

SÉNAT

PREMIERE SESSION ORDINAIRE DE 1976-1977

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

AVIS

PRÉSENTÉ

au nom de la Commission des Affaires sociales (1), sur le projet de loi de finances pour 1977, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE.

TOME II

Travail et Santé.

SECTION COMMUNE ET SANTE

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 Soellier, MM. Charles Cathala, Georges Marie-Anne, Jean Mézard, *secrétaires* ; Jean Amelin, Hubert d'Andigné, André Aubry, Hamadou Barkat Gourat, Noël Berrier, André Bohl, Louis Boyer, Gabriel Calmels, Lionel Cherrier, Georges Dardel, Michel Darras, Jean Desmarests, François Dubanchet, Marcel Gargar, Jean Gravier, Louis Gros, Michel Labéguerie, Edouard Le Jeune, Marcel Mathy, Jacques Maury, André Méric, Michel Moreigne, Jean Natali, André Rabineau, Ernest Reptin, Victor Robini, Eugène Romaine, Pierre Sallenave, Robert Schwint, Albert Sirgue, Bernard Talon, Henri Terré, René Touzet, Jean Varlet, Raymond de Wazières.

Voir les numéros :

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

Sénat : 64 et 65 (tomes I, II et III, annexes 33 et 35) (1976-1977).

Loi de finances. — Santé publique - Aide sociale - Hôpitaux - Cliniques - Médecine (enseignement) - Médecins - Hôpitaux psychiatriques - Handicapés - Crèches - Auxiliaires médicaux - Médecine scolaire - Famille - Avortement - Recherche médicale - Institut Pasteur - Pharmacie - C. E. E. - Pollution (eau) - Pollution (air) - Plan Barre.

SOMMAIRE

	Pages.
Avant-propos	3
PREMIERE PARTIE. — Présentation rapide du budget	5
DEUXIEME PARTIE. — Examen de divers problèmes spécifiques	11
I. — Le personnel de l'administration	11
II. — L'évolution des dépenses d'aide sociale	16
III. — Les problèmes hospitaliers	17
A. — La coordination des secteurs public et privé	17
B. — Contrats de concession et accords d'association	18
C. — Groupements et syndicats interhospitaliers	18
D. — La réforme du prix de journée	19
E. — L'hospitalisation à domicile	20
F. — Les personnels hospitaliers	21
G. — L'humanisation des hôpitaux	24
H. — Les services d'aide médicale urgente	25
I. — Les suites données au rapport d'inspection générale de 1972	26
J. — Le coût d'exploitation des hôpitaux	26
IV. — Les problèmes financiers	36
A. — L'état d'exécution du VI ^e Plan à la fin de 1975	36
B. — L'exécution du « Plan de soutien à l'économie »	37
C. — Les crédits du Fonds d'Action conjoncturelle (F. A. C.)	38
D. — La coordination dans le domaine des équipements	39
E. — La rationalisation des choix budgétaires (R. C. B.)	42
V. — Les études et la démographie médicales	49
VI. — L'exercice de la médecine	53
VII. — La politique psychiatrique	54
VIII. — L'application de la loi d'orientation en faveur des handicapés	56
IX. — Le problème des crèches	59
X. — Les personnels paramédicaux	61
XI. — Le Service de santé scolaire	65
XII. — Planification familiale et interruption volontaire de grossesse	71
XIII. — La recherche médicale	73
XIV. — L'Institut Pasteur	78
XV. — Les préparateurs en pharmacie	78
XVI. — Les professions de santé et le Traité de Rome	79
XVII. — Les pollutions	81
Conclusion	87
ANNEXE : statistiques relatives au fonctionnement du service de santé scolaire	90

AVANT-PROPOS

Conformément à une tradition récente qui remonte maintenant à quelques années, un seul document annexe au projet de loi de finances comporte les prévisions budgétaires pour le Ministère du Travail et celui de la Santé au titre de 1977.

Ce fascicule se compose de trois parties.

La première s'intitule « Section commune ». En effet, depuis plusieurs années, les personnels des deux Ministères sont censés appartenir à un seul département et 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 du tome de cet avis qui est présenté par notre collègue, M. Méric, pour tous les problèmes qui se rattachent à l'emploi et à la population, cependant que j'ai l'honneur de vous exposer celui de votre commission sur la Sécurité sociale.

La troisième partie du « bleu » concerne les crédits spécifiquement affectés au Ministère de la Santé. La première et la troisième de ces parties sont analysées dans le présent avis.

PREMIERE PARTIE

PRESENTATION RAPIDE DU BUDGET

En 1977, les dotations prévues au titre des dépenses du Ministère de la Santé dépasseront légèrement 13,6 milliards de francs ; elles seront en augmentation de 10,2 % par rapport à 1976 (contre + 15,6 % en 1976 par rapport à 1975).

Ce pourcentage est à rapprocher du taux de croissance des dépenses inscrites au budget général de l'Etat : 13,7 %. Il faut malheureusement constater que, comparé au chiffre traduisant l'érosion monétaire au cours des douze mois écoulés, ce taux de croissance ne favorisera guère le développement des actions de la puissance publique dans le secteur de la santé. *Nous voyons dans ces données chiffrées peu favorables un motif supplémentaire de rigueur et de rationalisation dans l'emploi des crédits disponibles.*

Atteignant un total de 1 166,94 millions de francs, les dépenses de la *Section commune* augmenteront de 323 millions de francs par rapport à 1976. Mais nous indiquerons plus loin la valeur seulement relative de cette majoration qui correspond, pour une part essentielle, à de simples aménagements dans la présentation budgétaire.

Les dépenses ordinaires de la *section* « Santé » se monteront à 11,85 milliards de francs ; avec 10,84 milliards de francs, les dépenses obligatoires de santé et d'aide sociale représenteront environ 86 % de ce total.

Les dépenses en capital s'élèveront à 1,68 milliard de francs (soit seulement + 1 % par rapport à 1976) en autorisations de programme et 1,15 milliard de francs en crédits de paiement ; ces derniers seront en baisse de 13,39 % par rapport à 1976.

A ces indications relatives à la *section* « Santé », il convient d'ajouter 40 millions de francs d'autorisations de programme pour la « *Section commune* ».

Outre le net fléchissement relatif et même, pour certains postes, absolu du volume des crédits, quelles conclusions est-il

possible de dégager à la lecture des documents budgétaires, à la lumière des indications données à votre Commission des Affaires sociales par Mme le Ministre de la Santé ?

L'action du Ministère se développera, en 1977, selon six axes différents :

- prévention médico-sociale et action sociale volontaire ;
- formation des personnels sanitaires et sociaux ;
- humanisation des hôpitaux ;
- mesures intéressant la politique familiale ;
- effort au profit des groupes sociaux défavorisés : handicapés et personnes âgées ;
- recherche médicale.

1. *La prévention médico-sociale et l'action sociale volontaire.*

L'importance qui sera attachée à cet effort de prévention a déjà été constatée au cours des travaux préparatoires du VII^e Plan. Un « programme d'action prioritaire » (P. A. P.) a été retenu à cette fin, complété par diverses mesures incluses dans le P. A. P. « Mieux vivre dans la ville ».

Il est essentiel, en effet, que la population bénéficie d'une meilleure information sur les modes de vie les plus aptes à la conservation et, quand il y a lieu, au rétablissement d'une bonne santé.

Pour ce faire, il faut développer l'éducation sanitaire, empêcher, dans la mesure du possible, l'apparition des inadaptations sociales grâce à un ensemble de mesures susceptibles de favoriser l'intégration de l'individu dans la collectivité. Il convient aussi d'accompagner l'effort de tous ceux qui acceptent de s'associer entre eux pour contribuer, dans le bénévolat, à répondre à certaines demandes qui se manifestent dans notre société.

Cette politique doit se traduire, en 1977, par une série de mesures budgétaires parmi lesquelles nous mentionnerons :

- l'accroissement des moyens de l'éducation sanitaire, dont les secteurs de coordination ont fait l'objet d'une réorganisation ; les crédits nouveaux qui sont affectés aux postes correspondants en 1977 (4 millions de francs), en portent les dotations à plus de 7 millions alors qu'elles ne représentaient que 1 million de francs en 1975 ;

— l'augmentation substantielle des crédits de formation des personnels sociaux, au niveau des subventions aux écoles (+ 16,8 millions de francs) comme à celui des bourses attribuées aux élèves (+ 1,7 million de francs) ;

— la majoration de l'aide aux foyers de jeunes travailleurs dont les subventions actuelles se trouveront plus que doublées (+ 8 millions de francs), cependant que les crédits de soutien aux clubs et équipes de prévention augmenteront de 1,6 million de francs ;

— les subventions versées aux organisations qui acceptent de participer au développement de la vie associative ; elles augmenteront de 2 millions de francs cependant que se trouvera triplé (+ 1 million de francs) un crédit destiné à financer la formation des dirigeants bénévoles.

Pour favoriser la réalisation de cet ensemble d'objectifs, un effort substantiel, qui sera précisé ci-dessous, traduira la volonté de renforcer les moyens des services extérieurs des affaires sanitaires et sociales.

2. La formation des personnels sanitaires et sociaux.

Le volume des crédits ouverts aux quatre chapitres en cause se trouvera majoré, en 1977, de plus de 23 % par rapport à 1976.

L'effort principal portera sur les personnels paramédicaux et spécialement sur les personnels infirmiers. Les écoles bénéficieront d'une augmentation de 26 millions de francs de leurs subventions de fonctionnement cependant que 60 millions de francs en autorisations de programme sont destinés à de nouvelles constructions ; les crédits de bourses qui seront augmentés d'environ 45 % doivent favoriser très sensiblement le rapprochement des taux en vigueur de ceux qui sont pratiqués dans d'autres secteurs exigeant une qualification professionnelle de niveau comparable.

Le secteur social bénéficiera également d'un effort substantiel puisque les aides aux centres de formation des travailleurs sociaux, s'accroîtront d'environ 28 %, tandis que les crédits destinés aux bourses augmenteront de 15 millions.

3. *L'humanisation des hôpitaux.*

On sait que les Pouvoirs publics se sont fixé pour objectif et ont retenu parmi les priorités du VII^e Plan le développement des actions qui doivent conduire à la disparition totale, dans les prochaines années, des salles communes dans nos hôpitaux.

Les autorisations de programme que l'Etat prend à sa charge s'élèveront, en 1977, à 316,5 millions de francs, en augmentation de 20 % environ par rapport à 1976.

On peut relever, à ce propos, que 1 milliard de francs aura été, en l'espace de trois ans, consacré à la réalisation de ce programme ; mais nous déplorons dans le même temps, comme l'ont déjà fait certains de nos collègues à l'Assemblée Nationale, que le taux de participation de l'Etat aux travaux de construction ou de rénovation de nos équipements hospitaliers soit bien proche de celui qu'il recouvre au titre de la T. V. A.

Il est bien évident que l'aménagement des équipements ne constitue qu'une partie de l'action entreprise en vue de l'humanisation des hôpitaux ; celle-ci doit être complétée par l'amélioration de la formation et surtout des conditions d'emploi et de travail des personnels.

4. *Les mesures intéressant la politique familiale.*

Elles consisteront principalement dans la continuation de l'effort vers une meilleure prévention pré et périnatale et vers une protection accrue de la petite enfance.

Dans le même temps, sera poursuivie l'action qui tend au développement des services mis à la disposition des familles ; le nombre de travailleuses familiales sera accru grâce à une augmentation de 2,7 millions de francs du montant des subventions aux écoles de formation et de 1,3 million de francs des crédits destinés aux bourses. Des centres plus nombreux seront créés ; les subventions de fonctionnement, bénéficiant d'une augmentation de 9 millions de francs, seront en augmentation de + 200 % par rapport à 1976. Le volume des crédits destinés aux maisons familiales de vacances augmentera, de son côté, de 1,6 million de francs.

5. *L'effort en faveur des groupes sociaux défavorisés :
handicapés et personnes âgées.*

On se souvient de l'action entreprise dans le cadre d'un programme finalisé du VI^e Plan en faveur du maintien à domicile et de la meilleure insertion sociale des personnes âgées ; cette politique sera poursuivie en 1977 puisque les subventions de fonctionnement aux secteurs seront, en augmentation de 10 millions de francs, portées à près de 27 millions de francs. 48,6 millions de francs sont prévus au titre des autorisations de programme pour la construction et l'aménagement des structures favorisant le maintien à domicile. L'organisation des stages intéressant les personnels chargés de venir en aide aux personnes âgées fera l'objet d'une dotation de 1 million.

En 1977, plus de 21,5 millions de francs en subventions de fonctionnement et 137 millions de francs en subventions d'équipement seront destinés à l'action sociale en faveur des personnes handicapées. D'autre part, un crédit budgétaire nouveau de 10 millions de francs sera affecté aux vacances qui doivent permettre le fonctionnement des commissions d'éducation spéciale prévues par la loi d'orientation en faveur des handicapés.

6. *La recherche médicale.*

La santé mentale et les affections du cerveau, la périnatalité et les phénomènes de reproduction et de développement de l'enfance, l'étude des médicaments et la pharmacologie moléculaire et clinique seront les thèmes principaux des actions qui, en 1977, seront menées dans le cadre du VII^e Plan en matière de recherche bio-médicale.

Au cours de cet exercice, les organismes de recherche recevront 277 millions de francs (au lieu de 218 en 1976) pour leurs dépenses de personnel et 215 millions de francs (au lieu de 189 en 1976) au titre des autorisations de programme.

182 emplois, au lieu de 114 en 1976, seront créés à l'I.N.S.E.R.M. ; ils concerneront 71 chercheurs et 111 ingénieurs, techniciens et membres du personnel administratif.

Dans le même temps, 4 emplois nouveaux seront créés au Service central de protection contre les rayonnements ionisants.

L'Institut Pasteur de Paris continuera à bénéficier de l'aide que l'Etat a décidé de lui accorder en portant ses crédits d'équipement de 39,6 à 45,5 millions de francs ; l'aide exceptionnelle accordée en 1976 sera reconduite, le total des subventions accordées par le Ministère de la Santé à l'Institut Pasteur atteignant, en 1977, près de 56 millions de francs.

La subvention à l'Institut du radium fera l'objet d'une majoration parallèle.

Telles sont les orientations selon lesquelles doit se développer, en 1977, l'action du Ministère de la Santé ; elles sont, on le voit, très diverses ; c'est la raison pour laquelle le Ministère de la Santé doit pouvoir disposer de structures susceptibles de répondre aux besoins, tant au niveau de l'administration centrale que des services extérieurs.

Dans cette optique, 30 attachés, 8 contractuels de haut niveau et 2 administrateurs civils seront affectés à l'administration centrale commune des deux Ministères du Travail et de la Santé.

Dans le même temps, les crédits communs d'équipement administratif seront portés à 20 millions de francs et ceux qui sont destinés à l'informatique à 12 millions de francs.

Parallèlement, 112 emplois administratifs, dont 89 de catégorie A, au lieu de 35 en 1973 et 51 en 1976, seront créés au profit des services de l'action sanitaire et sociale.

Tels sont, schématiquement et rapidement résumés, les grands choix retenus pour l'action du Ministère de la Santé en 1977.

DEUXIEME PARTIE

EXAMEN DE DIVERS PROBLEMES SPECIFIQUES

I. — Le personnel de l'administration.

1. L'ADMINISTRATION CENTRALE ÉTUDIÉE SOUS LE TRIPLE ASPECT DE SON ORGANISATION, DE SES EFFECTIFS ET DE LEUR ÉVOLUTION PRÉVISIBLE EN 1977

Son organisation est telle que sont placés sous l'autorité du Ministère de la Santé :

- la Direction générale de la santé ;
- la Direction de l'action sociale ;
- la Direction des hôpitaux ;
- le Service central de la pharmacie et des médicaments.

Par ailleurs l'Inspection générale des affaires sociales, la Direction de l'administration générale, du personnel et du budget et la Division des relations internationales sont placées à la fois sous l'autorité du Ministre du travail et sous celle du Ministre de la Santé.

La Direction de l'action sociale avait fait l'objet en 1975 d'une modification de structure pour mieux adapter l'organisation des services à l'évolution de certaines missions dévolues à cette direction.

Au cours de l'année 1976, il a été procédé à une modification de la structure de la Direction générale de la santé, de la Direction des hôpitaux et de la Direction de l'administration générale du personnel et du budget.

Ces modifications, intervenues après l'avis du comité technique paritaire central compétent, s'imposaient pour les raisons suivantes :

- nécessité de modifier la répartition des compétences dans certains domaines entre les différents services de l'administration centrale ;

— utilité de moderniser les structures internes pour développer une politique de santé efficace ;

— souci de regrouper certains bureaux afin d'équilibrer les charges des directions en unités de travail homogènes ;

— besoin de créer certaines cellules à faibles effectifs pour des actions ponctuelles, comme par exemple la cellule de gestion prévisionnelle du personnel, à la Direction de l'administration générale, du personnel et du budget.

Les effectifs actuels.

Les personnels d'administration centrale relèvent pour leur gestion du Ministre du Travail et du Ministre de la Santé. En outre, pour la gestion des administrateurs civils, le Ministère du Travail et le Ministère de la Santé sont, on l'a vu, réputés constituer un seul département ministériel.

En 1976, 105 emplois nouveaux ont été créés à l'administration centrale et les concours et examens professionnels ci-après ont été organisés, certains dès la fin de 1975 par anticipation sur les créations d'emplois prévues en 1976, notamment pour :

26 postes d'agent technique de bureau ;

40 de sténodactylographe ;

10 de secrétaire sténodactylographe ;

42 d'adjoint administratif ;

41 de secrétaire administratif.

En sus des postes prévus ci-dessus, un certain nombre de postes ont été laissés, dans les conditions réglementaires, à la disposition des bénéficiaires des législations relatives aux emplois réservés.

Par ailleurs, ont été affectés à l'administration centrale, à la sortie de l'E. N. A. ou à la suite des concours interministériels :

14 administrateurs civils ;

33 attachés d'administration centrale.

Les effectifs du personnel d'administration centrale des deux ministères sociaux étaient de 2 788 pour 1976, l'effectif réel étant, au 1^{er} juillet, de 2 525.

Les prévisions pour 1977.

Pour 1977, 55 créations d'emplois sont proposées, pour 2 administrateurs civils, 28 attachés, 2 attachés de statistiques, 15 sténodactylographes et agents techniques de bureau et 8 contractuels dont 2 pour l'informatique. A ces créations s'ajouteront différentes mesures de transformation d'emplois et de remise en ordre des emplois budgétaires.

2. LES SERVICES EXTÉRIEURS ONT UN RÔLE DONT CHACUN D'ENTRE LES SÉNATEURS CONNAÎT L'IMPORTANCE

Organisation des services.

Une importante réforme est en cours, tendant à réaliser la fusion des services extérieurs de l'action sanitaire et sociale et des directions régionales de la Sécurité sociale.

Les études sur ce projet de fusion sont poursuivies dans le souci primordial de doter les nouveaux services d'une organisation leur assurant à la fois cohérence et efficacité.

Afin d'apprécier les moyens nécessaires et de préciser les modalités pratiques de la réforme, le schéma des structures a été testé, depuis septembre 1974, dans la région des Pays de Loire. Au vu des résultats de cette expérience, il a été décidé de mettre la réforme en œuvre progressivement dans l'ensemble des régions, selon un calendrier qui tiendra compte des moyens dégagés à cet effet, notamment en locaux, à partir de 1977 et sur une période de cinq années.

Les travaux d'élaboration du décret d'organisation des services ont été menés activement au cours de l'année écoulée, à la lumière des enseignements tirés de l'expérience de Nantes. Ils ont été l'occasion d'une large concertation avec les différents services et les organisations représentatives des personnels intéressés. C'est ainsi qu'après diverses mises au point le projet de décret a été soumis le 12 avril 1976 à l'avis du comité technique paritaire, qui l'a approuvé. Ce texte est actuellement examiné par les services du Premier ministre et des ministères concernés.

Mesures statutaires et indemnitaires.

En liaison avec la réorganisation des structures, le projet de réforme prévoit de doter les personnels de catégorie A des services à fusionner, qui relèvent actuellement de trois statuts distincts, d'un statut unique leur assurant des avantages de carrière correspondant au degré de responsabilité et de sujétions inhérent à leurs fonctions nouvelles. Les projets de textes statutaires en ce sens ont été élaborés en même temps que le décret d'organisation et selon la même procédure de concertation ; ils font actuellement l'objet d'ultimes négociations avec les autres ministères intéressés.

Médecins.

Devant les difficultés persistantes de recrutement, de nouveaux aménagements du statut du corps des médecins inspecteurs de la santé sont en cours. Il s'agit en particulier d'élargir le champ de recrutement en offrant à des médecins déjà engagés dans la vie professionnelle la possibilité d'entrer dans le corps avec une bonification d'ancienneté qui les placera à un niveau compatible avec leur expérience professionnelle.

Par ailleurs, le taux des indemnités pour qualifications professionnelles allouées aux médecins inspecteurs est relevé de 20 % ; celui des médecins du corps provisoire, des médecins contractuels et des pharmaciens inspecteurs de 30 %.

Nous évoquerons, dans la conclusion du présent avis, le caractère critique de la situation.

Effectifs.

L'attention du Sénat doit être appelée 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 concourant à l'accomplissement des mêmes missions au sein des services départementaux de l'enfance, de l'action sociale et de la prévention sanitaire.

En 1976, les emplois suivants ont été créés :

51 inspecteurs de l'action sanitaire et sociale ;

94 secrétaires administratifs ;

28 commis, par transformation de 33 postes de secrétaire médico-sociale ;

50 infirmières.

Prévisions.

Le programme d'action prioritaire n° 16 « Développer la prévention et l'action sociale volontaire » du VII^e Plan prévoit, parmi les actions à mettre en œuvre, que les services extérieurs du Ministère de la Santé et du Ministère du Travail seront renforcés et réorganisés.

Mais le Ministère de la Santé est également chef de file de trois autres programmes d'action prioritaires :

— P. A. P. n° 14 : « La nouvelle politique de la famille » ;

— P. A. P. n° 15 : « Favoriser le maintien à domicile des personnes âgées » ;

— P. A. P. n° 19 : « Humaniser les hôpitaux ».

Pour permettre à l'administration d'assurer et de suivre comme il se doit la mise en œuvre de ces programmes d'action prioritaire, en même temps que les missions nouvelles qui lui ont été dévolues par l'extension récente de la législation (régulation des naissances, aides aux personnes handicapées, contrôle des médicaments) ainsi que la mise en place dans les départements de systèmes informatiques (projet Audass et Gamin), un renforcement important des effectifs devra être opéré au cours du VII^e Plan.

Les 112 emplois nouveaux prévus au budget de 1977 : 89 en catégorie A, 13 en catégorie B et 10 en catégorie C ne constituent qu'une amorce de l'effort à accomplir. Il est précisé qu'au projet de budget 1977, tous les emplois nouveaux sont inscrits au titre du programme d'action prioritaire n° 16.

Formation du personnel.

Outre la poursuite de l'effort accompli dans le cadre de l'École nationale de la santé publique de Rennes, il est prévu de développer au cours du VII^e Plan des actions de formation destinées notamment aux agents des catégories B, C et D et organisées au niveau régional ou interrégional.

A ce titre, un premier crédit de 150 000 F est inscrit au projet de budget 1977.

II. — L'évolution des dépenses d'aide sociale.

L'évolution des dépenses d'aide sociale depuis 1971 (Etat (A) et collectivités locales) est retracée dans le tableau ci-après. Les dépenses sont exprimées en millions de francs. Les chiffres donnés pour 1975 ne sont que provisoires et ceux afférents à 1976 n'ont qu'un caractère prévisionnel. Il s'agit de dépenses nettes.

ORGANISMES D'AIDE	1971	1972	1973	1974	1975 résultats provi- soires.	1976 prévisions.
Aide sociale à l'enfance.	2 181,4	2 553,1	3 002,6	3 609,4	4 466,3	5 256,9
Aide médicale aux tuber- culeux	117	117	109,3	110	120,1	128,5
Aide médicale aux malades mentaux.....	344,3	412,1	287,4	(1) 816,7	1 168,9	1 643,6
Allocations de loyer....	96,4	(2) 73,3	4,7	1,2	1,2	1
Prévention et réadapta- tion sociale.....	6,6	7,7	7,7	9,3	12,4	13,5
Centre d'hébergement..	35,1	43,3	51,9	75,9	106,3	(3) 186,4
Aide à la famille.....	9,6	8,2	8,3	7,5	8,2	9
Aide sociale aux per- sonnes âgées.....	1 024,9	1 231,5	1 322,2	1 547,3	1 882,6	2 117,9
Aide sociale aux infirmes, aveugles et grands infirmes.....	1 430,2	1 627	1 788,4	2 109,9	2 590,5	(4) 2 735
Aide médicale.....	1 356,6	1 486,2	1 709,1	1 997,4	2 412	2 894,4
Total des dépenses.	6 602,1	7 559,8	8 291,6	10 284,6	12 768,5	14 986,2

(1) Prise en charge par l'aide sociale à compter du 1^{er} janvier 1974 des cotisations majorées pour les hospitalisés permanents de plus de trois ans.

(2) Diminution des dépenses d'allocations de loyer par suite de l'entrée en vigueur à compter du 1^{er} juillet 1972 de la loi n° 71-582 du 16 juillet 1971 relative à l'allocation de logement. Seuls continueront à être supportés par l'aide sociale les frais engagés par les bénéficiaires d'allocation de loyer mentionnés à l'article 184 du Code de la famille et de l'aide sociale.

(3) Décret n° 76-526 du 15 juin 1976 portant application des articles 185 et 185-3 du Code de la famille et de l'aide sociale étendant l'aide sociale à de nouvelles catégories de bénéficiaires et relatif aux centres d'hébergement et de réadaptation.

(4) Il est à prévoir une régression des dépenses à domicile, certaines allocations aux aveugles et grands infirmes devant être servies à compter du 1^{er} octobre 1975 dans le cadre de la loi d'orientation des personnes handicapées.

(A) Y compris les dépenses à la charge intégrale de l'Etat (assistés dépourvus de domicile de secours).

La comparaison des dépenses de l'aide sociale n'est possible avec celles de la Sécurité sociale qu'en ce qui concerne les dépenses de santé.

Les dépenses globales en millions de francs pour ce risque ont été les suivantes (budget social de la nation) :

1970	151 000
1971	174 000
1972	196 500
1973	228 100
1974 (dernière année connue)	270 200

Quant aux dépenses d'aide médicale, elles s'élèvent pour les mêmes années (aide médicale générale, tuberculeux et malades mentaux) à :

1970	1 798
1971	1 817,9
1972	2 015,7
1973	2 105,8
1974	2 924,1

III. — Les problèmes hospitaliers.

A. — LA COORDINATION DES SECTEURS PUBLIC ET PRIVÉ

La procédure instituée par l'ordonnance n° 58-1119 du 11 décembre 1958 modifiée par l'ordonnance n° 67-829 du 23 septembre 1967 avait pour but d'assurer une coordination de tous les établissements de soins comportant hospitalisation quel que soit leur statut, public ou privé, à but lucratif ou non lucratif, et d'éviter ainsi des doubles emplois.

Tous les programmes hospitaliers publics et toutes les créations de lits en secteur privé devaient faire l'objet d'une déclaration préalable à laquelle opposition pouvait être faite dans la mesure où les besoins du secteur intéressé étaient considérés comme couverts.

A cette procédure, s'est substituée celle prévue par l'article 31 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, qui soumet à autorisation :

— 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 et comportant ou non des moyens d'hospitalisation, d'équipements matériels lourds au sens de l'article 46 de la loi.

Sont donc exclus de son champ d'application les établissements publics, que les projets concernent la création de lits d'hospitalisation ou l'installation d'équipements matériels lourds.

Néanmoins, la coordination entre les secteurs public et privé reste et doit, à notre avis, rester l'objectif essentiel de la planification des équipements ; elle est assurée dans le cadre de la carte sanitaire qui sert de base à la définition des besoins des secteurs sanitaires en fonction desquels les programmes des établissements publics sont établis, examinés et approuvés dans les conditions fixées par le décret n° 74-569 du 17 mai 1974.

B. — CONTRATS DE CONCESSION ET ACCORDS D'ASSOCIATION

La concession et l'association au service public hospitalier ont fait l'objet du décret n° 74-401 du 9 mai 1974 qui en définit l'objet, la portée et les modalités selon lesquelles les contrats peuvent être conclus.

Le cahier des charges annexé audit décret définit également les obligations du concessionnaire et le régime financier de la concession.

Etant donné la date relativement récente à laquelle est intervenu ce texte, la concession n'a pu jusqu'à présent prendre son développement.

Des résultats d'un recensement effectué récemment, il ressort que le nombre des demandes a été très limité et qu'un seul contrat a été conclu.

C'est évidemment très peu !

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

S'agissant des groupements interhospitaliers, nous notons que sur vingt-cinq groupements interhospitaliers de région (y compris les D. O. M.), dix-neuf ont été constitués et les conseils correspondants mis en place.

Sur 290 groupements interhospitaliers de secteur (y compris les D. O. M.), 280 conseils de groupements ont été constitués.

D'autre part, nous relevons, à propos des syndicats interhospitaliers, qu'ont été créés à ce jour :

Deux syndicats interhospitaliers de région : l'un à Paris et l'autre à Marseille.

Onze syndicats interhospitaliers de secteur (1) :

Ariège	2	Var	1
Morbihan	1	Vendée	1
Haute-Savoie	1	Vosges	1
Deux-Sèvres	1	Yonne	1
Somme	1	Guadeloupe	1

D. — LA RÉFORME DU MODE DE CALCUL DES PRIX DE JOURNÉE

On sait que, prévue dans le délai d'un an en décembre 1970, cette réforme capitale n'a pas encore été réalisée.

Depuis le vote de la loi hospitalière, plusieurs formules ont été mises à l'étude, principalement à l'initiative du département ministériel de la santé.

Ces différentes recherches ont donné lieu à des développements importants. Elles auraient permis de montrer — s'il en était besoin — la complexité de ces questions et la difficulté de trouver des solutions acceptables par l'ensemble des parties concernées.

Parallèlement à ces recherches, s'est fait jour, sur la base d'expériences étrangères principalement, la notion de budget global. Il est alors apparu que cette formule présentait suffisamment d'intérêt pour donner lieu à une nouvelle étude.

Compte tenu de ces travaux, le Conseil central de planification portant sur la politique de santé, réuni le 16 juillet 1976, a décidé de conduire, suivant les deux formules « du prix de journée éclaté » et du « budget global » une expérience de simulation au cours de l'exercice 1977 : un groupe de travail interministériel doit être incessamment constitué afin de suivre ces expériences et de faire connaître ses observations.

(1) Un syndicat interhospitalier de secteur qui avait été créé dans la Meuse a été dissous.

Plusieurs établissements hospitaliers seront choisis pour procéder à une expérimentation qui permettra d'analyser avec le maximum de finesse les avantages et les inconvénients de chacun des projets et d'examiner comment l'un ou l'autre pourra servir de base à la réforme de la tarification hospitalière.

Nous noterons que pour les différentes catégories d'établissements hospitaliers, l'augmentation moyenne des prix de journée au cours de l'année 1976 est de l'ordre de 17 %.

Faut-il rappeler, une fois encore, qu'à tort ou à raison peut-être, mais elle ne croit pas se tromper, votre Commission des affaires sociales estime que la réalisation et le succès de cette réforme tant attendue conditionnent la réussite de toute la politique d'économie de la santé dont notre pays a le plus urgent besoin ?

E. — 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 de la part des organismes en cause.

Il avait alors été convenu entre les services ministériels intéressés et la Caisse nationale d'assurance maladie qu'un bilan des conditions de fonctionnement de l'hospitalisation à domicile telles qu'elles résultent du cadre conventionnel ainsi déterminé serait effectué à l'issue d'une période évaluée approximativement à dix-huit mois au moins et que les textes réglementaires ne seraient élaborés qu'à l'issue de ce bilan.

L'établissement de ce dernier doit être réalisé dans les mois qui viennent et les conclusions qu'il sera possible d'en tirer mises en œuvre aussi rapidement que possible dans l'intérêt des malades comme dans l'optique d'une meilleure maîtrise des dépenses de santé.

F. — LES PERSONNELS HOSPITALIERS

Les effectifs totaux en fonctions dans les centres hospitaliers régionaux, les hôpitaux et hôpitaux ruraux publics : ils étaient de 345 114 au 1^{er} janvier 1974.

1° Personnel de direction	2 077
2° Personnel administratif	29 861
3° Personnel des services médicaux :	
— surveillant-chef	1 426
— surveillant	7 154
— infirmier spécialisé	1 820
— infirmier	56 594
— sage-femme	2 898
— puéricultrice	1 679
— masseur-kinésithérapeute	2 174
— aide soignant	67 841
— agent des services hospitaliers	83 504
— autres agents (diététicien, mécanicien-dentiste, etc.)	3 523
4° Personnel technique de :	
— laboratoire	8 192
— d'électroradiologie	4 651
— de pharmacie	1 654
5° Personnel des écoles :	
— directrice	203
— monitrice	1 193
6° Services sociaux :	
— assistante sociale	297
— autres agents	623
7° Personnel technique :	
— architecte ingénieur (y compris ingénieurs biomédicaux)	409
8° Personnel ouvrier	59 624
9° Congés de longue durée et détachés	7 042

Les mesures suivantes, intéressant les personnels des établissements hospitaliers publics, sont en cours de réalisation ou d'étude :

— *Recul à quarante-cinq ans de la limite d'âge supérieure pour l'accès aux emplois des catégories B, C et D :*

Il s'agit de l'extension d'une mesure déjà prise en ce qui concerne l'accès par concours aux emplois de la catégorie B, C et D des administrations de l'Etat ;

— *Modification du régime de la disponibilité :*

Il s'agit de l'extension aux agents hospitaliers titulaires des dispositions du décret qui a récemment modifié le régime de la position de disponibilité applicable aux fonctionnaires de l'Etat.

— *Modification des conditions de nomination dans certains emplois de catégorie B pour les agents occupant des emplois de catégorie C et D :*

Cette modification a été prévue par le décret n° 76-215 du 27 février 1976. L'arrêté fixant la liste des emplois concernés doit être publié incessamment ;

— *Attribution d'indemnités journalières de stage aux agents appelés à suivre, dans certaines conditions, des stages de formation ou de perfectionnement sur le territoire métropolitain de la France ;*

— *Augmentation :*

— de la majoration pour travail intensif de l'indemnité horaire pour travail de nuit ;

— du taux des indemnités pour travaux dangereux, insalubres, incommodes ou salissants ;

— *Attribution d'une indemnité journalière spéciale aux agents affectés dans les quartiers de sûreté des centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie ;*

— *Amélioration de la situation des ingénieurs par une revalorisation des indices de début de carrière ;*

— *Amélioration de la carrière des adjoints des cadres hospitaliers, des chefs de section et des adjoints techniques par augmentation :*

— du nombre des adjoints des cadres hospitaliers de classe supérieure par rapport à l'effectif total des adjoints des cadres hospitaliers ;

— du nombre des chefs de section principaux, d'une part, et du nombre des chefs de section, d'autre part, par rapport à l'effectif total des chefs de section principaux, chefs de section et adjoints techniques ;

— *Augmentation de l'effectif des agents principaux et des secrétaires médicales principales ;*

— *Amélioration de la situation des préparateurs en pharmacie (cadre permanent) et des techniciens de laboratoire :*

Les intéressés retrouveront ainsi la parité avec les surveillants chefs, que la réforme des emplois de catégorie B leur avait fait perdre.

— *Amélioration de la carrière des agents des services hospitaliers par création d'un emploi d'agent des services hospitaliers de 1^{re} catégorie ;*

— *Amélioration de la carrière des agents du service intérieur et des manœuvres par création d'un emploi d'agent du service intérieur de 1^{re} catégorie et d'un emploi de manœuvre de 1^{re} catégorie ;*

— *Modification du statut des personnels ouvriers comportant notamment la création d'emplois de maîtrise situés au niveau de la catégorie B des fonctionnaires de l'Etat ;*

— *Amélioration du système du « chevronnement » :*

La proportion des agents nommés dans des emplois situés au niveau des emplois de catégorie C ou D des administrations de l'Etat, qui peuvent faire l'objet d'un classement dans le groupe supérieur de rémunération, serait, sous certaines conditions, portée de 1/7 à 1/5 ;

— *Modification des possibilités de titularisation dans les emplois de niveau D :*

En particulier, les agents intéressés bénéficieront d'une prise en compte, pour l'avancement d'échelon, d'une partie de l'ancienneté acquise dans leur fonction antérieure.

On constate que des mesures ponctuelles, dont certaines sont d'une portée non négligeable, ont été prises ; d'autres sont à l'étude. Il conviendrait que ces dernières interviennent sans retard. Il faudrait aussi qu'en échange des exigences du service difficile, ingrat, qui caractérise le travail dans les hôpitaux, la situation

générale de l'ensemble des personnels hospitaliers retiennent véritablement l'attention des pouvoirs publics lorsqu'ils sont saisis de propositions constructives par le tuteur naturel de ces personnels : le Ministre de la Santé.

G. — L'HUMANISATION DES HÔPITAUX

Il faut rappeler que les premières mesures modernes d'humanisation des établissements d'hospitalisation remontent à 1958. Elles se sont traduites progressivement par une libéralisation des horaires des visites, par la possibilité offerte aux membres de la famille de rester au chevet d'un malade, par l'autorisation donnée aux hospitalisés de conserver du linge et des objets personnels, etc.

Le groupe de travail qui s'est réuni en 1970 sous le nom de groupe Ducamin a « concrétisé » dans ses conclusions les mesures déjà amorcées en recommandant de nouvelles améliorations (aménagement des horaires des repas, amélioration de la qualité de la nourriture, remise d'un livret d'accueil et d'un questionnaire de sortie, participation du personnel administratif à l'accueil et à la sortie du malade, simplification des formalités administratives, etc.).

Par la suite, en 1974, a été élaborée la charte du malade, cependant que le décret du 14 janvier 1974 définissait les conditions de séjour en milieu hospitalier et que le décret du 7 mars 1974 prescrivait la communication du dossier médical hospitalier au médecin traitant.

Dans le domaine de la psychiatrie, la mise en place de la sectorisation et la réduction de la capacité des hôpitaux psychiatriques existants permet l'application d'une thérapeutique mieux adaptée et plus efficace.

Enfin la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales va permettre d'entreprendre une révision du statut actuel des maisons de retraite publiques et prévoit la suppression des hospices publics.

Toutefois la politique d'humanisation menée sur un plan administratif ou psychologique ne serait pas complète si elle ne s'accompagnait de dispositions d'ordre matériel visant à améliorer les conditions de séjour et la qualité des soins.

C'est ainsi qu'il a été prévu que serait supprimée avant la fin du VII^e Plan la quasi-totalité des salles communes ; cela implique, à la fois, l'aménagement des locaux existants et la construction de bâtiments neufs.

Ces projets font apparaître la nécessité de prévoir une augmentation des effectifs du personnel et de favoriser à cet effet la formation professionnelle, déjà entreprise à différents niveaux.

Bien que tous les objectifs en matière d'humanisation n'aient pas encore été atteints, on peut cependant mettre à l'actif des mesures déjà adoptées :

— une réduction de la durée moyenne de séjour grâce aux progrès de la technique médicale et au développement des moyens en personnel et en matériel ;

— la mise en place progressive d'une politique de complémentarité entre établissements par la constitution de syndicats interhospitaliers, la participation au service public hospitalier des établissements privés (loi du 31 décembre 1970) ;

— l'établissement de la carte sanitaire et l'étude des cartes de cardiologie, neuro-chirurgie, pneumo-phtysiologie, etc. ;

— une modernisation des conditions de séjour en milieu hospitalier ;

— des rapports plus étroits et mieux adaptés entre médecins, personnel et malades.

H. — LES SERVICES D'AIDE MÉDICALE URGENTE (S. A. M. U.)

L'action du ministère concernera d'une part les S. A. M. U. proprement dits, organes de régulation et de premiers secours, et, d'autre part, les soins à l'intérieur de l'hôpital.

Une circulaire du 5 février 1976 a donné aux préfets des directives techniques en ce qui les concerne et en a précisé la conception.

Il existe actuellement 33 S. A. M. U. :

— Vingt et un régionaux : Paris, Lille, Amiens, Caen, Rouen, Reims, Nancy, Strasbourg, Orléans, Dijon, Besançon, Tours, Poitiers, Limoges, Clermont-Ferrand, Lyon, Grenoble, Bordeaux, Toulouse, Montpellier et Marseille ;

— Douze départementaux : Evreux, Metz, Thionville, Troyes, Melun, Blois, La Rochelle, Aurillac, Annecy, Pontoise, Bobigny (Franco-Musulman) et Créteil (Henri-Mondor).

Fin 1977, il est possible de prévoir que seront en fonctionnement ceux de Brest, Nantes, Toulon, Bayonne, Auxerre et Agen, soit au total 39 S. A. M. U.

Les S. A. M. U. ont pu être organisés grâce au programme finalisé de sécurité routière (sous-programme « secours routier »), dans lequel ils sont englobés sans en constituer la totalité puisqu'il recouvre aussi les unités mobiles hospitalières (S. M. U. R.) au nombre de 130, les télécommunications et les hôpitaux eux-mêmes (accueil, urgence, réanimation, chirurgie).

I. — LES SUITES DU RAPPORT DE L'INSPECTION GÉNÉRALE POUR 1972

La poursuite de l'exploitation du rapport de l'inspection générale des affaires sociales pour 1972 sur les conditions de l'hospitalisation publique en France a motivé au cours de l'année 1976 l'envoi de directives aux organismes de tutelle concernant 44 établissements hospitaliers et portant sur les points suivants :

- situation financière : 28 établissements ;
- situation administrative (application de la loi du 31 décembre 1970) portant réforme hospitalière et fonctionnement : 17 établissements ;
- effectifs du personnel de direction : 24 établissements ;
- organisation des services médicaux : 18 établissements ;
- effectifs du personnel soignant : 16 établissements ;
- travaux d'aménagement, de rénovation et d'équipement : 18 établissements.

Le fonctionnement des établissements doit continuer à être suivi d'une manière particulièrement attentive, et toutes instructions doivent être données pour la mise en œuvre des mesures propres à redresser les situations signalées anormales.

J. — LE COÛT D'EXPLOITATION DES HÔPITAUX

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.

On peut la juger en considérant la progression en volume de travaux des constructions industrialisées et en tentant de faire le bilan de la politique d'industrialisation.

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 Ministre de la Santé avec la Compagnie générale d'automatisme (C. G. A.) 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 aussi bien que le 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 répondant aux impératifs de l'humanisation des hôpitaux.

L'étude, qui a été menée sous la conduite attentive 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 restant compatible avec une parfaite sécurité des malades : une durée de dix à huit jours à 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.

Les besoins en cette matière ont été chiffrés à environ 900 lits de moyen et de long séjour (établissement 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 elles et l'extérieur (échange de malades, personnel, visiteurs, produits, infirmation) 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).

Cette double analyse a permis de dégager des règles de proximité dans l'espace des différents ensembles de locaux constituant les supports matériels des fonctions globales, et donc de définir le principe de la conception architecturale de l'hôpital Fontenoy en même temps que les premières options techniques concernant les moyens matériels d'échange.

Une étude de même nature a été menée, cette fois, à l'intérieur de chaque fonction globale. Elle a conduit à définir pour chacune d'elles :

- la nature des tâches à accomplir ;
- les règles de fonctionnement (horaires, postes de travail, etc.) ;
- les effectifs de personnel nécessaires ;
- la liste des locaux à prévoir avec leurs surfaces utiles et leurs équipements ;
- les règles de proximité applicables à ces locaux ;
- une proposition de plan schématique.

- c) L'ensemble des résultats décrits ci-dessus a permis d'établir :
- un programme de construction très élaboré et très complet illustré par des plans schématiques ;
 - un relevé des postes de travail comportant par poste la définition des tâches, les effectifs de personnel et les équipements mobiliers correspondants ;
 - un tableau général de l'ensemble des effectifs de personnel nécessaires compte tenu des périodes de congé et des variations journalières et saisonnières d'activité.

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. Un quatrième le sera à la fin de l'année au centre hospitalier de Quimper. Les marchés de travaux ont déjà été signés pour les hôpitaux de Rennes et Tarbes ; celui qui concerne Boulogne a dû l'être en septembre et celui de Quimper le sera à la fin de l'année.

Les travaux doivent s'achever dans un délai assez court car celui-ci constitue l'un des critères fondamentaux du choix des entreprises soumissionnaires.

Le programme Fontenoy se développe donc progressivement.

2. *La mise en service des hôpitaux nouveaux.*

Le guide à l'usage des directeurs d'hôpitaux pour l'ouverture des services nouveaux (extensions ou créations de 200 à 600 lits) a été achevé d'imprimer le 5 décembre et a été diffusé à l'ensemble des établissements d'hospitalisation publics à compter du 10 décembre 1975.

Des réunions et séminaires d'information ont été organisés au profit des responsables hospitaliers en vue de son utilisation dans diverses régions sanitaires.

Cette action se poursuit actuellement.

D'autre part, un certain nombre de missions ponctuelles ont eu lieu dans vingt-huit établissements afin de faciliter le déroulement des opérations d'ouverture des nouveaux services :

- catégorie H pour malades aigus ;
- catégorie V pour personnes âgées semi-invalides ou invalides ;
- catégorie P pour malades mentaux.

Les catégories H et V contiennent essentiellement des unités d'hébergement (type H 1 et H 2, type V 1 et V 2) pouvant recevoir trente personnes chacune. Elles comprennent une seule unité de services communs (H 3 et V 3) et une seule unité de services généraux (H 4 et V 4).

Les unités de la catégorie P sont plus diversifiées et permettent, par assemblage, de réaliser des services complets de psychiatrie, contenant non seulement les moyens d'hébergement mais tous les moyens de traitement nécessaires aux malades mentaux (P. C. médical, centre social, hôpital de jour, etc.).

Assez rapidement, il est apparu que les unités H et V étaient insuffisamment diversifiées et qu'il fallait, pour leur donner une meilleure autonomie de fonctionnement par rapport aux établissements d'accueil et mieux répondre aux besoins de ces derniers, élargir la gamme des unités existantes.

Le premier effort de diversification a été fait dans le secteur le plus urgent, celui des personnes âgées semi-valides et invalides.

Aux anciennes unités de catégorie V, a été substituée une nouvelle gamme couvrant non seulement les besoins d'hébergement mais également les besoins de traitement médical, de réadaptation fonctionnelle et de vie sociale.

Cette nouvelle gamme est suffisamment diversifiée pour permettre la réalisation par assemblage d'établissements complets fonctionnant de manière autonome et dénommés *Maison de santé et de cure médicale pour personnes âgées*.

Ces nouvelles unités et leurs assemblages type (V 120 pour la maison de 120 lits, V 240 pour la maison de 240 lits) ont fait l'objet d'un concours conception-construction lancé en juin 1973 et jugé en avril 1974 ; le dossier du concours a reçu l'avis favorable de la Commission spécialisée des Marchés de bâtiment le 24 juillet 1973.

En ce qui concerne les unités de type H, un concours de conception, dont le dossier a reçu le 22 juillet 1975 l'avis favorable de la commission spécialisée des marchés de bâtiment, a été jugé le 4 mai dernier. Dix lauréats ont été retenus.

Ce concours, communément appelé « concours des plateaux techniques », a permis de substituer à la gamme actuelle une série d'unités-type beaucoup plus diversifiée pour faire face, non seulement aux besoins courants de l'hébergement proprement dit, mais également à ceux du diagnostic et du traitement.

La nouvelle gamme comprendra donc des unités de soins et des unités de service médico-technique (bloc opératoire, service de radio-diagnostic, explorations fonctionnelles, urgence et réanimation, consultations externes, laboratoires, etc.).

L'effort qui vient d'être décrit pour les unités de catégories H et V permet désormais au ministère de disposer d'un catalogue suffisamment diversifié pour répondre dans de bonnes conditions aux besoins de modernisation des hôpitaux généraux et des services ou établissements pour personnes âgées.

3. Progression en volume de travaux des constructions industrialisées.

Les opérations industrialisées ont progressé en volume de travaux de 1975 à 1976 dans le secteur sanitaire et ont diminué dans le secteur social. Globalement, il y a une augmentation en francs constants comme le montre le tableau ci-dessous :

RUBRIQUE	1975 (En milliers de francs.)	1976	TAUX de croissance. (En pourcentage.)
I. — <i>Équipement sanitaire :</i>			
1° Opérations industrialisées :			
Première voie (établissements typifiés)	239,2	217	— 9,2
2° Opérations industrialisées :			
Deuxième voie (unités typifiées) ..	800	982	+ 22,8
Total équipement sanitaire.....	1 039,2	1 199	+ 15,4
II. — <i>Équipement social</i>	48,4	2	— 91,7
Total général.....	1 087,6	1 201	+ 12,3

N. B. — Les travaux prévus sur le plan de soutien à l'économie ont été comptabilisés en 1976, car ils ont été effectivement réalisés ou le seront en 1976.

L'évolution constatée est due principalement à trois motifs :

— les usagers sont en général satisfaits des réalisations effectuées ;

— les procédures administratives applicables aux opérations industrialisées sont beaucoup plus simples que pour les opérations traditionnelles. Elles procurent en outre des facilités de trésorerie appréciées par les établissements puisque le plus souvent la maîtrise d'ouvrage est assurée par l'Etat qui règle donc directement les concepteurs et les entreprises ;

— la plus grande diversification des produits permet de mieux répondre aux besoins exprimés ;

— les opérations industrialisées constituent un moyen privilégié de la politique d'humanisation des hôpitaux décidée en 1974 et dont l'un des objectifs est la suppression d'ici 1980 de toutes les salles communes des établissements hospitaliers publics.

Cette politique exige en effet un très gros effort de reconstruction, à réaliser en peu de temps. Les opérations industrialisées, par leur rapidité de mise en œuvre et d'exécution et par leur coût avantageux, sont bien adaptées à un effort de cette nature.

Dans le secteur social, la situation est toute différente. Le marché des opérations industrialisées s'amenuise d'année en année pour deux raisons :

— l'évolution des conceptions conduit à des types d'établissements de faible volume, insérés en milieu urbain, pour lesquels la construction traditionnelle est le plus souvent mieux adaptée que l'opération industrialisée ;

— les besoins concernant les établissements pour enfants handicapés sont, tout au moins, si on les apprécie globalement, assez proches d'être satisfaits.

4. Bilan qualitatif et financier de la politique d'industrialisation des constructions.

a) Bilan qualitatif : niveau des prestations et qualités fonctionnelles.

Les constructions industrialisées sont conformes à des modèles sélectionnés le plus souvent à l'issue de concours organisés à l'échelon national sur la base d'un dossier pour lequel, tant en ce qui concerne le niveau des prestations que les qualités fonctionnelles, on est très exigeant.

Il en résulte que les constructions réalisées présentent sous ces deux aspects un niveau de qualité équivalent, sinon supérieur, à celui des constructions traditionnelles.

En outre, ce niveau de qualité est amélioré à l'occasion de chaque nouvelle campagne annuelle pour tenir compte des critiques des usagers et de l'évolution des doctrines, des techniques ou de la réglementation.

Quelques exemples significatifs peuvent, à cet égard, être cités :

— modification de la structure du plateau technique de l'hôpital type Beaune pour la rendre conforme aux nouvelles exigences de la commission centrale de sécurité ;

— installation systématique de détecteur de fumée et de système de désenfumage dans les différentes unités ou services ;

— renforcement de l'isolation thermique des façades ;

— récupération de calories par échangeur ;

— amélioration des caractéristiques d'isolation phonique des revêtements de sol et accroissement de leur résistance aux agents chimiques et physiques ;

— développement des structures porteuses par points à maille large permettant une bonne flexibilité interne des constructions ;

— recherche systématique de compositions de plans permettant de procéder facilement à l'extension des différentes unités ou services constitutifs de l'hôpital, et notamment des services médico-techniques les plus évolutifs.

b) Bilan financier.

S'agissant des établissements complets typifiés (première voie) seuls les modèles issus du prototype de Beaune permettent de tirer des enseignements complets puisqu'il n'y a d'établissements terminés que dans cette série.

Dans cette série, une étude très précise a été menée sur l'hôpital de Provins. Elle a donné les résultats suivants :

Au niveau de la passation des marchés d'entreprise, le montant des travaux tels qu'il résulte des offres de ces dernières est de 9,3 % inférieur au prix plafond.

A l'achèvement de l'hôpital, le montant des travaux n'excède que de 16,3 % le montant précédent.

Si l'on considère qu'une opération traditionnelle de mêmes caractéristiques est le plus souvent engagée au niveau du prix pla-

fond et que son prix de revient final excède celui-ci d'environ 20 à 50 %, le calcul montre que l'économie faite à Provins et calculée à l'achèvement des travaux est comprise entre 12,5 et 30 %.

Il faut également noter que, sur les 16,3 % signalés ci-dessus, 13,3 % sont dus à l'application des formules contractuelles de révision des prix, et 3 % seulement aux aléas de chantier et travaux supplémentaires dont la plupart sont dus à des exigences nouvelles de sécurité, imprévisibles au stade de la consultation.

Les résultats obtenus sur les dernières opérations lancées dans la série des hôpitaux du type Beaune confirment, en les améliorant, les observations faites à Provins. C'est ainsi que l'entreprise soumissionnaire de l'hôpital d'Avesne-sur-Helpe a conclu son marché à un prix inférieur de près de 20 % au prix plafond.

En ce qui concerne les unités typifiées, l'étude décrite ci-dessus à propos de l'hôpital de Provins, n'a pu jusqu'à maintenant être menée à bien, par manque de terme de comparaison. Ces unités ou les assemblages qu'elles peuvent actuellement constituer, forment en effet des opérations d'équipements relativement nouvelles, dont on ne trouve que difficilement l'équivalent dans le secteur traditionnel. Il en sera bien entendu autrement dès que seront achevées les premières constructions de maisons de santé et de cure médicale ou les ensembles issus du concours des plateaux techniques.

Pour l'instant, la seule indication précise qui puisse être donnée — elle est d'ailleurs importante — porte sur l'évolution comparée des prix de campagne annuelle des unités typifiées et des index rendant compte du coût de la construction.

Entre décembre 1970 et janvier 1976, les prix de campagne des unités typifiées ont augmenté en Région parisienne :

- pour les unités de type H de 39 % ;
- pour les unités de type P de 46 %.

Alors que l'index le plus couramment utilisé pour mesurer la hausse des prix de la construction, le C. D. T. N. (coefficient départemental des travaux neufs) a dans la même région et pendant la même période, augmenté de 58 %. L'écart constaté est important, d'autant que les hausses de prix de campagne comprennent les améliorations de prestations et de qualités fonctionnelles apportées depuis 1970 aux unités typifiées. Ces améliorations entrent pour 10 points dans la hausse constatée qui, sans elles, serait donc de 29 % pour les unités H et de 36 % pour les unités P.

IV. — Les problèmes financiers.

A. — L'ÉTAT D'EXÉCUTION DU VI^e PLAN A LA FIN DE 1975

Le tableau ci-dessous fait apparaître l'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).

Les chiffres portés ci-dessous sont encore provisoires, car un pointage est en cours avec les régions. Ils sont néanmoins plus complets que ceux de l'an dernier.

En effet, les modifications apportées au tableau présenté l'an dernier tiennent compte :

— pour les autorisations de programme, de la prise en compte du plan de soutien à l'activité économique et des modifications internes intervenues au cours de l'année 1975 (annulations, crédits supplémentaires et virements entre articles) ;

— pour les financements mis en place, de la prise en compte du plan de soutien, également, et des virements effectués par les préfets en fonction de l'article unique prévu, sur chaque chapitre, par le plan de soutien.

Exécution du VI^e Plan.

(Autorisations de programme en milliers de francs.)

RUBRIQUE	ENVELOPPES 1	AUTORISATIONS DE PROGRAMME ouvertes 1971-1975.			FINANCEMENTS MIS EN PLACE		
		Francs courants. 2	Francs 1970. 3	Pourcentage d'exécution (3/1). 4	Francs courants. 5	Francs 1970. 6	Pourcentage d'exécution (6/1). 7
Centres hospitaliers régionaux.....	1 084 000	1 292 662	1 042 037	96,13	1 245 637	999 313	92,19
Hôpitaux non C. H. R.	651 000	1 188 487	926 968	141,93	1 167 503	921 761	141,59
Etablissements personnes âgées.....	496 000	542 169	398 448	80,33	534 939	393 245	79,28
Maladies mentales.....	465 000	430 819	358 776	77,16	420 571	350 015	75,27
Formation de personnels sanitaires.....	217 000	131 921	100 433	46,28	126 239	96 439	44,44
Divers	187 000	268 717	220 061	117,69	248 721	196 031	105,26
Total santé.....	3 100 000	3 061 775	3 043 743	98,18	3 765 710	2 957 604	95,41
Enfance inadaptée.....	298 000	342 404	278 443	33,44	316 544	258 004	86,58
Handicapés adultes.....	295 000	263 768	211 035	71,54	261 755	206 750	70
Famille	258 000	326 430	246 517	95,55	326 073	246 197	95,43
Personnes âgées.....	170 000	209 118	162 049	91,06	207 163	161 174	90,04
Formation des personnels sociaux.....	70 000	56 949	46 574	66,53	49 452	40 706	58,15
Total action sociale.....	1 100 000	1 198 669	945 518	85,86	1 160 987	912 631	32
D. O. M. (santé).....	209 740	166 158	132 884	63,36	166 253	132 947	33,30
D. O. M. (action sociale).....	38 980	42 147	32 479	83,32	41 247	31 877	81,76
Total D. O. M.	248 720	200 305	165 363	66,49	207 500	164 824	66,27
Total général.....	4 448 720	5 260 749	4 154 264	93,39	5 134 197	4 935 250	56,71

B. — LE PLAN DE SOUTIEN A L'ÉCONOMIE

(Loi n° 75-858 du 13 septembre 1975.)

Le tableau ci-dessous fait apparaître :

— le montant total des autorisations de programme ouvert par la loi de finances rectificative du 13 septembre 1975 ;

— l'utilisation de ces crédits par chapitre et en fonction des rubriques du Plan.

Par chapitre, on remarquera que près de 58 % de ces crédits ont été utilisés pour l'humanisation des hôpitaux, notamment pour les établissements hébergeant des personnes âgées. Ce pourcentage fait bien ressortir le caractère prioritaire donné à ce programme.

Selon les rubriques du Plan, on remarquera, entre autres, que 40 % des crédits ont été utilisés pour les établissements consacrés aux personnes âgées, 32 % pour les hôpitaux non C. H. R. et 7 % pour les établissements psychiatriques. Sur le plan social, ce sont les actions en faveur de la famille et des handicapés qui ont reçu le plus de crédits.

Plan de soutien à l'économie.

(Autorisations de programme en milliers de francs.)

RUBRIQUES PLAN	REPARTITION EN CHAPITRES ET ARTICLES					Total.
	66-11-08	66-13-08	56-20-08	66-20-08	66-50-08	
<i>Équipement sanitaire.</i>						
Hôpitaux C. H. R.....	15 507	»	»	»	»	15 507
Hôpitaux non C. H. R...	70 074	41 250	»	»	»	111 324
Personnes âgées.....	369	136 360	»	»	»	136 720
Maladies mentales.....	1 395	22 390	»	»	»	23 785
Divers sanitaires.....	2 655	»	»	»	»	2 655
Formation de personnels sanitaires	»	»	»	»	»	»
Total	90 000	200 000	»		»	290 000

RUBRIQUES PLAN	REPARTITION EN CHAPITRES ET ARTICLES					
	66-11-08	66-13-08	56-20-08	66-20-08	66-50-08	Total.
<i>Action sociale.</i>						
Handicapés inadaptés enfants	»	»	2 309	4 212	»	6 521
Handicapés inadaptés adultes	»	»	»	12 832	»	12 832
Famille	»	»	»	18 984	»	18 984
Personnes âgées.....	»	»	»	3 972	»	3 972
Formation des personnels sociaux.....	»	»	»	»	»	»
Total	»	»	2 309	40 000	»	42 309
Recherche	»	»	»	»	13 300	13 300
Total général.....	90 000	200 000	2 309	40 000	13 300	345 609

C. — LES CRÉDITS DU FONDS D'ACTION CONJONCTURELLE

Le tableau ci-après fait apparaître pour chacune des cinq dernières années :

— le montant des autorisations de programme ouvert par la loi de finances au titre du budget de la santé ;

— le montant des autorisations de programme inscrit au budget des charges communes sous l'intitulé du « Fonds d'action conjoncturelle » pouvant être transféré au budget du Ministère de la Santé.

— le montant des autorisations de programme transféré du « Fonds d'action conjoncturelle » au budget du Ministère de la Santé.

ANNEE	AUTORISATIONS de programme ouvertes par la loi de finances.	AUTORISATIONS de programme ouvertes au fonds d'action conjoncturelle.	AUTORISATIONS de programme transférées du fonds d'action conjoncturelle.
	(En milliers de francs.)		
1971	(1) 622 410		
1972	820 000	116 900	»
1973	1 101 000	100 000	»
1974	1 172 560	»	»
1975	(2) 1 434 700	»	»
1976	1 659 519	»	»

(1) Budget Affaires sociales.

(2) Le chiffre de 1975 ne comprend pas le plan de soutien. Les autorisations de programme ouvertes par le plan de soutien s'élèvent à 345 609.

On remarquera que, dans le domaine de la santé tout au moins, le système du F. A. C., peut être ingénieux dans son principe, a été totalement inefficace : les autorisations bloquées sont restées bloquées ; leur montant aurait pu être dix fois plus élevé ou dix fois plus bas que le résultat pratique aurait été strictement identique, c'est-à-dire nul.

D. — LA COORDINATION DANS LE DOMAINE DES ÉQUIPEMENTS

La coordination de l'action de l'Etat avec celle des collectivités locales et de la Sécurité sociale a été prévue à la fois sur le plan des équipements sanitaires et sur celui des équipements sociaux :

Sur le plan des équipements sanitaires.

C'est une circulaire du 26 mars 1975 concernant l'utilisation des crédits inscrits au chapitre 66-13 pour les travaux d'humanisation des services hospitaliers qui a organisé cette coordination.

Les pourparlers engagés avec la Caisse nationale d'assurance maladie et la Caisse nationale d'assurance vieillesse pour définir les modalités d'intervention de ces organismes dans le financement des opérations d'humanisation ont abouti aux conclusions suivantes :

Les organismes de Sécurité sociale ont décidé d'accorder leur participation financière aux opérations d'humanisation exécutées dans les établissements sanitaires et sociaux et dans les conditions qui seront précisées ci-dessous, à l'exception, toutefois, des hôpitaux locaux et des centres hospitaliers qui comportent une clinique ouverte. Sous cette réserve, les répartitions entre les caisses et le régime de financement mis au point sont les suivantes :

1. Financement par les organismes d'assurance maladie.

Les institutions de l'assurance maladie apporteront leur aide financière à toutes les opérations d'humanisation concernant des services du secteur hospitalier et du secteur psychiatrique et aux opérations industrialisées du secteur pour personnes âgées (1).

(1) Y compris les hospices.

Le plan de financement correspondra à l'une des hypothèses ci-après :

Premier cas :

L'établissement ne dispose d'aucune aide financière autre que celle de l'Etat. La Caisse nationale d'assurance maladie accepte de consentir un prêt sans intérêt dans les conditions habituelles, c'est-à-dire, à concurrence de 30 % de la dépense totale.

Le plan de financement sera le suivant :

- subvention de l'Etat : 20 % ;
- prêt de la Caisse des dépôts et consignations : 50 % ;
- prêt de la Caisse nationale d'assurance maladie : 30 %.

Deuxième cas :

Une collectivité locale ou l'établissement public régional prend à sa charge le remboursement des intérêts d'un emprunt représentant en capital 20 % au moins de la dépense totale ; la Caisse nationale d'assurance maladie accepte alors de porter à 40 % le taux du prêt qu'elle accorde.

Le plan de financement sera alors :

- subvention de l'Etat : 20 % ;
- prêt de la Caisse des dépôts et consignations : 40 % ;
- prêt de la Caisse nationale d'assurance maladie : 40 %.

Troisième cas :

L'établissement bénéficie d'une source de financement supplémentaire égale au moins à 10 % de la dépense (legs, vente de biens subventionnés ou apports propres).

Le plan de financement deviendra le suivant :

- subvention de l'Etat : 20 % ;
- ressource supplémentaire : 10 % ;
- prêt de la Caisse des dépôts et consignation : 30 % ;
- prêt de la Caisse nationale d'assurance maladie : 40 %.

2. Financement par les organismes d'assurance vieillesse.

La caisse vieillesse apportera son concours financier aux opérations d'humanisation de type traditionnel dans les établissements ou services réservés aux personnes âgées de toutes catégories. Les hôpitaux locaux eux-mêmes pourront recevoir cette aide, alors

qu'ils ne peuvent en bénéficier pour les opérations relevant de l'assurance maladie. Il est toutefois exigé que 30 % au moins des places soient affectées à des personnes âgées relevant du régime général de l'assurance vieillesse.

Sous ces réserves, le montant de la participation financière sera attribué selon les modalités suivantes :

a) Pour les constructions nouvelles de type traditionnel : les principes appliqués seront les mêmes que ceux exposés au paragraphe 1. Toutefois, le taux de participation sera modulé entre 15 et 30 %, selon le nombre de ressortissants de la caisse vieillesse hébergés dans l'établissement.

b) Pour les travaux de modification et modernisation de bâtiments anciens : le prêt consenti par la caisse pourra atteindre 60 % de la dépense totale, si 60 % des places sont réservés à ses ressortissants. L'aide sera modulée entre 25 et 60 % de la dépense suivant la proportion des ressortissants de la caisse vieillesse admis dans l'établissement et ne sera pas accordée si cette proportion est inférieure à 30 %.

Sur le plan des équipements sociaux.

Les différentes caisses nationales de la Sécurité sociale participent également aux programmes d'équipement de caractère social :

La Caisse nationale d'assurance maladie participe aux programmes concernant les handicapés, enfants et adultes ;

La Caisse nationale d'allocations familiales participe aux programmes concernant la famille : crèches, foyers de l'enfance, foyers de jeunes travailleurs, maisons familiales de vacances, etc. ;

Pour les crèches, deux dotations au fonds national de l'action sanitaire et sociale, par prélèvement sur le fonds national des prestations familiales, ont été effectuées ces dernières années en 1971 et 1974. La deuxième dotation a été accompagnée d'un apport du budget de l'Etat.

La Caisse nationale d'assurance vieillesse participe aux programmes concernant les établissements pour personnes âgées.

E. — LA RATIONALISATION DES CHOIX BUDGÉTAIRES

Dans le domaine de l'action sociale.

En 1974 et 1975 le Ministère de la Santé a réalisé dans ce domaine trois types de travaux :

- l'élaboration du budget de programme ;
- la modernisation de la gestion ;
- les études analytiques.

a) Le budget de programme.

Les travaux d'élaboration du budget de programme ont permis en 1974 une description globale du système d'action sociale et trouvent leur traduction dans un premier « blanc budgétaire » pour l'exercice 1975 repris et complété pour les exercices 1976 et 1977.

Ces travaux ont par ailleurs mis en évidence les améliorations qui pourraient être apportées au système d'information par la création d'un fichier des établissements et des services d'action sociale et la modification du cadre comptable des départements.

b) La modernisation de la gestion.

Sur la base des analyses qui avaient été faites en 1974 à l'occasion de l'élaboration du budget de programme, le Ministère de la Santé a réalisé en 1975 plusieurs études en vue de la modernisation de la gestion, études qui se poursuivent en 1976.

La première de ces opérations vise à mettre en place un fichier des établissements et des services d'action sanitaire et sociale. Les travaux menés en 1975 au sein d'un groupe de travail ont permis de définir, à partir d'une analyse de la réglementation, une typologie des catégories d'établissements et des services, et le contenu minimum de ce fichier. Ils ont par ailleurs porté sur l'analyse des procédures à mettre en œuvre pour créer et faire fonctionner ce fichier.

La seconde opération porte sur le cadre comptable des dépenses d'aide sociale. Elle va se traduire par un certain nombre de modifications de la nomenclature ainsi que par une harmonisation des imputations des dépenses d'aide sociale.

La troisième opération amorcée en 1974 par une étude sur les indicateurs de planification sociale doit permettre de définir un

« tableau de bord » des directions départementales de l'action sanitaire et sociale qui, dans un premier temps, sera appliqué aux services de l'aide sociale à l'enfance.

c) Etudes analytiques.

Plusieurs études analytiques ont été réalisées en 1974 et 1975.

La première a porté sur l'analyse détaillée des procédures et des circuits de l'adoption. Elle s'inscrivait dans le cadre de la charge de M. Rivierez, parlementaire en mission.

Elle a permis de mettre en évidence les causes structurelles et institutionnelles des délais d'adoption.

Ces résultats ont été repris dans le rapport de M. Rivierez et dans une circulaire du 31 juillet 1975.

La seconde étude a porté sur le cadre comptable des écoles de formation des travailleurs sociaux.

Elle a permis de définir un cadre budgétaire homogène pour ces écoles. L'utilisation de ce cadre permet une meilleure analyse des coûts de formation et, par là même, facilite le contrôle des budgets et la préparation des subventions de fonctionnement.

Par ailleurs, le ministère a engagé au début de 1976 une étude R. C. B. prioritaire sur l'adaptation des équipements et des services sanitaires et sociaux aux besoins des personnes du troisième et du quatrième âge.

Cette étude, qui s'appuie en particulier sur une analyse des caractéristiques des personnes âgées quant à leur degré d'autonomie et à leur état de santé, doit permettre de préciser les orientations définies par la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales en ce qui concerne la transformation des hospices et la « médicalisation » des maisons de retraite, de manière à adopter ces établissements au vieillissement de leur clientèle. Elle doit, d'autre part, proposer les modalités d'une meilleure articulation entre les établissements pour personnes âgées et les services de maintien à domicile.

Enfin, le ministère réalise actuellement une étude détaillée sur les dépenses d'aide sociale. Cette étude fait suite à un rapport commun aux Inspections générales des finances, de l'Administration générale et des affaires sociales.

Elle vise à mettre en évidence les éléments déterminants des dépenses d'aide sociale en rapprochant celles-ci de variables d'environnement : structure socio-démographique, recherche départementale, par exemple.

Cette étude complète les travaux réalisés en vue d'améliorer la nomenclature budgétaire des départements et permettra d'aboutir à une meilleure gestion de cette catégorie de dépenses.

En 1977, le Ministère de la Santé poursuivra dans le domaine de l'action sociale les travaux engagés dans ces trois directions.

L'accent sera mis, en ce qui concerne le budget de programme, sur la définition de nouveaux indicateurs permettant de mieux apprécier l'activité des services et les résultats de cette activité.

La mise en place du fichier des établissements et des services entrera dans une phase opérationnelle au niveau des directions départementales de l'Administration centrale.

Une priorité sera accordée à la poursuite des travaux relatifs aux dépenses d'aide sociale et d'aide médicale, qui représentent le poste le plus important des budgets départementaux et du budget du Ministère de la Santé.

A ce titre, les services du Ministère vont poursuivre, en liaison avec plusieurs directions départementales de l'action sanitaire et sociale, la mise au point du tableau de bord des services de l'aide sociale à l'enfance. Cette opération sera complétée par trois enquêtes portant sur les allocations mensuelles d'aide sociale à l'enfance, sur les familles d'accueil et sur les établissements, foyers de l'enfance et maisons d'enfants à caractère social.

Cet ensemble de travaux doit permettre une amélioration de la gestion de ces services et la définition d'une stratégie d'intégration de l'aide sociale à l'enfance dans les services unifiés de l'enfance.

Dans le domaine de la santé.

a) Travaux réalisés en 1974 et 1975.

Complément à l'étude de R. C. B. « Périnatalité » : remise à l'étude du sous-programme « Formation des obstétriciens ».

Compte tenu des difficultés rencontrées dans la mise en place des mesures préconisées, notamment pour la nomination de maîtres de conférences en obstétrique et en néo-natalogie, une remise à l'étude du sous-programme a été réalisée en 1974.

Le financement de l'activité extra-hospitalière en psychiatrie de secteur.

L'objet de cette étude était de mettre au point, et si possible de justifier, un système de prise en charge financière du malade mental dans le cadre de la sectorisation. La principale difficulté relative à cette prise en charge réside dans le fait que la Sécurité sociale ne reconnaît pas les actes réalisés en milieu extra-hospitalier. Les interventions extra-hospitalières, quand elles existent, sont donc financées actuellement, au titre de la prévention, sur le budget d'aide sociale, comme dépenses du groupe I (Etat, 83 % ; département, 17 %).

Des évaluations en coût comptable (financement des activités extra-hospitalières par les D. D. A. S. S.), en nombre et en temps d'intervention, des équipes de secteur ont été réalisées dans le II^e secteur de Paris, à Grenoble et à La Roche-sur-Yon. Il s'agissait, d'une part, d'établir le coût *réel* de l'activité extra-hospitalière et, d'autre part, de délimiter éventuellement dans la dépense globale une partie « prévention » et une partie « soins ».

A Grenoble, La Roche-sur-Yon et Lyon ont été également tentées des évaluations de l'efficacité de la sectorisation par rapport à l'hospitalisation traditionnelle.

De ces évaluations ont été dégagées des propositions de répartition des charges entre l'Etat et les collectivités locales, d'une part, et la Sécurité sociale, d'autre part. L'étude d'un mode de gestion prévisionnelle des activités de secteur est, en plus, déjà assez avancée.

Le personnel infirmier dans les établissements hospitaliers.

L'objet de cette étude était d'analyser les raisons de la pénurie de personnel infirmier dans les hôpitaux publics, de rechercher les différents moyens de solution et d'établir l'intérêt de ces moyens, eu égard à leurs coûts.

La pénurie, évaluée à 20 % des effectifs souhaitables dans les établissements hospitaliers en 1975, s'explique, malgré un important effort de formation, par un abandon rapide de la profession après mariage et maternité.

Les actions à préconiser, du point de vue du meilleur ratio coût/efficacité sont dans l'ordre : les reprises de carrière, la forma-

tion, la promotion professionnelle et l'amélioration des conditions d'activité. Les premières actions ayant un effet différé, il convient cependant, dans l'immédiat, d'agir sur les conditions d'activité.

L'équipe technique qui a été chargée de cette étude a été guidée par un « groupe de réflexion » composé de responsables de l'Administration centrale, de directeurs d'hôpitaux et de représentants d'associations de personnel infirmier.

Les conclusions de l'étude ont fait l'objet d'inscription de mesures dans le cadre du programme d'action prioritaire du VII^e Plan : « Humanisation des hôpitaux ».

b) Exécution de mesures liées à des travaux précédemment réalisés.

La périnatalité.

Le programme finalisé « Périnatalité » consécutif à l'étude R. C. B. Périnatalité de 1970 s'est étendu sur toute la durée du VI^e Plan.

Respectivement en 1974 et 1975, les sommes de 18 et 16 millions de francs ont été inscrites au budget de l'Etat pour la réalisation des deux dernières tranches annuelles de ce programme.

Ces crédits ont été utilisés pour :

— l'information statistique et la recherche en matière de périnatologie (enquête nationale de l'I. N. S. E. R. M. sur la femme enceinte et le nouveau-né ; exploitation de l'enquête 1972 ; réalisation de l'enquête 1975) ;

— la vaccination des fillettes de treize ans contre la rubéole (vaccinations effectuées dans le cadre de la médecine scolaire, recherche d'immunité naturelle et tests post-vaccinaux) ;

— l'intensification de la surveillance prénatale, par l'augmentation du nombre de consultations et le remboursement des examens complémentaires, et par une amélioration des moyens des maternités en matériel de surveillance de la grossesse ;

— l'amélioration de la surveillance des accouchements, résultant d'un meilleur équipement et de la rénovation des maternités publiques ;

— l'équipement des maternités en matériel léger de réanimation ;

- le recyclage des personnels médicaux et paramédicaux ;
- le renforcement de l'équipement des services de réanimation néo-natale intensive.

Le contrôle des résultats du programme finalisé Périnatalité est effectué à partir d'enquêtes de l'I. N. S. E. R. M. et de l'exploitation des renseignements figurant sur les certificats de santé prévus par la loi du 15 juillet 1970.

Ce contrôle permet de faire apparaître *une importante réduction du taux de mortalité périnatale, de 22,5 % en 1971 à 18,2 % (chiffre provisoire pour 1975).*

Ces résultats encourageants sont à l'origine de la reconduction partielle du programme Périnatalité durant le VII^e Plan.

Au cours des cinq prochaines années, une somme totale de 45,3 millions de francs est inscrite au budget de l'Etat dans le cadre du programme d'action prioritaire « Famille ».

Certaines des actions mises en place durant le VI^e Plan pourront être ainsi reconduites ; cependant un effort particulier sera consacré à l'amélioration de la prise en charge des examens complémentaires et des hospitalisations préventives pendant la grossesse ainsi qu'au développement de la surveillance à domicile.

De plus, l'Etat subventionnera, dans le cadre de ce nouveau programme, l'activité des Centres d'étude et de conservation du sperme (C. E. CO. S.).

La prévention du suicide.

Cette étude R. C. B. réalisée en 1971 a donné lieu, en 1974 et 1975, comme les années précédentes, à des mesures budgétaires d'un montant de 370 000 F, représentant des subventions pour frais de fonctionnement de sessions d'information, une participation de l'Etat à la création d'unité de psychiatrie dans les services d'urgence des hôpitaux ainsi que des subventions aux organismes d'aide sociale et morale aux suicidants.

Le Comité français d'éducation pour la santé a réédité en 1975 une brochure d'information sur les problèmes du suicide, destinée aux médecins et aux enseignants.

c) Prévision d'activité pour 1977.

« *L'adaptation des équipements et services sanitaires et sociaux aux besoins des troisième et quatrième âges.* »

Cette étude, dite « prioritaire » en terminologie R. C. B., est contrôlée par un comité directeur, formé par les représentants concernés du Ministère de la Santé et du Ministère des Finances, et présidé par M. Pierre Masse, ex-Commissaire général du Plan.

Sur le plan « sanitaire », cette étude devrait conduire à mettre en place des services de soins : soins à domicile, centres de jour, dans le cadre d'un programme de maintien à domicile, « programme finalisé » du VII^e Plan, devenu « programme d'action prioritaire » du VII^e Plan. Pour les personnes âgées ne pouvant plus être maintenues à domicile, il convient de médicaliser les maisons de retraite et de revoir les conditions d'hospitalisation, par création, en particulier, d'établissements de long et moyen séjour.

La mesure et l'enregistrement de l'activité hospitalière.

L'étude consiste à définir un système de gestion d'un établissement hospitalier permettant une adéquation des moyens et des activités aux objectifs visés par l'établissement hospitalier ou par les différents services.

Un tel système de gestion suppose, d'une part, que soit construite une typologie des activités assurées par les services hospitaliers et, d'autre part, que soient associés à ces « activités » des indicateurs de moyens et des indicateurs de réalisation, c'est-à-dire d'appréciation des services offerts.

Une telle recherche, portant sur l'Institut Gustave-Roussy de Villejuif, s'inscrit dans le cadre de réflexions et travaux visant à réformer la tarification hospitalière actuelle.

Le dépistage des affections gynécologiques.

L'objet de l'étude est de proposer des chroniques optimales d'exams de la population féminine, en vue de détecter les cancers du sein et de l'utérus, de soigner les maladies sexuelles transmissibles, de conseiller les femmes en matière de contraception et d'agir contre la stérilité.

Un groupe de travail composé des responsables administratifs concernés et de médecins de diverses spécialités effectue actuellement l'analyse de l'importance du problème et des moyens d'actions possibles.

Les budgets de programmes.

La poursuite des travaux sur le budget de programmes consiste à élaborer une structure de programmes fine pour les besoins de la gestion, à continuer les recherches sur le financement hors budget des programmes et à analyser le programme « Protection et prévention sanitaires » en mettant l'accent sur les éléments financés par l'Etat suivant le système des « dépenses obligatoires ». Des indicateurs de moyens et de réalisation devraient ainsi être mis au point pour ce qui concerne la protection maternelle et infantile, la psychiatrie et la tuberculose.

V. — Les études et la démographie médicales.

S'agissant tout d'abord des perspectives de la coordination entre secteurs public et privé et de l'application du décret n° 70-931 du 8 octobre 1970, nous rappellerons que ledit décret, relatif aux fonctions hospitalières des étudiants en médecine, fixe les conditions dans lesquelles est assurée la formation clinique et pratique des étudiants en médecine durant la deuxième partie du deuxième cycle des études dans les services des C. H. R. (1) faisant partie des C. H. U. (2) ou, le cas échéant, dans les services analogues d'autres hôpitaux ou organismes de soins ou de prévention, publics ou privés à but non lucratif agréés.

Les dispositions de ce décret sont entrées en pleine application, et il n'a pas semblé souhaitable d'inclure dans les services habilités à recevoir des étudiants hospitaliers les services des hôpitaux à but lucratif ou des cliniques privées. Les nouvelles possibilités de terrains de stage que ces derniers établissements pourraient offrir, sous réserve que l'encadrement médical y soit satisfaisant tant sur le plan de la qualité que de la permanence, semblent devoir être réservées aux stagiaires internés dans la perspective d'une réforme du troisième cycle des études.

(1) C. H. R. : centre hospitalier régional.

(2) C. H. U. : centre hospitalier universitaire.

Il convient, d'autre part, d'envisager très rapidement d'augmenter le nombre des postes d'attachés offerts à des médecins généralistes en exercice qui pourront apporter aux étudiants le fruit de leur expérience. Leur éventuelle association à l'élaboration des programmes d'enseignement et à la dispensation de cet enseignement est à l'étude. *Votre Commission des Affaires sociales souhaite que celle-ci soit menée rapidement à bonne fin de telle sorte qu'on puisse passer sans retard au stade de l'application pratique.*

A propos de la participation de l'Etat aux dépenses d'enseignement médical et paramédical, nous rappellerons que l'article 53 de la loi du 31 décembre 1970 la prévoit 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 Secrétariat d'Etat aux Universités, le Ministère de la Santé a participé en 1976 à la formation clinique des étudiants sur les bases suivantes :

— 100 F par étudiant de D. C. E. M. 2 (2^e année du 2^e cycle d'études médicales) ;

— 750 F pour les étudiants de D. C. E. M. 3 et 4 (3^e et 4^e années du 2^e cycle d'études médicales).

De la sorte, la participation totale de l'Etat s'est élevée en 1976 à 17 841 650 F, dont 1 048 400 F au titre de la formation clinique des étudiants de D. C. E. M. 2 et 16 793 250 F au titre de la formation clinique des étudiants hospitaliers de D. C. E. M. 3 et 4.

Nous compléterons cette information en précisant que le Ministère de la Santé a participé en 1976 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 infirmières et de puéricultrices.

Les crédits inscrits au budget 1976 se sont élevés à 169 836 311 F pour les écoles de formation des auxiliaires médicaux, dont 127 961 000 F pour les écoles hospitalières.

Le problème de la démographie médicale se présente sous trois aspects : celui du nombre total des médecins en exercice, celui de leur répartition sur le territoire, celui de leur distribution dans les types d'exercice : « généraliste », « spécialiste », « libéral », « salarié », « isolé », « en groupe ».

En ce qui concerne le nombre global et son évolution prévisible, il est d'ores et déjà probable que, de 77 143 en exercice au 1^{er} janvier 1975, l'effectif sera à très peu près de 108 700 en 1980, 135 800 en 1985 et, si le flux actuel des étudiants en médecine autorisés à entrer en deuxième année du premier cycle était inchangé, 162 200 en 1990 et 210 500 en l'an 2000.

La densité médicale pour 100 000 habitants passerait de 146,8 en 1975, à 235,2 en 1985 et à 340,5 en l'an 2000, soit un médecin pour 681 habitants en 1975, un pour 425 en 1985 et un pour 293 en l'an 2000, en fonction de l'évolution prévisible de la population.

Ces estimations sont fondées sur une simple extrapolation de la situation constatée. Or, actuellement, par le double effet cumulé d'une part de la non prise en considération par les U. E. R. (1) médicales du nombre des redoublants de P. C. E. M. 2 pour fixer le nombre des étudiants admis à s'inscrire en P. C. E. M. 2 et d'autre part de l'application par certaines de ces U. E. R. de « coefficients d'attribution » excessifs, le nombre des étudiants concernés qui se retrouvent en D. C. E. M. 2 est largement supérieur aux possibilités d'accueil et donc de formation de ces étudiants dans les services hospitaliers. En effet, la première « génération » d'étudiants sélectionnés qui s'est retrouvée en D. C. E. M. 2 en 1974-1975 s'élevait à 10 440, soit un excédent de 1 852 par rapport au chiffre théorique de capacité d'accueil fixé à 8 588, et en 1975-1976 à 10 478, soit un excédent de 1 908 par rapport à un chiffre théorique de 8 570.

L'objectif principal des dispositions législatives de 1971 était de garantir une formation de qualité pour les futurs médecins. Or, les chiffres fixés par les ministres depuis 1971 constituaient un maximum fixé sur la base des seules possibilités de formation clinique et pratique incontestables au plan de la qualité des stages et les possibilités d'encadrement des étudiants.

Il serait, en tout état de cause, souhaitable que les U. E. R. médicales respectent, mieux que ne le font la plupart d'entre elles, les chiffres fixés par les ministres, ceci dans l'intérêt même d'une meilleure formation des futurs médecins.

Quelles que soient les hypothèses de calcul, l'évolution globale sera probablement de nature à réduire les inégalités de répartition des médecins sur le territoire, les densités par région

(1) U. E. R. : unité d'enseignement et de recherche.

allant, au 1^{er} janvier 1975, de 218 médecins pour 100 000 habitants en région parisienne à 98,8 en Picardie ou de 199,9 en Provence-Côte d'Azur à 97,9 en Basse-Normandie.

Pour ce qui est de l'orientation des médecins vers tel ou tel type d'exercice, la tendance actuelle vers la spécialisation pourrait être freinée par la réforme de la formation des spécialistes. Celle-ci est rendue nécessaire par l'entrée en vigueur des directives européennes, entraînant la mise en place d'un système de formation proche de l'internat actuel des hôpitaux. D'autre part, la recherche par les jeunes médecins d'une activité mixte « libérale-salariée » se fait de plus en plus pressante et est de nature à entraîner des modifications dans l'organisation du système de santé, de même que le choix préférentiel d'un exercice en groupe observé dans les jeunes générations.

A propos de la réforme de l'internat, l'hétérogénéité et l'inégalité de la valeur formatrice des « internats » actuels ont rendu évidente dès 1972 la nécessité d'une réforme tendant à faire disparaître les différences que recouvre une appellation commune et à instituer un internat unique pour l'ensemble des services formateurs, c'est-à-dire non seulement ceux du C. H. R. / C. H. U., mais aussi ceux d'autres hôpitaux non universitaires, spécialisés ou non. Par ailleurs, la formation de médecins spécialistes de qualité exige des fonctions de responsabilité dont l'internat est la meilleure expression pour la plupart des disciplines médicales. C'est pourquoi le projet élaboré par le doyen Rapin d'un internat qualifiant tendait déjà à satisfaire les deux nécessités d'une meilleure formation des spécialistes et d'une réforme de l'internat.

D'autre part, la directive n° 75/363 de la Communauté économique européenne du 16 juin 1975 visant à la coordination des dispositions législatives, réglementaires et administratives concernant les activités du médecin fixe par ses articles 2, 3 et 4 les critères auxquels devront satisfaire les conditions de formation des médecins spécialistes, ainsi que la durée minimale de cette formation, par spécialité.

L'article 2 de cette directive dispose notamment que la formation comprend un enseignement *théorique* et *pratique*, qu'elle s'effectue à *plein-temps* et sous le contrôle des autorités ou organismes compétents et qu'elle comporte une participation personnelle du médecin candidat spécialiste à l'*activité* et aux *responsabilités* des services agréés ou elle s'effectue.

L'article 3 dispose que le niveau de la formation ne peut être compromis ni par son caractère de formation à temps partiel, *ni par l'expérience d'une activité professionnelle rémunérée à titre privé.*

Enfin, la durée minimale de la formation est fixée par l'article 4 à quatre ans pour la plupart des disciplines.

Ces critères, auxquels il devra être satisfait à la date du 15 juin 1979, correspondent étroitement aux conditions de formation des médecins spécialistes par la voie de l'actuel internat, alors que les conditions de la formation par les certificats d'études spéciales en sont fort éloignées. C'est la raison pour laquelle la *commission présidée par M. Fougère*, Conseiller d'Etat, a été chargée d'établir un projet de réforme ayant pour objectif d'adapter la formation des médecins spécialistes aux directives de la C. E. E., et de supprimer l'hétérogénéité des différentes catégories d'internat. La commission poursuit ses travaux dans ce sens et déposera un rapport à la fin de cette année 1976.

Elle a remis à la fin du mois de juin au Premier Ministre un pré-rapport sur les sujets qui ont été soumis à son étude et relatifs à un éventuel aménagement des conditions d'accès aux études médicales, à une modification des épreuves de sélection à la fin de la première année du premier cycle, à une réforme du programme d'enseignement du premier cycle, à un réaménagement des études à l'intérieur du deuxième cycle des études, aux possibilités et modalités d'organisation du troisième cycle de formation spécifique du médecin généraliste, conformément aux conclusions du rapport déposé au mois de mai 1975.

La commission poursuit son étude des problèmes de la formation des médecins spécialistes et de la réforme de l'internat, et des possibilités réelles d'organisation de stages des étudiants de troisième cycle auprès de praticiens en exercice. Une enquête sur un échantillon de 1 750 praticiens a été lancée par le Ministre de la Santé sur ce dernier point ; ses résultats seront connus à la fin de l'année 1976.

VI. — Exercice de la médecine.

Votre commission a interrogé le Ministre sur le point de savoir quel crédit il fallait attacher aux informations relatives à l'étude d'un système se rapprochant de la P. S. R. O. mise en place aux Etats-Unis.

Il lui a été indiqué que les Professional Standards Review Organizations (ou organismes de contrôle de normes professionnelles) ont fait l'objet d'une étude approfondie par le ministère de la santé et par un séminaire de l'Ecole nationale d'administration ; celui-ci a permis de recueillir et de faire la synthèse des réactions personnelles de différentes personnalités du monde médical ou des administrations et organismes, intéressés aux problèmes de santé, mais il a été précisé qu'aucun projet de création d'un tel système applicable à la France n'était actuellement en préparation au Ministère de la Santé.

Par ailleurs, M. Ordonneau, Conseiller d'Etat, a remis à la fin du mois de juin deux rapports portant l'un sur la Formation médicale continue, l'autre sur l'Implantation médicale. Ces rapports font actuellement l'objet d'études de la part des administrations concernées, cependant que la commission poursuit ses travaux sur la médecine salariée.

VII. — La politique psychiatrique.

a) *Les méthodes.*

La sectorisation psychiatrique continue de déplacer la pratique des soins en institutions vers une politique d'action et de traitements ambulatoires dans la communauté au moyen d'équipes pluridisciplinaires implantées au sein de la population.

Elle est à la fois préventive et thérapeutique.

Une enquête, lancée en 1975, a permis de faire comme suit le point de l'état d'avancement de la sectorisation :

— 93 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 ;

— 94 départements ont passé des conventions de secteur pour la psychiatrie générale ;

— 73 ont passé convention pour la psychiatrie infanto-juvénile ;

— 75 départements ont constitué des conseils de santé mentale de secteur.

b) *Le personnel.*

L'action du personnel reste déterminante dans le dispositif sectoriel intra et extra-hospitalier et en conditionne l'officiance.

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

Les médecins des hôpitaux publics spécialisés en psychiatrie sont actuellement, en comptant les chefs de secteurs, les assistants et les adjoints, au nombre de 1015 (à titre de comparaison ils n'étaient que 600 en 1968).

Pour l'année 1976, 33 nouveaux postes de chefs de secteur ont été créés et déjà pourvus. D'autres créations, une trentaine, doivent intervenir avant la fin de l'année.

En ce qui concerne les assistants, un concours, ouvert au début de cette année, a permis de recruter 50 médecins. Un second était prévu à l'automne pour 90 postes.

L'effectif des infirmiers psychiatriques comprenait, au 1^{er} janvier 1975, 42 818 infirmiers, dont 768 dans les territoires d'outre-mer.

Le personnel en formation au cours de l'année 1975-1976 est d'environ 8 500 élèves.

Les efforts de formation et de recrutement de personnels qualifiés doivent demeurer un des objectifs essentiels de l'année 1977. On note déjà une progression satisfaisante puisque, lors du précédent recensement, il y avait 40 207 infirmiers (dont 748 dans les territoires d'outre-mer) et 8 100 élèves en formation.

EQUIPEMENT

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

On peut signaler :

- l'ouverture en 1975 et au début de 1976 de 18 services (1) ;
- le financement au cours de l'année 1975 de 11 services au titre de l'humanisation et de 10 au titre du plan de soutien. Ces services devraient ouvrir dans le courant de 1977 ou au début de 1978 ;
- sur le budget de 1976, 9 opérations seront financées au titre de l'humanisation.

(1) Les services en unités de soins normalisés comportent généralement un ensemble de 100 lits et 36 places en hôpital de jour et de nuit auxquels s'ajoutent des locaux techniques, sociaux et administratifs.

En 1977, l'accent continuera à être mis sur les opérations d'humanisation dans les hôpitaux psychiatriques :

— par aménagement des locaux existants, assorti nécessairement de la réduction de leur actuelle capacité ;

— par la construction de services de psychiatrie dans les centres hospitaliers ;

— par la poursuite des opérations engagées.

Il faut noter également le développement du nombre et de l'activité des dispensaires et points de consultation : 1 750 en 1974 avec 394 000 consultants, au lieu de 1 043 en 1971 avec 303 000 consultants.

VIII. — Application de la loi d'orientation en faveur des handicapés.

En application de son article 62, les dispositions de la loi d'orientation du 30 juin 1975 doivent être mises en œuvre avant le 31 décembre 1977 à des dates fixées par décret.

Le calendrier établi en fonction des délais ainsi fixés a donné lieu à ce jour à la parution des décrets rappelés ci-après :

— Décret n° 75-692 du 30 juillet 1975 instituant un Conseil national consultatif des personnes handicapées (*Journal officiel* du 2 août 1975).

— Décret n° 75-1166 du 15 décembre 1975 pris pour l'application de l'article 6 de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation et relatif à la composition et au fonctionnement de la commission de l'éducation spéciale et des commissions de circonscription (*Journal officiel* du 19 décembre 1975).

— Décret n° 75-1195 du 16 décembre 1975 portant application des dispositions relatives à l'allocation d'éducation spéciale prévue aux articles L. 543-1 à L. 543-3 du Code de la Sécurité sociale, modifiés par la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées (*Journal officiel* du 23 décembre 1975).

— Décret n° 75-1196 du 16 décembre 1975 modifiant les dispositions du décret n° 64-225 du 11 mars 1964 modifié, pris en application des articles L. 527, L. 543-1 et L. 543-2 du Code de la Sécurité sociale (*Journal officiel* du 23 décembre 1975).

— Décret n° 75-1197 du 16 décembre 1975 portant application des dispositions de la loi d'orientation en tant qu'elle concerne l'allocation aux adultes handicapés atteints d'une incapacité permanente au moins égale à 80 % (*Journal officiel* du 23 décembre 1975).

— Décret n° 75-1198 du 16 décembre 1975 fixant le montant de l'allocation d'éducation spéciale prévue aux articles L. 543-1 à L. 543-3 du Code de la Sécurité sociale (*Journal officiel* du 23 décembre 1976).

— Décret n° 75-1199 du 16 décembre 1975 fixant le montant de l'allocation aux adultes handicapés instituée par la loi d'orientation (*Journal officiel* du 23 décembre 1975).

— Décret n° 76-153 du 13 février 1976 relatif à l'assurance vieillesse des mères ayant au foyer un enfant handicapé (*Journal officiel* du 15 février 1976).

— Décret n° 76-389 du 15 avril 1976 complétant le décret n° 56-284 du 9 mars 1956 modifié fixant les conditions techniques d'agrément des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux (*Journal officiel* du 4 mars 1976).

— Décret n° 76-478 du 2 juin 1976, modifié par le décret n° 76-707 du 21 juillet 1976 (3^e partie), et relatif à la composition et au mode de fonctionnement de la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel prévue à l'article L. 323-11 du Code du travail (*Journal officiel* du 4 juin 1976).

— Décret n° 76-479 du 2 juin 1976 portant abrogation ou modification de certaines dispositions du chapitre III du titre II du Livre III du Code du travail (2^e partie) relative aux travailleurs handicapés (*Journal officiel* du 4 juin 1976).

— Décret n° 76-493 du 3 juin 1976 adaptant les juridictions du contentieux technique de la Sécurité sociale au jugement des recours formés contre les décisions des commissions départementales de l'Éducation spéciale (*Journal officiel* du 6 juin 1976).

— Décret n° 76-494 du 3 juin 1976 adaptant les juridictions du contentieux technique de la Sécurité sociale au jugement des recours prévus par l'article L. 323-11-1, dernier alinéa, du Code du travail (*Journal officiel* du 6 juin 1976).

— Décret n° 76-707 du 21 juillet 1976, portant modification du décret n° 76-478 du 2 juin 1976, modifiant le Code du travail (3^e partie) et relatif à la composition et au mode de fonctionnement

de la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel prévue à l'article L. 323-11 du code du travail (*Journal officiel* du 29 juillet 1976).

— Décret n° 76-769 du 9 août 1976 relatif à la date d'entrée en vigueur de certaines dispositions de la loi d'orientation.

Il convient de préciser que la mise en place des commissions départementales de l'éducation spéciale qui a fait l'objet d'une circulaire des Ministère de l'Education et de la Santé du 22 avril 1976 est pratiquement achevé, et que ces commissions pourront effectivement fonctionner dans leur ensemble au cours du quatrième trimestre 1976. En tout état de cause, et malgré la diligence apportée à la substitution des nouvelles structures aux anciennes, des retards inhérents aux procédures instituées (désignation des membres des commissions, rédaction, impression et diffusion de nouveaux imprimés, liaison à établir entre les caisses d'allocations familiales et les directions départementales de l'action sanitaire et sociale) ont pu malheureusement être constatés. Ils ne portent toutefois aux bénéficiaires potentiels de la nouvelle allocation d'éducation spéciale, aucun autre préjudice que l'attente et l'effet de l'érosion monétaire puisque pour les anciens bénéficiaires de l'allocation instituée par la loi du 13 juillet 1971, la nouvelle prestation prendra effet du 1^{er} octobre 1975. Quant aux handicapés mineurs qui demandent le bénéfice de la loi du 30 juin 1975, ils pourront percevoir également cette nouvelle prestation avec effet rétroactif au 1^{er} octobre 1975 dès l'instant que leur demande a été formulée avant le 1^{er} août 1976.

En ce qui concerne l'allocation aux adultes handicapés, la parution plus tardive du décret concernant la composition des commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel ne pénalisera pas pour autant les bénéficiaires potentiels de cette prestation. Pour les handicapés recevant l'allocation prévue par la loi du 13 juillet 1971, la nouvelle prestation sera acquise de droit. Quant aux nouveaux postulants, ils vont pouvoir sans attendre la décision des commissions précitées faire valoir leur droit par production de la carte d'invalidité attestant d'un pourcentage supérieur à 80 %.

Par ailleurs, un certain nombre de groupes de travail poursuivent actuellement l'étude des textes d'application des articles 8 (Frais de transport), 19 (Ateliers protégés et centres de distribution

de travail à domicile), 32 à 34 (Garanties de ressources), 46 (Création d'établissements ou services d'accueil ou de soins), 49 (Accessibilité des locaux d'habitation et des bâtiments publics), 52 (Organisation des transports).

Enfin, le décret n° 76-769 du 8 août 1976 ci-dessus mentionné rend immédiatement applicables les dispositions des articles 1^{er}, 5, 11, 12, 15-I, 16, 22, 23, 24, 25, 26, 29 et 55 de la loi d'orientation.

Ce même texte rend également applicables, mais à compter du 1^{er} septembre 1976, les dispositions des articles 7, 44 et 45 de ladite loi.

La mise en vigueur des autres articles devrait être assurée dans les délais prévus, de nouveaux groupes de travail devant entreprendre l'élaboration des textes nécessaires avant la fin de l'année 1976.

IX. — Le programme de création de crèches collectives et familiales.

Le programme de création de crèches collectives et familiales a été réalisé en 1975 et 1976 dans les conditions suivantes :

Construction.

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 ont affecté 40 millions à la réalisation de crèches.

En 1976, 110 millions ont été délégués aux préfets de région et les informations fragmentaires reçues jusqu'à présent permettent d'évaluer à 40 millions les crédits utilisés pour subventionner des nouveaux projets de crèches.

Parallèlement, une nouvelle opération « 100 millions » sur fond 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 affectées au Fonds national d'action sanitaire et sociale de la Caisse nationale des allocations

familiales pour aider la construction de crèches : ces subventions sont venues compléter, pour les mêmes opérations et pour le même montant, les subventions accordées sur fonds d'Etat.

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

Le nombre de places en crèches collectives ou familiales ouvertes en 1975 grâce à l'ensemble des aides n'est pas encore connu avec précision. Il a été de 4 547 places en 1974.

Fonctionnement.

Le coût de la journée d'accueil en crèche d'un enfant a été en moyenne de 50 F en 1975. Ce coût est un frein à l'investissement et il convient de rechercher les aides possibles.

En premier lieu, il faut 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.

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 ou ne leur laisser que la participation qu'elles sont en mesure de supporter en raison de leurs ressources. Il faut apporter aux crèches une certaine sécurité de couverture des charges de fonctionnement.

A partir du 1^{er} janvier 1975, le plafond du prix de journée, servant de base au calcul de la prestation, a été porté de 35 à 50 F. La prestation de services correspondant à 30 % de ce prix a donc été de 15 F en 1975. En 1976, le plafond a été porté à 54 F et la prestation de service à 16,20 F. Par un assouplissement des conditions d'attribution, l'allocation pour frais de garde

(291,35 F depuis le 1^{er} juillet 1976) est accordée à un plus grand nombre de familles, la participation des familles étant calculée en tenant compte du fait qu'elles perçoivent cette prestation.

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

X. — Les personnels paramédicaux.

A. — LES EFFECTIFS EN FORMATION ET EN FONCTION

Les sages-femmes.

La profession de sage-femme étant, compte tenu des dispositions du titre premier du Livre IV du Code de la santé publique, une profession médicale à compétence limitée et non une profession paramédicale, nous évoquerons cependant de manière rapide les problèmes qui lui sont propres.

Formation.

— 530 diplômes d'Etat (dont 4 à titre étranger) ont été délivrés en 1975 ;

— 1 784 élèves étaient en cours d'études pendant l'année scolaire 1975-1976, se répartissant en 29 écoles publiques (1 641 élèves = 91,9 % de l'effectif total) et 3 écoles privées (143 élèves = 8,1 %).

Etat de la profession.

Au 1^{er} janvier 1975, on compte 8 803 personnes en activité (dont 1 963 pour la région parisienne), soit une densité de 16,7 pour 100 000 habitants. Les besoins paraissent être couverts par le flux de formation. Il n'existe donc pas de pénurie pour cette profession.

b) *Personnels infirmiers, formation.*

Préparation au diplôme d'Etat d'infirmier.

11 578 diplômes ont été délivrés en 1975. 36 050 élèves (1^{re} année : 19 725 ; 2^e année : 16 325) étaient en cours d'études en octobre 1975, soit une augmentation de 8,8 % par rapport à l'année précédente, se répartissant entre 262 écoles publiques et 61 écoles privées. En outre, 14 147 élèves ont effectué la 6^e période de septembre 1975 à janvier 1976 (date du diplôme d'Etat d'infirmier ou d'infirmière). En janvier 1976, a été effectuée une seconde rentrée avec un effectif de 2 492 élèves et l'ouverture de 5 nouvelles écoles, dont 1 privée.

Préparation au diplôme d'Etat de puéricultrice.

690 diplômes d'Etat ont été délivrés en 1975.

872 élèves étaient en cours d'études en 1975-1976, se répartissant entre 25 écoles publiques (605 élèves, soit 69,4 %) et 6 écoles privées (267 élèves, soit 30,6 %).

Préparation au diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique.

3 480 diplômes d'infirmier de secteur psychiatrique ont été délivrés en 1975.

8 500 élèves étaient en cours de formation en 1975-1976.

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

Diplômes délivrés :

Aides-anesthésistes : 240 en 1975 ;

Surveillants : 418 en 1975, soit une augmentation de 18,4 % par rapport à l'année précédente ;

Moniteurs : 258 en 1975, soit une augmentation de 61,2 % par rapport à l'année précédente.

Nombre d'élèves dans les écoles en 1975-1976 :

Aides-anesthésistes : 615 ;

Cadres infirmiers (décret du 9 octobre 1975) : 604 en formation continue, 78 en formation discontinuée.

Etat de la profession.

Au 1^{er} janvier 1975, on compte 187 531 infirmiers (infirmières) inscrits sur les listes des directions départementales de l'action sanitaire et sociale de la métropole, soit une densité de 356,1 pour 100 000 habitants. On compte en outre 3 245 infirmiers (infirmières) en activité dans les quatre Départements d'Outre-Mer.

Ils se répartissent en :

Diplômés d'Etat : 124 231 + 2 138 dans les Départements d'Outre-Mer ;

Autorisés, auxiliaires sanatoriaux : 21 250 + 339 dans les Départements d'Outre-Mer ;

Psychiatriques : 42 050 + 768 dans les Départements d'Outre-Mer.

La seule pénurie sérieuse dans les hôpitaux est encore celle du personnel infirmier. Les diverses mesures de revalorisation de la profession, l'aménagement du travail à temps partiel, les possibilités plus grandes de promotion grâce à la création du grade d'infirmière générale, l'accroissement des effectifs des écoles d'infirmières laissent entrevoir une atténuation progressive de ces difficultés. Mais celles-ci demeurent et demeureront sans doute pour longtemps considérables.

c). — *Autres personnels paramédicaux.*

1. Masseurs-kinésithérapeutes.

Formation :

1 672 diplômes d'Etat ont été délivrés en 1975 ;

6 782 élèves étaient en cours d'études en 1975-1976, répartis dans 36 écoles dont 4 pour les mal voyants et non voyants.

Etat de la profession :

Au 1^{er} janvier 1975, on compte 28 076 masseurs-kinésithérapeutes en activité en métropole et 101 dans les Départements d'Outre-Mer, soit une densité de 53,3 pour 100 000 habitants.

On ne constate pas de pénurie pour cette profession.

2. Pédicures.

Formation :

310 diplômes d'Etat ont été délivrés en 1975.

814 élèves étaient en cours d'études en 1975-1976.

Etat de la profession :

Au 1^{er} janvier 1975, on compte 6 019 pédicures en activité, soit une densité de 11,4 pour 100 000 habitants. Parmi eux, 2 000 exercent libéralement et sont, à ce titre, inscrits à la caisse de retraite.

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

3. Orthophonistes et orthoptistes.

Au 1^{er} janvier 1975, on compte 4 871 orthophonistes en activité, soit une densité de 9,3 pour 100 000 habitants, 644 orthoptistes en activité et 1 017 audioprothésistes en activité.

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

Diplômes d'Etat délivrés en 1975 :

Laborantins d'analyses médicales : 434 ;

Manipulateurs d'électroradiologie : 550.

Elèves en cours d'études en 1975-1976 :

Laborantins d'analyses médicales : 999 ;

Manipulateurs d'électroradiologie : 1 178.

*

* *

En ce qui concerne les puéricultrices exerçant dans les crèches, un statut est en cours d'élaboration au Ministère de l'Intérieur qui prévoit une carrière plus courte et l'accès au deuxième niveau ouvert à toutes après deux ans passés au 8^e échelon.

XI. — Le service de santé scolaire.

I. — SITUATION RÉELLE, EN 1976, ET AMÉLIORATIONS INTERVENUES DEPUIS 1975

A. — Moyens en personnels.

1. Effectifs.

a) Personnel titulaire et contractuel :

La situation des effectifs réels du personnel titulaire et contractuel de santé scolaire pour l'année 1976 s'établit comme suit par rapport à 1975.

	1975 (fin juillet).	1976 (20 juillet 1976).
Médecins chargés de la santé scolaire au niveau du département et médecins de secteur.....	976	986
Assistants sociaux chefs, responsables au niveau du département et assistantes sociales de secteur.....	1 353	1 422
Infirmières spécialisées auprès du médecin chargé de la santé scolaire au niveau du département (Inf. de secteur et adjointes)	1 150	1 283

b) Personnel vacataire :

Les effectifs traduits en « équivalents temps plein » de vacataires et de médecins à l'acte (un vacataire équivalent temps plein d'une catégorie donnée correspond à un agent ou à plusieurs agents de cette catégorie effectuant au total onze vacations de trois heures par semaine) s'établissaient ainsi qu'il suit, à la fin de l'année scolaire 1975-1976.

Vacataires « équivalents temps plein » :

Médecins	460
Chirurgiens-dentistes	10
Assistants sociales	59
Infirmières	242
Secrétaires	890

2. Améliorations intervenues depuis 1975
en ce qui concerne les personnels.

a) Améliorations quantitatives :

Création de cinquante emplois d'infirmières au budget de 1976 ;

Désignation, parmi ce corps, de vingt-huit infirmières spécialisées auprès du médecin de liaison, chargées d'animer et de coordonner le travail des infirmières de secteur.

b) Améliorations qualitatives :

Elles se sont traduites principalement par la poursuite, au cours de l'année scolaire 1975-1976, d'actions de formation et de perfectionnement en faveur des médecins, assistantes sociales et infirmières.

Action de perfectionnement.

Nombre
de participants.

Perfectionnement :

— des médecins de secteur des régions Bourgogne, Franche-Comté, Bretagne, Languedoc-Roussillon, Pays de la Loire.....	164
— des assistantes sociales de secteur des régions Poitou-Charentes, Basse-Normandie, Haute-Normandie, Picardie, Bourgogne, Midi-Pyrénées, Franche-Comté, Centre, Alsace-Lorraine, Champagne, Auvergne, Limousin, région parisienne.....	505
— des infirmières et adjointes de secteur des régions parisienne, Alsace, France-Comté, Lorraine, Midi-Pyrénées, Aquitaine, Bourgogne, Languedoc-Roussillon, Limousin, Nord - Pas-de-Calais, Rhône-Alpes, Bretagne, Provence-Côte d'Azur....	322

	Nombre de participants.
— Initiation aux techniques de communications pour les personnels responsables au niveau du département (4 sessions) :	—
Médecins	8
Assistants sociaux chefs	15
Infirmières	7
— Etude des relations et communications au sein de l'équipe de santé scolaire pour les médecins responsables au niveau du département.....	20
Assistants sociaux chefs.....	20

Actions de formations complémentaires.

Médecins :

— Travaux de groupe.....	31
— Cours d'orientation scolaire et professionnelle	30

Sessions d'information sur la réadaptation des enfants et adolescents handicapés physiques et psychiques (Vence).

Médecins	13
Infirmières et adjointes	24

Réflexion sur les orientations de la santé scolaire pour les responsables au niveau du département :

Médecins	81
Assistants sociaux	87
Infirmières spécialisées	26

c) Amélioration de la situation des personnels :

En ce qui concerne le personnel à plein temps, aucune modification n'a été apportée.

En ce qui concerne le personnel vacataire de santé scolaire, un arrêté du 15 décembre 1975 a accordé une revalorisation des taux des indemnités de vacation, avec effet au 1^{er} avril 1975.

Un arrêté proposant une nouvelle revalorisation d'environ 10 % de ces taux, à compter du 1^{er} janvier 1976, est actuellement en cours de signature.

Il a été admis que les secrétaires de santé scolaire, remplissant certaines conditions, pourraient être intégrées dans le cadre des agents de bureau et acquérir ainsi une position d'agent titulaire.

Par ailleurs, le décret n° 76-695 du 21 juillet 1976, élaboré par le Secrétariat d'Etat chargé de la Fonction publique, et qui concerne les avantages sociaux des personnels non titulaires de l'Etat, apporte à ces personnels un certain nombre de garanties, notamment en matière de congé.

B. — *Moyens en matériel.*

Au cours de l'année scolaire 1975-1976, une amélioration a été réalisée dans l'équipement des centres médico-scolaires et des cabinets médicaux par l'acquisition de nouveaux matériels, notamment en matière de dépistage des troubles sensoriels et en vue d'actions d'éducation de la santé (moyens audiovisuels) plus nombreuses et plus efficaces.

Un programme de remplacement des caméras de format 7×7 par des caméras de 11×11 sur les appareils de radiophotographie équipant les camions de dépistage du Service de santé scolaire a été entrepris. Dix de ces camions ont déjà été équipés de ce nouveau matériel ou sont en cours d'équipement. Ces caméras permettront d'obtenir de meilleurs clichés et de supprimer la double lecture des radiophotographies.

Le renouvellement du parc automobile s'est traduit par l'acquisition, en 1976, de 22 véhicules légers.

En ce qui concerne les imprimés utilisés par le service de santé scolaire, l'examen des simplifications à y apporter et la recherche de la diminution de leur nombre sont poursuivis par des groupes de travail.

C. — *Activités du service.*

On trouvera leur détail dans les tableaux annexes du présent avis :

Tableau n° 1 : bilan général.

Tableau n° 2 : bilan d'activité, proportion des différents examens.

Tableau n° 3 : ventilation de ces bilans.

Tableau n° 4 : dépistage radiologique des élèves et du personnel.

La dernière campagne de vaccination contre la rubéole, en milieu scolaire, effectuée au titre du programme finalisé « périnatalité » a eu lieu en 1975. Toutefois, en 1976, une action limitée a été entreprise dans les départements de Bretagne et en Mayenne, en vu d'expérimenter l'association du vaccin DT-rubéole.

Trois camions de dépistage des affections bucco-dentaires (dans le Nord, l'Oise et le Rhône) chez les enfants de six à neuf ans ont fonctionné, mais les résultats obtenus ne permettent pas encore de voir si cette expérience doit être étendue à d'autres départements.

L'expérience de brossage des dents dans quelques écoles maternelles de cinq départements s'est poursuivie. Cette action sera développée en liaison avec les parents et les enseignants.

Le projet d'arrêté portant création d'une commission départementale des restaurants d'enfants est intervenu le 23 octobre 1975 (*Journal officiel* du 29 novembre 1975). Une circulaire d'application de cet arrêté est en préparation.

II. — DÉFICITS CONSTATÉS, RÉGION PAR RÉGION, PAR RAPPORT AUX NORMES MINIMALES

En moyenne, il existe :

Un médecin scolaire de secteur titulaire ou contractuel pour 12 000 élèves ;

Une assistante sociale pour 8 600 élèves ;

Une infirmière pour 7 000 élèves.

Ces chiffres appellent les observations suivantes :

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

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

III. — PERSPECTIVES POUR 1977

Le projet de budget prévoit :

- d'une part, la création de 85 emplois de médecins contractuels (avec suppression corrélative de 105 emplois vacants de médecins de l'ancien cadre de l'inspection de la santé) ;
- d'autre part, la transformation de 100 emplois d'adjoints de santé scolaire en 100 emplois d'infirmières.

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

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

IV. — PROJET DE RÉORGANISATION OU DE RÉORIENTATION DU SERVICE

A la suite des travaux du groupe présidé par M. Grégoire, un décret, en cours de signature, prévoit la création de nouvelles structures destinées à remplacer le Comité interministériel des problèmes médicaux et sociaux scolaires créé par le décret n° 64-784 du 30 juillet 1964. Il s'agit d'un comité consultatif et d'un groupe permanent pour l'étude des actions médicales, paramédicales et sociales, liées à la scolarité des enfants et des adolescents. Ce comité consultatif comprend des représentants des organisations syndicales représentatives de personnel concourant à ces actions et des représentants des fédérations et unions nationales des associations de parents d'élèves. Le groupe permanent est composé de représentants des ministres intéressés. Ces deux organismes seront présidés par une même personnalité choisie en dehors des ministères intéressés et désignée par arrêté du Ministre de l'Éducation et du Ministre de la Santé.

Il appartiendra à ces nouvelles instances de définir les orientations nouvelles du service de santé scolaire.

XII. — Planification familiale et interruption volontaire de grossesse.

A. — En 1976, l'application de la politique de planification familiale et de régulation des naissances s'est poursuivie de manière satisfaisante.

a) Métropole.

1. *Etablissements d'information, de consultation ou de conseil familial :*

Au 1^{er} août 1976, 283 établissements, disposant fréquemment de plusieurs permanences, avaient reçu un avis favorable de la Commission chargée de contrôler les déclarations et 228 d'entre eux (contre 158 en 1975) avaient passé avec l'Etat une convention qui leur permet de recevoir une subvention de 15 F par heure de conseil conjugal et familial assurée.

Une première délégation de crédits d'un montant de 2 756 670 F correspondant à 183 778 heures de consultation assurées a été versée à 208 établissements. Une deuxième délégation de crédits sera versée prochainement aux autres établissements conventionnés.

Par ailleurs, des subventions de fonctionnement, pour un montant total de 1 497 550 F, ont été versées aux sept organismes nationaux qui ont créé des établissements.

2. *Centres de planification ou d'éducation familiale :*

Il est rappelé qu'un arrêté de délégation de pouvoir est intervenu le 29 août 1975, aux termes duquel l'agrément des centres de planification ou d'éducation familiale serait désormais donné par les préfets. Il est ainsi devenu plus difficile de connaître de manière précise le nombre de centres agréés, les arrêtés d'agrément parvenant avec quelque retard à l'administration centrale ; on peut cependant évaluer celui-ci environ à 300 et une enquête est actuellement en cours auprès de chaque département afin de faire une évaluation exacte en ce domaine.

Une circulaire du 29 octobre 1975 a adressé aux départements des instructions précises concernant l'agrément et le fonctionnement des centres ; elle a notamment indiqué les conséquences pratiques de certaines dispositions de la loi du 4 décembre 1974 et de son décret d'application n° 75-316 du 5 mai 1975 ; l'intégration des

centres de planification ou d'éducation familiale dans les centres de P. M. I. de circonscription, implique la prise en charge de leurs frais de fonctionnement dans des conditions comparables à celles envisagées pour les consultations de P. M. I., et deux situations peuvent ainsi se présenter :

— si le centre est directement géré par le Service départemental d'action sanitaire et sociale ; ce dernier assure la totalité de son fonctionnement financier ;

— si le centre est géré par un établissement hospitalier public, une collectivité publique ou association privée, une convention avec le Service départemental de P. M. I. permet la prise en charge d'une partie des dépenses du centre.

Il est à noter que 54 % des centres agréés sont gérés par les hôpitaux, 21 % par des établissements publics, 14 % par des associations privées et 11 % seulement par les services départementaux de P. M. I. Or, il paraît souhaitable de promouvoir le développement de ces derniers, ce qui permettrait de ne pas isoler les problèmes de régulation des naissances des autres problèmes touchant à la maternité et à l'enfance. Un effort est donc actuellement envisagé en ce sens.

3. Conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale et Centre d'information et de documentation sur la vie sexuelle, la maternité et la régulation des naissances :

Le Conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale a étudié, en consultant les représentants des personnes concernées et des spécialistes de l'information, les moyens les mieux adaptés pour développer l'éducation sexuelle, l'information sur les problèmes de la fécondité et de la régulation des naissances, notamment en milieu scolaire, dans les entreprises, en milieu rural par l'entremise des membres des professions médicales et para-médicales et des représentants de la presse écrite, parlée et télévisée.

La création du centre d'information a permis la mise en place d'un service de renseignements par téléphone destiné aux associations spécialisées comme au public, et d'un service de documentation, qui connaissent un succès important.

Le budget de ces deux organismes, d'un montant total de 1 561 115 F a été entièrement financé par des subventions du Ministère de la Santé.

b) *Départements d'Outre-Mer.*

Il existe actuellement 5 établissements dans les départements de la Réunion, de la Martinique et de la Guadeloupe. Trois d'entre eux sont conventionnés et ont bénéficié cette année d'une subvention de 36 135 F pour 2 409 heures de consultation assurées.

Par ailleurs, l'arrêté du 4 mars 1976 relatif aux établissements de la Guyane permet désormais la création d'établissements dans ce département.

Il existe 16 centres de planification ou d'éducation familiale fonctionnant dans les Départements d'Outre-Mer (Guadeloupe : 7, Martinique : 2, Réunion : 7).

B. — *En ce qui concerne les incidences démographiques de cette politique, on ne relève pas d'élément nouveau par rapport à 1975.*

Nous rappellerons seulement que la politique de régulation des naissances vise à permettre aux couples d'avoir des enfants au moment où ils le désirent, et non à limiter les naissances. Elle est inséparable d'une politique de la famille que votre commission voudrait plus audacieuse. Dans cette voie, la loi n° 76-617 du 9 juillet 1976 ne marque qu'un premier pas, bien timide.

XIII. — La recherche médicale.

La politique scientifique actuelle de l'I. N. S. E. R. M. est définie en étroite liaison avec les groupes chargés d'élaborer les objectifs prioritaires en matière de recherche médicale, au sein de la commission « Recherche » du VI^e puis du VII^e Plan. Dans ce cadre, une politique d'objectifs a été progressivement établie, visant à finaliser une partie de la recherche vers des buts scientifiques ou socio-économiques et à fixer des priorités.

Parmi les principaux objectifs prioritaires de l'I. N. S. E. R. M. au cours du VI^e Plan, il faut d'abord citer les recherches en périnatalogie et développement, dans le but de contribuer à la solution des problèmes posés par la mortalité périnatale, les

malformations congénitales et handicaps de tous ordres. Des à finaliser une partie de la recherche vers des buts scientifiques qu'en matière de retombées socio-économiques.

Par ailleurs, un effort a été fait sur le plan scientifique en neurobiologie, hormonologie, immunologie, domaines dans lesquels existait un noyau de chercheurs de qualité.

La situation dans un certain nombre d'autres secteurs importants pour la collectivité était caractérisée par une faiblesse considérable du potentiel scientifique de l'Institut. Ce sont essentiellement les domaines suivants :

- le médicament ;
- le génie biologique et médical ;
- la biologie du comportement et la santé mentale.

Une action a été accomplie en vue de sensibiliser le corps des chercheurs à ces sujets et d'amorcer la formation du potentiel scientifique indispensable à un effort ultérieur plus important.

Les propositions de l'I. N. S. E. R. M. au titre du VII^e Plan ont été définies à partir des trois principes suivants :

1° Les instructions du Gouvernement, qui précisent que les objectifs prioritaires en matière de recherche doivent être choisis dans les domaines ci-dessous :

- recherches à finalité économique représentant un fort impact collectif ;
- recherches à finalité agronomique et industrielle favorisant la croissance, les exportations et l'indépendance nationale ;
- recherches de base dont dépend la qualité des recherches finalisées.

2° La conviction qu'une recherche bien orientée peut contribuer à la solution des problèmes qui se posent à la collectivité. Les dépenses de santé sont actuellement en croissance rapide, comme en témoigne le déficit de la Sécurité sociale. La recherche médicale peut contribuer simultanément à une amélioration de la prévention et de la qualité des soins, et permettre de réduire un certain nombre de dépenses inutiles.

3° La nécessité de maintenir un équilibre rigoureux entre recherche fondamentale et recherche appliquée en vue de mener

simultanément une politique de retombée socio-économique à court, moyen et long terme, et surtout de maintenir le principe de fécondation réciproque de ces deux secteurs.

L'application de ces trois principes a abouti à la définition de deux catégories d'objectifs prioritaires suivant les finalités auxquelles elles se rattachent, finalité sanitaire et finalité scientifique.

A. — RECHERCHES PRIORITAIRES A FINALITÉ SANITAIRE

Le choix d'objectifs prioritaires a été guidé par les principes suivants :

— définir, au sein des problèmes de santé, d'une hiérarchie ne tenant compte que de leur incidence socio-économique (mortalité, morbidité, nombre de jours d'hospitalisation, nombre de consultations, etc.) ;

— évaluer la valeur du potentiel scientifique existant ou susceptible d'être créé rapidement dans chacun des secteurs évoqués ;

— disposer d'hypothèses de recherche permettant d'espérer une solution de ces problèmes dans un délai raisonnable ;

— tenir compte de l'influence de la recherche bio-médicale sur la qualité et le niveau des soins dispensés.

L'application de ces premiers principes fait apparaître très nettement que les objectifs prioritaires dans le domaine desquels la pathologie pèse le plus lourdement sur le plan socio-économique et pour lesquels le pays dispose du potentiel de recherche indispensable à des hypothèses de travail raisonnables sont les suivants :

— génétique, malformations congénitales et périnatalogie (génétique et cyto-génétique, avec les mutations et les aberrations chromosomiques, fécondation et stérilité, grossesse et prématurité, développement de l'enfant entre la naissance et la puberté) ;

— système nerveux, santé mentale et comportement (cet objectif recouvre les différents aspects de l'activité du cerveau normal et pathologique dans ses aspects biologiques et mentaux).

Sont également à développer les recherches dans les domaines suivants :

— le médicament (synthèse, pharmacologie, toxicologie) ;

— la recherche en santé publique (épidémiologie descriptive), en vue d'une meilleure connaissance de la situation sanitaire du pays ;

— l'épidémiologie causale, avec ses incidences sur la politique de prévention (optimisation de la distribution des soins et économie de la santé).

En deuxième priorité apparaissent :

- le cancer ;
- les affections cardio-vasculaires ;
- les affections pulmonaires,

problèmes majeurs pour lesquels des équipes existent, mais dont les solutions parfaites demeurent, à ce jour, hypothétiques.

B. — OBJECTIFS PRIORITAIRES A FINALITÉ SCIENTIFIQUE

Deux objectifs scientifiques ont été retenus d'une façon prioritaire :

— l'immunologie : cet objectif recouvre la biologie et la pathologie du système immunitaire proprement dit, ainsi que toutes les actions normales et pathologiques de ce système sur l'ensemble des organes. Son développement aura des incidences directes dans les domaines suivants : cancer, greffe d'organes, néphrologie, sans oublier certaines affections dégénératives du cerveau. Enfin, on peut penser que, grâce au développement de cette discipline, des progrès importants seront accomplis dans la compréhension de la pathologie, cardio-vasculaire, la pathologie du troisième âge et de la rhumatologie.

— la microbiologie et notamment le développement des recherches en manipulation génétique.

Les moyens budgétaires de l'I. N. S. E. R. M.

Le tableau ci-joint montre les éléments dont a disposé l'I. N. S. E. R. M. en 1975 et 1976. Il est à noter que le budget de 1976 a été marqué par une modification profonde de la nomenclature budgétaire puisque la totalité des crédits de fonctionnement hors personnel, dits « crédits de soutien des programmes », ont été transférés en autorisations de programme. Cela explique la différence constatée entre les chiffres de 1975 et de 1976 concernant les crédits de fonctionnement.

Éléments budgétaires.

	1975	1976
<i>Fonctionnement.</i>		
Crédits	236 255 710	194 536 319
Personnel :		
Chercheurs	1 064	1 120
I. T. A.....	1 840	1 898
<i>Autorisations de programme.</i>		
Soutien des programmes.....	»	84 240 000
Équipement	26 075 000	22 000 000
A. T. P.....	16 600 000	25 600 000
Opérations immobilières.....	5 325 000	4 700 000

Les réformes administratives.

Les réformes introduites dans l'organisation administrative ont porté sur le personnel scientifique, la décentralisation en province des activités de l'I. N. S. E. R. M., les modalités de financement de la recherche.

Les mesures se rapportant au personnel scientifique ont eu essentiellement pour objet de rendre le chercheur directement responsable de ses activités de recherche, notamment grâce aux contrats de recherche dorénavant signés par les chercheurs eux-mêmes.

On s'est efforcé de poursuivre le rééquilibrage des activités de l'I. N. S. E. R. M. en faveur de la province, grâce à diverses mesures administratives et notamment par la création de pôles d'attraction en province ; c'est ainsi qu'un centre d'immunologie vient d'être créé, à Marseille, grâce à la décentralisation d'une équipe parisienne, en étroite liaison avec le C. N. R. S.

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

Grâce à cette politique, on s'efforce d'associer étroitement, par l'établissement de contrats, les laboratoires universitaires aux activités de recherche médicale.

XIV. — L'Institut Pasteur.

Comme par le passé, l'Etat poursuivra en 1977 son effort en vue d'assurer la sauvegarde et le développement du potentiel de l'Institut Pasteur de Paris, dans le respect de l'indépendance de cette fondation de droit privé. Dans cette perspective, l'effort massif consenti dans le budget de 1976 sera reconduit et actualisé.

Ainsi, dans le projet de loi de finances pour 1977, sont prévus 45,5 millions (contre 39,64 millions en 1976) en autorisations de programme et 10,36 millions en subventions de fonctionnement au titre des activités de service public de l'Institut (centres de référence, stock de vaccins).

Indépendamment des subventions imputées sur le budget du Ministère de la Santé, l'Institut Pasteur de Paris reçoit des subventions du Secrétariat d'Etat aux Universités, en raison de ses activités d'enseignement.

Par ailleurs, des chercheurs et des techniciens rémunérés sur les budgets de divers organismes de recherche, notamment l'I. N. S. E. R. M. et le C. N. R. S., sont mis à la disposition de l'Institut.

Sur le plan juridique, le Ministère de la Santé est représenté au conseil d'administration de l'Institut Pasteur de Paris par le directeur général de l'I. N. S. E. R. M.

La collaboration entre l'I. N. S. E. R. M. et l'Institut Pasteur devrait s'intensifier en 1977 grâce à des contrats de recherches libres ou thématiques offerts à des laboratoires de l'Institut et à la création d'un groupe de recherches de l'I. N. S. E. R. M. au sein de l'Institut Pasteur.

Nous indiquerons enfin qu'un rapprochement financier et technique est intervenu cette année entre l'Institut Pasteur-Production et le groupe.

XV. — Le statut des préparateurs en pharmacie.

Le « projet de loi modifiant certaines dispositions du livre V du Code de la santé publique et relatif aux préparateurs en pharmacie », préalablement soumis à l'appréciation des syndicats et

des organismes professionnels concernés, puis à l'avis des Ministres de la Justice et de l'Education, a été examiné le 29 juillet, par l'assemblée générale du Conseil d'Etat.

Le texte, quelque peu remanié, a été transmis au Premier Ministre dès le 2 août et, aussitôt après son approbation par le Conseil des Ministres, il sera déposé devant le Parlement.

Si, au moins dans ses grandes lignes, ce projet est adopté, les préparateurs en pharmacie seront habilités, et eux seuls, à seconder le titulaire de l'officine et les pharmaciens assistants pour la délivrance au public des médicaments.

Grâce au port d'insignes indiquant la qualification du personnel de l'officine, les utilisateurs seront à même de vérifier le respect de ces dispositions.

Par ailleurs, la formation des préparateurs en pharmacie sera adaptée, par décret, à leurs nouvelles attributions.

XVI. — Exercice des professions de santé dans la perspective de l'application du Traité de Rome.

Le Traité instituant la Communauté économique européenne prévoit en sa deuxième partie, titre III (chapitres 2 et 3, et notamment ses articles 49, 57, 66 et 235) la suppression progressive des restrictions à la liberté d'établissement et à la libre prestation de services. Considérant qu'il convenait de faciliter l'exercice effectif du droit d'établissement et de libre prestation de services, notamment pour les membres des professions de santé, le Conseil des Communautés européennes a entrepris l'élaboration de directives appropriées.

C'est ainsi que le Conseil des Communautés européennes a arrêté, le 16 juin 1975, des directives visant à la reconnaissance mutuelle des diplômes, certificats et autres titres de « médecin ». Elles comportent des mesures destinées à faciliter l'exercice effectif du droit d'établissement et de libre prestation de services et visent à la coordination des dispositions législatives, réglementaires et administratives concernant les activités du « médecin ». Il a mis à l'étude des directives ayant les mêmes objectifs pour ce qui concerne les autres professions de santé.

Les directives « Infirmiers (infirmières) de soins généraux » ont été établies par le groupe d'étude *ad hoc*. Cependant le groupe d'étude n'a pu parvenir à un accord sur certains points qui ont été soumis au Comité des représentants permanents : deux difficultés n'ont pas encore trouvé de solution.

Les directives « Sage-femme » sont en cours d'étude.

La commission du conseil a entrepris la préparation des travaux du groupe sur les directives « Dentiste ».

*
* *

Les directives « Médecin » ont été notifiées aux Etats membres de la Communauté économique européenne le 20 juin 1975. Les articles 25 de la directive 362 et 9 de la directive 363, disposent que les Etats membres prennent les mesures nécessaires pour se conformer aux directives dans un délai de dix-huit mois à compter de leur notification : c'est donc à la date du 20 décembre 1976 que les dispositions de ces directives devront entrer en application.

Cette application nécessite l'adaptation du droit interne des Etats membres ; c'est pourquoi le Ministère de la Santé a entrepris l'examen des textes réglementant l'exercice de la médecine en France et a mis au point leur éventuelle modification. Un projet de loi tendant à modifier certains articles du Code de la santé publique est actuellement en instance devant l'Assemblée Nationale et sera probablement soumis au Sénat dans des conditions de précipitation telles que la commission ne manquera pas, le moment venu, de protester énergiquement à leur propos.

Si le Traité de Rome établit la liberté d'établissement et de prestation de services pour les membres des professions libérales, le Conseil des Communautés européennes a décidé d'étendre la portée des directives aux membres salariés de ces professions. C'est donc à l'ensemble de la profession que les directives s'appliqueront.

L'intention primitive du Conseil des Communautés européennes était d'aboutir, préalablement à l'ouverture du droit d'établissement, à une coordination non seulement en matière de formation, mais également d'exercice. Devant les difficultés rencontrées pour atteindre cet objectif et la longueur de la période nécessaire à sa réalisation tenant aux différences constatées dans les différents Etats membres en matière de conditions d'exercice, le Conseil a

décidé de limiter la portée des directives à la reconnaissance mutuelle des diplômes attestant une qualification professionnelle de niveau équivalent et, d'autre part, à une harmonisation des formations.

Ainsi, les directives ne devant pas avoir d'effet direct sur l'exercice de la médecine, le droit interne n'a pas à être modifié sur ce point en dehors de l'ouverture du droit d'exercice aux ressortissants des Etats membres de la C. E. E. titulaires de diplômes de médecin reconnus équivalents. Les médecins bénéficiaires du droit d'établissement seront soumis au traitement national, jouissant du droit d'exercice avec les mêmes droits et les mêmes devoirs que les nationaux ; ils se verront appliquer les mêmes règles déontologiques et auront avec les organismes sociaux les mêmes relations que les nationaux, notamment en matière de convention.

En matière de fonctions de médecins-hospitaliers, les Etats membres ont pris l'engagement d'ouvrir aux ressortissants des autres Etats membres l'accès à ces activités au plus tard trois ans après l'adoption par le conseil des directives, soit le 15 juin 1978, le cas échéant, sous un statut particulier et sous réserve des dispositions de l'article 55 du Traité de Rome relatif à l'exercice de l'autorité publique.

XVII. — Les pollutions : prévention, incitation et répression.

L'action du Ministère de la Santé dans le domaine de la protection de l'hygiène du milieu revêt un caractère essentiel.

C'est, en effet, par l'intermédiaire du « milieu consommé » (air, eau, denrées alimentaires) que les pollutions présentent un danger pour la santé de l'homme.

L'intervention du Ministère de la Santé dans la définition de la politique de prévention en matière d'environnement et de santé de l'individu se situe à trois niveaux.

1. DÉVELOPPEMENT D'ACTIONS DE RECHERCHE

Les données médicales sur les conséquences sanitaires des polluants de l'environnement sont encore très insuffisantes pour déterminer l'importance des agressions que subit l'organisme du fait de son environnement. Il importe donc qu'un effort de

recherche soit entrepris en vue de déterminer la nature et l'importance des effets des polluants sur la santé humaine, que ces derniers agissent directement sur l'homme ou par l'intermédiaire de son environnement.

Ces travaux effectués, pour la plupart d'entre eux, en concertation avec les recherches entreprises au plan communautaire doivent permettre d'établir des relations dose—effet pour chaque polluant. Ces données seront alors utilisées pour fixer des normes de qualité des différents milieux.

C'est ainsi que le Ministère de la Santé a poursuivi en 1975 et 1976 l'enquête épidémiologique, effectuée en liaison avec le Ministère de la Qualité de la Vie, relative au rôle de la pollution atmosphérique dans l'étiologie des maladies respiratoires chroniques.

Le financement des mesures servant de support à cette enquête épidémiologique est assumé par le Ministère de la Santé.

Une enquête du même type, à laquelle participent des services du Ministère de la Santé, a été lancée au plan communautaire en vue de définir les conséquences de la pollution atmosphérique sur la santé des enfants.

Des recherches plus ponctuelles sont également engagées dans le domaine des eaux potables, du traitement des eaux usées et des déchets solides.

Ces études concernent plus particulièrement :

— la réorganisation du contrôle des eaux potables et le traitement informatique des résultats d'analyse ;

— l'évolution de la qualité physico-chimique des ressources en eau souterraine : recherche de métaux lourds et de produits organiques dangereux ;

— l'élimination rationnelle des matières de vidanges et des déchets ménagers ;

— l'élimination des déchets en milieu hospitalier.

Enfin, le Ministère de la Santé poursuit l'opération de surveillance des plages de l'ensemble du littoral lancée en 1972.

2. PARTICIPATION A L'ÉLABORATION DE DISPOSITIONS LÉGISLATIVES ET RÉGLEMENTAIRES CONCERNANT LES PROBLÈMES DE L'HYGIÈNE DU MILIEU

Le Ministère de la Santé participe, dans le cadre d'une procédure de coordination instaurée près du Ministère de la Qualité de la Vie, à l'élaboration des textes relatifs à la protection du milieu.

La préparation de certaines de ces dispositions incombe au Ministère de la Santé ; parmi ces dernières, on peut citer :

- la réglementation relative aux eaux potables ;
- la réglementation relative aux eaux de piscine, aux baignades en mer ou en rivière ;
- la réglementation relative à la qualité des effluents des stations d'épuration des collectivités locales et aux dispositifs d'épuration individuelle ;
- la réglementation relative à l'élimination des déchets de diverses nature.

3. CONTRÔLE DU MILIEU

Le dispositif réglementaire progressivement mis en place dans le domaine de l'hygiène du milieu doit être complété par une action soutenue en matière de contrôle des mesures de prévention imposées.

Le Ministère de la Santé est chargé d'une mission particulièrement importante en ce domaine.

Pour exercer cette mission, il dispose d'un réseau de laboratoires agréés qui, sous l'autorité de ses services extérieurs, doivent assurer les contrôles réguliers prévus par la réglementation. Citons en particulier :

- le contrôle de la qualité des eaux potables ;
- le contrôle des eaux de loisir (piscines, baignades en mer et en rivière, etc.) ;
- le contrôle des eaux de source destinées à être embouteillées, des eaux minérales ;

— le contrôle des effluents de station d'épuration des collectivités locales et des effluents des installations individuelles de traitement des eaux usées ;

— la surveillance des niveaux de pollution atmosphérique des grandes agglomérations.

Par ailleurs, le Ministère de la Santé apporte une contribution technique et financière à la réalisation de l'inventaire national de la pollution des eaux superficielles ; il participe, dans la proportion de 50 % au financement des analyses bactériologiques effectuées par les laboratoires agréés déjà mentionnés ci-dessus.

Enfin, des contrôles ne présentant pas un caractère systématique sont exercés sur certains polluants ayant une nocivité particulière (plomb, ozone et les précurseurs du brouillard photochimique).

Ces déterminations ayant un caractère expérimental doivent permettre de déterminer s'il convient d'implanter un réseau permanent de contrôle de certains paramètres de la pollution de l'environnement.

Parallèlement à ces actions, le Ministre de la Santé envisage d'entreprendre une campagne de contrôle de la pollution intérieure des locaux de diverse nature. Cette campagne devrait permettre de connaître plus précisément le degré de pollution de certains locaux et de dégager, le cas échéant, les mesures à mettre en œuvre pour prévenir les risques pouvant résulter d'une exposition à une forme de pollution déterminée.

De par leur multiplicité et leur complexité, les missions du Ministère de la Santé en matière d'environnement nécessitent des moyens en personnel et des moyens financiers importants.

Pour exercer ces missions avec le maximum d'efficacité, il poursuit sa politique de renforcement en personnels techniques des directions départementales de l'Action sanitaire et sociale.

Cette politique se traduit essentiellement par une incitation à recruter des ingénieurs et des techniciens du génie sanitaire au niveau départemental.

Le Ministère de la Santé a également procédé en 1976 à une réforme du conseil supérieur d'hygiène publique de France ; cet organisme, de plus en plus sollicité, est chargé de donner un avis sur les diverses réglementations élaborées en matière d'hygiène

du milieu et sur les produits utilisés pour le traitement des différents milieux (eau et denrées alimentaires notamment). L'étude de ces produits nécessite l'établissement de protocoles opératoires permettant d'établir leur efficacité et leur innocuité pour la santé de l'homme.

Les différentes actions engagées en 1975 et 1976 doivent se poursuivre en 1977. L'effort portera essentiellement sur l'amélioration, d'une part, des connaissances des effets biologiques de la pollution, d'autre part, des conditions de contrôle des paramètres de pollution susceptibles d'affecter la santé de l'homme.

CONCLUSION

Quelles conclusions convient-il de tirer, au terme de cette étude consacrée d'abord à la présentation d'ensemble du projet de budget de la santé, puis à l'évocation d'un certain nombre des problèmes particuliers et des solutions dont la somme composera la politique de la santé dans notre pays pour 1977 ?

Tout d'abord, on ne saurait porter sur *le budget* soumis à notre examen qu' *une appréciation assez parcellisée dans la mesure où il ne traduit qu'incomplètement et imparfaitement l'action des pouvoirs publics* dans le domaine qu'il est censé recouvrir. Faut-il, pour s'en convaincre, mentionner la très grosse charge que représentent les dépenses d'aide sociale pour nos collectivités locales, ou encore la part considérable que les mêmes collectivités et la Sécurité sociale assument dans la couverture des dépenses de santé ? Encore, ne s'agit-il là que des principaux partenaires et des charges les plus importantes en volume.

Le maintien — faute d'une doctrine cohérente — d'une section commune à deux ministères indépendants, simple survivance, en attendant peut-être son retour, d'une époque où on considérait l'existence d'un seul grand département des affaires sociales comme le système le plus apte à répondre aux besoins du pays, ne rend sans doute pas aisée la gestion d'un personnel qui travaille en « temps partagé » pour le compte de deux « patrons » ; ce maintien ne facilite, en tout cas, pas une claire appréciation des choses par ceux qui ont la charge de définir les besoins de l'Etat, de mettre les moyens nécessaires à la disposition des autorités compétentes et de contrôler l'usage de ces moyens.

Sous toutes les réserves qu'entraînent les considérations précédentes, il apparaît que *le budget de la Santé fera, en 1977, l'objet d'un « freinage » important. Rappelons à ce propos que, si le taux de progression avait été respectivement d'environ 15 % en 1976 et de plus de 30 % pour chacune des années 1974 et 1975, il sera, en 1977, de 10,2 % seulement.* En considérant que le budget général de l'Etat augmentera de 13,7 %, on peut prendre l'exacte mesure du *ralentissement très substantiel* qui affectera la croissance du budget de la Santé.

Mais on peut valablement admettre que — si les données budgétaires brutes constituent, en valeur absolue comme en valeur relative, *un élément fondamental, quantitatif*, pour juger une politique — elles n'en constituent qu'un élément parmi d'autres ; il convient en effet de prendre en considération *l'aspect qualitatif des choses*. N'est-il pas vrai qu'avec un même volume de crédits on peut mener une action désordonnée, illogique, laisser se développer le laxisme, le gaspillage, les doubles emplois, ou, au contraire, rationaliser, rentabiliser, valoriser au mieux l'usage qu'on fait des crédits disponibles.

La part du budget de la Santé dans le budget général diminuera, en fait, sensiblement en 1977 par rapport à 1976, puisque son augmentation nominale apparente ne couvrira peut-être même pas les effets de l'érosion monétaire. Ce sera pour votre Commission des Affaires sociales une occasion supplémentaire de demander qu'un effort tout particulier soit fait, au cours du prochain exercice en vue de bannir le superflu et d'aller vers l'essentiel, c'est-à-dire :

— vers le développement de la prévention sur le plan sanitaire comme sur le plan social ; celle-ci est à la fois moins onéreuse et moins traumatisante que la lutte *a posteriori* contre les maladies ou les fléaux qu'on aurait laissé s'étendre ;

— vers l'humanisation des hôpitaux ; elle passe certes par la disparition des salles communes, mais aussi par la mise en place d'équipements conçus à l'échelle humaine, par le renforcement des moyens de la recherche, par l'établissement de conditions de travail et de rémunérations décentes pour les catégories de personnels qui en sont encore privées. On pourra alors *seulement* leur demander l'effort complémentaire parfois nécessaires ;

— vers la réalisation à tout prix des modestes programmes d'action prioritaires retenus au titre du VII^e Plan, car rien ne serait pire que l'échec ou même le demi-échec renouvelé d'un Plan, c'est-à-dire le manquement à des engagements que le pays prend envers lui-même.

La commission, qui s'était réunie le 28 octobre dernier pour entendre Mme Simone Veil, Ministre de la Santé, et M. Lenoir, Secrétaire d'Etat auprès du Ministre, chargé de l'action sociale, a procédé, le 24 novembre, à l'examen des crédits de la Santé pour 1977 et du présent avis.

Recueillant le **très large assentiment de la commission**, M. Robini a attiré l'**attention sur la situation dramatique des services extérieurs du ministère**, dont les effectifs sont, face aux innombrables tâches qui les attendent, devenus squelettiques. **La crise est particulièrement grave et menaçante au niveau des médecins inspecteurs de la Santé** ; leur corps est, selon lui, en voie de disparition rapide, en raison de l'insuffisance de leurs rémunérations et de la **dégradation profonde de leur position hiérarchique dans les structures départementales et régionales de l'action sanitaire et sociale**.

Il a également exprimé les **plus expresses réserves, partagées elles aussi par l'ensemble de la commission, sur les projets de fusion**, dont la réalisation est déjà amorcée, **entre ces services et les directions générales de la sécurité sociale**. Cette réforme entraînera sans aucun doute une **désorganisation complète de l'appareil existant**, elle-même suivie à brève échéance de l'**impossibilité dans laquelle il sera mis de remplir sa mission**.

M. Schwint a déploré l'**insuffisance de l'effort consenti en faveur de la famille**, estimant que l'impulsion financière prévue se situerait très nettement au-dessous des besoins d'une politique cohérente et efficace.

M. Moreigne a regretté que les **actions de prévention sanitaire**, sur lesquelles le Ministre de la Santé semble fonder beaucoup d'espoir, soient pour une **très large part stérilisées dès le départ faute d'y associer** de manière convenable **la médecine du travail**.

M. Mézard s'est enfin inquiété de la **dispersion des efforts dans un grand nombre de domaines** du secteur sanitaire et social ; il a notamment pris pour exemple le **cas des foyers de jeunes travailleurs**.

Telles sont, Mesdames et Messieurs, les conditions dans lesquelles votre Commission des Affaires sociales soumet à l'appréciation du Sénat les crédits de la Santé pour 1977.

ANNEXE

LE SERVICE DE SANTE SCOLAIRE

TABLEAU N° 1

Bilan général pour 75 départements.

Année scolaire 1974-1975.

CATEGORIE 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.....	1 426 932	311 888	25 489	6 827	344 204	75 398	419 602
Enseignement élémentaire	3 510 103	631 146	464 038	321 373	1 416 557	502 906	1 919 463
Enseignement du niveau 2° degré.....	3 208 922	356 228	916 442	395 375	1 668 045	319 688	1 987 733
Ecoles normales.....	15 524	»	6 605	1 378	7 983	262	8 245
Total général.....	8 161 481	1 299 262	1 412 574	724 953	3 436 789	898 254	4 335 043

Source : Ministère de la Santé.

TABLEAU N° 2

Bilan d'activité 1974-1975.

Proportion des différents examens.

(Résultats calculés à partir de 75 départements, non compris les villes autonomes.)

C A T E G O R I E d'enseignement.	P R O P O R T I O N par rapport à l'effectif inscrit.			P R O P O R T I O N par rapport aux examens cliniques.		
	Elèves examinés.	Examens cliniques.	Examens biomé- triques.	Bilans de santé.	Examens systé- matiques.	Examens à la demande
						P. 100
Ecole maternelle.....	29,4	24,1	5,3	90,6	7,4	2,0
Enseignement élémentaire..	54,7	40,4	14,3	44,6	32,7	22,7
Niveau du second degré....	62,0	52,0	10,0	21,4	54,9	23,7
Ecole normale.....	53,1	51,4	1,7	»	82,7	17,3
Ensemble	53,1	42,1	11,0	37,8	41,1	21,1

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

Source : Ministère de la Santé.

TABLEAU N° 3

Ventilation des bilans de santé.

Année scolaire 1974-1975.

	NOMBRE de départ- tements.	EFFECTIFS des ressor- tissants.	NOMBRE de bilans effectués.	POURCEN- TAGE 1974-1975.	POURCEN- TAGE 1973-1974.
Premier bilan :					
3 ans.....	48	214 572	45 388	21	21
Deuxième bilan :					
V. A.....	75	652 054	474 461	73	69
Troisième bilan :					
C. M. 2.....	75	645 843	457 870	71	65
Quatrième bilan :					
Classe de 3°.....	75	441 270	363 406	(1) 82	(1) 77

(1) Le pourcentage des bilans de santé, effectué en 1974-1975, est en progression, bien que les renseignements 1974-1975 portent sur 75 départements et ceux de 1973-1974 sur 81 départements.

Source : Ministère de la Santé.

TABLEAU N° 4

Dépistage radiologique des élèves et du personnel pour 75 départements.
Année scolaire 1974-1975.

C A T E G O R I E	NOMBRE de sujets examinés.	ANNEE scolaire 1973-1974 (1)	NOMBRE d'anomalies constatées.	NOMBRE de radio- photo- graphies.	NOMBRE d'anomalies par rapport aux sujets examinés.
					P. 100
Enseignement du 1 ^{er} degré.	28 721	26 109	274	19 576	0,95
Enseignement du second degré	809 371	633 726	629	549 220	0,08
Ecole normale.....	9 852	10 048	10	7 953	0,10
Ensemble	847 944	663 083	913	576 449	0,11
Personnel enseignant, admi- nistratif et de service....	537 524	(2) 586 630	340	454 597	0,06

(1) Le nombre d'élèves examinés dans 75 départements en 1974-1975 est supérieur à celui des élèves examinés en 1973-1974 dans 81 départements.

(2) La diminution du chiffre correspondant à l'examen du personnel est logiquement en baisse puisque les résultats 1974-1975 concernent 75 départements contre 81 en 1973-1974.

Source : Ministère de la Santé.