

SÉNAT

PREMIERE SESSION ORDINAIRE DE 1977-1978

Annexe au procès-verbal de la séance du 22 novembre 1977.

RAPPORT GÉNÉRAL

FAIT

au nom de la Commission des Finances, du Contrôle budgétaire et des Comptes économiques de la Nation (1), sur le projet de loi de finances pour 1978, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE,

Par M. Maurice BLIN,

Sénateur,

Rapporteur général.

TOME III

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

ANNEXE N° 33

Travail et Santé.

III. — SANTE (a).

Rapporteur spécial : M. Paul RIBEYRE.

(a) A l'exclusion de la Sécurité sociale (Annexe 34).

(1) Cette commission est composée de : MM. Edouard Bonnefous, président ; Geoffroy de Montalembert, Paul Ribeyre, Jacques Descours Desacres, Henri Tournan, vice-présidents ; Joseph Raybaud, Modeste Legouez, Paul Jargot, Yves Durand, secrétaires ; Maurice Blin, rapporteur général ; Charles Alliès, René Ballayer, Roland Boscary-Monsservin, Jean Chamant, René Chazelle, Bernard Chochoy, Jean Cluzel, Marcel Debarge, Henri Duffaut, Marcel Fortier, André Fosset, Jean-Pierre Fourcade, Jean Franco, Gustave Héon, Daniel Hoeffel, René Jager, Tony Larue, Anket Le Pors, Georges Lombard, Raymond Marcellin, Josy Moynet, Gaston Pams, Louis Perrein, Christian Poncelet, François Scheiter, Robert Schmitt, Camille Vallin.

Voir les numéros :

Assemblée Nationale (5^e législ.) : 3120 et annexes, 3131 (tomes I à III et annexe 32), 3148 (tome XII) et in-8° 770.

Sénat : 87 (1977-1978).

Loi de finances. — Santé publique - Recherche médicale - Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) - Médecine (enseignement) - Action sociale.

SOMMAIRE

	Pages.
	—
Introduction	3
CHAPITRE PREMIER. — Les services extérieurs	9
CHAPITRE II. — La recherche médicale	11
CHAPITRE III. — L'enseignement	17
CHAPITRE IV. — L'action médicale	24
CHAPITRE V. — L'action sociale	41
Observations de la Commission des Finances	54
Dispositions spéciales	55

Mesdames, Messieurs,

Depuis que j'ai l'honneur de rapporter ce budget devant vous, il n'est pas d'année où le fascicule n'ait changé de structure en même temps que le Ministre changeait d'attribution : c'est dire que sa lecture, qui doit se faire par référence aux données de l'exercice précédent, nécessite au préalable des reconstitutions fictives.

Pour 1978, deux transferts interviennent pour des montants importants :

1° En provenance de la *section commune* aux deux départements du Travail et de la Santé, les crédits (+ 858 millions de francs inscrits au titre III) et les emplois relatifs aux *Services extérieurs de l'action sanitaire et sociale* ; la dotation correspondante ouverte pour 1977 s'élevait à 717 millions de francs.

2° En provenance de la *Section « Travail »*, des subventions d'équilibre (4 920 millions de francs inscrits au titre IV) accordées à certains régimes déficitaires de *Sécurité sociale* ; la dotation correspondante votée pour 1977 était de 3 682 millions de francs.

Pour pouvoir utilement comparer les dotations des exercices 1977 et 1978, nous avons dû reconstituer le budget de 1977 comme si le transfert avait déjà eu lieu. Ce qui donne les résultats suivants pour les montants de l'enveloppe globale en crédits de paiement :

1977	17 403 millions de francs.
1978	21 650 millions de francs.

La progression d'une année sur l'autre s'établit donc à 24,5 %, soit à plus de six points au-dessus du taux de croissance de l'ensemble des dépenses budgétaires, les chiffres de la loi de finances initiale pour 1977 étant pris comme base de départ.

Cette dernière précision mérite d'être formulée car la majoration est moins grande dans la réalité puisque la loi de finances rectificative du 14 juin dernier avait procédé à la « mise à niveau » de dotations manifestement sous-évaluées dans le budget primitif :

il a fallu accroître les crédits du domaine qui nous concerne de 860 millions de francs pour les dépenses d'aide sociale et de prévention sanitaire et de 600 millions de francs pour le régime minier de Sécurité sociale. La correction effectuée, la progression s'établit à encore 14,6 %, ce qui est supérieur de deux points à la moyenne ; manifestement le budget de la Santé a été bien traité en cette période d'austérité.

*
**

Cette remarque demande toutefois à être nuancée quand on sait que pour 83 % du total, les dépenses de la Santé sont des dépenses de constatation, donc inéluctables : d'une part, 13 milliards de francs pour la prévention sanitaire, la lutte contre les fléaux sociaux ainsi que l'aide sociale, c'est-à-dire des dépenses dont le décideur véritable est une collectivité locale, l'Etat apportant obligatoirement une contribution mathématiquement déterminée ; d'autre part, 4,9 milliards de francs qui servent à combler les déficits de régimes de Sécurité sociale structurellement déficitaires, pour des raisons de démographie notamment, et là encore l'Etat n'a pas la pleine maîtrise de la dépense.

Toutefois, pour 17 % du total de la dépense, soit 3,7 milliards de francs, nous trouverons des actions volontaristes, presque uniquement consacrées aux dépenses ordinaires puisque le budget d'équipement a été stabilisé pour 1978.

*
**

Cette année, comme suite à l'élaboration des budgets de programme, la présentation du fascicule bleu a été modifiée par le regroupement des mesures acquises et des mesures nouvelles en cinq rubriques correspondant à des domaines d'actions homogènes :

- 01 Action de caractère sanitaire ;
- 02 Action de caractère social ;
- 03 Formation des professions sanitaires et sociales ;
- 04 Services extérieurs ;
- 05 Etudes et recherches médicales.

Pour faciliter à nos collègues le passage du système de présentation auquel ils étaient accoutumés au système nouveau, nous retraçons ci-dessous et d'une manière assez exhaustive, le budget de 1978 décomposé en ses catégories juridiques traditionnelles.

TITRE III. — Moyens des services.

1 257 millions de francs, soit, en réalité, + 183 millions de francs (+ 14,4 %).

A. — MESURES ACQUISES RÉELLES	En millions de francs.
Extension en année pleine des mesures de revalorisation des rémunérations des fonctionnaires et rémunérations des membres des commissions de réforme et des comités médicaux départementaux.....	+ 59
	<hr style="width: 100%;"/>
B. — MESURES NOUVELLES RÉELLES.....	+ 124
	<hr style="width: 100%;"/>

01 Etablissements de jeunes sourds et aveugles.

Ajustements salariaux (+ 5) mais allègement de la charge budgétaire par application de la loi sur les handicapés (— 10).....	— 5
--	-----

04 Services extérieurs.

Renforcement des effectifs des services extérieurs (230 emplois).....	+ 14
Mise en place des commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel des handicapés (155 emplois).....	+ 7
Création de 3 emplois de pharmacien-inspecteur, de 6 emplois du laboratoire national de la santé et de 7 emplois d'ingénieur sanitaire.....	+ 1
Prise en charge de 180 emplois de la ville de Paris.....	+ 7
Fusion des services extérieurs.....	+ 1
Titularisation de 589 vacataires.....	+ 13
Provision pour hausse de rémunération, aménagement de grades, transformations d'emploi, ajustements salariaux, etc.....	+ 44
Création de 2 emplois à l'Ecole nationale de la santé publique.....	>

05 Recherche.

Création de 146 emplois dont 77 chercheurs à l'INSERM.....	+ 12
Ajustement des dépenses de fonctionnement.....	+ 30

TITRE IV. — Interventions publiques.

18 755 millions de francs, soit + 3 480 millions de francs (ou + 22,7 %).

	En millions de francs.
A. — MESURES ACQUISES	+ 2 174
Ajustement des crédits d'aide médicale.....	+ 407
Ajustement des crédits de protection et de prévention sanitaire.....	+ 363
Ajustement des crédits d'aide sociale.....	+ 1 404
B. — MESURES NOUVELLES	+ 1 308

02 Actions de caractère sanitaire.

Education sanitaire.....	+ 5
Protection et prévention sanitaires.....	+ 3
Divers	— 3

02 Actions de caractère social.

Programmes d'action sociale.....	+ 53
(dont un crédit non renouvelable de 15 millions de francs pour l'accueil des réfugiés en provenance de la péninsule Indochinoise).	
Suppression de l'obligation alimentaire pour l'aide ménagère à domicile.	+ 4
Action sociale en faveur des personnes âgées.....	+ 11
Majoration des rentes mutualistes des anciens combattants.....	+ 1
Subventions à certains régimes de sécurité sociale :	
— mines	+ 1 219
— chemins de fer secondaires.....	+ 15
— rentes accidents du travail des Français d'outre-mer.....	+ 3

03 Formation des professions sanitaires et sociales.

Professions paramédicales (écoles : + 17 et bourses : + 11).....	+ 28
Professions sociales (écoles : + 17 et bourses : + 5).....	+ 22

04. Services extérieurs.

Services départementaux d'aide sociale.....	+ 40
Commission d'orientation des handicapés.....	+ 3

05. Recherche.

Subvention à l'Institut Pasteur et à l'Adrapharm.....	+ 1
---	-----

TITRES V ET VI. — Budget d'équipement.

Autorisations de programme.

	1977	1978	VARIA- TIONS
	(En millions de francs.)		(En pourcentage.)
01. Equipements sanitaires.			
a) Etudes et contrôles.....	15	15,25	»
b) Etablissements de l'Etat.....	4	4,75	»
c) Subventions d'équipement.....	1 075,6	1 125,4	+ 4,6
Dont :			
— travaux neufs.....	759,1	789,6	+ 4
— travaux d' « humanisation ».....	316,5	335,8	+ 8,3
02. Equipements sociaux.			
a) Etablissements d'Etat.....	2,3	2,5	»
b) Subventions d'équipement.....	307	273,1	— 11
Dont établissements pour :			
— enfants handicapés.....	55	43	— 21,8
— adultes handicapés.....	82	71,6	— 12,7
— enfants, adolescents, famille.....	84	84	»
— personnes âgées.....	59	58	»
03. Subventions d'équipement pour les centres de formation des professions.			
Sanitaires.....	60	30	— 50
Sociales.....	15	10	— 33,3
05. Equipement de la recherche médicale....	218,2	240	+ 11
Total.....	1 682,1	1 701	+ 1,2

D'autre part, le département de la Santé, participe au financement de huit des vingt-cinq programmes d'action prioritaires (les PAP) qu'à définis et dotés pour cinq ans le VII^e Plan de développement économique et social. En voici le détail dans le tableau ci-après.

	FONCTIONNEMENT		EQUIPEMENT (autorisations de programme).	
	1977	1978	1977	1978
	(En millions de francs.)			
7 Accélérer la départementalisation économique des Départements d'Outre-Mer	10,2	10,2	»	»
14 Nouvelle politique de la famille.....	36,7	51,6	43,8	60
15 Favoriser le maintien à domicile des personnes âgées.....	27,9	48,6	48,6	53,3
16 Développer la prévention et l'action sociale volontaire.....	58,6	86,5	0,5	8,6
19 Humaniser les hôpitaux.....	224,5	246,6	376,5	365,8
20 Renforcer la sécurité routière.....	18,1	19,5	15	24,2
21 Mieux vivre dans la ville.....	36	40,2	51,4	26,3
25 Renforcer le potentiel scientifique du pays	118	104,4	82	104,1
Totaux	530	607,6	619,8	642,3

La progression de 1978 sur 1977 sera de 14,6 % en ce qui concerne le fonctionnement, mais de 3,6 % seulement en ce qui concerne les équipements. Ce « noyau dur » que constituent les PAP représente 38 % des dépenses d'équipement et 3 % des dépenses ordinaires.

CHAPITRE PREMIER

LES SERVICES EXTERIEURS

Ainsi que nous l'avons vu, les crédits et les emplois des services extérieurs ont été transférés de la section commune à la section Santé.

En mesures nouvelles figure notamment la poursuite de la fusion des directions régionales de la sécurité sociale et des directions de l'action sanitaire et sociale pour des raisons d'efficacité accrue : un décret du 22 avril 1977 porte organisation des *directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales* et il prend effet dans chaque région à la date de première nomination du directeur régional ; c'est chose faite dans six régions (Aquitaine, Auvergne, Corse, Ile-de-France, Pays de la Loire et Provence-Côte d'Azur) et dans les directions départementales comprises dans ces six régions.

Les textes statutaires relatifs au personnel supérieur sont parus le 27 mai dernier. Une difficulté subsiste qui freine les opérations, la nécessité de regrouper les services fusionnés en un même lieu.

Le département de la Santé figure par ailleurs sur la liste des rares ministères privilégiés en matière de recrutement puisqu'il est prévu, au titre des services extérieurs, la création de 513 emplois :

— 10 dans les services de santé : 3 pharmaciens inspecteurs et 7 ingénieurs sanitaires ; par ailleurs, 45 emplois de médecin de l'ancien cadre seront transformés en 45 emplois de médecin contractuel ;

— 503 dans les postes administratifs, dont 154 pour le corps d'inspection et 4 attachés de statistique.

Sur cet effectif, 155 emplois concernent la mise en place des commissions techniques d'orientation et de reclassement des handicapés qu'a prévues la loi d'orientation. La subvention au profit de ces commissions, qui figure au titre IV, passera de 3 à 10 millions de francs.

Par ailleurs, 589 créations d'emplois en catégorie C et D, correspondant à la titularisation de 589 vacataires ou agents horaires, sont inscrites au budget et différentes mesures tendent à transformer des emplois d'extinction vacants en emplois sur lesquels des recrutements pourront être effectués : 26 contrôleurs comptables en emplois de rédacteurs et 10 chefs de contrôle en emplois de secrétaires administratifs.

Outre l'effort accompli pour doter les services du personnel indispensable à leur bonne marche, la formation du personnel à l'Ecole nationale de la santé publique de Rennes est activement poursuivie. Par ailleurs, il est prévu de développer les actions de formation destinées notamment aux agents des catégories B, C et D et organisées au niveau régional ou interrégional.

A cet effet un crédit de 300 000 F est inscrit au projet de budget pour 1978, soit le double de celui de 1977.

L'Ecole nationale de la santé publique est chargée de la formation et du perfectionnement des personnels de l'Etat, des collectivités, des établissements publics et des organismes publics et privés qui concourent à la protection sanitaire et sociale de la population.

A cet effet, elle assure :

- une formation de base : sciences et techniques de la santé, sciences et techniques sociales, administration hospitalière ;
- une formation de base accélérée (actions sanitaires, actions sociales, administration hospitalière) ;
- une formation approfondie et d'orientation ;
- des actions de formation professionnelle continue.

Elle dispense, en outre, des cours par correspondance.

Ces divers enseignements s'adressent notamment : aux praticiens des professions médicales et paramédicales ainsi qu'aux ingénieurs et techniciens de génie sanitaire, aux fonctionnaires de catégorie « A » des services extérieurs des affaires sanitaires et sociales et aux assistants de direction des hôpitaux publics.

La subvention prévue en faveur de l'école dans le projet de loi de finances pour 1978 s'élève à 21,3 millions de francs et elle comprend, en mesures nouvelles, la création de 2 emplois d'ouvrier professionnel, des ajustements de salaire, de crédits de vacation et de dotations de fonctionnement.

CHAPITRE II

LA RECHERCHE MEDICALE

Les activités de recherche relevant du département de la Santé sont conduites, pour l'essentiel, par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). Reçoivent par ailleurs des subventions les Instituts Pasteur et l'Institut du radium. Elles sont financées sur l'enveloppe « Recherche », laquelle alimente également, mais à travers le Secrétariat d'Etat aux Universités, le CNRS et les UER médicales.

L'Institut national de la santé et de la recherche médicale.

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

1° LES RÉFORMES ADMINISTRATIVES

Les réformes introduites dans l'organisation administrative de l'Institut ont porté sur la création de nouvelles formations de recherche, la poursuite de la décentralisation en province des activités de l'INSERM, les modalités de financement de la recherche et la création de postes d'accueil réservés à des internes en fin d'exercice.

Afin de permettre le financement de petites équipes, trop importantes pour vivre de contrats individuels ou trop petites pour prétendre aux statuts de groupes ou unités, une nouvelle procédure a été mise en place. Elle devrait faciliter en particulier le développement de secteurs actuellement sous-développés de la recherche médicale tels que la dermatologie, la médecine dentaire, l'ophtalmologie... Le nom de « formations associées » est donné à ces groupes. Une vingtaine devraient être créées prochainement à Paris et dans un certain nombre de villes universitaires de province (Lyon, Strasbourg, Toulouse, etc.).

On s'est efforcé de poursuivre le rééquilibrage des activités de l'INSERM en faveur de la province. D'ailleurs, la nouvelle formule de formations associées facilitera le développement de cette décentralisation.

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, et les *contrats thématiques*, quand le sujet de recherche s'inscrit dans le cadre d'un thème de recherche, d'une action thématique programmée (A T P). Des nouvelles formules ont été mises en place en 1976 et 1977, tels :

- les contrats coopératifs sur programme ;
- les contrats de recherche internationaux ;
- les contrats d'essais thérapeutiques et d'évaluation des méthodes de diagnostic ;
- les contrats individuels d'épidémiologie.

Soulignons enfin que l'année 1976 a vu le démarrage d'une coopération franco-américaine tendant à développer les recherches à effectuer dans la lutte contre le cancer, décidée en 1975 par les présidents des deux pays.

Enfin, parmi les postes de chercheurs créés, un contingent est désormais réservé à des internes en fin d'exercice, afin de leur permettre d'avoir une période d'activité consacrée à plein temps à la recherche, ceci afin de favoriser la remédicalisation du corps des chercheurs de l'INSERM.

2° LA POLITIQUE SCIENTIFIQUE

Les options prioritaires de l'I. N. S. E. R. M. ont été définies dès 1976 en étroite liaison avec les groupes de réflexion créés au moment de la préparation du VII^e Plan. Il s'agit des axes de recherche suivants :

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

Un effort tout particulier est fait en vue de développer les recherches en santé publique et en économie de la santé.

Mais il est évident que les efforts de l'Institut ne sauraient se limiter à ces objectifs. Des secteurs importants ne sont pas inclus dans la liste précitée et doivent néanmoins bénéficier d'un soutien accru. Il s'agit notamment de la cancérologie, des maladies cardio-vasculaires et des maladies rénales.

Les crédits proposés pour 1978 s'élèvent à 309,5 millions de francs pour le fonctionnement (+ 16 %) et à 171,7 millions de francs en autorisations de programme pour l'équipement (+ 10,8 %).

Une dotation de 12 millions de francs permet la création de 146 postes, soit 77 postes de chercheurs et 69 postes d'I. T. A. (ingénieurs, techniciens et administratifs), ainsi que la transformation de 20 emplois. Sur cet effectif, 53 postes sont destinés à l'intégration de personnels antérieurement rémunérés sur contrat.

Les dotations de fonctionnement sont majorées de 30 millions de francs.

Les autorisations de programme se ventilent ainsi :

	1977	1978
	(En millions de francs.)	
Soutien des programmes	101	118,6
Equipement	17,7	18,2
Opérations immobilières	9,3	7,9
Contrats	27	27
Totaux	155	171,7

Le service central de protection contre les rayonnements ionisants.

Ce service qui dispose d'un budget individualisé au sein de l'INSERM exerce une triple activité : de *recherche* (notamment établissement de normes, méthodes de mesures et techniques de prévention), de *contrôle permanent* et d'*assistance*.

Un réseau de plus de 90 stations et points réguliers de prélèvement répartis sur le territoire métropolitain et Outre-Mer a été mis en place par le SCPRI qui, par ailleurs, contrôle 40 000 installations de radiologie médicale ou dentaire en France et, plus récemment, tous les centres nucléaires de base pour ce qui est de leurs effluents radio-actifs gazeux et liquides, de leur impact sur l'homme et son environnement et de la protection des travailleurs contre les dangers des rayons ionisants dans ces installations. Ce rôle ne peut que croître avec le développement de la production d'énergie électrique nucléaire : il est à noter que l'implantation d'une centrale requiert un avis conforme donné par le Ministre de la Santé et que Mme Veil vient d'être appelée à présider le Comité d'information sur l'énergie nucléaire.

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

En 1978, le Service recevra du budget de l'Etat 1,5 million de francs en mesure nouvelle de fonctionnement pour ses activités de recherche et une autorisation de programme de 6,1 millions de francs (même somme qu'en 1977).

A noter que le SCPRI bénéficie d'autres ressources puisqu'en vertu d'une disposition de la loi de finances pour 1976, les exploitants des installations nucléaires sont tenus de participer au financement du contrôle qui leur est imposé.

Les Instituts Pasteur.

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

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

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

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

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

L'Institut Pasteur de Paris poursuit le redressement financier entrepris depuis plusieurs années. A la suite du rapport déposé par M. Morin, conseiller référendaire à la Cour des Comptes, de nouvelles orientations ont été prises, notamment en ce qui concerne la gestion de la Société industrielle et commerciale « Institut Pasteur Production » filiale de l'Institut Pasteur.

Néanmoins l'Etat se doit encore d'apporter son concours qui, pour 1978, se chiffrera ainsi :

- a) Une subvention de fonctionnement de 11,2 millions de francs (contre 10,4 millions de francs en 1977) : dont 7,9 millions de francs au titre des activités de service public et 3,3 millions de francs pour le fonctionnement des centres de référence ;

b) L'ouverture d'une autorisation de programme de 57,4 millions de francs (50,1 millions de francs il y a un an) ainsi répartie :

- Institut Pasteur de Paris..... 52,9 millions de francs ;
- Institut Pasteur de Lille..... 2 millions de francs ;
- Instituts d'Outre-Mer 2,6 millions de francs.

et destinée :

- à des opérations immobilières.. 5 millions de francs ;
- à des équipements 1,5 million de francs ;
- au soutien des programmes.... 52,9 millions de francs.

★
★

**La Fondation Curie. — L'Institut du radium.
(Section biologie).**

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

L'aide allouée à cet organisme, en 1978, se montera à 4,74 millions de francs sous la forme d'une autorisation de programme du même montant que celle de l'an dernier, affectée à un certain nombre de recherches qui s'inscrivent dans le programme d'action prioritaire n° 25 du VII^e Plan :

- biophysique des interactions moléculaires ;
- prévention des nuisances ;
- étiologie du cancer.

CHAPITRE III

L'ENSEIGNEMENT

En matière de formation sanitaire.

LA FORMATION DU PERSONNEL PARAMÉDICAL

L'effort consenti au bénéfice de la *formation des auxiliaires médicaux*, et, plus particulièrement, de celle des infirmières, s'effectue dans le cadre du programme d'action prioritaire n° 19 : « Humaniser les hôpitaux » en améliorant les moyens de ceux-ci en personnel infirmier :

a) Les crédits de *subvention aux écoles de formation hospitalières et non hospitalières* passeront de 195,8 millions de francs à 212,5 millions de francs (+ 8,6 %) pour tenir compte des hausses des prix et des salaires, de l'augmentation des effectifs ainsi que de la création de nouveaux établissements ;

b) Pour les *crédits de bourses*, l'ajustement proposé est de 10,5 millions de francs, ce qui représente une majoration de 19,8 %, laquelle se justifie par une progression des effectifs et par la poursuite de la majoration du taux des bourses en vue d'un alignement sur les taux accordés par le Ministère de l'Éducation pour des formations réclamant, au départ, le même diplôme ;

c) Par contre, les autorisations de programme ouvertes pour subventionner la *construction des écoles* s'élèvent à 30 millions de francs contre 60 millions de francs pour 1977 (— 50 %).

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

	1975	1976	1977 estima- tion.	1978 prévision.
	(En milliers.)			
Personnel paramédical :				
Effectif scolarisé (année scolaire).....	56	63	68,8	68,8
Dont : infirmières.....	37,5	43,3	47	47
Diplômes délivrés (année scolaire).....	15,3	20	21,9	23
Dont : infirmières.....	11,6	14,2	16	17,5
Bourses d'Etat (année scolaire).....	9,4	11,9	14,5	15,6
Dont : infirmières.....	7,3	9,8	11	12

Longtemps, on a déploré que malgré tous les progrès accomplis sur le plan quantitatif et sur le plan qualitatif en matière de formation des *infirmières*, le secteur hospitalier public demeurât déficitaire.

Un renversement de tendance semble se produire assez rapidement.

Une enquête effectuée auprès de 14 centres hospitaliers régionaux et de 11 centres hospitaliers fait apparaître que le déficit en infirmières est passé, pour les premiers, de 10,9 % des effectifs budgétaires au 1^{er} janvier 1975, à 12,5 % au 1^{er} janvier 1976 et à 7,3 % au 1^{er} janvier 1977 ; s'est réduit, pour les seconds, de 12 % au 1^{er} janvier 1975 à 8,3 % au 1^{er} janvier 1976 et à 2,8 % au 1^{er} janvier 1977. Les mesures prises en faveur des intéressées commencent donc à porter leurs fruits et plus sûrement faut-il voir dans cette amélioration une conséquence de la crise de l'emploi.

En octobre 1976, 21 210 élèves ont entrepris leurs études dans les 327 écoles agréées pour la préparation du diplôme d'Etat d'infirmière.

A la même date, 19 229 élèves ont, après succès à l'examen de passage, été admises en deuxième année, et 16 313 poursuivi la scolarité jusqu'en janvier 1977, date des épreuves du diplôme d'Etat d'infirmière.

La scolarité est gratuite depuis octobre 1971 ; les élèves inscrites tant dans les écoles hospitalières que les écoles privées ne versent qu'un droit annuel d'inscription fixé à 80 F. Le coût moyen annuel de formation atteint quelque 7 900 F par an et par élève.

L'Etat verse, par ailleurs, aux élèves infirmières des *bourses* dont le montant annuel varie de 5 800 F (bourse 4/4) à 1 450 F (bourse 1/4).

Ce ne sont d'ailleurs pas les seuls encouragements, car au coût de l'enseignement dispensé dans les écoles, s'ajoutent des contributions des établissements hospitaliers publics :

— les traitements versés pendant la durée de la scolarité aux aides soignants reçus à l'examen d'entrée dans les écoles d'infirmiers (nombre d'élèves de promotion professionnelle : 4 217) ;

— les allocations d'études attribuées aux élèves par les établissements hospitaliers publics en contrepartie d'un engagement de service (7 000 bénéficiaires à raison de 6 500 F par an) ;

— l'enseignement préparatoire à l'examen d'entrée dans les écoles d'infirmiers hospitalières (3 400 élèves) ;

— l'allocation d'études de 700 F par mois pendant les onze semaines de stages à temps plein (nombre d'élèves bénéficiant de cette mesure : 15 000) ;

— la formation des monitrices chargées de l'encadrement des élèves en école de cadres infirmiers.

LES ÉTUDES MÉDICALES

Le budget de la Santé comporte une dotation de 19,5 millions de francs destinée à défrayer les établissements hospitaliers des surcoûts engendrés par la formation des étudiants en médecine afin d'atténuer leur répercussion sur le prix de journée. On constatera que ce crédit, inchangé d'une année sur l'autre, est notablement insuffisant.

La situation actuelle des études de médecine est caractérisée par la persistance d'une attirance toujours vive et par les conséquences du sévère dispositif en vigueur depuis 1971 qui fixe le nombre des étudiants pouvant être admis à occuper des fonctions hospitalières durant la deuxième partie du deuxième cycle de leurs études. De ce nombre est déduit celui des étudiants pouvant être admis en deuxième année du premier cycle.

C'est ainsi que pour un effectif de 38 637 étudiants inscrits en PCEM 1 durant l'année universitaire 1975-1976, 10 486 ont suivi l'enseignement de PCEM 2 durant l'année universitaire 1976-1977 (redoublants inclus).

Dans le but d'améliorer la formation des étudiants en évitant toute surcharge des possibilités de formation des UER, le Ministre de la Santé et le Secrétaire d'Etat aux Universités ont décidé de mettre fin à l'usage, non prévu par la loi, d'un coefficient dont l'application permettait aux UER de majorer le nombre des étudiants admis en PCEM 2.

Durant l'année universitaire 1976-1977, les effectifs, par année d'étude, ont été de :

PCEM 1.....	41 456
PCEM 2.....	10 486
DCEM 1.....	10 539
DCEM 2.....	10 259
DCEM 3.....	10 539
DCEM 4.....	10 605
CT	10 810
	<hr/>
Total général	104 694

La participation à l'activité hospitalière des étudiants de deuxième partie du deuxième cycle est maintenant normalement assurée.

En matière de formation sociale.

a) Les subventions de fonctionnement aux établissements passeront de 175,5 millions de francs à 192,2 millions de francs, les 16,7 millions de supplément (ou + 9,5 %) se justifiant par une augmentation des effectifs, une majoration des rémunérations et une hausse des prix.

b) Les crédits de bourses passeront de 32,1 millions de francs à 36,7 millions de francs (+ 14,5 %) du fait de l'augmentation des effectifs, du relèvement des taux de bourses.

c) Les autorisations de programme inscrites pour subventionner la construction d'écoles de formation de travailleurs sociaux sont ramenées de 15 millions de francs à 10 millions de francs.

Les catégories de travailleurs sociaux sont multiples : assistants et assistantes de service social, conseillers en économie familiale et sociale, travailleuses familiales, éducateurs spécialisés, édu-

cateurs de jeunes enfants, moniteurs, éducateurs, aides médico-psychologiques, personnels chargés de l'enseignement des jeunes sourds et jeunes aveugles. Leur formation, laissée originellement à l'initiative privée, a été progressivement nationalisée. Elle fait désormais l'objet de textes qui en précisent très nettement les programmes et la durée ainsi que les conditions d'accès ou d'évaluation.

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

	1975	1976	1977 estimation.	1978 prévision.
	(En milliers.)			
Elèves en formation.....	21,4	22,1	23,4	23,2
Dont :				
Assistantes sociales.....	5,5	5,8	6,2	6,2
Travailleuses familiales.....	0,7	0,7	0,8	1
Educateurs spécialisés.....	8	8,3	8,7	8
Moniteurs éducateurs.....	3,8	3,7	3,5	3,4
Educateurs techniques spécialisés	»			0,5
Educateurs de jeunes enfants..	2,1	2,3	2,1	2,1
Conseillers et techniciens en économie familiale et sociale....	1,2	1,3	1,2	1,3
Nombre de bourses.....	2,7	3,7	4,7	5,4
Nombre de diplômes délivrés.....	6,4	6,5	7	7
Dont :				
Assistantes sociales.....	1,6	1,7	1,8	1,8
Dont :				
Travailleuses familiales.....	0,7	0,7	0,7	0,9
Nombre d'écoles subventionnées....	162 unités.	(1) 159 unités.	(1) 156 unités.	156 unités.

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

Une enquête entreprise au début de 1977 permet d'évaluer à environ 25 100 le nombre d'assistants de service social en activité. Malgré un accroissement constant des effectifs, des besoins restent encore à satisfaire, notamment dans le secteur public et dans certaines zones géographiques traditionnellement défavorisées, le Nord et l'Est de la France en particulier. D'où la nécessité pour l'Etat de poursuivre l'effort déjà accompli en matière de formation.

La formation des assistants et assistantes de service social est organisée dans 51 centres. Deux d'entre eux sont de création récente et sont juridiquement rattachés à une école de la même région : le centre d'Orléans créé en 1976 et rattaché à l'école de Tours et le centre de Brest créé en 1977 et rattaché à l'institut de formation de Rennes. En septembre 1977, un nouvel établissement a été implanté à Arras en liaison avec une école de formation de Lille.

Pour l'année scolaire 1976-1977, le nombre d'élèves s'est accru d'une centaine d'unités par rapport à l'année précédente et a ainsi atteint le niveau de 5 958.

En 1977, les crédits affectés aux écoles de service social ont atteint un montant de l'ordre de 45 millions de francs représentant une subvention annuelle moyenne par élève de 7 600 F. Des bourses d'études ont été versées à 1 745 élèves pour un montant total de 8 millions de francs ; le montant de la bourse varie de 1 500 à 5 000 F et le taux moyen s'établit à 4 600 F.

Par ailleurs, un décret du 27 mai 1977 relatif au statut particulier du corps du personnel supérieur des directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales offre désormais aux assistants de service social, agents des collectivités locales, la possibilité de participer aux concours internes pour le recrutement des inspecteurs des affaires sanitaires et sociales.

Le VII^e Plan a mis l'accent sur la nécessité de recruter 6 000 travailleuses familiales, c'est-à-dire de doubler l'effectif au point de départ : cette priorité fait l'objet du programme d'action prioritaire n° 14 « La nouvelle politique de la famille ».

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

De ce fait, un rétablissement de la situation s'est opéré rapidement et les effectifs des travailleuses familiales en fonctions, qui étaient restés constants depuis plusieurs années, se sont élevés à 6 278 au 1^{er} janvier 1977 contre 5 996 un an plus tôt.

Pour 1978, il n'est pas encore possible de faire des prévisions mais on peut penser que le redressement constaté en 1977 s'accroîtra en 1978, compte tenu de l'accroissement des effectifs en formation (le nombre de travailleuses familiales ayant reçu une formation est passé de 576 en 1975 à 683 en 1976, soit une progression de 10 %) et de la crise générale de l'emploi.

CHAPITRE IV

L'ACTION MEDICALE

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

PROTECTION ET PRÉVENTION SANITAIRES

Aucune action vraiment nouvelle ne figure au budget de 1978. Huit dotations au chapitre 47-13 bénéficient d'un renforcement :

	VARIATION	DOTATION 1978.
	(En francs.)	
Art. 20. — Education sanitaire.....	+ 4 500 000	11 602 100
Art. 42. — Dialyse rénale. — Transplantation.	+ 200 000	2 447 000
Art. 43. — Information toxicologique d'urgence	+ 250 000	1 955 000
Art. 45. — Lutte contre le suicide, les toxicomanies, le tabagisme et l'alcoolisme	+ 340 000	2 372 000
Art. 46. — Secours d'urgence.....	+ 1 500 000	14 256 950
Art. 53. — Périnatalité	+ 500 000	2 941 600
Art. 60. — Contrôle de qualité des laboratoires d'analyses	+ 400 000	400 000
Art. 82. — Académie de médecine.....	+ 10 000	90 250

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

1° *L'éducation sanitaire.*

Dans le cadre du programme d'action prioritaire n° 16, le Ministre de la Santé fixe chaque année une liste de thèmes dressée en collaboration avec les caisses de sécurité sociale. Le *Comité français d'éducation pour la santé* est chargé de préparer les campagnes d'information ainsi définies, en concertation avec toutes les

parties intéressées : représentants des administrations, des caisses des différents régimes de sécurité sociale, des associations publiques et privées, des ligues et comités, Conseils de l'ordre, confédérations et fédérations de médecins et pharmaciens et de toutes les organisations impliquées pour un thème choisi.

Pour 1977, trois thèmes avaient été retenus : du « bon usage de la médecine » dont l'objet était de rendre le public davantage responsable envers sa propre santé et plus efficaces les relations qui s'établissent entre lui-même et les médecins par la diffusion de conseils pratiques de bon sens et une information sur les équipements médicaux ; la nutrition de la femme enceinte et du nourrisson ; les handicapés et leur réinsertion dans la vie active. En outre, une relance de la campagne contre le tabagisme a été organisée.

Le programme éducatif arrêté pour l'année 1978 comporte deux nouvelles actions :

- l'hygiène bucco-dentaire ;
- les maladies sexuellement transmissibles.

Par ailleurs, les principales actions engagées en 1976 et en 1977 seront poursuivies. L'exploitation des premiers résultats permet de mieux définir les populations-cibles, ainsi que les thèmes à relancer. C'est ainsi que la prochaine action contre le tabagisme sera centrée sur les jeunes et, notamment, ceux qui seraient tentés de commencer à fumer ; elle permettra de faire connaître au public la réglementation en vigueur et, plus particulièrement, les décrets et arrêtés pris en application de la loi du 9 juillet 1975 relative à la lutte contre le tabagisme. L'action éducative entreprise dans le domaine de l'hygiène alimentaire sera poursuivie en 1978 avec comme principal objectif la nutrition de l'enfant scolarisé.

2° Les vaccinations.

Parmi les mesures générales de protection de la santé publique, les vaccinations occupent une place importante malgré leur coût peu élevé (110 millions de francs pour 1978).

Un groupe de travail a été réuni pour déterminer quelles modifications pouvaient être envisagées à la liste des vaccinations obligatoires, compte tenu de l'état sanitaire actuel de la population. Il apparaît d'ores et déjà que seule sera supprimée l'obligation concernant la *variole*.

Compte tenu de la diminution de la fréquence des cas de variole dans le monde, un projet de loi suspendant l'obligation de la primo-vaccination des enfants âgés de moins de deux ans est en cours d'élaboration. Ce texte, qui prévoit, par ailleurs, le maintien de l'obligation pour les sujets déjà vaccinés, sera présenté au Parlement dès que l'évolution des derniers foyers africains actuels apparaîtra satisfaisante : ils se situent au Sud de l'Ethiopie, au Nord-Est du Kenya et en Somalie.

La campagne de vaccination des fillettes contre la rubéole sera poursuivie et une action d'évaluation de ses effets a été envisagée dans l'Ille-et-Vilaine qui porte sur 800 enfants.

3° Les actions de détection et de prévention.

Les actions de ce type qui s'inscrivent pour l'essentiel dans le cadre des services obligatoires de prophylaxie à la charge des départements, font l'objet d'une demande de crédits, au titre des remboursements effectués par l'Etat, de 1 499,2 millions de francs (contre 1 222,6 millions de francs en 1977). Elles se répartissent de la façon suivante :

— protection maternelle et infantile : 660 millions de francs (contre 536 en 1977) ;

— prophylaxie mentale : 505 millions de francs (contre 374 millions de francs en 1977) ;

— autres actions spécialisées (tuberculose, cancer, lèpre, toxicomanie, alcoolisme et maladies vénériennes) : 290,4 millions de francs (contre 280,6 en 1977).

— En matière de *protection maternelle et infantile* : les actions menées depuis quelques années débordent le seul domaine sanitaire traditionnel. Elles s'élargissent vers d'autres secteurs : social, éducatif, psycho-affectif, s'orientent vers la prévention-détection des handicaps et des inadaptations et, secondairement, vers la prise en charge et la rééducation de ceux qui n'ont pu être évités.

La surveillance de la grossesse à domicile par les sages-femmes se développe et de plus les femmes enceintes pour lesquelles des consultations et des examens complémentaires sont nécessaires en dehors de quatre examens prénataux obligatoires (remboursés à 100 % au titre de l'assurance maternité), peuvent être exonérées

du ticket modérateur sans limitation du nombre de ces consultations ou de ces examens : c'est le département qui acquitte directement cette quote-part, non prise en charge par la Sécurité sociale, dans le cadre de conventions (32 à ce jour) passées avec les établissements hospitaliers.

Les dépenses obligatoires de P M I supportent, en outre, les dépenses de fonctionnement des *centres de planification* ou d'éducation familiale ; ceux-ci sont au nombre de 377 et environ un sur dix est géré directement par les services de P M I.

Dépistage et rééducation des handicaps s'effectuent à partir de l'exploitation des trois certificats de santé, laquelle est devenue opérationnelle dans presque tous les départements et plus de la moitié de ces documents est traitée par l'informatique. Cette mise en place a permis une prise en charge continue des enfants exposés et une meilleure orientation du travail à domicile des puéricultrices et des assistantes sociales. Des liaisons avec les médecins traitants et les services hospitaliers sont établies à cette occasion.

Dans le domaine plus particulier des déficits auditifs, une circulaire interministérielle Santé-Education précise les possibilités techniques de dépistage de la surdité de la naissance à six ans, évoque la nécessité d'une éducation précoce, voire d'un appareillage, et démontre le besoin de l'action concertée en vue de la reconnaissance et de la prise en charge de ce handicap.

Prévention des inadaptations : une action de prévention importante est menée dans le domaine des inadaptations par la poursuite de l'amélioration de la qualité des modes de garde et de l'augmentation du nombre de places offertes : les responsables des crèches sont incités à agir dans deux domaines nouveaux, social et éducatif, à la fois auprès des enfants, de leurs parents et des personnels ;

Les *gardiennes* auront sous peu le statut d'assistantes maternelles et, parmi les avantages attachés à cette activité désormais inscrite au Code du travail, la formation en cours d'emploi occupe une large place.

— En matière de *lutte contre le cancer*, se poursuivra en 1978 la mise en place, dans les centres hospitaliers régionaux, d'une organisation de coordination groupant les médecins des diverses disciplines intéressées au diagnostic et au traitement du cancer et chargé de coordonner le dépistage des nouveaux cas de cancers dans

les consultations participantes, de mettre au point des protocoles de traitement et de suivre leur application, de surveiller les malades après leur traitement et d'exploiter les documents réunis sur les malades à des fins médicales et scientifiques.

La possibilité de réaliser un enregistrement des cas de cancers survenant au cours d'une année dans certains groupes de population a été étudiée par la commission du cancer du Conseil permanent d'hygiène sociale ; une enquête se poursuit dans la région de Dijon sur les tumeurs digestives ; d'autres ont lieu à Caen et Montpellier. L'Institut national de la santé et de la recherche médicale envisage d'insérer cet enregistrement des cas de cancers dans des unités de recherches épidémiologiques. Les méthodes à utiliser et les moyens à mettre en œuvre pour exploiter les renseignements recueillis en divers points devront être précisés en vue d'en tirer des indications générales susceptibles d'orienter la prévention.

La Commission du cancer vient enfin de publier une notice destinée aux responsables des enseignements cliniques et relative à trois thèmes pédagogiques (cancer du sein, cancer du col utérin, cancer des voies aéro-digestives supérieures) à propos desquels des moyens de surveillance et de diagnostic relativement simples pourraient avoir une incidence très importante sur l'amélioration des conditions de traitement.

Un effort d'information générale des médecins sera réalisé dans le courant de 1978 par la publication dans la presse médicale de notes rédigées sous le contrôle de la commission ayant pour objet de faire le point sur les données récentes relatives à certaines formes de cancer.

— En matière de *prophylaxie mentale*, la mise en place de la sectorisation psychiatrique entreprise depuis plusieurs années se poursuit de façon active et 84 départements ont constitué des Conseils de santé mentale de secteur.

En 1977, l'Administration centrale a concentré ses efforts, qu'elle poursuivra activement, en 1978, auprès des autorités locales, afin d'orienter leur politique en matière d'hygiène mentale et de les inciter :

— à constituer des équipes de secteur qualifiées et mobiles permettant les traitements ambulatoires et la post-cure qui évitent les hospitalisations et leur prolongation ;

— à installer des services de psychiatrie en annexe d'hôpitaux généraux au sein des secteurs plutôt que d'agrandir les hôpitaux psychiatriques existants ;

— à moderniser les établissements psychiatriques anciens tout en réduisant leur capacité en fonction des secteurs impartis ;

— à créer des structures extra-hospitalières telles qu'hôpitaux de jour, foyers de post-cure, centres de santé mentale ;

— à ouvrir des antennes de prévention et de soins dans les établissements pour personnes âgées afin d'éviter — sauf nécessité — leur transfert en hôpital psychiatrique.

Dans les hôpitaux publics spécialisés en psychiatrie, le nombre des médecins a doublé depuis 1968 (1 202 contre 600).

Allant du véritable centre de santé mentale ouvert tous les jours au « point de consultation » organisé dans des localités éloignées ou des établissements tels que des hospices, le dispensaire reste le pivot de l'action extra-hospitalière ; les 2 164 dispensaires avaient reçu 567 900 consultants, en 1976, dont 167 157 sortant d'hôpitaux et 151 600 consultants nouveaux.

Le travail de secteur permet, en effet, de limiter l'hospitalisation ; on assiste à une légère décreue des effectifs : 125 000, en 1968, et 113 000, en 1976.

Les études menées avec des groupes de travail de la Commission des maladies mentales concernent :

— l'urgence en psychiatrie ;

— les maladies difficiles ;

— la psychiatrie infanto-juvénile ;

— l'application de la loi d'orientation du 30 juin 1975 en faveur des handicapés.

Elles se sont poursuivies, en 1977, et se prolongeront, en 1978, avec le souci d'instaurer dans chaque département une coordination technique plus étroite avec les organismes de l'enfance inadaptée notamment.

Enfin les maladies mentales ont été inscrites parmi les objectifs prioritaires de la recherche biomédicale au cours du VII^e Plan.

— Le phénomène de la *toxicomanie* continue à s'amplifier et la répartition selon l'âge fait apparaître une augmentation en nombre absolu, mais une diminution de pourcentage des jeunes de 15 à 24 ans en liaison avec une tendance à l'augmentation de la proportion des adultes entre 25 et 29 ans.

60 % des personnes incriminées ont déclaré avoir fait usage d'une seule substance, qui est l'héroïne ou le cannabis. Contrairement aux enquêtes précédentes, l'héroïne est utilisée en priorité avec une consommation plus de deux fois supérieure à celle de 1975, soit 36 % chez les hommes et 33 % chez les femmes contre respectivement 16 % et 13 % en 1975.

Il est apparu indispensable, afin de suivre le toxicomane tout au long de l'évolution de son cas, de développer des ensembles thérapeutiques qui consistent en plusieurs structures de soins liées entre elles par une même équipe médicale et sociale (accueil, cure, post-cure, réinsertion sociale).

Ainsi s'est poursuivi et amélioré le fonctionnement d'ensembles thérapeutiques : quatre à Paris, deux à Lyon, à Marseille, Bordeaux, Toulouse, Versailles, dans le Gard, Rouen et Rennes.

De nouveaux ensembles de même nature ainsi que plusieurs établissements de post-cure se mettent en place dans l'Oise, le Bas-Rhin, le Nord, la Drôme, la Haute-Savoie et l'Essonne.

La prévention comporte en outre des *actions de formation* centrées sur les travailleurs sociaux, les animateurs socioculturels et les éducateurs. En ce sens ont été réalisés, ou sont en cours, des stages de formation aux Universités de Paris V et Paris VII, à Lyon II et à Bordeaux II. Depuis le début de l'année, environ 400 personnes ont déjà pu suivre effectivement ces stages.

— *L'alcoolisme constitue toujours, avec toutes ses conséquences sanitaires, sociales et économiques, un problème majeur de notre société. La prévention implique une très large information du public — qui est contrecarrée, il est vrai, par la publicité obsessionnelle de firmes puissantes — et le dépistage précoce des malades dans des centres et des consultations d'hygiène alimentaire.*

Cette création est apparue comme un moyen de traiter de façon précoce les buveurs excessifs, souvent ignorants de la véritable nature de leurs troubles afin qu'un traitement puisse être instauré avant que ces malades ne soient devenus dépendants de l'alcool et avant que n'apparaissent des troubles graves, d'ordre somatique et psychiatrique. Actuellement, il existe 64 centres ou consultations, et 11 nouveaux centres sont en instance de création.

De plus, en vertu de la loi du 15 avril 1954, il incombe à chaque département d'organiser la lutte contre l'alcoolisme, au titre de la prévention, d'une part, des soins aux malades alcooliques et de leur postcure, d'autre part. Lorsque des alcooliques avérés refusent de se soigner, le texte a prévu une procédure assez complexe pour les amener à recevoir les soins que réclame leur état.

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

	1967	1973	1974	1975
Sujets signalés aux autorités sanitaires....	4 250	11 771	9 970	10 838
Sujets ayant accepté la cure de désintoxication	871	1 011	1 331	1 231

Par ailleurs, l'application de la loi du 9 juillet 1970 instituant un taux légal d'alcoolémie et généralisant le dépistage par l'air expiré, nécessite l'acquisition de matériels de prélèvement de sang pour le dosage d'alcool dans le sang des conducteurs impliqués dans un accident. En 1976, près de 75 000 prélèvements ont été effectués.

Enfin, les pouvoirs publics aident des associations d'anciens buveurs, par l'octroi de subventions. Le but essentiel de ces associations est de dispenser aux malades alcooliques et aux malades désintoxiqués, l'amitié et le soutien moral dont ils ont besoin pour leur guérison, pour leur réinsertion sociale et pour prévenir une rechute.

— L'élaboration d'un programme général de lutte contre les *maladies cardio-vasculaires* à l'échelon national nécessite une connaissance suffisante des facteurs de risque, des mécanismes étiologiques de l'athérosclérose, de l'hypertension artérielle et des cardiopathies ischémiques.

On ne dispose pas encore de données suffisamment fiables pour recommander une technique de prévention de masse.

Cependant le rôle néfaste du tabac (non seulement pour le cœur mais aussi pour le poumon) est suffisamment admis pour que le Ministère de la Santé ait jugé utile d'entreprendre sans attendre, une campagne de lutte contre le tabagisme.

Concernant les autres facteurs, les travaux de recherches doivent se poursuivre. Quatre centres bénéficient du soutien financier de l'Etat, deux à Paris, et un à Lyon et à Marseille.

4° *La régulation des naissances.*

— *La contraception* : le nombre des centres de planification ou d'éducation familiale atteint 370 en 1977 pour la France entière (dont un tiers pour la région parisienne) et 21 pour les Départements d'Outre-Mer. Mais cinq départements en sont encore dépourvus : l'Indre, la Lozère, la Manche, l'Eure et la Guyane.

Pratiquement tous les centres qu'ils soient gérés par les hôpitaux (54 %), des établissements publics (21 %) ou des associations privées (14 %) ont passé une convention avec le service de PMI du département d'implantation et reçoivent ainsi une participation financière de l'Etat et du département pour leurs frais de fonctionnement (rémunération des personnels exerçant des activités de prévention et d'éducation sanitaires, frais résultant des prescriptions concernant des mineurs désirant garder le secret et les personnes ne bénéficiant pas de prestations maladie, frais de fonctionnement propres au centre). Pour les centres gérés directement par les services départementaux de PMI (11 %) l'Etat rembourse 83 % de la totalité des dépenses.

Les consultants sont en majorité des femmes lorsqu'il s'agit de problèmes de contraception ou d'avortement ; elles sont parfois accompagnées de leur compagnon notamment pour les questions relatives à la stérilité, ou l'entente conjugale, la question de la stérilisation est parfois abordée.

Les hommes, qui constituent une minorité de consultants se présentent seuls, généralement pour des difficultés liées à la sexualité.

— *L'interruption volontaire de grossesse* : le champ d'application de la loi du 17 janvier 1975 s'étend progressivement, malgré quelques obstacles.

En 1976, 134 493 interruptions volontaires ont été recensées à partir des bulletins statistiques prévus par la loi, dont 87 025 en secteur hospitalier public et 47 468 en secteur hospitalier privé.

La répartition géographique est la suivante :

REGION	ETABLISSEMENTS publics.		ETABLISSEMENTS privés.		TOTAL
	Nombre d'établissements.	Nombre I. V. G.	Nombre d'établissements.	Nombre I. V. G.	
Alsace	9	3 657	3	576	4 233
Aquitaine		4 487		1 303	5 790
Auvergne	8	1 476	8	908	2 384
Bourgogne	14	3 329	4	231	3 560
Bretagne	17	5 355	7	867	6 222
Centre	16	5 438	6	271	5 709
Champagne	10	1 615	5	1 247	2 862
Franche-Comté	8	2 089	7	904	2 993
Languedoc - Roussillon	9	3 694	14	1 571	5 265
Limousin	5	1 340	7	491	1 831
Lorraine	11	737	16	2 342	3 079
Midi - Pyrénées	16	2 344	14	830	3 174
Basse-Normandie	15	3 553	3	287	3 840
Haute-Normandie	12	3 524	11	1 375	4 899
Nord - Pas-de-Calais	16	5 569	9	1 601	7 170
Ile-de-France	45	11 139	141	24 903	36 042
Dont Paris	11	4 500	42	11 835	
Pays de la Loire	8	5 779	3	483	6 262
Picardie	12	2 593	2	225	2 818
Poitou - Charente	13	2 091	8	1 868	3 959
Provence - Alpes - Côte d'Azur....	30	5 886	33	3 240	9 126
Rhône - Alpes	34	11 330	17	1 945	13 275
		87 025		47 468	134 493

Il ressort d'enquêtes partielles que les femmes qui demandent une interruption volontaire de grossesse ont, dans 60 à 70 % des cas, entre vingt et trente ans ; il s'agit, une fois sur trois, d'une célibataire. La catégorie des « inactives » semblerait en nombre légèrement supérieur comparée à celle des femmes qui exercent une profession. Les demandes sont présentées autant par le monde ouvrier que par les classes moyennes ; dans 50 % des cas environ les femmes ont déjà deux enfants ou plus.

Il faut relever enfin que les avortements clandestins semblent en voie de disparition puisque les services hospitaliers ne constatent plus de complications liées à des avortements pratiqués par des non-médecins ou par l'intéressée elle-même.

Le nombre de femmes se rendant à l'étranger pour interrompre leur grossesse diminue aussi très sensiblement : les statistiques britanniques indiquent que le nombre est passé de 36 541 en 1974 à 14 806 en 1975 et à 4 459 en 1976.

5° Les urgences médicales.

— Le *Service mobile d'urgence* (SMUR) est une « ambulance médicalisée », c'est-à-dire ayant à son bord du personnel infirmier ou du personnel médical, disposant notamment d'un appareillage de réanimation circulatoire et respiratoire. Le personnel médical est composé d'étudiants hospitaliers, de stagiaires internes, d'internes, d'étudiants préparant un certificat d'études supérieures, de médecins. Tous reçoivent, ou ont reçu, une formation appropriée à leurs tâches.

Les ambulances médicalisées des « SMUR » sont prêtes à intervenir jour et nuit, quelques minutes après l'appel. Celui-ci peut lui parvenir de la police, de la gendarmerie, des sapeurs-pompiers, des omnipraticiens, d'un établissement hospitalier public ou privé, de la population elle-même. Les « SMUR » interviennent en « primaire » — c'est-à-dire généralement avant qu'un diagnostic ait été fait — à 20-25 kilomètres à la ronde ; en « secondaire », c'est-à-dire lorsque le patient est déjà placé sous contrôle médical, ils interviennent à plus longue distance, couvrant parfois toute l'étendue d'un département. L'ambulance est constamment en liaison avec son hôpital de rattachement, par radiotéléphonie.

Le Ministère de la Santé et les hôpitaux reçoivent un appui important d'autres services : les recettes et les dépenses des moyens mobiles font l'objet d'un budget spécial à l'intérieur de l'établissement. L'Etat subventionne les acquisitions d'ambulances et de matériels, de même que les installations de radiotéléphonie, dans le cadre du programme d'action prioritaire n° 20 (Sécurité routière).

Le nombre des « SMUR » à l'heure actuelle est de 150 environ, certains d'entre eux ne fonctionnent que pendant l'été.

— Un *Service d'aide médicale d'urgence* (SAMU) est un organe de décision placé sous l'autorité d'un médecin, capable de mettre en œuvre, sur un territoire déterminé, plusieurs « SMUR » ou formations comparables, dépendant d'autres établissements ou services, ou qui lui sont rattachés directement. Le « SAMU » prend en charge en totalité une opération de secours ou d'évacuation sanitaire, la conduisant à son terme, veillant à ce que le patient soit reçu dans un service adéquat. Le « SAMU » est aussi

un organe de coordination, de coopération, entre les éléments composant le système général d'aide médicale urgente au centre duquel il est situé : il est donc obligé de disposer d'un secrétariat puissant, afin d'agir avec rapidité en toutes circonstances.

Le « SAMU » naît de la délibération du conseil d'administration de l'hôpital; puis, généralement, le préfet publie un arrêté prenant acte de son existence et organisant ses relations avec les autres organes de droit public ou privé intéressés par les urgences.

Les hôpitaux qui organisent les « SAMU » reçoivent le soutien de l'Etat, par l'attribution de crédits d'équipement et de fonctionnement inscrits au programme d'action prioritaire.

Il existera, à la fin de l'année 1977, 47 « SAMU », dont 26 installés dans des centres hospitaliers régionaux et universitaires. En 1977, trois nouveaux « SAMU » sont mis en place à Saint-Etienne, Nîmes et Arras. Si les prévisions se réalisent, s'ouvriront, en 1978, les « SAMU » de Nantes, Rennes, Angers et Charleville-Mézières.

6° Le service de santé scolaire.

Un comité consultatif et un groupe permanent pour l'étude des actions médicales, paramédicales et sociales liées à la scolarité des enfants et des adolescents ont été créés par un décret du 24 août 1976, avec pour mission d'aboutir à des propositions en vue d'une réorganisation et d'une réorientation de la médecine scolaire. Les travaux ont commencé en novembre 1976.

Cependant, d'ores et déjà, il est prévu de développer les actions de dépistage, le plus précocement possible, des troubles sensoriels et moteurs et des affections bucco-dentaires, d'établir un meilleur suivi des examens pratiqués et de poursuivre les actions d'éducation de la santé afin d'aboutir à une prévention plus efficace.

Une attention toute particulière doit être portée aux examens des élèves au moment de leur orientation vers les établissements d'enseignement technique et aux mesures préventives à prendre dans ces établissements.

Par ailleurs, les personnels de Santé scolaire ont été invités à rechercher les causes des inadaptations des élèves, qui peuvent varier suivant les départements, les localités et l'environnement, de façon à pouvoir mettre en œuvre les actions nécessaires pour les supprimer ou en atténuer les effets.

La formation des personnels en vue de l'accomplissement de ces nouvelles tâches sera poursuivie en 1978.

Le projet de budget prévoit la transformation de 45 postes de médecins du corps provisoire en 45 postes de médecins contractuels de Santé scolaire. Cette mesure aura pour effet de résorber les surnombres de médecins contractuels.

En ce qui concerne le personnel vacataire, les démarches entreprises, tant auprès du Premier Ministre (Fonction publique) que du Ministre des Finances, devraient aboutir à l'octroi aux médecins et chirurgiens-dentistes vacataires, de mesures de protection sociale.

Les deux tableaux qui suivent fournissent le bilan d'activité du service au cours de l'année scolaire 1975-1976.

Ventilation des bilans de santé.

	NOMBRE de départe- ments.	EFFECTIF des ressortis- sants.	NOMBRE de bilans effectués.	POUR- CENTAGE
Premier bilan (3 ans).....	53	289 889	60 387	20,8
Deuxième bilan (V. A.).....	78	729 793	553 749	75,9
Troisième bilan (C. M. 2).....	78	686 419	496 393	72,3
Quatrième bilan (classe de 3')....	78	470 711	393 972	83,7

Bilan général pour 70 départements.

CATEGORIE D'ENSEIGNEMENT des élèves dépendant du Service de Santé scolaire du Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale.	EFFECTIF Inscrit.	EXAMENS CLINIQUES				EXAMENS biomé- triques seuls.	TOTAL des élèves examinés.
		Bilan de santé.	Examens systéma- tiques.	Examens à la demande.	Total.		
Ecoles maternelles.....	1 412 886	337 592	32 242	11 811	381 645	81 321	462 966
Enseignement élémentaire.....	3 421 656	605 405	450 354	323 706	1 379 465	481 908	1 861 373
Enseignement du niveau 2° degré et technique.....	3 231 223	359 106	846 944	433 214	1 639 264	328 512	1 967 776
Ecoles normales.....	13 816	»	6 479	2 198	8 677	24	8 701
Total général.....	8 079 581	1 302 103	1 336 019	770 929	3 409 051	891 765	4 300 816

L'aide médicale.

Les dotations d'aide médicale sont destinées à couvrir une partie des dépenses obligatoires qu'effectuent les départements, dans le cadre de la législation d'aide sociale, dans le domaine de l'aide médicale. Les crédits ouverts au budget de 1978 sont destinés, d'une part, à accorder un acompte sur la gestion de 1978, acompte calculé sur la base des dépenses de l'année 1976, d'autre part, à compléter les versements de l'Etat au titre de la gestion des années précédentes.

En 1978, la dotation progressera de 2 782 à 3 109 millions de francs (+ 15,1 %).

La croissance générale des dépenses d'aide médicale a pour causes profondes, d'une part, la croissance des prix de journée qui correspond pour l'essentiel à la couverture des frais de personnel et, d'autre part, une meilleure protection sanitaire et sociale. L'aide médicale générale décroît parce que les cotisations d'assurance maladie pour les adultes handicapés ne sont plus réglées sur cette ligne budgétaire, mais sur l'aide aux malades mentaux, laquelle est en forte progression, parce que elle supporte, en outre, les cotisations majorées d'assurance maladie volontaire pour les hospitalisés depuis plus de trois ans.

L'équipement hospitalier.

LES DOTATIONS

L'effort consenti par le budget de 1978 en matière d'équipement, tant en investissements directs qu'en subventions, s'élèvera à 1 130,1 millions de francs en autorisations de programme contre 1 079,6 millions un an auparavant. Si l'augmentation en francs courants s'établit à 4,7 %, c'est en réalité à une diminution des programmes, appréciée en termes réels, de l'ordre de 3 points, que l'on assistera. En outre, les révisions de prix importantes, s'agissant d'équipements lourds dont la mise en place dure plusieurs années, hypothèquent un quart des dotations.

Comme un an auparavant, on perçoit dans ce budget une accélération du passage du quantitatif au qualitatif, avec l'accent mis sur les équipements lourds (CHR) et les opérations d'humanisation.

	AUTORISATIONS DE PROGRAMME	
	1977	1978
	(En millions de francs.)	
CHR	379	475
Etablissements de soins et de cure.....	363,1	306,6
Etablissements de protection et de prévention.	17	8
Humanisation	316,5	335,8

L'ÉLABORATION DE LA CARTE SANITAIRE

Au 1^{er} août 1977, la carte sanitaire pour la *médecine*, la *chirurgie* et la *gynécologie-obstétrique* a été arrêtée en ses deux composantes — sectorisation et indices de besoin dans chaque secteur — dans dix-sept régions et trois Départements d'Outre-Mer.

L'avis de la Commission nationale de l'équipement sanitaire a été recueilli pour trois autres régions, l'arrêté d'approbation devant intervenir prochainement.

En ce qui concerne les cartes spécialisées, les dossiers relatifs à la *neurochirurgie* et à la *radiothérapie* ont été eux aussi soumis à l'avis de la Commission avant que n'intervienne un arrêté ministériel d'approbation. Le dossier de l'*hémodialyse* est en cours d'élaboration.

En outre, les études qui avaient été demandées en 1975 sur la *pédiatrie*, la *cardiologie* et la *pneumophtisiologie* sont utilisées pour orienter l'action des établissements et des services de tutelle.

Enfin, une circulaire prochaine va prescrire l'élaboration d'une carte des services de *médecine nucléaire*.

LE PROBLÈME DES LITS INOCCUPÉS

L'établissement des cartes sanitaires a fait apparaître dans de nombreux cas des excédents sur les besoins en matière de potentiel d'hospitalisation et posé le problème des lits inoccupés.

De 1961 à 1969, le coefficient brut d'occupation en secteur hôpital des hôpitaux publics est passé de 74,4 % à 79,5 %, la diminution de 3,4 points de la durée moyenne de séjour étant insuffisante pour entraver les effets d'une importante augmentation du nombre des entrées et des journées d'hospitalisation ; en effet, dans le même temps que la durée moyenne de séjour passait de 21,4 à 18 jours en secteur hôpital, le nombre des entrées augmentait de plus de un million (2,55 millions en 1961, 3,58 millions en 1969, soit environ plus de 40 %) et le nombre des journées de près de 10 millions (54,65 millions en 1961, 64,38 millions en 1969, soit environ plus 18 %).

Ces chiffres traduisent essentiellement une croissance des besoins liés en partie à l'afflux en France d'une nombreuse population immigrée dans les années 60, mais aussi aux progrès des techniques médicales ainsi qu'aux efforts de rénovation du service public hospitalier et à la modernisation de son équipement.

Depuis 1970, la tendance s'est modifiée. Les taux d'occupation ont plafonné autour de 79,5 % de 1967 à 1972 pour connaître une diminution sensible depuis cette dernière date, passant progressivement de 79 % en 1973 à 76,1 % en 1976 (derniers chiffres disponibles). Cette évolution récente est à imputer avant tout à la baisse de la durée moyenne de séjour, qui a diminué de 2 points en 4 ans, passant de 15,7 jours en 1972 à 13,6 jours en 1976 (secteur hôpital). Dans le même temps, le nombre des journées d'hospitalisation passait de 68 à 74 millions. L'augmentation du nombre des entrées et du nombre total des journées a donc été insuffisante pour compenser la baisse de la durée moyenne de séjour.

Il importe de souligner que la mission de service public dévolue à l'hôpital public implique une capacité d'accueil dans chaque secteur supérieure à l'occupation moyenne, de façon à permettre à tout moment, compte tenu des variations saisonnières de fréquentation, de satisfaire aux demandes d'hospitalisation le plus souvent possible sur place.

On peut rappeler à ce propos que les taux d'occupation dans les hôpitaux de la plupart des pays industrialisés se situent dans une fourchette de 75 à 85 %.

LE PROGRAMME D'HUMANISATION

Au 1^{er} janvier 1976, date du début du programme d'action prioritaire n° 19 « humaniser les hôpitaux », le nombre de lits en salles communes était estimé à 190 000 sur un total de 600 000 lits des établissements de soins et de cure, soit 31,7 %.

Au cours de l'année 1976, près de 21 000 lits en salles communes ont été supprimés, dont 18 200 avec l'aide des subventions de l'Etat. Les 2 800 lits restants ont été financés par divers organismes (établissements publics régionaux, départements, communes, établissements eux-mêmes), le programme d'action prioritaire ayant eu un effet d'entraînement. C'est ce qui ressort de l'enquête sur le bilan de l'humanisation au 1^{er} janvier 1977 organisée par le Ministère de la Santé en février dernier.

En 1977, 20 700 lits en salles communes doivent être supprimés avec l'aide des subventions de l'Etat. On ne peut encore connaître le nombre de lits supprimés grâce aux concours des organismes cités plus haut.

En 1978, on peut estimer à plus de 20 000 lits le nombre de lits en salles communes qui seront supprimés.

CHAPITRE V

L'ACTION SOCIALE

L'action sociale proprement dite.

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

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

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

— il subventionne la réalisation d'équipements sociaux.

Cette politique d'animation et de prévention concerne les individus à tous les âges de leur vie et, plus particulièrement ceux qui souffrent de handicaps. Au titre IV, un complément de 69,4 millions est accordé en mesures nouvelles et se répartit de la manière suivante :

	VARIATION 1978 - 1977.	DOTATION 1978.
	(En millions de francs.)	
Chapitre 47-21.		
Art. 10. — Action sociale générale.....	+ 14	51,2
Art. 20. — Action réadaptation sociale.....	— 6,1	1,7
Art. 30. — Enfance inadaptée et handicapée.	+ 8,7	22,5
Art. 40. — Personnes âgées.....	+ 8,5	46,4
Art. 50. — Familles	+ 8,8	21,6
Art. 60. — Enfants et jeunes.....	+ 3,5	31,4
Art. 80. — Lutte contre les toxicomanies.....	+ 1	4

Enfin, il est ouvert à titre non renouvelable un crédit de 15 millions de francs pour l'accueil des réfugiés en provenance de la péninsule indochinoise.

1° LES CENTRES SOCIAUX

Les centres sociaux, au nombre de 706 au 1^{er} janvier dernier, constituent un regroupement d'activités et de services dans un secteur géographique limité de façon à en faciliter l'accès aux usagers et à rendre la gestion moins coûteuse pour la collectivité.

Leur développement a longtemps été freiné par des difficultés financières. Aussi, l'Etat a-t-il, en 1976, mis à leur disposition une subvention de 7,5 millions de francs complétée pour 1977 par un crédit de 9 millions de francs. Un supplément de 14 millions de francs est apporté par le présent budget de telle sorte qu'à la fin de 1978, la prise en charge par l'Etat des dépenses d'animation globale des centres sera égale à 20 %, étant entendu qu'un plafond de ces dépenses sera fixé.

En ce qui concerne les investissements, les créations de centres sociaux sont des opérations déconcentrées de catégorie III dont la programmation se fait uniquement à l'échelon départemental. Les crédits imputés sur le chapitre 66-20 (art. 30), doté de 84 millions de francs d'autorisations de programme, sont délégués globalement, mais affectés par le préfet suivant les priorités du plan d'équipement social de son département.

2° LES HANDICAPÉS

Le nombre de personnes qui bénéficieront des allocations prévues par la loi d'orientation du 30 juin 1975 a été estimé à 250 000 pour l'allocation d'éducation spéciale, 25 000 d'entre elles ouvrant droit au complément, et 320 000 pour l'allocation aux adultes handicapés.

Le coût des mesures nouvelles nées de l'application de cette loi sera supérieur à deux milliards de francs. Pour sa part, le budget de la Santé apportera en 1978 des contributions dans de multiples domaines.

Nous avons vu que 155 des emplois créés dans les services extérieurs seront affectés à la mise en place de la loi d'orientation et que la participation de l'Etat aux commissions d'orientation des handicapés a été portée de 10 à 13 millions de francs.

La formation des éducateurs spécialisés est prise en charge dans le cadre de la formation des personnels médicaux examinée plus haut.

La dotation sur laquelle sont servies des subventions aux organismes passera de 13,7 millions de francs à 22,5 millions de francs (+ 64,2 %).

Mais un effort particulier sera également accompli pour la création d'établissements à vocation régionale ou pluri-régionale en faveur d'enfants atteints de handicaps associés. Cependant les autorisations de programme ouvertes au titre de l'enfance handicapée au budget de 1978, en retrait sur celles de 1977, traduisent ces choix :

	1978	1977
	(En millions de francs.)	
Etablissements pour enfants.....	43	53
Etablissements pour adultes.....	71.6	82

A noter enfin que l'article 82 du projet de loi de finances propose la suppression du recouvrement des créances de l'aide sociale contre les débiteurs d'aliments des mineurs et des adultes handicapés.

3° LES PERSONNES AGÉES

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

480 millions de francs de crédits d'Etat seront affectés à cette mission durant les cinq années du Plan. Ils permettront de créer 440 nouveaux secteurs qui s'ajouteront aux 410 déjà mis en place pour quelque 60 000 personnes ; de mettre en 1980 à la disposition d'environ 270 000 personnes âgées un ensemble de services à proximité qui évitera à la moitié d'entre elles un placement en établissement ; de permettre à environ un million de personnes âgées de bénéficier de l'un au moins des services ainsi créés. Le rôle du téléphone a fait plus particulièrement l'objet d'une réflexion.

Néanmoins, avec la venue du très grand âge, il est parfois indispensable d'assurer l'hébergement en même temps que des soins. D'où la nécessité de hâter les travaux d'humanisation des hospices et de construire des maisons de santé ou de cure médicale et des établissements sanitaires de long et de moyen séjour.

Les crédits ouverts en 1977 ont permis :

— la mise en place de 120 secteurs nouveaux ; dans ces secteurs, deux actions sont obligatoires : l'amélioration de l'habitat (touchant 4 000 logements) et la participation à la vie sociale ;

— l'amélioration de 100 secteurs anciens ;

— la formation de 300 personnes au cours de 15 stages dans les cinq centres de Paris, Lille, Bordeaux, Grenoble et Pont-à-Mousson ;

— le financement de 180 000 heures de formation d'aide ménagère ;

— la suppression de plus de 10 000 lits en salle commune dans les hospices et la mise en chantier de centres de cure médicale — établissements de longs et moyens séjours — pour une capacité de 3 500 lits.

La lutte contre l'isolement a fait l'objet d'une convention avec les PTT afin d'autoriser les associations privées ou les bureaux d'aide sociale à souscrire directement des abonnements afférents à des installations téléphoniques chez les personnes âgées et il est maintenant envisagé la prise en charge des frais de raccordement téléphonique à un service de veille pour les personnes âgées dépourvues de ressources.

Il a été en outre décidé de ne plus faire état de l'obligation alimentaire pour les prises en charge d'aide ménagère accordées par l'aide sociale.

La dotation pour 1978 permettra de lancer un programme de consistance équivalente à celui de 1977 avec l'accent mis tout particulièrement :

— sur la simplification des procédures ;

— sur la participation active des retraités à la mise en place du programme ;

— sur la promotion de la vie sociale en établissements d'hébergement.

Enfin l'article 81 du projet de loi de finances supprime le recouvrement sur succession de l'allocation aux vieux travailleurs salariés lorsque l'actif successoral excède 100 000 F.

4° LES CRÈCHES

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

Il vise à la création de 25 000 places de crèches collectives et 25 000 places de crèches familiales de façon à dépasser 100 000 places en 1980.

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

— de l'Etat pour environ 40 %, au moyen des crédits déconcentrés mis à la disposition des préfets au titre de l'article 30 du chapitre 66-20 : une enveloppe quinquennale de 256 millions de francs 1975 a été prévue à cet effet ;

— des caisses d'allocations familiales : 40 % également au moyen du Fonds d'action sociale ;

— des collectivités locales ou associations, éventuellement sur emprunt auprès des grands organismes publics de crédit.

En ce qui concerne le *fonctionnement*, on peut estimer que la charge du coût des crèches se répartit de la façon suivante entre les différents participants :

Caisses d'allocations familiales (prestations de service + dotations normales) : 20 à 25 % ;

Ménages : 30 à 33 % ;

Gestionnaires (collectivités locales le plus souvent) : 40 à 50 % ;

Divers (entreprises, administration) : 2 à 5 %.

Le Gouvernement a autorisé la Caisse nationale d'allocations familiales à relever d'environ 11 % le taux des prestations de service aux crèches. C'est ainsi que la journée de garde d'enfant

d'allocataire donne lieu depuis le 1^{er} juillet 1977 à l'attribution d'une subvention de 21,85 F pour les crèches collectives et de 15,15 F pour les crèches familiales, alors qu'elles étaient respectivement de 19,50 F et 13,50 F en janvier de cette année.

Il faut noter par ailleurs l'importante réforme des prestations familiales par la loi du 1^{er} juillet 1977, qui crée une nouvelle prestation, *le complément familial*. A partir du 1^{er} janvier 1978, cette prestation se substituera à cinq allocations existantes et sera accordée aux familles ayant un enfant de moins de trois ans ou au moins trois enfants, que la mère exerce ou non une activité professionnelle et sous réserve que le revenu global de la famille n'excède pas un certain montant.

Le nombre des places existant dans les crèches n'est pas connu pour 1976 et 1977, la déconcentration retardant la collecte de l'information. Pour les deux années antérieures, les chiffres sont les suivants :

	EN CRECHES collectives.	EN CRECHES familiales.
Situation au 1 ^{er} janvier 1974.....	37 884	16 068
Ouverture en 1974.....	+ 3 112	+ 1 735
Fermeture en 1974.....	- 108	- 66
Situation au 1 ^{er} janvier 1975.....	40 888	17 737
Situation au 1 ^{er} janvier 1976.....	(1) 46 500	(1) 25 000

(1) Chiffres provisoires.

5° L'ACTION SOCIALE EN FAVEUR DES JEUNES

Une dotation supplémentaire de 3,5 millions de francs (+ 12,5 %) est apportée pour la mise en place de nouvelles actions socio-éducatives dans les foyers de jeunes travailleurs, pour renforcer les aides aux résidents, pour le fonctionnement des foyers relais et pour le développement des clubs et équipes de prévention.

Les foyers de jeunes travailleurs jouent un rôle important parmi les équipements sociaux de prévention de l'inadaptation sociale de

l'adolescence et, à ce titre, ils figurent dans le programme d'action prioritaire n° 16 du VII^e Plan « Développer la prévention et l'action sociale volontaire ».

L'évolution de la situation des foyers de jeunes travailleurs est étroitement liée depuis quelques années à deux éléments : la crise économique qui touche particulièrement les adolescents à leur entrée dans la vie active et l'abaissement à dix-huit ans de l'âge de la majorité civile qui amène des jeunes à quitter la famille, d'eux-mêmes ou parce qu'ils sont rejetés par elle. Ces éléments ont modifié la vocation des foyers en drainant vers eux une clientèle de plus en plus importante de jeunes inadaptés ou menacés d'inadaptation, nécessitant un renforcement des actions socio-éducatives : accueil, animation, rattrapage scolaire, orientation, insertion dans la vie sociale et professionnelle.

Compte tenu de cette évolution, il a paru nécessaire d'accroître la prise en charge par l'Etat d'une partie des dépenses socio-éducatives, d'améliorer l'accueil des jeunes touchés par la conjoncture économique et de débloquer des crédits d'investissement pour faciliter la rénovation et la modernisation des foyers qui le nécessitent afin de les mettre en mesure de remplir pleinement leur rôle d'accueil.

C'est ainsi que la dotation de 1977 a permis d'accorder 440 prises en charge partielles de rémunération d'animateurs, contre 300 en 1976.

Par ailleurs, les diverses formes de l'intervention en faveur des jeunes hébergés en foyers ont été remplacées par une aide unique dite « de dépannage » permettant aux responsables de foyers d'accueillir des jeunes travailleurs affrontés à des problèmes aigus, en danger même de marginalisation, en leur accordant un différé de paiement, ou dans certains cas, une remise partielle de redevances. Parallèlement sont menées les actions propres à conduire à leur insertion professionnelle : ainsi sont mises en place des actions de rattrapage pour l'acquisition des connaissances de base élémentaires, de préformation professionnelle en liaison avec les instances de la formation professionnelle, de sensibilisation au métier.

Une information est menée auprès des associations gestionnaires de foyers concernant les possibilités qui leur sont offertes, pour assurer le financement de ces actions, de passer des conven-

tions avec les instances de la formation professionnelle et, dans certains cas, avec le préfet au titre des crédits prévus au budget de l'Aide sociale à l'enfance.

Le P A P n° 16 a également pour objectif la prise en charge d'un pourcentage important du financement du secteur socio-éducatif des « Foyers-Relais » spécialistes des actions intensives menant à une insertion rapide dans le tissu urbain, par le logement et l'emploi, après un séjour de brève durée au foyer, quatre à cinq semaines. Un foyer parisien bénéficie, pour l'exercice 1977, d'une première tranche d'application de la prévision du P A P n° 16, par la prise en compte de 30 % environ de ses frais d'action socio-éducative. Pour l'exercice 1978 il est prévu le financement partiel du secteur socio-éducatif de trois foyers-relais.

Des subventions exceptionnelles d'équilibre sont accordées à certains foyers affrontés à un déficit de fonctionnement afin d'éviter leur fermeture.

Les jeunes bénéficient en outre d'aides accordées par les caisses d'allocations familiales, aides qui ne cessent de se développer :

— le coût plafond des dépenses socio-éducatives par an et par lit, qui sert de base au calcul de la prestation dite socio-éducative, versée aux foyers eux-mêmes est passé de 1 620 F en 1976 à 2 000 F en 1977, tandis que les conditions d'attribution de cette prestation ont été assouplies ;

— la prestation de service dite « d'hébergement » attribuée aux jeunes de moins de vingt ans résidant en foyers et affiliés au régime général et au régime minier de sécurité sociale a été portée de 75 F à 81 F par mois.

Les résidents des foyers de jeunes travailleurs figurent également parmi les bénéficiaires de l'allocation de logement. Le montant de l'allocation est particulièrement intéressant pour ceux qui n'ont pas perçu de salaire au cours de l'année de référence ; ce montant a été fixé à 306 F au 1^{er} juillet 1977.

En ce qui concerne la nouvelle aide personnalisée au logement de la loi du 3 janvier 1977, son application aux logements-foyers (jeunes travailleurs, personnes âgées, migrants) fait actuellement l'objet d'études dont l'aboutissement est prévu au cours des prochains mois.

L'aide sociale.

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

Elle est accordée par les conseils généraux, mise en œuvre par les directeurs départementaux de l'action sanitaire et sociale avec le concours des services départementaux d'aide sociale. Les dotations budgétaires constituent le remboursement par l'Etat de sa quote-part : leur total atteindra 7 895 millions de francs en 1978 contre 6 487 millions de francs en 1977 (soit + 21,7 %). Tous les suppléments consistent en des mesures acquises à l'exclusion d'une dotation de 4 millions de francs qui constitue pour l'Etat le coût de la suppression de l'obligation alimentaire pour l'aide ménagère à domicile qui figure au programme d'action gouvernemental du 26 avril 1977.

Quatre postes requièrent des compléments importants :

1° *L'aide à l'enfance* avec 666 millions de francs (dotation 1978 : 5 160 millions de francs).

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

2° *L'aide sociale aux infirmes, aveugles et grands infirmes avec 325 millions de francs (dotation 1978 : 1 330 millions de francs).*

Il n'y a pas lieu d'escompter une régression des dépenses d'aide sociale à ce titre car il est à craindre que la réduction des dépenses résultant de la suppression de certaines prestations du fait de la mise en vigueur de la loi du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées soit loin de compenser les augmentations de dépenses qui découleront de la mise en application de cette même loi : majoration de la masse globale des frais d'hébergement en raison notamment de la suppression de l'obligation alimentaire et de la prise en charge par l'aide sociale des frais de transport qui seront inclus dans les prix de journée (article 48 de la loi précitée) ; et, dans une moindre mesure, accroissement du taux des allocations restant à la charge de l'aide sociale (allocation compensatrice).

3° *L'aide aux personnes âgées avec 235 millions de francs (dotation 1978 : 1 002 millions de francs).*

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

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

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

4° *Les centres d'hébergement avec 177 millions de francs (dotation 1978 : 378 millions de francs).*

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

L'aide sociale de même que l'aide médicale se modifient dans leurs structures pour des raisons démographiques, économiques et juridiques. Les différentes catégories de charges n'évoluent pas avec la même vitesse : le tableau ci-après en apporte l'illustration, l'année 1970 étant choisie comme base 100.

FORMES D'AIDE	1970	1973	1974	1975	1976	1977 prévisions.
Aide sociale à l'enfance.....	100	160,6	193,04	236,88	215,80	321,37
Aide médicale aux tuberculeux..	100	94,5	95,16	133,59	134,49	158,90
Aide médicale aux malades mentaux	100	58,4	166 (1)	596,46	600,91	672,22
Allocation de loyer.....	100	5	1,46	0,80	0,07	0,24
Prévention et réadaptation sociale.	100	148,1	178,85	212,88	203,50	306,26
Centres d'hébergement.....	100	197,3	288,59	577,38	1 529,53	2 139,68
Aide sociale à la famille.....	100	100	90,36	77,92	175,71	189,23
Aide sociale aux personnes âgées.	100	146	170,92	196,02	246,67	264,49
Aide sociale aux infirmes, aveugles et grands infirmes.....	100	139,8	164,96	201,12	258,67	254,72
Aide médicale.....	100	143,6	167,78	175,92	217,23	274,98
Ensemble	100	138,8	172,14	221,51	272,93	302,70

(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.

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

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

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

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

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

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

On nous répond aujourd'hui qu'« une telle revision est inséparable d'une réflexion plus générale sur les relations financières entre l'Etat et les collectivités locales. Elle ne pourra être entreprise à partir d'éléments de base satisfaisants qu'après la mise en place de la réforme en cours de la fiscalité locale et au vu de ses premiers résultats qui permettront de dégager des critères objectifs d'évaluation des possibilités « actualisées » de participation des collectivités locales de chaque département.

« De plus, la revision des barèmes est subordonnée à la connaissance exacte des charges à répartir et il convient de souligner que celles-ci sont à la veille de subir de sensibles modifications du fait de la mise en application de la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées.

« Toutefois le problème que pose la revision des barèmes ne relève pas exclusivement du Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale, mais également et surtout des Ministères de l'Intérieur, tuteur des collectivités locales et de l'Economie et des Finances responsable du budget de l'Etat. »

« Il convient, enfin, d'ajouter que par le jeu des trois groupes à l'intérieur desquels les dépenses n'ont pas augmenté d'un même pourcentage depuis 1955, la participation globale de l'Etat fixée à l'origine à 50,01 % atteint en 1975 (dernière gestion totalement connue) 58,17 %, soit 8,16 % de plus qu'en 1955 faisant réaliser aux collectivités locales une économie correspondante loin d'être négligeable puisqu'elle peut être chiffrée à 1 063 millions en chiffres ronds en 1975. »

*
*

Les subventions perçues par certains régimes de sécurité sociale au titre du budget de la santé sont traitées par ailleurs dans le rapport spécial présenté par notre excellent collègue M. Fortier.

Les équipements sociaux.

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

Pour ce qui est de leur masse, les subventions d'équipements avaient été fixées à 307 millions de francs dans la loi de finances pour 1977. Le projet de budget pour 1978 a retenu le chiffre de 273,1 millions de francs. En valeur nominale, le recul de la dotation est de 11 % ; en termes réels, elle avoisinera 20 %.

Dans le détail, tous les établissements sont victimes de l'austérité à des degrés divers, les établissements pour les personnes âgées et les familles étant les moins frappés.

On notera, au chapitre 66-20, qu'une ligne ouverte il y a un an : article 70 « Aménagement social concerté » est dotée d'une autorisation de programme de 1,5 million de francs assortie de 1,8 million de francs de crédits de paiement (respectivement 7 et 2 millions de francs en 1977). Ces sommes doivent servir à financer la réalisation, dans une cinquantaine de zones mal urbanisées (tels les bidonvilles), des équipements sociaux les plus indispensables.

OBSERVATIONS DE LA COMMISSION DES FINANCES

Votre Commission des Finances, qui a apprécié l'effort global effectué en faveur de la santé et estimé opportun les nouvelles orientations, a chargé son rapporteur d'appeler l'attention de Mme le Ministre sur les points suivants :

1° Les insuffisances criantes du service de santé scolaire qui devrait pourtant être l'un des pivots majeurs de la prévention : M. Jager a pris l'exemple d'un département qui compte cinq médecins pour quatre cent mille élèves ! M. Allès a souhaité, en particulier, que soient renforcés les secrétariats pour décharger médecins et infirmières des tâches administratives ;

2° La nécessité d'assouplir les dispositions réglementaires relatives aux crèches : ce sont bien souvent les tracasseries administratives qui découragent les collectivités locales (M. Allès) ;

3° Les besoins considérables à satisfaire en matière d'aides ménagères (M. Allès).

Elle a enfin regretté, avec M. Jargot, la diminution des investissements sociaux.

DISPOSITIONS SPECIALES

Article 80.

Taxe annuelle spéciale aux spécialités pharmaceutiques.

Texte. — I. — L'article L. 602 du Code de la santé publique est modifié ainsi qu'il suit :

« Article L. 602. — Toute demande d'autorisation de mise sur le marché doit être accompagnée du versement d'un droit fixe, dont le montant sera fixé par décret. »

II. — Il est inséré dans le Code de la santé publique les dispositions suivantes :

Article L. 602-1. — Les spécialités pharmaceutiques bénéficiaires d'une autorisation du Ministre chargé de la Santé publique sont frappées d'une taxe annuelle, perçue au profit de l'Etat.

Article L. 602-2. — I. — La taxe annuelle prévue à l'article précédent est fixée à 1 000 F par spécialité pharmaceutique bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché. Elle est due par le titulaire de cette autorisation.

II. — La taxe n'est pas exigible pour les spécialités dont les ventes, à l'exclusion des ventes à l'exportation, n'ont pas atteint, au cours de l'année civile précédente, un montant hors taxe de 500 000 F.

III. — Lorsqu'une spécialité pharmaceutique est présentée en plusieurs conditionnements d'une contenance différente, c'est le montant total des ventes de la spécialité, sous ses différents conditionnements, qui doit être retenu pour l'application des dispositions précédentes.

IV. — En ce qui concerne les spécialités pharmaceutiques à base de préparations homéopathiques ou d'allergènes, la taxe est perçue une seule fois pour une même famille de produits ; dans ce cas, le montant annuel des ventes à prendre en considération est celui qui est réalisé pour l'ensemble des produits de la même famille.

Article L. 602-3. — I. — Les redevables de la taxe sont tenus d'adresser au ministre de la santé, au plus tard le 31 mars de chaque année, une déclaration indiquant les spécialités pharmaceutiques donnant lieu au paiement de la taxe. Cette déclaration est établie conformément au modèle fixé par arrêté du ministre de la santé.

II. — En l'absence de déclaration dans le délai fixé ou en cas de déclaration inexacte, le ministre de la santé peut procéder à une taxation d'office, qui entraîne l'application d'une pénalité de 10 % pour retard de déclaration, et de 50 % pour défaut ou insuffisance de déclaration.

A défaut de versement dans les deux mois à compter de la date de la notification du montant à payer, la fraction non acquittée de la taxe, éventuellement assortie des pénalités applicables, est majorée de 10 %.

III. — La taxe et les pénalités sont recouvrées et jugées comme en matière de contributions directes. L'action en répétition dont l'administration dispose pour le recouvrement de la taxe peut être exercée jusqu'à l'expiration de la quatrième année suivant celle au cours de laquelle la taxe doit être versée.

Article L. 602-4. — Les pharmaciens inspecteurs de la santé peuvent obtenir sur place, de tout titulaire d'autorisation de mise sur le marché, communication des documents comptables nécessaires au contrôle de la taxe.

III. — L'article L. 605 du Code de la santé publique est complété par un alinéa 9° ainsi conçu :

« 9° Les conditions d'application des articles L. 602 à L. 602-4 relatifs à la taxe annuelle des spécialités pharmaceutiques. »

Commentaires. — Le présent article organise le prélèvement d'une taxe annuelle sur les spécialités pharmaceutiques, d'une part en usant d'une faculté ouverte par l'ordonnance n° 59-250 du 4 février 1959 selon laquelle « les spécialités pharmaceutiques bénéficiaires d'un visa pourront être frappées d'une taxe annuelle perçue au profit de l'Etat », d'autre part en faisant participer la profession au développement des actions de contrôle rendues nécessaires notamment par la mise en œuvre des directives européennes portant sur l'autorisation de mise sur le marché des produits pharmaceutiques.

La contribution demandée à la profession ne s'applique, à raison de 1 000 F par spécialité, qu'aux produits dont le montant total des ventes excède 500 000 F, ce qui ne devrait pas avoir d'incidence sur les prix. Le rendement de la taxe est estimé à environ 2 millions de francs.

Par ailleurs, le présent article fixe les modalités de déclaration incombant aux redevables, les modalités de recouvrement de la taxe, les sanctions et pénalités, ainsi que les conditions du contrôle incombant aux pharmaciens inspecteurs de la santé.

Votre Commission des Finances vous propose l'adoption de cet article, voté par l'Assemblée Nationale sans modification.

Article 81.

Suppression du recouvrement sur succession de l'allocation aux vieux travailleurs salariés.

Texte. — I. — L'article L. 631 du Code de la sécurité sociale est abrogé.

II. — Les dispositions de l'article L. 698 du Code de la sécurité sociale sont abrogées et remplacées par les dispositions suivantes :

« Les arrérages servis au titre de l'allocation supplémentaire du fonds national de solidarité sont recouverts en tout ou en partie sur la succession de l'allocataire lorsque l'actif net est au moins égal à un montant fixé par décret.

« Le recouvrement est effectué par les organismes ou services payeurs de l'allocation dans des conditions et selon des modalités fixées par décret.

« Les sommes recouvrables sont garanties par une hypothèque légale prenant rang à la date de son inscription.

« L'action en recouvrement se prescrit par cinq ans à compter du jour de l'enregistrement d'un écrit ou d'une déclaration mentionnant exactement la date et le lieu du décès du défunt ainsi que le nom et l'adresse de l'un au moins des ayants droit. »

III. — L'article L. 700 du Code de la sécurité sociale est complété comme suit :
« ... ainsi qu'à la mise en œuvre des dispositions de l'article L. 698 notamment en ce qui concerne la détermination du montant des successions. »

Commentaires. — Le présent article a un double objet :

— faire disparaître l'inégalité créée entre les différents bénéficiaires du minimum vieillesse, les uns percevant une allocation de base récupérable sur leur succession (allocation aux vieux travailleurs salariés, secours viager, allocation aux mères de famille), les autres touchant un avantage ne donnant lieu à aucune récupération (allocation de base servie par les régimes de non-salariés, allocation spéciale de vieillesse) ;

— aménager les dispositions actuellement en vigueur en ce qui concerne le recouvrement sur succession de l'allocation supplémentaire du Fonds national de solidarité.

Il est donc proposé, pour aligner l'allocation aux vieux travailleurs salariés sur l'allocation spéciale de vieillesse et l'allocation aux vieux travailleurs non salariés, d'abroger l'article L. 631 du Code de la Sécurité sociale relatif au recouvrement sur succession des arrérages servis au titre de l'A V T S.

Par ailleurs, une nouvelle rédaction de l'article L. 698 reprend et précise les dispositions actuellement en vigueur en ce qui concerne le recouvrement maintenu de l'allocation supplémentaire du Fonds national de solidarité.

Votre Commission des Finances vous propose l'adoption du présent article, voté par l'Assemblée Nationale.

Article 82.

Suppression du recouvrement des créances de l'aide sociale
contre les débiteurs d'aliments des mineurs et des adultes handicapés.

Texte proposé initialement
par le Gouvernement.

I. — Il est mis fin au recouvrement des créances des services départementaux de l'aide sociale contre les familles des mineurs handicapés bénéficiaires, antérieurement au 1^{er} septembre 1976, des dispositions de l'article 178 du code de la famille et de l'aide sociale, et contre les débiteurs d'aliments des adultes handicapés dont les frais d'hébergement et d'entretien dans les établissements de

Texte adopté
par l'Assemblée Nationale
et proposé par votre commission.

I. — Conforme.

**Texte proposé initialement
par le Gouvernement.**

rééducation professionnelle et d'aide par le travail ainsi que dans les foyers et foyers-logements ont été pris en charge par l'aide sociale aux infirmes, aveugles et grands infirmes antérieurement au 1^{er} janvier 1977.

Il est mis fin à toute procédure d'exécution en cours au jour de la publication de la présente loi.

Les sommes déjà versées aux comptes du Trésor ne peuvent pas donner lieu à reversement sur la base du présent article.

II. — Quelle que soit la date à laquelle les prestations ont été versées, dès lors que le décès du bénéficiaire est intervenu après le 31 décembre 1977 et que les héritiers du bénéficiaire sont ses enfants, son conjoint ou la personne qui a assumé de façon effective et constante la charge du handicapé, les recours en récupération sur succession prévus à l'article 146 (a) du Code de la famille et de l'aide sociale ne sont pas exercés en ce qui concerne les prestations en nature ou en espèces et relatives à :

— la prise en charge des frais d'éducation spéciale des mineurs infirmes et grands infirmes ;

— la majoration pour aide constante d'une tierce personne aux aveugles et grands infirmes ;

— l'allocation de compensation aux grands infirmes travailleurs ;

— la prise en charge des frais de séjour dans les centres de rééducation professionnelle, les centres d'aide par le travail, les foyers et foyers-logements ;

— l'allocation mensuelle d'aide sociale aux infirmes, aveugles et grands infirmes, ainsi que l'allocation supplémentaire du fonds national de solidarité versée en application de l'article L. 711-1 du Code de la Sécurité sociale.

III. — Sur demande du bénéficiaire des prestations mentionnées au II ci-dessus, et à condition que ce bénéficiaire soit marié ou qu'il ait des enfants, il est donné mainlevée de l'hypothèque légale inscrite en application de l'article 148 du Code de la famille et de l'aide sociale. La radiation de l'hypothèque ne donne lieu à aucune perception au profit du Trésor.

**Texte adopté
par l'Assemblée Nationale
et proposé par votre commission.**

II. — Quelle que soit...

... après la date de promulgation de la présente loi et que les héritiers...

... grands infirmes,
l'allocation spéciale aux parents de mineurs grands infirmes, ainsi que l'allocation...

... Sécurité sociale.

III. — Conforme.

Commentaires. — Le présent article concerne :

— d'une part, les débiteurs d'aliments des mineurs et des adultes handicapés ;

— d'autre part, les héritiers du bénéficiaire des prestations d'aide sociale aux infirmes, aveugles et grands infirmes.

La loi d'orientation en faveur des personnes handicapées ayant supprimé le recours aux débiteurs d'aliments dans pratiquement tous les cas d'intervention de l'aide sociale, il est proposé de supprimer la participation de ces débiteurs d'aliments pour la période antérieure à ladite loi d'orientation, c'est-à-dire avant le 1^{er} septembre 1976, en ce qui concerne les mineurs handicapés et le 1^{er} janvier 1977 pour les adultes handicapés. Les procédures d'exécution en cours au jour de la publication de la loi de finances seront interrompues mais les sommes déjà versées aux comptables du Trésor ne pourront donner lieu à aucun versement.

La même loi ayant également prévu d'écartier le recours en récupération, sur les successions des bénéficiaires, de la plupart des formes d'aide sociale aux infirmes, aveugles et grands infirmes, lorsque les héritiers du bénéficiaire sont ses enfants, son conjoint ou la personne qui a assumé, de façon effective et constante, la charge du handicapé, il est prévu d'étendre ces dispositions aux prestations versées avant la mise en œuvre de la loi d'orientation. Ces dispositions ne concerneront que les décès survenus après la date de promulgation de la loi de finances pour 1978 ; elles permettront, en outre, aux bénéficiaires de ces prestations, s'ils sont mariés ou s'ils ont des enfants, de demander la mainlevée de l'hypothèque légale inscrite en application de l'article 148 du Code de la famille et de l'aide sociale.

Le présent article, amendé par le Gouvernement pour combler une lacune dans l'énumération des prestations et dans un souci d'harmonisation de date, a été voté par l'Assemblée Nationale. Votre Commission des Finances vous en propose l'adoption.