaires implantées au sein de la population.

A la fois préventive et thérapeutique, elle permet ainsi — dans la continuité et dans son milieu — en soutenant sa personnalité fragile, d'éviter l'isolement du malade de son contexte socio-familial en prenant, s'il y a lieu, globalement en charge la famille.

Une enquête, lancée en 1975, a permis de faire le point sur l'état d'avancement de la sectorisation ; des 73 réponses déjà reçues, il ressort que :

- 71 règlements départementaux de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies ont été pris en application de l'arrêté et de la circulaire du 12 mars 1972 ;
- 70 départements ont passé des conventions de secteur pour la psychiatrie générale ;

- 57 ont passé convention pour la psychiatrie infanto-juvénile ;
- 60 ont constitué des Conseils de Santé Mentale de secteur, ainsi qu'il a été recommandé par circulaire du 12 décembre 1972 rappelée le 15 janvier 1974 et le 9 mai 1974.

b) *Les questions de personnel.*

Elles restent bien entendu déterminantes pour toute action menée dans le dispositif sectoriel intra et extra-hospitalier ; elles en conditionnent l'efficacité.

Il convient, en l'occurrence, de mettre en place le personnel extra-hospitalier conformément à la circulaire du 9 mai 1974 et de doter les nouveaux établissements ou services du personnel adéquat.

— Les médecins des hôpitaux publics spécialisés en psychiatrie sont actuellement au nombre de 870 environ.

Pour l'année 1975, 44 postes nouveaux ont d'ores et déjà été créés. D'autres créations devaient intervenir au cours de cet automne.

— L'effectif des infirmiers psychiatriques comprend 39.459 agents en fonction en métropole, auxquels s'en ajoutent 748 dans les Territoires d'outre-mer.

— Le personnel infirmier en formation au cours de l'année scolaire 1974-1975 est de 8.100 élèves.

Les efforts de formation et de recrutement de personnels qualifiés doivent demeurer un des objectifs essentiels pour l'année 1976.

c) *L'équipement des départements en services d'hospitalisation à temps complet et à temps partiel a été activement poursuivi.*

A cet égard on peut relever :

- la création de 20 services en unités de soins normalisées (1), qui doivent devenir opérationnels à la fin de 1975 ou au début de 1976 ;
- le financement au cours de l'année 1975 de 6 nouveaux services qui devraient ouvrir fin 1976-début 1977.

(1) Les services en unités de soins normalisées comportent généralement un ensemble de 100 lits et 36 places en hospitalisation de jour et de nuit plus des locaux techniques, sociaux et administratifs.

— Enfin, au titre de l'humanisation, dans le cadre du budget 1975 et grâce à la participation de la Sécurité sociale, ont été financées huit opérations qui vont permettre de déconcentrer de gros hôpitaux au profit de huit nouveaux « pôles thérapeutiques ».

En 1976 l'accent continuera à être mis sur les opérations d'humanisation dans les Hôpitaux psychiatriques :

- par l'aménagement des locaux existants — leur actuelle capacité étant de ce fait appelée à subir une certaine diminution ;
- par la construction de services de psychiatrie dans les centres hospitaliers ;
- par la poursuite des opérations engagées.

IV. — LE SERVICE DE SANTE SCOLAIRE

La situation réelle en 1975 s'est quelque peu modifiée par rapport à 1974.

Il est nécessaire, pour apprécier cette évolution, de considérer tout d'abord les *moyens en personnels*.

S'agissant en premier lieu des effectifs, nous distinguerons le personnel titulaire et contractuel du personnel vacataire.

La situation des effectifs réels du personnel à temps plein du service de santé scolaire pour l'année 1975 s'établit comme suit par rapport à 1974.

	1974	1975 (fin juillet)
Médecins de liaison et de secteur	933	976
Assistants sociales de liaison et de secteur	1.286	1.353
Infirmières et adjointes de santé scolaire dans les secteurs	1.139	1.150
Commis	20	20
Total	3.378	3.499

Elle fait apparaître une augmentation globale des effectifs de 121 unités qui porte principalement sur les personnels de secteur.

Ainsi que le prévoient les instructions générales n° 106 du 12 juin 1969 relatives aux missions du Service de santé scolaire et aux modalités d'exécution du contrôle médical scolaire, douze infirmières ont été désignées en qualité d'infirmières spécialisées auprès du médecin chargé de la santé scolaire au niveau du département. Cette mesure va dans le sens des nouveaux objectifs de la politique de prévention médico-sociale scolaire qui visent notamment à accroître le rôle de l'infirmière du Service de santé scolaire.

Il existe, en outre, quarante-cinq conducteurs du Service de santé scolaire dont la plupart assurent la conduite des camions de dépistage de la tuberculose appartenant à ce service et le fonctionnement des appareils de radiophotographie qui les équipent. Deux conducteurs assurent la conduite des camions de dépistage des affections bucco-dentaires.

L'inscription prévue de cinquante postes d'infirmières au budget de 1976 va permettre une amélioration du fonctionnement du Service de santé scolaire dans un certain nombre de départements.

Devant l'insuffisance numérique des personnels à temps plein, le Service de santé scolaire a continué de recruter du *personnel rémunéré à la vacation*. Cette formule, qui ne devait constituer qu'un palliatif, présente des désavantages en raison de l'instabilité de ces agents et de la limitation de leur emploi possible. Elle demeure, néanmoins, encore nécessaire pour éviter d'imposer des secteurs trop chargés au personnel à temps plein.

En raison du nombre variable de vacations qu'effectuent ces personnels, on ne peut apprécier le service rendu qu'en établissant des équivalences, certes un peu arbitraires, avec un temps plein fictif, simple base de référence : 1 vacataire « équivalent temps plein » d'une catégorie donnée correspond à un agent ou à plusieurs agents de cette catégorie effectuant au total 11 vacations de trois heures par semaine.

Sur cette base, nous donnerons les indications suivantes.

VACATAIRES EQUIVALENTS TEMPS PLEIN	1974	1975 (fin juillet)
Médecins	460,5	504
Assistantes sociales	82,5	58
Infirmières	296	234
Secrétaires	831	868
Total	1.670	1.664

Un certain nombre de médecins rémunérés à l'acte ont été pris en compte en équivalents temps plein et figurent dans ces chiffres. Le concours de médecins payés à l'acte n'est demandé que lorsqu'il n'y a pas possibilité de recruter des médecins vacataires ; l'abandon de cette formule est préconisé car elle n'est guère satisfaisante.

Diverses améliorations sont intervenues depuis 1974 en ce qui concerne les personnels.

Une augmentation du nombre des postes budgétaires d'infirmières a été accordée par la création de 20 postes au budget de 1975.

Outre l'accroissement déjà indiqué des effectifs des personnels à temps plein (titulaires et contractuels) quelques améliorations ont été également apportées à la situation de certains personnels, ou sont en voie de l'être, en même temps qu'étaient développées, sur le plan qualitatif, des actions de formation et de perfectionnement.

Un décret n° 74-1002 du 18 novembre 1974 a notamment modifié le décret n° 62-157 du 7 février 1962 relatif au statut particulier des adjointes de Service de santé scolaire, en créant un grade supplémentaire d'adjointes hors classe.

Un décret n° 75-332 du 5 mai 1975 a modifié le décret n° 65-693 du 10 août 1965 relatif au statut des infirmiers et infirmières des services d'assistance sociale et médicale occupant un emploi permanent dans les administrations centrales de l'Etat, les services extérieurs qui en dépendent ou les établissements publics de l'Etat, et un arrêté du 21 mai 1975 a fixé l'échelonnement indiciaire de ce personnel, rendant applicable la réforme des corps de catégorie B aux infirmières, dont une grande partie exerce au sein de la santé scolaire.

En ce qui concerne le personnel vacataire, un arrêté de revalorisation des taux des indemnités de vacation doit intervenir prochainement. Par ailleurs, un projet de décret portant harmonisation des taux des indemnités de vacation des personnels vacataires des Ministères de la Santé et du Travail fait actuellement l'objet d'un échange de correspondance avec le Ministère de l'Economie et des Finances.

Enfin, un projet de statut des secrétaires vacataires du Service de santé scolaire est à l'étude et il devrait permettre de disposer d'un personnel plus stable et plus disponible qu'actuellement et d'assurer ainsi un meilleur fonctionnement du Service.

S'agissant des améliorations qualitatives axées sur la formation et le perfectionnement, un crédit de 546.000 F, équivalant à celui de 1974, a été inscrit au budget de 1975 pour la formation et le recyclage du personnel médical, para-médical et social du Service de santé scolaire. Il a permis de programmer un certain nombre d'actions, dont une partie a déjà été réalisée depuis le début de l'année 1975, constituant soit la poursuite d'actions en faveur de nouveaux personnels, soit des actions nouvelles en vue de l'amélioration du Service.

	NOMBRE de participants
<i>Poursuites d'actions :</i>	
— Perfectionnement des médecins de secteur : régions Rhône-Alpes et Provence-Côte-d'Azur	147
— Perfectionnement des assistantes sociales de secteur des régions du Nord et de Midi-Pyrénées	151
— Information sur la réadaptation des enfants et des adolescents handicapés physiques et psychiques concernant :	
• des médecins de secteur	15
• des infirmières et adjointes de secteur	30
<i>Nouvelles actions :</i>	
— Initiation à l'informatique et aux statistiques appliquées dans le domaine médical pour les médecins chargés de la Santé scolaire et infirmières spécialisées au niveau du département et dans le domaine social pour les assistantes sociales chefs responsables au niveau du département :	
• Médecins	86
• Infirmières spécialisées	11
• Assistantes sociales chefs	95
— Perfectionnement des assistantes sociales scolaires de secteur de la région parisienne en ce qui concerne les techniques de l'entretien	50
— Information sur les techniques de l'animation pour des assistantes sociales chefs	30
— Perfectionnement en milieu hospitalo-universitaire des infirmières et adjointes de secteur de la région parisienne, et des régions du Nord - Pas-de-Calais et Rhône-Alpes	163

Complétant les efforts encore insuffisants mais substantiels faits pour réduire les difficultés de personnel, un certain accroissement des moyens en matériel a pu aussi être réalisé.

Du matériel de contrôle médical a été fourni pour équiper, compléter ou renouveler l'équipement de centres médico-scolaires et de cabinets médicaux dans les établissements scolaires.

Depuis le début de l'année 1975, des demandes concernant 69 centres médico-scolaires, 377 cabinets médicaux et 32 services de Santé scolaire dans des directions départementales d'action sanitaire et sociale, s'élevant à un total de 564.000 F environ ont été adressées à l'Union des groupements d'achats publics (UGAP) chargée de la fourniture de ce matériel.

En outre, la fourniture aux Service de santé scolaire de matériel spécialisé, non fourni par cet organisme (matériel audiolgique notamment) a été poursuivie en 1975.

Des délégations de crédits ont été faites par ailleurs aux Services de santé scolaire en vue d'assurer le paiement de certains frais (loyers, chauffage, électricité, fournitures de bureau, etc.) lorsque ces dépenses ne sont pas supportées par les départements.

En ce qui concerne le parc automobile, il a été en partie renouvelé en 1975 grâce à l'achat de 13 véhicules légers et de 3 camions radiophotographiques qui ont remplacé les trois derniers ensembles « Phénix », et permettent ainsi au Service de santé scolaire, de disposer de moyens modernes de dépistage de la tuberculose.

En outre, l'achat d'un camion de dépistage des affections bucco-dentaires permettra l'équipement du département du Rhône pour cette action.

Le parc automobile du Service de santé scolaire se compose actuellement de 163 véhicules comprenant : 124 véhicules légers, 22 camions radiophotographiques, 3 camions de dépistage des affections bucco-dentaires mis à la disposition des départements du Nord, de l'Oise et du Rhône, et 14 véhicules utilitaires.

Si les moyens lui sont évidemment nécessaires, un service ne peut malgré tout être jugé que sur ses activités.

Quel en est donc le bilan ?

Outre la poursuite des vaccinations contre la rubéole en milieu scolaire qui se déroulent en 1975, pour la dernière année au titre du programme finalisé « périnatalité », le personnel de Santé scolaire a mené une action importante en matière d'examen médicaux des élèves

et de dépistage radiologique. Les résultats apparaissent dans les tableaux statistiques qui figurent en Annexe I, établis pour l'année scolaire 1973-1974 :

Tableau n° 1. — Bilan général.

Tableau n° 2. — Bilan d'activité — proportion des différents examens.

Tableau n° 3. — Ventilation des bilans de santé.

Tableau n° 4. — Dépistage radiologique des élèves et du personnel.

Au cours de l'année 1974-1975, un certain nombre d'actions nouvelles ont été entreprises. Elles ont porté principalement sur le dépistage et la prévention des affections bucco-dentaires.

Cette action de dépistage est entreprise chez les enfants de six à neuf ans avec le concours de la profession et il est prévu le remboursement à 100 % des soins aux familles par la Sécurité sociale si ceux-ci sont effectués dans un délai de six mois après le dépistage.

Dans le domaine de l'hygiène alimentaire, un projet d'arrêté portant création d'une commission départementale consultative des restaurants d'enfants qui aura pour mission de promouvoir dans ces restaurants l'éducation nutritionnelle, l'hygiène de la nutrition et une bonne gestion, est en cours de signature. Des instructions doivent être, par ailleurs, mises au point prochainement en ce qui concerne la lutte contre la pédiculose, la teigne et la gale.

Nous évoquerons enfin un problème particulier, celui de l'intégration dans le régime commun de services autonomes d'inspection médicale des écoles.

Certaines villes qui avaient conservé une organisation autonome d'inspection médicale des écoles ont demandé leur intégration dans le régime d'Etat de Santé scolaire. Cette intégration a été réalisée pour les villes de Montluçon et d'Angers. Des demandes faites par les villes de Périgueux et de Grasse sont actuellement en cours d'examen.

La renonciation de ces villes au régime autonome qu'elles avaient conservé jusqu'à présent occasionne une charge supplémentaire pour le Service de santé scolaire et devrait entraîner la création de postes budgétaires de personnels permettant la constitution des équipes de secteur nécessaires pour assurer le contrôle médical et social des élèves relevant désormais du régime commun de santé scolaire.

Telles sont les conditions actuelles du fonctionnement du Service de santé scolaire.

En l'état présent de la réglementation concernant la santé scolaire et des normes fixées par les Instructions générales n° 106 du 12 juin 1969, il est prévu une équipe médico-sociale-scolaire par secteur de 5 à 6.000 élèves, composée d'un médecin, de deux assistantes sociales, de deux infirmières et d'une secrétaire médico-sociale. S'il n'est pas possible de disposer partout d'une formation aussi complète, du moins la constitution d'équipes de secteur comprenant au moins un médecin, une assistante sociale, une infirmière (ou adjointe) et une secrétaire ou un commis devrait pouvoir être réalisée.

A la demande du Premier Ministre, un groupe de travail a été constitué sous la présidence de M. Grégoire, Conseiller d'Etat, pour donner une nouvelle définition des missions du Service de santé scolaire et établir un schéma d'organisation favorisant une meilleure intégration de la médecine scolaire aux établissements d'enseignement.

Cette réorganisation du Service de santé scolaire permettra de chiffrer les besoins exacts en personnels nécessaires. Il est possible qu'ils soient un peu différents de ceux résultant des normes fixées par les Instructions générales du 12 juin 1969 ; le problème des déficits constatés actuellement sera alors à revoir à son tour.

Cette remise en chantier de la définition des missions du Service de santé scolaire est sans doute une nécessité. En effet, l'évolution favorable de l'état sanitaire de la population scolaire depuis la création du Service de santé scolaire en 1945, due à un certain nombre de facteurs, la transformation de l'école, qui accueille des enfants à un âge plus précoce, et les garde jusqu'à un âge plus avancé, le développement de l'enseignement technique, des sports, les problèmes nouveaux qui se posent pour l'enfant sur le plan psychologique et sur le plan scolaire, conséquence en grande partie des changements intervenus dans les conditions de vie et dans les mœurs, entraînent le besoin de mettre en place une nouvelle structure qui assurera à la fois, tout au long du système scolaire, une continuité de protection médico-sociale et d'action médico-pédagogique.

Il est envisagé notamment d'accroître le rôle des infirmières du Service de santé scolaire tant en matière de surveillance des élèves, que dans le domaine de l'éducation sanitaire, du contrôle des vaccinations et de la nutrition ; la nécessité d'une augmentation accrue de cette catégorie de personnel est dès maintenant à prévoir.

Par ailleurs, seront poursuivies les actions de formation ou de perfectionnement nécessaires pour atteindre les objectifs nouveaux.

Enfin, les actions menées au cours de l'année scolaire 1974-1975 dans le domaine du dépistage et de la prévention des affections bucco-dentaires seront développées, si les résultats de ces actions sont concluants.

V. — LES ETUDES MEDICALES

1. LA COORDINATION ENTRE SECTEURS PUBLIC ET PRIVÉ

En ce qui concerne la formation des étudiants en médecine la coordination est actuellement organisée de manière à permettre une pleine utilisation du potentiel des centres de stages formateurs.

En effet, les textes réglementaires rendent possible l'exercice des fonctions hospitalières pour les étudiants inscrits en deuxième partie du second cycle des études médicales dans « les services d'autres hôpitaux ou organismes de soins ou de prévention publics ou privés à but non lucratif habilités ».

Par ailleurs, la possibilité est offerte aux étudiants ayant obtenu la validation du second cycle des études médicales d'accomplir leur stage de fin d'études dans n'importe quel établissement privé, à but lucratif ou non lucratif, sous réserve d'un agrément par le Directeur de l'UER.

Pour cette dernière catégorie il convient de noter que des possibilités nouvelles ont été offertes aux étudiants en application des dispositions de la circulaire DGS/935 du 20 juin 1974 relative à l'organisation du stage pratique de fin d'études médicales dans les services relevant de la santé scolaire, de la protection maternelle et infantile et dans les hôpitaux locaux.

2. LA PARTICIPATION DE L'ETAT AUX DÉPENSES D'ENSEIGNEMENT

Elle est prévue par l'article 53 de la loi du 31 décembre 1970 « dans la limite des crédits ouverts chaque année par la loi de finances ».

Dans les conditions actuelles, et sans tenir compte du remboursement des dépenses isolables et non isolables prises en compte par le budget du Ministère de l'Education, le Ministère de la Santé a participé en 1975 à la formation clinique des étudiants sur les bases suivantes:

- 100 F par étudiant de DCEM 2 pour les CHR ayant moins de 1.500 étudiants (c'est le cas des CHR de province) ;
- 190 F par étudiant de DCEM 2 pour l'Assistance Publique de Paris (plus de 1.500 étudiants) ;
- 1.075 F pour les étudiants de DCEM 3 et 4.

De la sorte, la participation totale de l'Etat s'élève en 1975 à 26.927.560 F dont 1.329.660 F au titre de la formation clinique des étudiants de DCEM 2 et 25.597.900 F au titre de la formation clinique des étudiants hospitaliers de DCEM 3 et 4.

Il faut ajouter que le Ministère de la Santé a participé en 1975 à la formation des personnels paramédicaux sur les bases suivantes :

- 3.500 F par élève dans les écoles d'infirmières et de sages-femmes ;
- 5.000 F par élève dans les écoles de cadres infirmiers et de puéricultrices.

Il est rappelé que les crédits inscrits au budget 1975 s'élèvent à 151.823.911 F pour les écoles de formation des auxiliaires médicaux dont 118.530.000 F pour les écoles hospitalières.

3. LES PROBLÈMES DE DÉMOGRAPHIE MÉDICALE

La croissance de l'effectif des bacheliers se dirigeant vers les études médicales a tendu à se ralentir à la rentrée 1974-1975 ainsi que l'on peut en juger par la lecture du tableau ci-contre qui retrace l'évolution des effectifs en première année de PCEM depuis l'année universitaire 1964-1965.

Année 64-65 : 11.750	Année 69-70 : 25.530
Année 65-66 : 12.920	Année 70-71 : 24.730
Année 66-67 : 14.600	Année 71-72 : 26.020
Année 67-68 : 21.060	Année 72-73 : 30.635
Année 68-69 : 25.690	Année 74-75 : 36.940

Par ailleurs, les effectifs de PCEM 2 ont connu une nouvelle réduction par rapport aux années antérieures :

Année 1964-1965 :	6.220
Année 1965-1966 :	7.450
Année 1966-1967 :	8.870
Année 1967-1968 :	10.100
Année 1968-1969 :	14.730
Année 1969-1970 :	15.730
Année 1970-1971 :	12.776 dont 778 étrangers
Année 1971-1972 :	12.804 dont 828 étrangers
Année 1972-1973 :	11.242 dont 791 étrangers
Année 1973-1974 :	11.220
Année 1974-1975 :	10.732

Toutefois, ces effectifs sont encore supérieurs à ce qu'ils devraient être dans la mesure où l'objectif est de parvenir à la délivrance de 8.500 à 9.000 diplômes de docteur en médecine par an, ce qui paraît convenable pour satisfaire les besoins de la nation tout en permettant une formation sérieuse des étudiants en médecine.

4. LA RÉFORME DE L'INTERNAT

Actuellement à l'étude, elle devrait aboutir à la création d'un internat unique qui assurerait la formation de tous les spécialistes de la plupart des disciplines médicales.

Cette réforme réaliserait donc les objectifs suivants :

a) Unifier la formation des spécialistes par des fonctions de responsabilité unique, un enseignement théorique et un examen terminal de qualification, toutes dispositions conformes aux décisions européennes du traité de Rome.

b) Supprimer la dualité entre l'enseignement universitaire et la préparation aux concours d'internat.

c) Supprimer l'hétérogénéité des différentes catégories d'internats et améliorer la médicalisation des hôpitaux non universitaires en établissant un courant d'échanges entre ceux-ci et les hôpitaux universitaires.

d) Assurer pour chaque discipline un recrutement des spécialistes fondé sur ses besoins quantitatifs tant sur le plan hospitalier que sur celui de la pratique privée.

VI. — LES SÂGES-FEMMES ET LES PERSONNELS PARAMEDICAUX

1. LES SAGES-FEMMES

Faut-il rappeler que la profession de sage-femme est, compte tenu des dispositions du titre I du Livre IV du Code de la santé publique, une profession médicale à compétence limitée et non une profession paramédicale.

● *Formation.*

— 495 diplômes d'Etat (dont 11 à titre étranger), ont été délivrés en 1974.

— 1.726 élèves étaient en cours d'études pendant l'année scolaire 1974-1975 (soit une augmentation de 85 par rapport à l'année précédente), se répartissant en 29 écoles publiques (1.569 élèves soit 90,9 % de l'effectif total) et 3 écoles privées (157 élèves soit 9,1 %).

● *Etat de la profession.*

Au 1^{er} janvier 1974, on comptait 8.374 sages-femmes en activité (dont 1.875 pour la région parisienne) soit une densité de 16 pour 100.000 habitants. A la même date, 242 sages-femmes étaient en activité dans les quatre départements d'outre-mer.

2. PERSONNELS INFIRMIERS

● *Formation.*

— *Préparation du diplôme d'Etat d'infirmier.*

310 diplômes d'Etat ont été délivrés en 1974 (1), 11.350 le seront probablement en 1975, 13.440 en 1976 et 14.190 en 1977.

33.108 élèves (1^{re} année : 18.656 - 2^e année 14.452) étaient en cours d'études en 1974-1975, soit une augmentation de 16,7 % par

(1) Ce nombre est exceptionnellement faible ; il s'explique par le jeu des dispositions du décret du 5 septembre 1972 portant la durée des études d'infirmier/ière à 28 mois, la session du diplôme d'Etat d'infirmier/ière a été organisée en janvier 1975 (lorsque les études étaient de 24 mois, la session avait lieu en septembre).

rapport à l'année précédente se répartissant entre 223 écoles publiques (26.059 élèves) et 62 écoles privées (7.049 élèves). En outre, 11.628 élèves ont effectué la 6^e période de septembre 1974 à janvier 1975 (date du diplôme d'Etat d'infirmier/ère).

— *Préparation au diplôme d'Etat de puéricultrice.*

761 diplômes d'Etat ont été délivrés en 1974 ; l'augmentation est, de plus de 8,8 % par rapport à l'année précédente.

791 élèves étaient en cours d'études en 1974-1975, se répartissant entre 23 écoles publiques (535 élèves soit 67,6 % du total) et 6 écoles privées (256 élèves soit 32,4 %).

— *Préparation au diplôme d'infirmier psychiatrique.*

3.400 diplômes d'infirmier psychiatrique ont été délivrés en 1974.

8.100 élèves étaient en cours de formation en 1974-1975.

— *Préparation au certificat d'aptitude d'aide anesthésiste, de surveillant, de moniteur.*

Diplômes délivrés :

- aides anesthésistes : 271 en 1974, en augmentation de 8,8 % par rapport à l'année précédente ;
- surveillants : 353 en 1974, en augmentation de 18 % par rapport à l'année précédente ;
- moniteurs : 160 en 1974, en augmentation de 18 % par rapport à l'année précédente.

Nombre d'élèves dans les écoles en 1974-1975.

- aides anesthésistes : 585 ;
- surveillants : 434, soit une augmentation de 23 % par rapport à l'année précédente ;
- moniteurs : 241, soit une augmentation de 46 % par rapport à l'année précédente.

● *Etat de la profession.*

Au 1^{er} janvier 1974, on comptait 182.600 infirmiers/ières inscrits sur les listes des directions départementales de l'action sanitaire et sociale de la métropole, soit une densité de 349 pour 100.000 habitants. On compte en outre 3.123 infirmiers/ières en activité dans les quatre départements d'outre-mer.

Ils se répartissent en :

— diplômés d'Etat ..	122.417 + 2.015	dans les DOM
— autorisés, auxiliaires sanatoriaux	20.790 + 360	dans les DOM
— psychiatriques	39.459 + 748	dans les DOM

Parmi ces 185.789 infirmiers (métropole et DOM) :

- 70.917 exercent dans le secteur hospitalier public (hôpitaux généraux) et 40.207 dans les hôpitaux psychiatriques ;
- 13.327 exercent libéralement et sont inscrits à la caisse de retraite ;
- 61.338 exercent à titre de salariés dans le secteur privé.

3. AUTRES PERSONNELS PARAMÉDICAUX

1° *Masseurs-kinésithérapeutes.*

● *Formation.*

1.659 diplômes d'Etat ont été délivrés en 1974 ;
6.752 élèves étaient en cours d'études en 1974-1975 répartis dans 36 écoles dont 4 pour les mal voyants et non voyants.

● *Etat de la profession.*

Au 1^{er} janvier 1974, on comptait 26.213 masseurs-kinésithérapeutes en activité en métropole et 93 dans les DOM, soit une densité de 50,1 pour 100.000 habitants. Parmi ceux-ci :

2.000 exercent dans le secteur hospitalier public dont 650 à temps partiel.

17.500 exercent libéralement et sont inscrits à la caisse de retraite.

Il convient de remarquer que certains professionnels, en raison de leur bivalence (masseurs-kinésithérapeutes infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes pédicures, masseurs-kinésithérapeutes professeurs d'éducation physique) ne cotisent pas à la caisse de retraite précitée. Les chiffres marqués sous la rubrique « exercice libéral » sont donc inférieurs à la réalité.

2° *Pédicures.*

● *Formation.*

388 diplômes d'Etat ont été délivrés en 1974.

781 élèves étaient en cours d'études en 1974-1975.

● *Etat de la profession.*

Au 1^{er} janvier 1974, on compte 5.578 pédicures en activité soit une densité de 10,7 pour 100.000 habitants. Parmi eux, 2.000 exercent libéralement et sont donc inscrits à la caisse de retraite.

Il convient de préciser que la plupart des pédicures ont une double qualification : masseur-kinésithérapeute ou infirmier.

3° *Orthophonistes et orthoptistes.*

Au 1^{er} janvier 1974, on compte, en activité, 4.195 orthophonistes, soit une densité de 8,0 pour 100.000 habitants, 576 orthoptistes et 997 audioprothésistes.

4° *Laborantins d'analyses médicales et manipulateurs d'électroradiologie.*

Diplômes d'Etat délivrés en 1974 :

— laborantins d'analyses médicales	425
— manipulateurs d'électroradiologie	476

Elèves en cours d'études en 1974-1975 :

— laborantins d'analyses médicales	1.017
— manipulateurs d'électroradiologie	1.218

VII. — LES ASSISTANTES SOCIALES

C'est hélas devenu un lieu commun, depuis bien des années, que de déplorer la très mauvaise coordination de leur action dans la plupart de nos départements. Selon le lieu du domicile, selon l'état du développement que les collectivités locales, communes en particulier, ont pu ou souhaité donner à leurs services sociaux, selon l'âge des enfants, selon la profession du ou des parents et l'encadrement social dont elle bénéficie, chacun d'entre nous sait qu'une famille peut être aussi bien placée sous l'irritant feu croisé de 2, 3 ou 4 assistantes sociales que totalement abandonnée à elle-même, jusqu'à être privée de l'aide et des secours publics auxquels elle pourrait prétendre parce que *même les enquêtes administratives les plus élémentaires ne peuvent être effectuées ou ne peuvent l'être dans un délai raisonnable.*

Un laxisme peut être trop important et trop prolongé des pouvoirs publics, une évolution des rémunérations qui a conduit les assistantes sociales à désertier dans une large mesure le secteur public pour un secteur privé ou même para-public plus attractif sont à l'origine d'un état de choses préoccupant et parfois catastrophique dans bien des départements.

Comme pour les infirmières, votre commission ne conteste pas la valeur et l'importance de l'effort qui a été consenti ces dernières années, au stade de la formation, par la multiplication du nombre des écoles, par l'augmentation du nombre et du montant des bourses d'études.

Mais tout cet effort est appelé à se perdre, au moins partiellement, dans les sables si l'aménagement des carrières, le niveau des rémunérations, la conception même du travail et son organisation ne font pas l'objet d'une intense réflexion, qui puisse déboucher à brève échéance sur un *ensemble de mesures rendant son attractivité à la profession ou lui donnant celle qu'on n'a peut-être jamais su réellement lui conférer.*

Il conviendrait aussi, à notre sens, lorsque l'Etat ou la collectivité publique se trouve, comme cela est trop souvent le cas, dans l'impossibilité durable ou même passagère de faire effectuer en temps utile les enquêtes indispensables à l'instruction de telle ou telle demande relevant de l'action ou de l'aide sociale, que l'autorité responsable

puisse être autorisée, par convention avec les organismes dont elles dépendent ou par tout autre moyen approprié, à confier le soin d'enquêter en son nom à des assistantes sociales ne relevant pas directement de lui.

Si cette proposition, que nous faisons au nom de la commission, ne paraît pas pleinement orthodoxe au regard de certaines règles de notre droit public, elle doit être considérée comme le seul moyen de remédier rapidement à certaines carences souvent scandaleuses de la puissance publique et, à ce titre, comme un moindre mal.

Votre Commission des affaires sociales aimerait prendre acte, sur ce point, de déclarations positives du Gouvernement.

VIII. — L'EXECUTION DU PROGRAMME DE CREATION DE CRECHES CONTENU DANS LE DISCOURS DE PROVINS

La nécessité d'augmenter le nombre de places de crèches mises à la disposition des familles rappelée par le « discours de Provins » a fait apparaître que des mesures devraient être prises pour :

- sensibiliser les promoteurs éventuels et, notamment, les collectivités locales ;
- dégager des crédits pour subventionner les créations ;
- aider le financement du fonctionnement.

En février 1973, le Ministre de la Santé Publique et de la Sécurité sociale a indiqué, par lettre adressée à tous les maires des communes de plus de 8.000 habitants, les aides qu'ils pouvaient obtenir pour la création de crèches, sur le plan financier comme sur le plan technique. L'efficacité de cette information s'est traduite par de nombreuses demandes de subventions dès le deuxième semestre de l'année 1973.

Au cours de l'année 1973 et jusqu'en avril 1974 s'est poursuivie « l'opération 100 millions » de la Caisse nationale des allocations familiales. Un crédit de ce montant avait été prélevé, en 1971, sur le fonds national des prestations familiales et affecté au fonds national d'action sanitaire et sociale de la Caisse nationale des allocations familiales pour être utilisé à aider la construction, l'agrandissement et l'aménagement de crèches. Au total, cette opération a permis de subventionner, à 48,1 % en moyenne, la création d'environ 12.000 places en crèches collectives ou familiales.

Sur le budget du Ministère de la Santé, 50 millions de F ont été délégués aux préfets de région, en juillet 1974, en sus des crédits destinés au financement d'établissements sociaux classés en catégorie III, pour subventionner la création de crèches, en vue de la réalisation d'environ 5.000 places nouvelles, dont la plupart sont actuellement en chantier.

Pour l'année 1975 et pour l'ensemble des opérations décentralisées de catégorie III, dont les crèches, 104.310.000 F ont été délégués aux préfets de région qui en ont affecté près de la moitié à la réalisation de crèches.

Il est prévu qu'en 1976, 110 millions seront délégués aux préfets de région et les informations fragmentaires reçues jusqu'à présent permettent d'évaluer à la moitié de cette somme les crédits qui seront utilisés pour subventionner de nouveaux projets de crèches.

Parallèlement, une nouvelle opération « 100 millions » sur les fonds des prestations familiales a été engagée : un arrêté du 27 décembre 1974 a de nouveau prévu un prélèvement de 100 millions sur le fonds des prestations familiales et les a affectés au fonds national d'action sanitaire et sociale de la Caisse nationale des allocations familiales pour aider la construction de crèches : ces subventions viendront compléter, pour les mêmes opérations et pour le même montant, les subventions accordées sur fonds d'Etat.

Il faut ajouter que certaines opérations, non bénéficiaires d'une aide de l'Etat, sont cependant aidées à 40 % au maximum sur les ressources ordinaires du Fonds national d'action sanitaire et sociale de la Caisse nationale des allocations familiales.

L'ensemble de ces aides devrait permettre, en 1975 et 1976, de soutenir, comme en 1974, le lancement de la réalisation de 5.000 places par an en crèches collectives : encore ces chiffres ne tiennent-ils pas compte de la création de places en crèches familiales qui ne nécessite qu'un investissement léger sans subventions d'Etat, seules les caisses d'allocations familiales intervenant dans la limite de 40 % du coût sur leur fonds d'action sociale.

On sait que le coût de la journée d'accueil en crèche d'un enfant est en moyenne de 50 F en 1975. Ce prix est un frein à l'investissement et il convenait de rechercher les aides possibles.

En premier lieu, on peut essayer de limiter les charges qui pèsent sur le gestionnaire : les subventions conjuguées de l'Etat et de la Caisse nationale des allocations familiales ont pour but de limiter, pour le promoteur, l'importance des emprunts pour la construction, donc la charge des remboursements qui se répercute sur le prix de journée. Par ailleurs, il est apparu indispensable de définir de façon très précise

l'importance de chaque poste de dépenses du budget des crèches afin de déterminer les charges incompressibles et la répercussion sur les prix de journée des impondérables inhérents à la nature même des crèches : absentéisme des enfants, ses causes, etc. ainsi que la capacité optimale. Une expérience est en cours auprès d'un certain nombre de crèches qui ont accepté de tenir un « livre de bord » qui fera apparaître la vie de la crèche, ses dépenses présentées sous une forme rationalisée, les fluctuations selon les mois et les saisons.

En second lieu, un effort a été fait pour aider à la fois les familles et les crèches : en effet, il faut permettre l'accès aux crèches des enfants des familles modestes et ne leur laisser que la participation qu'elles sont en mesure de supporter en raison de leurs ressources. Il faut apporter dans le même temps aux crèches une certaine sécurité de couverture des charges de fonctionnement.

C'est pourquoi, à compter du 1^{er} janvier 1974, la prestation de service versée par les caisses d'allocations familiales a été portée de 20 % à 30 % du prix de journée, celui-ci étant plafonné à 35 F pour les crèches collectives ; à partir du 1^{er} janvier 1975, ce plafond a été porté à 50 F, ce qui correspond davantage à la réalité du coût. Pour les crèches familiales, les plafonds pour 1974 et 1975 ont été fixés respectivement à 28 F et 35 F. Par un assouplissement des conditions d'attribution, l'allocation pour frais de garde (268,05 F depuis le 1^{er} juillet 1975) est accordée à un grand nombre de familles. Or, la participation des familles est calculée en tenant compte du fait qu'elles perçoivent cette prestation.

Il est souhaitable que les efforts accomplis depuis deux ans soient soutenus au cours de 1976 et des années à venir.

IX. — PLANIFICATION FAMILIALE ET INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE

L'activité des établissements d'information, de consultation ou de conseil familial a continué à se développer assez rapidement.

Actuellement, 237 « établissements », dont 4 pour les DOM, ont reçu un avis favorable de la Commission régionale, compétente pour contrôler leur déclaration.

Ces « établissements » ont adopté dans l'ensemble une structure départementale et disposent donc fréquemment de plusieurs perma-

nences dans un même département. Sur les 237 « établissements » existants, 158 ont passé une convention avec l'Etat leur permettant de bénéficier d'une subvention forfaitaire de 15 F par heure de conseil conjugal ou familial assurée.

En 1974, les « établissements » qui ont passé une convention avec l'Etat ont reçu au total un crédit de 1.753.515 F correspondant à 96.901 heures assurées.

Les organismes nationaux qui fédèrent ces « établissements » (les plus importants étant : le Mouvement français pour le planning familial, l'Association française des centres de consultation conjugale, la Fédération nationale « couples et familles », le Centre de liaison des équipes de recherches) ont reçu des subventions d'un montant total de 1.165.878 F.

En 1975, les crédits alloués aux « établissements » se sont élevés à 2.909.700 F, correspondant à 193.928 heures de conseil assurées, soit plus du double du chiffre de 1974.

Les subventions aux organismes nationaux se sont élevées à 1.203.500 F.

On peut noter en outre qu'une étude sur l'amélioration de la formation du personnel des « établissements » a été entreprise en liaison avec la Commission compétente du Conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale. Elle devrait se traduire prochainement par une modification de l'arrêté du 27 novembre 1972 qui fixe le niveau de formation du personnel des « établissements ».

A la date du 1^{er} août, 181 centres de planification ou d'éducation familiale avaient reçu l'agrément ministériel.

Par ailleurs, les décrets d'application de la loi du 4 décembre 1974 relative à la régulation des naissances ont paru au *Journal officiel* du 6 mai 1975 (décrets n° 75-315, 75-316, 75-317 du 5 mai) et vont être précisés par une prochaine circulaire.

Sur les 181 centres précités, 16 fonctionnent dans les DOM.

Les problèmes de financement du fonctionnement des centres, qui soulevaient quelques difficultés, peuvent être considérés comme réglés par suite de l'intervention des dispositions de la loi du 4 décembre 1974 qui intègre, au nombre des formations sanitaires des centres de PMI, les centres de planification ou d'éducation familiale.

Ainsi, les services départementaux de PMI peuvent, soit en gestion directe, soit par le moyen de conventions prendre en charge tout ou partie des dépenses des centres de planification.

Peut-on établir une relation étroite entre démographie, planification familiale et interruption volontaire de la grossesse ?

On constate depuis 1964 dans la plupart des pays développés une baisse du taux de natalité. Cette baisse est cependant restée plus faible en France pendant plusieurs années et c'est seulement à partir de juin 1973 qu'elle s'est accélérée.

Il est évidemment difficile d'apprécier l'influence que peuvent avoir dans l'évolution de ce phénomène les législations plus libérales qui ont été adoptées récemment en matière de contraception et d'interruption volontaire de la grossesse. Le malthusianisme n'est pas, en effet, un phénomène récent puisque entre les deux guerres, le taux de natalité était descendu en France en dessous du seuil de remplacement. Or, il apparaît précisément, grâce aux enquêtes réalisées régulièrement par l'Institut National d'Etudes Démographiques, que le nombre moyen idéal d'enfants souhaités par les familles est également en régression, puisque s'élevant à 2,88 en 1947, il est passé à 2,82 en 1965 et à 2,58 en 1974.

On peut penser que les lois sur la contraception et l'interruption volontaire de la grossesse ont contribué à réduire l'écart entre les naissances effectives et les naissances souhaitées : il est en tout cas à peu près certain qu'en l'absence de ces législations, la réduction de la natalité se ferait également sentir de façon très sensible.

X. — L'EXÉCUTION DU VI^e PLAN

On peut, à la lumière du tableau qui figure en Annexe II du présent avis, apprécier l'état d'exécution du VI^e Plan, ventilé par rubriques :

- au niveau des crédits ouverts par les lois de finances initiales et rectificatives ;
- au niveau des financements mis en place, c'est-à-dire des autorisations de programme consommées, soit sous forme d'affectations directes (investissements de catégorie I), soit sous forme de délégations consenties aux préfets de région (investissements de catégories II et III).

Ces indications demeurent provisoires pour l'année 1975. En effet, les modifications intervenues depuis le vote de la loi de finances, et notamment les crédits ouverts en septembre dernier au titre du Plan

de relance de l'économie, devront être prises en compte lors de l'établissement du compte rendu définitif.

Seuls ces résultats financiers peuvent, en principe, permettre de mesurer l'état d'exécution du VI^e Plan, les objectifs ayant eux-mêmes été fixés en termes financiers et non en termes d'unités physiques dont la mesure est toujours délicate et imprécise, du fait du manque d'homogénéité des unités à prendre en compte.

Les résultats ne pourraient d'ailleurs être connus qu'après exécution des opérations et les chevauchements inévitables entre plans successifs ôteraient une grande partie de leur valeur aux conclusions qui pourraient en être tirées.

Enfin, la définition à l'échelon national d'objectifs physiques, qui, pour donner une indication, devraient être très précis, serait contraire aux règles de déconcentration qui donnent pouvoir aux autorités régionales pour décider suivant des critères propres à chaque région de l'utilisation optimale des crédits mis à leur disposition.

Il n'en demeure pas moins que, malgré ces réserves et malgré la régionalisation, l'exécution du VI^e Plan peut et doit faire à un moment donné l'objet d'une appréciation synthétique à l'échelon national ; des informations dont nous disposons, il ressort que le VI^e Plan, comme les précédents, n'aura été que bien imparfaitement réalisé.

XI. — LE LABORATOIRE NATIONAL DE LA SANTÉ

Au début de 1974 a été décidée une réorganisation d'ensemble des services des Laboratoires nationaux de la santé publique. Cette réorganisation se poursuit, confiée à un chargé de mission spécialement désigné.

Sur le plan juridique, le décret n° 75-483 du 16 juin 1975 (publié au *JO* du 18) a réuni à nouveau le Laboratoire des actions de santé et le Laboratoire de contrôle des médicaments en un seul service, le Laboratoire national de la santé, placé sous l'autorité directe du Ministre de la Santé. Un poste de directeur général a été recréé par transformation d'un poste de directeur de laboratoire.

Au point de vue du fonctionnement des services, le regroupement des laboratoires s'est poursuivi.

L'activité des services a reçu une nouvelle impulsion qui s'est traduite par une amélioration du rendement des analyses pratiquées en vue du contrôle des médicaments et par une extension des activités notamment dans le domaine de la toxicologie, du contrôle des produits dérivés du sang et de l'épidémiologie des maladies virales.

Les prévisions quant au fonctionnement des services en 1976 comportent le développement de nouvelles activités dans le domaine de l'épidémiologie des maladies bactériennes ; l'extension des activités réglementaires des autres secteurs sera forcément limitée par l'absence de nouveaux postes budgétaires.

XII. — LA LUTTE CONTRE LES POLLUTIONS : prévention, incitation, répression.

Le Ministère de la Santé joue un rôle essentiel dans l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme rationnel de lutte contre diverses formes de pollution du milieu.

Il lui appartient de :

— fixer les normes de qualité dans le milieu ambiant. C'est, en effet, par l'intermédiaire du « milieu consommé » que les pollutions deviennent nuisances et danger pour la santé de l'homme. Les données médicales relatives aux conséquences sanitaires des polluants sont, en l'occurrence, impératives et doivent l'emporter sur toutes les autres considérations.

— contrôler le milieu ambiant. Le Ministère de la Santé doit faire assurer, par ses propres laboratoires ou des laboratoires agréés par ses soins, les contrôles réguliers permettant de vérifier que la qualité du milieu n'est pas altérée ; il intervient le cas échéant, auprès des autres administrations intéressées qui auront à prendre, dans le domaine de leurs compétences propres, les mesures nécessaires.

En conséquence, relèvent des attributions du Ministère de la Santé :

— l'étude des réglementations relatives aux eaux d'alimentation, aux effluents des stations d'épuration des collectivités locales et aux dispositifs d'épuration individuelle et le contrôle de l'application de ces réglementations ;

- l'élaboration et l'application des réglementations concernant :
 - les eaux de piscine, les eaux de baignade en mer ou en rivière ;
 - les eaux de source destinées à être embouteillées ;
 - les conditions d'embouteillage des eaux en matériau plastique ;
 - l'exploitation des sources d'eaux minérales et les établissements thermaux ou de thalassothérapie.

Il y a lieu de noter à ce sujet que, pour le classement des zones thermales ou climatiques, sont prises en considération la nature et l'importance des moyens mis en œuvre pour la prévention des différentes formes de pollution (bruit, évacuation et traitement des eaux usées — pollution atmosphérique — enlèvement et traitement des ordures ménagères).

Pour les autres actions touchant à la protection du milieu, les mesures de prévention, d'incitation ou de répression sont déterminées au plan interministériel dans le cadre d'une procédure de coordination, instaurée ou renforcée depuis la création d'un Ministère chargé de la Protection de la nature et de l'environnement, actuellement le Ministère de la Qualité de la vie.

C'est le cas, par exemple, de la réalisation de l'inventaire national de la pollution des eaux superficielles pour lequel le Ministère de la Santé participe, dans la proportion de 50 %, au financement des analyses bactériologiques effectuées par les laboratoires agréés par ses soins pour le contrôle de la qualité des eaux d'alimentation.

Outre les activités précitées, le Ministère de la Santé participe notamment :

- à l'élaboration des réglementations intéressant les différents domaines de l'hygiène du milieu ;
- à la fixation des normes de qualité pour les eaux de boisson et les eaux destinées aux activités récréatives ;
- à l'étude de la pollution des eaux de baignade en mer ; en 1974 et 1975, une surveillance systématique des eaux de baignade en mer a été organisée sur l'ensemble du littoral ; des actions de surveillance avaient été entreprises en 1972 et 1973 mais d'une manière ponctuelle. Les dispositions prises ont pour objet essentiel de prévenir l'apparition d'épidémies, notamment de fièvre thyphoïde, dysenterie, poliomyélite, hépatite virale ;
- à la lutte contre la pollution atmosphérique ;
- au contrôle du fonctionnement des stations d'épuration des collectivités locales ;

- à l'étude des mesures à appliquer pour assurer l'évacuation et le traitement des résidus urbains.

En ce qui concerne la lutte contre la pollution atmosphérique, le Ministère de la Santé a poursuivi :

- la mise en place de réseaux de mesure de la pollution atmosphérique dans les grandes villes ;
- l'enquête épidémiologique effectuée dans huit zones du territoire portant sur le rôle de la pollution atmosphérique dans l'étiologie des maladies respiratoires chroniques ; cette enquête est réalisée avec la collaboration des services du Ministère de la Qualité de la vie.

Enfin, il a participé à des études entreprises au plan communautaire en vue de définir des critères et des normes de qualité de l'air.

En raison de la multiplicité et de la complexité croissante des problèmes que posent l'hygiène du milieu et la lutte contre diverses formes de pollution, le Ministre de la Santé a dû envisager un renforcement du personnel des directions départementales de l'Action sanitaire et sociale.

A cet effet :

- ont été mis en place dès 1973 des ingénieurs du génie sanitaire, ayant reçu une formation spécialisée en santé publique à l'Ecole nationale de la santé de Rennes. Le recrutement s'est poursuivi en 1974 et 1975. La plupart des régions et quelques départements sont actuellement pourvus de cette catégorie d'agents ;
- le recrutement d'inspecteurs de salubrité a été intensifié. Leur nombre est insuffisant et il a été recommandé aux autorités locales de développer une action intensive en matière de recrutement de cette catégorie de personnels. Les dépenses afférentes sont prises en charge par le Ministère de la Santé à concurrence de 83 % (taux unique).

Par ailleurs, une formation professionnelle a été mise en place en 1974 à l'intention des ingénieurs et inspecteurs ci-dessus mentionnés ; elle se poursuit en 1975.

Elle est prise en considération pour l'intégration dans les nouveaux grades d'inspecteurs de salubrité définis par des arrêtés du 30 novembre 1974 du Ministre de l'Intérieur.

XIII. — LA RATIONALISATION DES CHOIX BUDGÉTAIRES (RCB)

Elle a donné lieu à un certain nombre d'études analytiques, à la présentation, depuis 1974, de « budgets de programme » et à certaines opérations de modernisation dans le domaine de la gestion.

S'agissant tout d'abord des études analytiques, certaines ont été consacrées à la formation des obstétriciens. Complément à l'étude sur la « périnatalité », ce sous-programme a dû être repris en 1974, compte tenu des difficultés rencontrées au Secrétariat d'Etat aux universités dans la mise en place des mesures préconisées à propos notamment de la nomination des maîtres de conférence en obstétrique et en néonatalogie et compte tenu également de l'insuffisance des mesures prévues pour pallier les carences en personnel. Les principales dispositions étudiées concernent l'aménagement de l'internat et du CES d'obstétrique. Leur mise en place affectera les budgets des établissements hospitaliers.

Une autre étude a été consacrée au personnel infirmier. Commencée en 1974 et poursuivie en 1975, elle a pour objet la mise au point d'un plan rationnel de fonctionnement des équipes soignantes concernant principalement les hôpitaux publics, eu égard à la pénurie de personnel infirmier. Une importante enquête vient d'être lancée auprès des infirmiers des établissements hospitaliers ; elle doit permettre de mieux connaître les durées de carrière et les motifs de départ. Sans attendre les résultats de cette enquête, un certain nombre d'actions urgentes sont d'ailleurs proposées dans le cadre de la préparation du budget 1976.

Le financement de la sectorisation psychiatrique fait aussi l'objet d'une étude pour mettre au point et si possible justifier un système de prise en charge financière du malade mental dans le cadre du quartier, c'est-à-dire en milieu extra-hospitalier. Elle devrait être terminée vers la fin de l'année 1975.

Enfin, une étude prioritaire est consacrée à l'adaptation des équipements sanitaires et sociaux aux besoins des personnes du troisième et du quatrième âge.

On sait que, pendant le VI^e Plan, un programme finalisé portant sur le « maintien à domicile des personnes âgées » a été mis sur pied.

Les actions préconisées, de par leur nature et de par l'ampleur de l'aide publique qui y était associée, visaient principalement la prévention des atteintes lourdes du vieillissement. Ce programme doit être amélioré pour permettre aux personnes concernées un meilleur accès aux mesures préventives et de soins, et pour constituer une véritable alternative à l'hébergement de caractère social. Il reste, de plus, à étudier les besoins sanitaires et sociaux propres au quatrième âge (plus de 80 ans) de manière à envisager les actions adéquates en équipements et services. Une attention particulière sera portée aux conditions actuelles d'hospitalisation des personnes âgées ; il n'est pas établi, en effet, que les hôpitaux généraux ou les hôpitaux psychiatriques constituent pour eux la meilleure formule de soins.

Autant qu'on puisse les prévoir, les résultats attendus sont les suivants : préférence des personnes du troisième âge pour leur maintien le plus possible à domicile, amélioration de la prévention du vieillissement et des soins, diminution des dépenses d'hospitalisation au compte des organismes de sécurité sociale, meilleure répartition des charges entre la sécurité sociale et l'aide sociale.

Cette étude commencée en 1975 sera le principal sujet de travail en 1976 pour les spécialistes de la prévision.

La présentation, malheureusement un peu tardive, au Parlement d'un budget de programmes est, elle aussi, une innovation intéressante.

L'année 1974 constitue, dans ce domaine, une année charnière.

Enfin, un sérieux effort de *modernisation de la gestion* a été entrepris.

En plus de la poursuite des programmes finalisés sur la « périnatalité » et le « maintien à domicile des personnes âgées », le Ministère assure la mise en place des indicateurs de réalisation du service de santé scolaire. La direction de l'Action sociale élabore, dans le cadre du budget de programmes, un système d'information et de gestion. Les travaux de 1975 devaient porter sur la définition d'un cadre de l'information commun aux Ministères, aux services extérieurs et aux autres agents qui interviennent dans le financement et la gestion des programmes (collectivités locales, organismes de sécurité sociale, associations). Leur point de départ sera constitué par l'analyse des activités des services extérieurs à partir de leur système comptable actuel. Le système d'information sur les établissements et les services constitue le deuxième volet du système d'information et de gestion. Sa mise en place suppose une étude détaillée des circuits actuels de saisie de l'information et la création d'un fichier national dont l'étude de définition des procédures de gestion et d'exploitation doit démarrer dès cette année.

A la Direction des hôpitaux, se poursuivent des travaux engagés selon trois axes principaux. En premier lieu, *l'analyse comparative de la gestion hospitalière* débouche sur la réalisation d'une banque d'information. L'échantillon observé depuis 1972 comporte 27 CHR (centres hospitaliers régionaux), 99 CH (centres hospitaliers) et 77 hôpitaux. En 1975, il est envisagé d'étendre l'observation de la gestion aux hôpitaux psychiatriques. En second lieu, un schéma général de fonctionnement de modèle physico-financier des hôpitaux a été élaboré au cours du premier semestre 1973. Ce modèle, testé sur un petit nombre de secteurs, a donné des résultats satisfaisants. Sa mise au point est poursuivie. En dernier lieu, la *mise en place du contrôle de gestion dans les hôpitaux publics* est assurée par des cellules d'analyses de gestion dans les CHR ainsi que dans des centres hospitaliers.

Parallèlement, un important effort de formation est effectué par les analystes RCB en direction des inspecteurs de l'Action sanitaire et sociale et des administrateurs des hôpitaux. Une contribution est également apportée à l'Université : UER de Sciences économiques et UER médicales. Cet effort devait s'accroître à la rentrée universitaire 1975 du fait de la création, dans plusieurs universités, de diplômes d'études supérieures spécialisées en économie de la Santé.

Nous constatons par ailleurs la poursuite de l'exécution de mesures liées à des travaux précédemment réalisés.

Le programme finalisé « périnatalité ».

A la suite de l'étude de RCB menée en 1970 sur la périnatalité, un programme finalisé a été mis en place dès 1971 en vue de réduire la mortalité et la morbidité d'origine périnatale. En 1974 et 1975, la mise en œuvre de ce programme s'est poursuivie dans des conditions satisfaisantes.

Pour remédier aux difficultés rencontrées dans l'action de formation du personnel médical, qui relève principalement du Ministère de l'Education nationale, une étude complémentaire a été réalisée en 1972, qui pourrait déboucher sur de nouvelles mesures.

En ce qui concerne le développement de l'information statistique et de la recherche, une subvention de 1.400.000 F en 1975 a été versée à l'INSERM et à un certain nombre d'associations scientifiques, pour la réalisation d'une enquête sur la femme enceinte et le nouveau-né, d'études thématiques, de recherches d'ordre épidémiologique ou pour des travaux de recherche opérationnelle.

Dans le cadre du service de santé scolaire, la vaccination antirubéolique des fillettes de treize ans et du personnel féminin des collectivités d'enfants a bénéficié de l'ouverture d'un crédit de 3.115.336 F en 1975.

Le renforcement de la surveillance prénatale, l'amélioration des conditions de l'accouchement et de la réanimation du nouveau-né se sont développés au cours des deux dernières années par l'octroi de subventions aux établissements d'hospitalisation publics ou privés à but non lucratif pour leurs maternités, leurs centres de grossesse à risque ou leur service de néonatalogie, afin de leur permettre d'acquérir le matériel technique jugé nécessaire.

Cette aide s'est élevée à 880.000 F en 1975.

Une aide de 800.000 F en 1975 a été versée afin d'assurer une formation complémentaire aux techniques modernes du personnel travaillant dans des établissements ou services.

La rénovation et l'aménagement des maternités publiques ont fait l'objet, en 1975, de l'octroi de subventions d'équipement pour un total de 10.000.000 F.

Le taux de mortalité périnatale, en partie grâce à ces mesures, a, nous l'avons vu, fortement décru de 22,5 ‰ en 1971 à 20 ‰ en 1974. Cependant, l'écart entre la France et les pays les plus développés dans ce domaine reste trop important (14,3 ‰ en Suède en 1972) ; aussi certaines des actions du programme devront être reconduites en 1976. Ces actions viseront principalement *la réduction des disparités régionales ou des inégalités sociales en matière de morbidité et de mortalité périnatales.*

XIV. — EXERCICE DES PROFESSIONS DE SANTÉ DANS LA PERSPECTIVE DE L'APPLICATION DU TRAITÉ DE ROME

La médecine est la seule des professions de santé à être représentée dans les Etats de la Communauté européenne par des praticiens ayant une formation et des compétences équivalentes. Elle peut donc servir d'exemple pour une brève étude de l'évolution démographique prévisible et fournir l'approche d'une réponse qui, mutadis mutandis, pourrait être transposée pour les autres professions de santé.

L'examen de la démographie médicale dans les Etats de la Communauté européenne en 1970 et la prévision de ce qu'elle sera en 1985 en fonction d'une part d'une fécondité moyenne de la population et d'autre part du maintien du taux d'évolution de la démographie médicale observé de 1970 à 1975, conduisent aux chiffres suivants :

	EFFECTIF DES MÉDECINS		DENSITÉ MÉDICALE pour 100.000 habitants	
	1970	1985	1970	1985
France	64.873	101.220 (+ 56 %)	130	200
Allemagne fédérale	99.604	147.280 (+ 47,8 %)	172	210
Belgique	14.887	22.032 (+ 47,5 %)	154	211
Irlande	3.000	3.640 (+ 21 %)	105	115
Italie	97.003	141.836 (+ 42 %)	180	230
Luxembourg	368	526 (+ 43 %)	110	130
Pays-Bas	17.381	23.035 (+ 34,5 %)	125	153
Royaume-Uni	69.410	101.520 (+ 46 %)	120	164

On constate que c'est en France que le taux d'accroissement du nombre de médecins sera le plus fort et que les différences de densité médicale s'atténueront considérablement : la France aura cessé d'apparaître comme « sous-médicalisée » par rapport à ses partenaires européens ; l'attraction du « vide français » aura rapidement cessé d'exister.

Dès l'entrée en vigueur des directives prises par l'application du Traité de Rome, les Etats « pléthoriques » auront-ils tendance à « essaimer » ? Aucune observation scientifique ne permet d'étayer une réponse à cette question.

Le brusque passage du nombre annuel de diplômes de 1.000 à 2.000 vers le début des années 50 avait suscité des propos et des prédictions sur les migrations médicales qui ne se sont pas réalisées. Il existe une certaine permanence dans le comportement des groupes sociaux, et s'il est appelé à subir des modifications, celles-ci sont dans la plupart des cas de rythme très lent. Le jour où les étudiants ressortissants des Etats de la Communauté viendraient en grand nombre faire leurs études médicales en France, il est probable que, la loi aidant, certains d'entre eux y resteraient pour exercer : les immigrations de praticiens étrangers revêtiraient alors une certaine ampleur ; sous cette réserve, *il paraît peu probable que le problème prenne une grande acuité, sauf peut-être dans certains départements frontaliers où règne déjà le bilinguisme.*

En tout état de cause, toutes les précautions sont prises lors de l'établissement des directives européennes pour que des dispositions de formation professionnelle et de capacité d'exercice soient corrigées dans les délais les plus rapides de sorte que les modes d'exercice des différentes professions de santé ne soient pas modifiés à l'intérieur de chacun des Etats membres.

D'autre part, la décision a été prise de créer un Comité des hauts fonctionnaires de la santé publique ayant pour mandat de *surveiller les effets de l'entrée en vigueur du Traité de Rome* et de proposer éventuellement au Conseil de la Communauté toutes mesures opportunes tendant à pallier les effets néfastes que pourrait avoir dans les Etats membres l'application dudit traité.

TROISIEME PARTIE

LES TRAVAUX DE LA COMMISSION

Le mercredi 8 octobre, la Commission a procédé à l'audition de Mme Simone Veil, Ministre de la Santé, accompagnée de M. René Lenoir, Secrétaire d'Etat, sur le projet de budget de la Santé pour 1976.

Le Ministre a tout d'abord fait une présentation d'ensemble des crédits en attirant l'attention sur les éléments les plus significatifs de ce budget.

Les dotations prévues par le projet de loi de finances pour la santé publique s'élèveront, en 1976, à plus de 12,3 milliards ; elles seront en progression de 15,6 % par rapport au budget primitif de 1975, alors que l'ensemble des dépenses de l'Etat n'augmenteront que de 13 %.

Les dépenses ordinaires figurant à la section « Santé » atteindront 10,5 milliards. Il s'agit, pour l'essentiel, de crédits d'intervention ; les dépenses obligatoires de santé et d'aide sociale, qui correspondent à des remboursements de frais engagés au niveau des collectivités locales, représenteront, avec près de 9,7 milliards, 90 % environ des dépenses ordinaires.

Les crédits de la section commune, destinés au fonctionnement des services extérieurs du ministère, atteindront 511,7 millions, en augmentation de plus de 20 % sur 1975.

Les dépenses en capital atteindront 1.659 millions en autorisations de programme et 1.325,8 millions en crédits de paiement (+ 17,7 %). Il est à noter que les comparaisons titre par titre sont légèrement affectées par une modification apportée à la présentation budgétaire ; en effet, par décision applicable à l'ensemble des crédits de la recherche, les dépenses consacrées au « soutien des programmes » seront désormais inscrites dans un chapitre d'équipement et ne seront plus décomptées dans les dépenses ordinaires.

Enfin, le département bénéficiera d'un accroissement de 23 % des dotations destinées aux administrations centrales et aux services communs des deux ministères sociaux ; ces crédits représenteront, en 1976, un volume de 221,7 millions pour les moyens des services et, en termes d'autorisations de programme, un montant de 20,95 millions pour les investissements administratifs et l'informatique (+ 27,7 %).

A cette analyse des grandes masses, il convient d'ajouter les crédits prévus au titre du plan de soutien de l'économie : la loi de finances rectificative votée au mois de septembre dernier par le Parlement comprend en effet 350 millions de francs pour la santé, soit environ le quart du budget d'équipement de ce ministère pour 1976.

Le projet de budget du Ministère de la Santé pour 1976 retient quatre priorités :

- le développement de l'appareil administratif ;
- un soutien actif au développement des infrastructures du secteur médico-social ;
- le « redéploiement » du dispositif de prévention médico-sociale ;
- un effort particulier en faveur de la recherche médicale.

S'agissant de la première priorité, il est en effet indispensable d'accroître l'encadrement en personnel, les moyens administratifs devant être à la mesure des besoins du secteur si l'on entend conserver la maîtrise de la dépense, en matière d'aide sociale notamment. Il faut par ailleurs « accompagner » la progression des crédits d'équipement dont il n'est pas inutile de rappeler qu'ils ont plus que doublé au cours du VI^e Plan. Enfin, l'application des nouveaux textes votés par le Parlement au cours des deux dernières sessions, dont certains sont très importants, rend nécessaires des renforcements d'effectifs.

Si l'accroissement des moyens en personnel affecte en premier lieu l'administration centrale, il n'en demeure pas moins qu'un échelon est à la fois plus important et plus vulnérable pour l'efficacité réelle du ministère : c'est celui des Directions départementales de l'action sanitaire et sociale (D.D.A.S.S.). C'est pour cette raison que se trouve proposée la création de 200 emplois dans les services extérieurs, dont 51 emplois de catégorie A.

La seconde priorité concerne le développement des infrastructures du ministère : équipement d'une part, formation des personnels de l'autre.

Le programme d'humanisation des hôpitaux auquel 235 millions de francs ont été consacrés en 1975 bénéficiera d'une dotation de 465 millions ; cela permettra d'atteindre le rythme annuel prévu de 40.000 lits « humanisés » par an. Sur cette base, le programme devrait s'achever effectivement en 1980.

Les crédits consacrés aux équipements hospitaliers classiques augmenteront de 17,6 %. Cette progression recouvre des évolutions différentes puisque la dotation consacrée aux C.H.R. (Centres hospitaliers régionaux) est stabilisée tandis que les crédits attribués aux autres hôpitaux progressent de 60 %.

En dernier lieu, les crédits attribués aux équipements sociaux augmenteront d'environ 15 % ; en 1976, l'accent sera mis sur les établissements pour handicapés adultes dont la dotation augmentera de 36 % et sur les équipements consacrés à la famille et à l'enfance. Sur ce point, plus de la moitié des crédits affectés aux équipements sociaux seront consacrés à la construction de crèches, permettant la création de 25 établissements, soit environ 1.000 berceaux supplémentaires.

La formation des personnels constituera le second volet du développement des infrastructures du secteur médico-social.

S'agissant du personnel paramédical, un nouvel effort massif sera consenti en faveur des infirmières. Pour remédier à la pénurie d'infirmières dans les hôpitaux, l'action du Gouvernement comportera deux aspects : une amélioration des conditions de rémunération et de travail d'une part, une augmentation des effectifs formés, de l'autre. En matière d'équipement, 70 millions de francs permettront de construire 40 écoles d'infirmières supplémentaires ; en matière de fonctionnement, un crédit consacré aux bourses progressera de 63 % et les subventions aux écoles de formation non hospitalière de 26 %.

Un effort important concernera également les sages-femmes ; cette profession est appelée à jouer un rôle encore accru dans la société de demain, aussi bien dans son activité traditionnelle que sur des terrains nouveaux comme la contraception.

Les moyens de fonctionnement des écoles de travailleurs sociaux progresseront pour leur part de 16 %.

En dernier lieu, la dotation de l'Ecole nationale de la Santé augmentera de 15,5 % sans qu'il soit nécessaire d'y envisager la création d'emplois nouveaux.

La troisième priorité du budget a trait au dispositif de prévention médico-sociale : la réorientation amorcée les années précédentes se confirmera dans les chiffres.

Bien que d'un montant modeste, les dépenses d'éducation sanitaire doubleront en 1976.

10 millions de francs supplémentaires seront affectés aux actions relatives à la contraception ; dans ce secteur comme dans le précédent, il n'est pas question de mettre en place des dispositifs lourds. Des centres de planification familiale seront installés dans les dispensaires de P.M.I. (Protection maternelle et infantile) et les hôpitaux publics ; les associations privées qui organisent l'information et le conseil familial seront par ailleurs aidées.

Enfin, la politique de prévention s'appliquera dans le domaine social :

— 4 millions de francs sont prévus au titre du programme de maintien à domicile des personnes âgées ;

— 2,5 millions seront affectés à l'augmentation du nombre des « équipes de suite » dont la fonction est d'assurer l'insertion socio-professionnelle des handicapés ;

— 7,5 millions sont prévus pour assurer un complément de financement aux centres sociaux qui sont actuellement au nombre de 550 ; chacun connaît leur importance capitale dans le dispositif de prévention sociale ;

— 3 millions de francs permettront d'augmenter le nombre des places dans les centres de post-cure accueillant des toxicomanes ;

— 2,5 millions de francs sont enfin inscrits pour favoriser et pour accélérer le lancement d'actions sociales expérimentales permettant de tester des méthodes d'intervention nouvelle dans des domaines supportant mal les procédures trop rigides de la réglementation en vigueur.

La dernière priorité du budget pour 1976 a été reconnue à la recherche médicale.

Le développement de l'Institut national de la Santé et de la Recherche médicale (I.N.S.E.R.M.) se poursuit à un rythme rapide puisque, depuis quatre ans, les effectifs augmentent chaque année de 4 % environ. Ce développement s'accompagne d'une réorientation des moyens de la recherche fondamentale vers la recherche appliquée.

La grande novation en matière de recherche médicale concerne l'aide massive que l'Etat a décidé d'accorder à l'Institut Pasteur dont la subvention passera de 19 millions en 1975 à 50 millions en 1976.

En guise de conclusion, Mme Veil a indiqué que le projet de budget permettrait à la fois la poursuite à un bon niveau des actions traditionnelles du ministère et le développement des moyens de

réorientation progressive du dispositif médico-social vers des interventions plus légères et plus précoces.

Après l'exposé général du Ministre, M. Ribeyre, rapporteur spécial de la Commission des Finances, s'est félicité de constater la force d'impulsion spécialement accélérée qui pourra s'appliquer en 1976 à l'action dans certains secteurs d'activité du Ministère, à juste titre estimés prioritaires ; il a insisté pour que le thermalisme fasse l'objet d'un effort particulier.

M. Grand, rapporteur pour avis, a enregistré avec satisfaction la progression des crédits qui sera constatée en 1976. Malgré celle-ci, on ne peut que déplorer l'insuffisance encore criante des moyens des directions départementales de l'Action sanitaire et sociale (D.D.A.S.S.) : elles ploient sous des charges écrasantes.

Les moyens de formation des personnels sanitaires et sociaux feront l'objet en 1976 d'un sensible renforcement mais les déficits sont si profonds qu'il ne peut s'agir que d'une première étape.

En ce qui concerne la recherche médicale, l'Institut national de la Santé et de la Recherche médicale (I.N.S.E.R.M.) devra prioritairement axer ses prochains travaux sur les myopathies.

Les hôpitaux de France manquant très gravement de personnel de direction, il est indispensable de trouver à cette crise les remèdes appropriés. Une répartition plus juste des dépenses d'aide sociale entre l'Etat et les collectivités locales est à l'étude depuis plus de vingt ans : ne serait-il pas temps d'aboutir enfin ?

M. Gravier a attiré l'attention des deux ministres et de la Commission sur l'insuffisance persistante des moyens et par conséquent des actions de la médecine scolaire ; de même les collectivités locales devraient-elles être aidées d'une manière plus qu'incitative dans l'effort qu'elles font en faveur de l'enfance inadaptée, des personnes âgées et des handicapés.

M. Hubert Martin, se faisant l'interprète des quatre commissaires qui ont effectué avec lui, au début de cette année, une mission d'information dans le Territoire Français des Afars et des Issas, a insisté sur l'urgente nécessité de reconstruire l'hôpital Peltier de Djibouti.

M. Mézard a souhaité un renforcement de la lutte contre la toxoplasmose et la mucoviscidose. Il a insisté sur la nécessité de tout faire pour préserver le caractère bénévole du don du sang ; le thermalisme a, de son côté, été par trop délaissé ces dernières années ; enfin, les vaccinations, notamment contre le tétanos, devraient être systématisées.

M. Boyer a exprimé le souhait que soit, dans toute la mesure du possible, indiqué l'état de préparation des décrets d'application de la loi d'orientation en faveur des handicapés ; il a déploré la gravité de la crise qui affecte le recrutement des monitrices dans les écoles d'infirmières, puisqu'elles semblent moins bien rémunérées que leurs élèves.

M. Gargar a regretté que certains examens sérologiques, tels que ceux qui sont relatifs à la bilharziose, ne soient pas inscrits à la « nomenclature ».

M. Schwint a demandé si la totalité des crédits affectés au Ministère de la Santé par le « plan de relance » seront effectivement engagés avant le 1^{er} avril 1976 et insiste, à son tour, sur l'urgence d'une modification des règles de répartition des dépenses d'aide sociale.

M. Marie-Anne a souhaité l'accélération de la reconstruction de l'hôpital de Fort-de-France ; il a déploré qu'une part trop importante des dépenses relatives au petit personnel des D.D.A.S.S. pèse sur le budget des départements ; il a demandé qu'un effort plus substantiel soit accompli pour la promotion sociale des aides-soignantes.

Mme Veil et M. Lenoir ont répondu aux questions et observations présentées par les différents commissaires en donnant diverses précisions sur :

- le thermalisme, dont les moyens seront développés,
- les déficits en personnels des D.D.A.S.S. et des services hospitaliers, sanitaires et sociaux placés sous la tutelle du ministère,
- l'effort de lutte contre les myopathies,
- les problèmes de la santé scolaire ; on peut espérer prochaine la collaboration des services de la protection maternelle et infantile au contrôle médical des enfants des écoles maternelles,
- l'affectation d'une part importante des crédits d'humanisation à la transformation, c'est-à-dire à la disparition des hospices,
- la difficulté de dégager dès 1976 des crédits d'Etat pour la reconstruction de l'hôpital territorial de Djibouti, la gestion de la Santé publique étant du ressort des Autorités mêmes du Territoire,
- le développement des vaccinations, notamment contre le tétanos,
- la politique de transfusion sanguine et de don du sang, visant à maintenir les disponibilités au niveau des besoins,
- l'amélioration de la situation des monitrices des écoles d'infirmières, la promotion des aides-soignantes et des agents hospitaliers,

— l'engagement, dès avant le 1^{er} avril 1976, des crédits ouverts par la loi de finances rectificative de septembre 1975,

— les difficultés d'ordre technique et statistique qui retardent la réforme des règles de répartition des dépenses d'aide sociale,

— le problème de l'aide aux mères de famille qui travaillent (allocation pour frais de garde et crèches).

Le mercredi 12 novembre, la Commission a tenu une nouvelle réunion pour prendre connaissance du présent avis sous la forme du projet préparé à son intention par M. Lucien Grand.

Après la communication qui lui a été faite de ce texte, différents commissaires ont pris la parole.

M. Moreigne a évoqué le problème des chefs de service hospitaliers à temps plein, souhaitant la généralisation de ce mode d'exercice des fonctions hospitalières ; MM. Henriet et Hubert Martin, soulignant l'importance de ce problème, ont suggéré qu'il fasse prochainement l'objet d'une réflexion particulière au sein de la Commission.

M. Mézard a insisté sur la très grosse charge qui pèse sur les collectivités locales pour assurer les frais de fonctionnement des crèches.

M. Henriet a formulé le souhait que la Commission puisse, à une période où son ordre du jour sera moins chargé, travailler de manière plus approfondie, à partir de certains éléments d'information véritablement passionnants apportés par les Rapporteurs, MM. Méric et Grand. Il faudra alors spécialement insister sur l'humanisation des hôpitaux et la coordination des secteurs public et privé.

M. Hubert Martin a, de son côté, déploré l'insuffisance de l'effort fait pour assurer au sein des hôpitaux la place qui leur est due aux manipulateurs d'électroradiologie, aux kinésithérapeutes et aux ergothérapeutes.

A l'issue de cet échange de vues, l'avis présenté par M. Grand, favorable à l'adoption des crédits de la « Section commune » et de la « Section santé » a été approuvé.

CONCLUSION

Représentant 4,2 % du Budget de l'Etat, les crédits de la Santé auront augmenté de 50 % en deux ans. Même si le taux de progression en 1976 ne dépasse guère 15 %, alors qu'il avait été de 30,5 % entre 1974 et 1975 et si beaucoup reste à faire dans le domaine de la Santé publique, l'effort consenti à son propos par la collectivité nationale n'en demeure pas moins considérable.

Telles sont les conditions dans lesquelles votre Commission des affaires sociales émet un avis favorable à l'adoption des crédits de la Santé publique (Section commune et section Santé) pour 1976.

ANNEXE I

L'ACTIVITÉ DU SERVICE DE SANTÉ SCOLAIRE

Tableau n° 1 : Santé scolaire. — Année scolaire 1973-1974.

Bilan général pour 86 départements.

CATÉGORIE D'ENSEIGNEMENT des élèves dépendant du service de santé scolaire du Ministère de la Santé	EFFECTIF inscrit	EXAMENS CLINIQUES				EXAMENS biométriques seuls	TOTAL des élèves examinés
		Bilans de santé	Examens systématiques	Examens à la demande	Total		
Ecoles maternelles	1.484.471	377.219	33.168	7.071	377.458	70.474	447,9
Enseignement élémentaire	4.033.189	685.103	659.583	338.320	1.683.006	527.906	2.210,9
Enseignement du niveau 2° degré.	3.511.968	420.329	1.080.526	391.732	1.892.587	332.927	2.225,5
Ecoles normales	17.943	»	7.162	964	8.126	477	8,6
Total général	9.047.571	1.442.651	1.780.439	738.087	3.961.177	931.784	4.892,9

Tableau n° 2 : Santé scolaire.

BILAN D'ACTIVITÉ DU SERVICE DE SANTÉ SCOLAIRE

Année scolaire 1973-1974.

(Résultats calculés à partir de 86 départements. Proportion des différents examens non compris les villes autonomes.)

CATÉGORIE D'ENSEIGNEMENT	PROPORTION PAR RAPPORT à l'effectif inscrit			PROPORTION PAR RAPPORT aux examens cliniques		
	Elèves examinés	Examens cliniques	Examens biométriques	Bilans de santé	Examens systématiques	Examens à la demande
Ecole maternelle	30,2	25,4	4,7	89,3	8,8	1,9
Enseignement élémentaire	54,3	41,7	13,1	40,7	39,2	20,1
Niveau du second degré	63,4	53,9	9,5	22,2	57,1	20,7
Ecole normale	47,9	45,3	2,7	»	88,1	11,9
Ensemble	54,1	43,8	10,3	36,4	44,9	18,6

Remarque : les examens médico-sportifs ne sont pas compris dans ces chiffres.

Tableau n° 3 : Santé scolaire.

VENTILATION DES BILANS DE SANTÉ

Année scolaire 1973-1974.

	NOMBRE de départements	EFFECTIFS des ressortissants	NOMBRE de bilans effectués	POURCENT- TAGE
1 ^{er} bilan : 3 ans	47	217.019	45.787	21
2 ^e bilan : Visite d'admission	81	720.817	496.249	69
3 ^e bilan : CM 2	81	686.349	443.023	65
4 ^e bilan : Classe de 3 ^e	81	466.866	359.995	77

Tableau n° 4 : Santé scolaire.

DÉPISTAGE RADIOLOGIQUE DES ÉLÈVES ET DU PERSONNEL

Année scolaire 1973-1974.

CATÉGORIE	NOMBRE de sujets examinés	NOMBRE de cas évolutifs	NOMBRE de radio- photographies	PROPORTION du nombre de cas évolutifs par rapport à celui des sujets examinés
Enseignement du premier degré	26.109	313	13.554	1,2
Enseignement du second degré	633.726	505	530.591	0,08
Ecole normale	10.048	3	8.854	ε
Ensemble	669.883	821	552.999	0,12
Personnel enseignant, administratif et de service	586.630	490	533.272	0,057

ANNEXE II

L'EXÉCUTION DU VI^e PLAN

(Autorisations de programme en millions de F.)

RUBRIQUES	ENVELOPPE CGP	AUTORISATIONS DE PROGRAMME ouvertes 1971-1975			FINANCEMENTS MIS EN PLACE		
		Francs courants	Francs 1970	Pourcentage d'exécution (3/1)	Francs courants	Francs 1970	Pourcentage d'exécution (6/1)
Centres hospitaliers régionaux ...	1.084.000	1.345.454	1.077.428	99,39	1.345.454	1.065.509	98,29
Hôpitaux non CHR	651.000	1.011.201	805.355	123,71	1.011.201	803.740	123,46
Etablissements pour personnes âgées	496.000	383.393	292.195	58,91	383.393	291.831	58,83
Maladies mentales	465.000	430.329	352.442	75,79	430.329	350.539	75,38
Formation des personnels	217.000	135.536	102.858	47,40	135.536	102.667	47,31
Divers	187.000	267.083	220.337	117,82	267.083	214.486	114,69
Total Santé	3.100.000	3.572.996	2.850.615	91,95	3.572.996	2.828.772	91,25
Enfance inadaptée	298.000	345.883	280.785	94,22	345.883	277.655	83,17
Handicapés adultes	295.000	248.416	200.770	68,05	248.416	197.832	67,06
Famille	258.000	307.446	233.824	90,62	307.446	233.743	90,59
Personnes âgées	179.000	204.638	159.959	89,36	204.638	159.492	89,10
Formation des personnels	70.000	60.949	49.254	70,36	60.949	48.402	69,14
Total action sociale	1.100.000	1.167.332	924.592	84,05	1.167.332	917.124	83,37
DOM :							
Santé	209.740	166.158	132.890	63,35	166.158	132.890	63,35
Action sociale	38.980	42.147	32.481	83,32	42.147	32.481	83,32
Recherche	570	775	601	105,61	775	601	105,61
Total DOM	249.290	209.080	165.972	66,84	209.080	165.972	66,84
Totaux généraux	4.449.290	4.949.408	3.941.179	88,57	4.949.408	3.911.868	87,92