

# SÉNAT

SECONDE SESSION ORDINAIRE DE 1978-1979

Annexe au procès-verbal de la séance du 15 mai 1979.

## AVIS

PRÉSENTÉ

*au nom de la commission des Affaires sociales (1) sur le projet de loi pour le développement des responsabilités des collectivités locales.*

Par M. Jean CHÉRIOUX,

Sénateur.

TOME I

### **LA RÉPARTITION DES COMPÉTENCES EN MATIÈRE SANITAIRE ET SOCIALE ENTRE L'ÉTAT ET LES COLLECTIVITÉS LOCALES (TITRES I ET II DU PROJET DE LOI)**

(1) *Cette Commission est composée de : MM. Robert Schwint, président ; René Touzet, Jacques Henriet, Bernard Lemarié, Hector Viron, vice-présidents ; Hubert d'Andigné, Roland du Luart, Jean Mézard, André Rabineau, secrétaires ; Jean Amelin, Hamadou Barakat Gourat, Jean Béranger, Noël Berrier, André Bohl, Louis Boyer, Jean-Pierre Cante-grit, Jean Chérioux, Michel Crucis, Georges Dagonia, Michel Darras, Jean Desmarests, Guy Durbec, Charles Ferrant, Pierre Gamboa, Marcel Gargar, Jean Gravier, André Jouany, Michel Labèguerie, Edouard Le jeune, Roger Lise, Pierre Louvot, Serge Mathieu, Marcel Mathy, André Méric, Henri Moreau, Michel Moreigne, Jean Natali, Mme Rolande Perlican, MM. Guy Robert, Victor Robini, Pierre Sallenave, Albert Sirgue, Marcel Souquet, Bernard Talon, Georges Traille, Jean Varlet, Jacques Verneuil.*

**Voir les numéros :**

**Sénat : 187, 307, 318 et 355 (1978-1979).**

**Collectivités locales. — Action sociale - Agents communaux - Communes - Conseils municipaux - Districts - Départements - Dotation globale d'équipement - Education - Elus locaux - Emprunts - Fonction publique - Justice - Maires - Police - Santé - Syndicats de communes - Urbanisme - Code des communes - Code général des impôts.**

## SOMMAIRE

	Pages
<b>Introduction générale</b> .....	5
<b>Travaux de la Commission</b> .....	7
1. Exposé introductif du Rapporteur sur la répartition des compétences en matière sanitaire et sociale entre l'Etat et les collectivités locales .....	7
2. Audition de Mme Simone Veil, ministre de la Santé et de la Famille (action sanitaire et sociale) .....	10
3. Exposé introductif du Rapporteur sur le statut des élus locaux .....	12
4. Audition de M. Christian Bonnet, ministre de l'Intérieur (ensemble du projet de loi) .....	12

### TOME I

#### LA RÉPARTITION DES COMPÉTENCES EN MATIÈRE SANITAIRE ET SOCIALE ENTRE L'ÉTAT ET LES COLLECTIVITÉS LOCALES (TITRES I ET II)

<b>Introduction</b> .....	17
• <i>Plus de 20 milliards de francs sont en jeu.</i>	
• <i>La réforme répond partiellement aux préoccupations exprimées par la commission des Affaires sociales dans son avis budgétaire pour 1979.</i>	
<b>PREMIÈRE PARTIE. — AIDE SOCIALE ET PRÉVENTION SANITAIRE : PROBLÈMES ACTUELS</b> .....	19
<b>I. — L'aide sociale : un champ d'intervention en pleine évolution</b> .....	19
1. Spécialisation des aides .....	19
2. Personnalisation des aides .....	20
3. Recul de l'obligation alimentaire .....	21
4. L'extension de la Sécurité sociale .....	21
5. Hausse des coûts et maintien d'un nombre élevé d'assistés .....	22
6. La politique de maintien à domicile .....	23
7. L'aide sociale légale dans l'ensemble de l'action sociale .....	23
<b>II. — La protection sanitaire : des finalités et des moyens à redéfinir</b> .....	25
1. Le champ des actions publiques .....	25
2. Secteurs en régression, secteurs en progression .....	25
3. Perspectives de financement par l'assurance maladie .....	26
4. La protection maternelle et infantile : de la prévention sanitaire à l'action sociale .....	26
5. La santé scolaire : des orientations incertaines .....	27

	Pages
III. — Une réforme nécessaire : la suppression des financements croisés et la révision du barème de répartition des dépenses entre Etat et collectivités locales..	29
1. Le système institué par la réforme de 1953 : .....	29
● Le classement des dépenses en trois groupes .....	29
● Le barème de répartition de 1955 .....	30
● La répartition des dépenses entre le département et les communes ..	34
● Le domicile de secours .....	34
2. Ses inconvénients : .....	35
● Les départements font la trésorerie de l'Etat .....	35
● Le barème n'est plus conforme aux besoins et aux richesses des départements .....	35
● La confusion des responsabilités .....	36
DEUXIÈME PARTIE. — LE PROJET DE LOI : UNE SOLUTION DE COMPROMIS .....	37
I. — Le principe de la répartition en deux blocs de compétences .....	38
1. Entre deux solutions extrêmes, le transfert total à l'Etat... ..	38
2. ...et la décentralisation complète... ..	38
3. ...le projet de loi propose une répartition des compétences en matière d'aide sociale légale et de prévent ou sanitaire entre l'Etat et les collectivités locales .....	39
II. — La configuration des blocs de compétences de l'Etat et des collectivités locales	40
1. Les critères retenus .....	40
2. L'aide sociale .....	40
3. La Santé .....	42
4. La neutralité financière des transferts de compétences au niveau national..	43
III. — La répartition des compétences entre le département et les communes .....	46
Deux solutions :	
1. Maintien des financements croisés... ..	46
2. ...ou transfert direct de compétences aux communes .....	46
IV. — La compensation financière .....	47
1. Pour compenser, dans chaque département, les modifications de charges résultant de la répartition des compétences... ..	47
2. ...les modalités proposées... ..	47
3. ...né remettent pas en question le barème de 1955 .....	48
TROISIÈME PARTIE. — OBSERVATIONS ET CRITIQUES .....	49
● Observations générales : une portée incertaine .....	49
I. — A propos des critères de répartition .....	51
<i>Prendre en compte la marge de manœuvre effective des collectivités locales et leurs intérêts financiers.</i>	
II. — A propos des conditions et des limites de la décentralisation .....	53
<i>Donner aux départements et aux communes des libertés, mais encadrer leurs interventions par la loi afin d'éviter de trop grandes disparités sur l'ensemble du territoire.</i>	

	Pages
III. — A propos des conséquences du projet de loi dans le domaine de compétences de l'Etat .....	56
<i>Moyens financiers et nature juridique du service de l'aide sociale à l'enfance.</i>	
IV. — A propos des risques que fait peser la réforme sur la cohérence de la politique sanitaire et sociale, sur l'organisation des services départementaux et sur le statut des personnels .....	57
<i>Sauvegarder l'unité de la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales.</i>	
V. — A propos des incidences financières de la réforme .....	60
<i>Eviter dans la mesure du possible que les départements et les communes soient pénalisés à terme.</i>	
 <b>QUATRIÈME PARTIE. — EXAMEN DES ARTICLES</b> .....	 67
— TITRE I. — Allègement des contrôles.	
Chapitre IV. — <i>L'allègement des procédures administratives et des prescriptions techniques.</i>	
• Articles 42 à 47 et article additionnel après l'article 47 .....	67
— TITRE II. — Répartition et exercice des compétences.	
Chapitre III. — <i>Action sociale et santé.</i>	
• Article 61 .....	69
• Articles 62 à 66 et articles additionnels après l'article 66 (section I. — Action sociale) .....	70
• Articles 67 à 78 (section II. — Santé) .....	74
• Articles additionnels après l'article 78 et article 79 (section III. — section commune) .....	82
Chapitre VI. — <i>Compensation financière des transferts de compétences.</i>	
• Article additionnel avant l'article 88 .....	84
• Article additionnel après l'article 88 .....	88
 <b>Tableau comparatif</b> .....	 89
 <b>Conclusion</b> .....	 117
 <b>Amendements présentés par la Commission</b> .....	 119
 <b>Annexes</b> .....	 124

**MESDAMES, MESSIEURS,**

Le projet de loi dont notre Assemblée est saisie, inspiré par le rapport de la Commission Guichard et par la Réponse des maires de France, constitue le troisième volet de la réforme des collectivités locales entreprise par les pouvoirs publics. Après l'institution de la dotation globale de fonctionnement, votée par le Parlement en décembre dernier, après le projet de réforme de la fiscalité locale, toujours en instance devant l'Assemblée nationale, il s'agit cette fois de développer les responsabilités des collectivités locales dans les domaines qui intéressent directement la vie quotidienne et l'environnement des Français, de rapprocher l'administration des citoyens, plus largement de développer la vie locale.

Pour cela, il faut un partage clair des compétences entre l'Etat et les collectivités locales. Ce partage s'accompagnerait d'un transfert des moyens financiers nécessaires. Pour leurs compétences propres, communes et départements définiraient librement, dans le cadre de la loi, l'importance et la qualité des services offerts.

Tels sont les principes directeurs du projet de loi, énoncés dans son exposé des motifs.

Pour réaliser ces objectifs ambitieux, les moyens mis en œuvre sont multiples : allègement des procédures et des contrôles (titre I) ; répartition des compétences entre Etat et collectivités locales dans cinq domaines d'intervention : justice, éducation, aide sociale et santé, police, urbanisme (titre II) ; amélioration du statut des élus locaux (titre III) ; amélioration du statut des personnels communaux (titre IV) ; aménagement de la coopération intercommunale (titre V) ; information et participation des citoyens à la vie locale (titre VI) ; soit, au total, 152 articles, dont certains modifient plusieurs articles de codes.

..

Il n'appartient pas à notre commission des Affaires sociales de porter un jugement sur l'ensemble des dispositions proposées, dont l'étude au fond est du ressort de la commission des Lois. Tout au plus se doit-elle d'exprimer d'emblée un souci partagé par l'ensemble de ses membres, qui sont aussi pour la plupart des élus locaux : le souhait très généralement exprimé d'un renforcement du pouvoir des collectivités locales, donc de la décentralisation, s'accompagne de la crainte non moins unanime de manquer des moyens financiers

nécessaires à l'exercice convenable de ce pouvoir. Le fait que la réforme des finances locales ait encore une issue incertaine, que les résultats de l'institution récente de la dotation globale de fonctionnement ne puissent encore être appréciés, ne contribue guère à les rassurer sur les implications financières, à moyen et long terme, du présent texte. Les études menées par les différentes commissions, dont la nôtre, doivent certes contribuer à éclairer le débat et à dissiper les inquiétudes. Mais le projet de loi comporte bien des incertitudes, surtout en ce qui concerne les conséquences de la répartition des compétences prévue par le titre II, qui constitue le cœur même du texte. Il faudra attendre, pour statuer définitivement, sans doute à la session de printemps 1980, d'avoir connaissance des projets de loi complémentaires que le Gouvernement prépare et qui seront déposés d'ici à quelques mois.

\*  
\*\*

Pour sa part, notre commission des Affaires sociales est intéressée par les dispositions suivantes :

- Dans le titre premier : la création de la dotation globale d'équipement ainsi que l'allégement des procédures et normes, dans la mesure où les établissements et services sanitaires et sociaux sont concernés ;

- Dans le titre II : le chapitre III relatif à la répartition des compétences en matière d'action sociale et de santé ; le chapitre IV relatif à la compensation financière des transferts de compétences ; le chapitre VII qui traite des relations entre les départements et les communes ;

- Dans le titre III : les dispositions touchant au statut social des élus locaux.

Quoique bien circonscrite et restreinte par rapport à l'ampleur du texte dans son ensemble, la matière est abondante. Elle fera donc l'objet de deux tomes distincts. Le premier sera consacré, autour du thème de la répartition des compétences en matière d'action sanitaire et sociale, aux titres I et II. Le second traitera du statut de l'élu local (titre III).

On trouvera cependant ci-après le compte rendu de l'ensemble des travaux de la Commission.

## TRAVAUX DE LA COMMISSION

---

Votre Commission a consacré plusieurs réunions à l'étude du présent texte.

● **Le mercredi 4 avril 1979**, la Commission a entendu un exposé introductif de votre Rapporteur sur le titre II du projet de loi.

Votre Rapporteur, après quelques observations générales, s'est attaché à présenter les grandes lignes des dispositions prévues par le titre II du texte en matière de transferts de compétences entre l'Etat et les collectivités locales dans les domaines de l'action sociale et de la santé et à souligner la complexité des problèmes soulevés. Le dispositif proposé au Parlement, a-t-il exposé, répond aux préoccupations exprimées pour 1979, dans la mesure où il met fin au système des financements croisés, tel qu'il a été établi en 1955. Etat et collectivités locales se verraient attribuer des compétences propres et exclusives. Les collectivités auraient en charge les formes d'aides et de services qui relèvent plus particulièrement de la solidarité de voisinage : aide à domicile et hébergement des personnes âgées, aide médicale de droit commun, service social polyvalent, protection maternelle et infantile, santé scolaire, actuellement à la charge intégrale du budget de l'Etat. L'Etat, pour sa part, prendrait la responsabilité des formes d'aide dont les modalités d'attribution sont proches des règles de la sécurité sociale (allocations d'aide sociales aux handicapés, par exemple), les cotisations d'assurance maladie pour les assurés sans ressources, et les formes d'intervention qui s'inscrivent plutôt dans une politique d'envergure nationale ou qui concernent des catégories de population moins bien intégrées dans la vie locale : aide sociale à l'enfance, aide médicale aux malades mentaux et aux tuberculeux, sectorisation psychiatrique, alcoolisme, toxicomanie, centres d'hébergement.

La décentralisation est acceptable sous certaines conditions. Il convient, tout d'abord, que le transfert de charges financières s'accompagne des moyens de maîtriser la dépense et de gérer effectivement les secteurs confiés aux collectivités locales, autrement dit, qu'il s'agisse d'une décentralisation véritable. Tel ne semble pas être le cas, ni en matière d'aide médicale, ni en matière d'hébergement des vieillards invalides dans les établissements de long séjour relevant du secteur sanitaire. Il serait ensuite souhaitable que ne soit pas remise en cause la procédure de coordination des équipements sociaux

et médico-sociaux mise en place dans le cadre de la loi sociale du 30 juin 1975. Enfin, il conviendrait, pour éviter des politiques trop divergentes dans l'admission à l'aide sociale, laissées à l'appréciation des commissions d'admission, que soient établis des barèmes fixés soit au niveau du département, par le conseil général, soit même, pour certains éléments, au niveau national. La réforme, en effet, ne doit pas se traduire par un accroissement des disparités de traitement entre citoyens selon qu'ils relèvent d'une commission d'admission plus ou moins généreuse, ou d'une collectivité plus ou moins riche, s'agissant de l'aide sociale légale et non facultative.

L'éclatement du pouvoir de décision entre plusieurs collectivités pose en outre le problème de la cohérence de la politique sociale, qui risque d'être remise en cause par exemple dans le domaine de l'enfance, ainsi que celui de l'organisation administrative des directions départementales des affaires sanitaires et sociales, sans oublier le sort des personnels concernés. Il faut trouver les moyens de limiter le plus possible les risques de désorganisation du service, au moins par le maintien d'une direction départementale de l'action sanitaire et sociale unique, disposant si nécessaire de services ayant des attributions communes à l'Etat et au département, moyennant une répartition des charges déterminées par voie de convention. Il est également indispensable de bouleverser le moins possible les statuts des personnels.

Evoquant ensuite les aspects financiers de la réforme, votre Rapporteur a fait état des mécanismes de compensation prévus par le projet de loi et formulé un certain nombre de critiques. Au niveau national, les transferts seraient financièrement neutres, ce qui signifie que le budget de l'Etat n'accroîtra pas sa participation globale aux dépenses d'aide sociale et de protection sanitaire. Or, le Parlement dénonce depuis longtemps le coût trop élevé de ces dépenses pour les collectivités. Dans chaque département, il est prévu de compenser le solde créditeur ou débiteur, soit par variation de la dotation globale de fonctionnement, soit par transfert de recettes fiscales, de façon à ne pas modifier, au moment de l'entrée en vigueur de la réforme, la charge financière supportée effectivement par les différents départements. Ce système présente l'inconvénient majeur de « cliquer » la situation résultant de l'application du barème de répartition des dépenses entre Etat et collectivités locales fixé par le décret de 1955, alors que la richesse relative des départements a évolué depuis cette date. En outre, seraient défavorisés les départements qui ont mené les politiques sociales les moins dynamiques. Enfin, compte tenu de l'incertitude quant à l'évolution respective des divers postes de l'action et de l'aide sociales et à celle de la situation économique générale, il est fort probable que les sommes versées au titre de la compensation, indexées sur le produit de la taxe à la valeur ajoutée, évolueront moins rapidement que les dépenses d'aide sociale, ce qui mettra les collectivités locales en



difficulté. Il serait donc indispensable de moduler la compensation selon les capacités financières et les besoins réels des différents départements.

Pour conclure, votre Rapporteur a souligné combien il lui semblait difficile de délibérer sur une loi-cadre sans même connaître le contenu probable des projets de loi complémentaires, encore à l'étude, qui, seuls, permettraient d'apprécier la portée prévisible des transferts de compétence envisagés. Il a invité ses collègues à lui faire part de leurs observations pour l'aider dans sa réflexion sur un texte aux implications aussi complexes.

M. Gamboa a déclaré partager les réserves exprimées par le Rapporteur pour avis. Selon certaines simulations, la réforme se traduirait par un transfert de charge sur les collectivités locales de 7 milliards pour l'aide sociale et de 1 milliard 700 millions en matière de bourses scolaires. La décentralisation risque de mettre en cause l'égalité des citoyens devant la loi et de placer les collectivités en situation délicate si elles n'ont pas les moyens financiers suffisants pour faire face à l'accroissement inéluctable des dépenses d'aide sociale.

M. Béranger a approuvé les interrogations posées par M. Chérioux. Se déclarant, comme lui, favorable à la suppression des financements croisés, il a estimé indispensable que le Parlement prenne le temps de la réflexion et soit mieux éclairé sur les incidences financières des transferts de compétences.

M. Rabineau a souligné l'inégale richesse des départements et insisté sur la charge particulièrement lourde pesant sur les départements ruraux qui abritent de nombreux établissements pour personnes âgées. Il a également considéré comme insuffisantes les simulations financières élaborées jusqu'à présent.

Votre Rapporteur a rappelé que la commission des Lois, saisie au fond, semblait décidée à aboutir rapidement. La commission des Affaires sociales ne peut donc rester en retrait et doit affermir ses positions. D'autre part, il a fait part des simulations effectuées, par le ministère de l'Intérieur, département par département, sur la base des dépenses exposées en 1977, qui devraient être très prochainement communiquées aux sénateurs.

Il a déclaré retenir de cette discussion préliminaire, pour l'essentiel, que la Commission ne semblait pas hostile à une mise en cause éventuelle du transfert aux collectivités locales de l'aide médicale et de l'aide à l'hébergement des personnes âgées invalides, et restait favorable à ce que soit redéfinie la répartition des charges entre l'Etat et les collectivités département par département.

• **Le jeudi 5 avril 1979, la Commission a procédé à l'audition de Mme Simone Veil, ministre de la Santé et de la Famille.**

Inspirée par la nécessité de clarifier les responsabilités, de mieux maîtriser les dépenses et de développer l'initiative locale, a exposé le Ministre, la réforme prévoit, pour atteindre ces objectifs, un allègement des normes, la création d'une dotation globale d'équipement, et la répartition entre l'Etat et les collectivités locales des compétences en matière d'aide sociale et de protection sanitaire. Selon les critères retenus par le Gouvernement, seraient rattachés aux collectivités les équipements et services de voisinage, et les prestations d'aide sociale nécessitant une appréciation individuelle des situations. L'Etat, en revanche, financerait les prestations dont le montant et les conditions d'attribution sont définis au niveau national, prendrait en charge les secteurs dans lesquels la solidarité locale s'exerce moins aisément et assurerait la fonction de contrôle.

Ces principes étant posés, la réforme aurait des prolongements sur l'organisation des services extérieurs. Selon Mme Veil, l'unité du service devrait être préservée, dans un souci d'efficacité. Afin d'éviter le bouleversement des situations des personnels concernés, les changements de statut s'accompagneraient toujours d'un droit d'option et les droits acquis seraient garantis. Il conviendra sans doute d'aménager l'organisation de l'admission à l'aide sociale en garantissant l'impartialité des commissions cantonales et le caractère juridictionnel des voies de recours contre leurs décisions. Enfin, le Gouvernement entend également développer l'initiative des services extérieurs dans les domaines d'action relevant de la compétence exclusive de l'Etat, tels que l'aide sociale à l'enfance.

Le Ministre a ensuite évoqué les conséquences financières de la réforme en insistant sur les différents facteurs susceptibles d'entraîner un ralentissement de la hausse des dépenses, au cours des prochaines années, dans les secteurs confiés aux collectivités locales. La loi d'orientation en faveur des handicapés a pris son plein effet : l'effort d'équipement pour les personnes âgées devrait se ralentir et le développement de la sectorisation parvenir à son terme ; la progression du minimum vieillesse, l'accroissement de la prise en charge par la sécurité sociale des soins aux personnes âgées hébergées, la mise en œuvre de la généralisation de la sécurité sociale, les efforts entrepris pour maîtriser les coûts de la santé sont autant de facteurs susceptibles d'alléger la charge de l'aide aux personnes âgées et de l'aide médicale laissées aux collectivités locales. Enfin, le rapprochement du décideur et du payeur devrait permettre un meilleur contrôle de la dépense sociale.

Après l'exposé du Ministre, votre Rapporteur a exprimé ses principales préoccupations. Si la suppression des financements croisés et l'allègement des normes lui paraissent des mesures opportunes, le

fait que les élus participent aux commissions d'admission n'est pas, à son avis, un critère suffisant pour imposer aux collectivités certaines charges, telles que l'aide médicale ou l'hébergement des personnes âgées invalides dans les établissements sanitaires, départements et communes n'ayant en l'espèce aucune prise sur l'organisation des services et la maîtrise des coûts. Par ailleurs, la répartition proposée risque de mettre en cause l'unité de l'action sociale dans le domaine de la politique de l'enfance. En matière financière, aucune révision n'est envisagée du barème de 1955 qui définit, dans chaque département, la participation de l'Etat aux dépenses d'aide sociale et de protection sanitaire. Quant à l'évolution à venir des dépenses, le Rapporteur pour avis n'a pas partagé l'optimisme du Ministre, les coûts étant en effet constitués en majorité de frais de personnels qui tendent à augmenter plus rapidement que le coût de la vie. Enfin, il a demandé au Ministre si la coordination des équipements sociaux serait maintenue.

**M. Boyer** a signalé que la prise en charge des nomades, à l'occasion principalement de leurs rassemblements, et des ouvriers des chantiers mettait en déséquilibre le budget des communes d'accueil. Il a insisté sur le coût croissant de la sectorisation psychiatrique sans diminution des dépenses des hôpitaux. Enfin, il a demandé que les incidences financières de la réforme fassent l'objet d'une simulation sur quelques départements types.

Pour **M. Labèguerie**, la mobilité des personnes âgées met en cause la notion de solidarité de voisinage et grève le budget des collectivités disposant de capacités d'hébergement importantes.

**M. Touzet** a observé que le dégrèvement du ticket modérateur, à compter d'un certain niveau de frais, constituait une incitation à la dépense de santé.

**M. Henriet** a interrogé le Ministre à propos des incidences de la généralisation de la sécurité sociale sur les coûts d'aide médicale.

En réponse à votre Rapporteur, Mme Veil a notamment estimé qu'un transfert éventuel de l'aide médicale à l'Etat présenterait l'inconvénient de ne pas sensibiliser les commissions d'admission sur le poids des dépenses engagées. Elle a estimé indispensable l'instauration d'un forfait d'hébergement uniforme pour toutes les formes d'hospitalisation, précisé que le dispositif de coordination des équipements sociaux serait maintenu, et considéré que les problèmes de compensation financière entre l'Etat et les collectivités locales relevaient de la compétence du ministre de l'Intérieur.

A **M. Boyer**, elle a rappelé que les nomades étaient pris en charge au titre de l'aide sociale par l'Etat.

En réponse à **M. Touzet**, elle a souligné certaines incohérences des règles d'exonération du ticket modérateur.

Enfin, elle a répondu à M. Henriet que la généralisation de la sécurité sociale aurait des conséquences financières neutres pour l'aide sociale, mais favorables pour les collectivités locales, la prise en charge des cotisations par l'Etat compensant la prise en charge des soins aux non-assurés sociaux par les communes et les départements.

• **Le jeudi 12 avril 1979**, la Commission, avant de recevoir M. Christian Bonnet, ministre de l'Intérieur, a entendu votre Rapporteur sur les dispositions intéressant l'**amélioration du statut des élus locaux**.

Votre Rapporteur a rapidement présenté les deux volets de ces dispositions, le premier tendant à renforcer la protection des élus salariés, le second visant à permettre aux maires d'exercer leurs fonctions à temps plein sous certaines conditions.

Il a manifesté ses inquiétudes sur les dispositions relatives au crédit d'heures accordé aux élus. Soucieux, en effet, de permettre à ces derniers d'exercer leurs fonctions dans les meilleures conditions, il a toutefois regretté que les conditions d'application du texte risquent de mettre en péril la gestion des plus petites entreprises.

Il a, d'autre part, indiqué qu'il n'était pas favorable, pour sa part, à la notion de temps plein et de temps partiel, même si l'esprit du texte lui semblait acceptable pour ce qui concerne le statut des « maires à temps plein ».

Votre Rapporteur a présenté à la fois les dispositions du projet de loi et les propositions d'amendements de la commission des Lois.

Considérant le plancher de population retenu par le Gouvernement, trop élevé, et celui retenu par la commission des Lois, trop bas, il a jugé, pour sa part, que la « barre » des 30.000 habitants était probablement la meilleure. En effet, elle est déjà retenue dans le cadre d'autres dispositions, notamment électorales, et permet, par le montant des indemnités accordées aux maires des communes de cette importance, d'alléger les charges sociales des communes, sans porter atteinte à la protection des élus.

La Commission a ensuite entendu **M. Christian Bonnet, ministre de l'Intérieur**.

Le Gouvernement, a déclaré le Ministre, souhaiterait que le projet de loi soit définitivement adopté par le Parlement au cours de la session de printemps 1980 et que le débat s'engage rapidement au Sénat. Il s'agit, avec ce texte complexe, de donner plus de libertés aux collectivités locales et d'introduire plus de clarté dans les compétences respectives de l'Etat, des départements et des communes.

Le titre premier prévoit un certain nombre de mesures tendant à l'allégement des tutelles. Ainsi, ne seraient plus valables que les normes techniques d'équipement ou de fonctionnement explicitement ou implicitement approuvées par la loi, aussi bien dans les services des collectivités locales que pour les organismes conventionnés par elles. Les subventions d'équipement seraient regroupées, partiellement dans un premier temps et pour un montant total de 2 milliards de francs, au sein d'une dotation globale d'équipement répartie entre les communes selon des critères objectifs faisant intervenir leur « potentiel fiscal ».

Le titre IV, a poursuivi le Ministre, a pour objet l'amélioration du statut du personnel communal avec pour objectif de préserver la liberté des maires tout en ménageant au personnel des garanties en matière de formation, d'avancement et de mobilité.

Le titre V a traité à la coopération intercommunale et le titre VI concerne la participation des habitants à la vie démocratique locale, notamment en vue d'une meilleure information du public sur le budget de la commune.

Le titre III auquel la commission des Affaires sociales est plus directement intéressée tend à améliorer le statut de l'élu local et ses garanties sociales sans en faire pour autant un « fonctionnaire ». Mais c'est le titre II relatif à la répartition des compétences entre l'Etat et les collectivités locales qui comporte les dispositions de nature sanitaire et sociale les plus fondamentales. L'actuel enchevêtrement des compétences favorise la dilution des responsabilités, engendre des dépenses inutiles et limite l'autonomie financière des collectivités locales. Le projet de loi ne fixe que les grandes lignes de la répartition des compétences, dont les modalités devront être précisées dans des lois complémentaires, actuellement à l'étude, en matière d'action sanitaire et sociale et d'urbanisme.

La répartition effectuée obéit au principe simple selon lequel la collectivité qui paie commande, d'où attribution à l'Etat, d'une part, aux collectivités locales, d'autre part, de blocs de compétences aussi bien en matière d'investissements que de gestion, assorties des moyens financiers et juridiques correspondants.

Selon les simulations effectuées par le Gouvernement, la nouvelle répartition proposée aurait pour effet l'alourdissement des charges de la plupart des départements, à l'exception d'une dizaine. Une compensation financière serait réalisée par la réduction ou l'abondement, selon le cas, de la dotation globale de fonctionnement, avec cependant la possibilité, prévue par le projet de loi, d'attribuer aux collectivités locales de nouvelles ressources fiscales. Les ressources ainsi allouées seraient, en tout état de cause, évolutives puisque la dotation globale de fonctionnement est indexée sur le produit de la taxe à la valeur ajoutée.

Sur ces bases, l'Etat se verrait doté des attributions liées à l'exercice de la souveraineté ou nées d'un devoir national de solidarité. Aux collectivités locales serait transférée la responsabilité des services quotidiens de voisinage.

L'entretien et la gestion des tribunaux seraient désormais assumés par l'Etat ainsi que la responsabilité des polices municipales à compter d'un effectif significatif qui concernerait environ soixante-quinze communes. En matière d'éducation, le Gouvernement a agi avec prudence. Outre la création d'un conseil d'éducation départemental composé d'enseignants, de parents d'élèves et d'élus locaux, est prévue la décentralisation des bourses scolaires (1,7 milliard de francs) et des transports scolaires (1 milliard de francs).

Les dispositions en matière d'urbanisme sont dictées par l'idée de laisser à chaque municipalité la liberté de décider des permis de construire, dans le cadre du plan d'occupation des sols approuvé.

La culture et les sports constituent le domaine d'élection de la décentralisation par le biais de la dotation globale d'équipement et de l'allègement des normes.

Le ministre n'a pas insisté sur la répartition des compétences en matière sanitaire et sociale, sachant que la Commission avait entendu à ce sujet le ministre de la Santé et de la Famille.

Il a apporté, à propos de la compensation financière, un certain nombre de précisions. Tous transferts de compétences opérés, le solde financier, sur la base des dépenses exposées en 1977, serait de l'ordre de 1,7 milliard de francs de charges supplémentaires pour les collectivités locales. Chaque département créditeur ou débiteur verrait équilibrer ses ressources et ses charges.

Selon les premiers résultats des simulations effectuées par le Gouvernement, les transferts n'entraîneraient pas de bouleversement dans les budgets départementaux, à quelques rares exceptions près. Le problème posé par l'équilibre financier des départements d'outre-mer est toutefois encore à l'étude.

Pour conclure, M. Bonnet a considéré que le développement des responsabilités locales était de nature à constituer un barrage efficace contre la technocratie et contribuerait à la formation d'élites locales.

Votre Rapporteur a tout d'abord fait part des préoccupations que lui inspirent les aspects financiers de la réforme.

Il a fait remarquer que les modalités de compensation prévues par le projet de loi ne remettaient pas en cause la répartition des dépenses d'aide sociale entre Etat et collectivités locales, définie par un décret de 1955, et considéré comme indispensable de procéder à la révision de cette répartition avant tout ajustement.

Il s'est inquiété des conditions dans lesquelles seraient remboursées aux collectivités locales les dettes de l'Etat au titre des dépenses d'aide sociale et de protection sanitaire contingentes.

S'agissant de la répartition des compétences, il s'est interrogé sur l'opportunité d'imputer aux collectivités locales la responsabilité de certains secteurs de l'aide sociale tels que l'aide médicale et l'hébergement des personnes âgées invalides, dans lesquels la maîtrise de l'équipement et de la gestion des services et établissements concernés échappe en fait au pouvoir local.

A propos du statut de l' élu local, il a redouté que l'attribution de crédit d'heures aux élus salariés ne représente une gêne excessive pour les petits employeurs, et estimé qu'il convenait de faire bénéficier les maires à temps plein de l'indemnité de base non imposable, la commune n'ayant alors à verser de charges sociales que sur l'indemnité supplémentaire.

Dans sa réponse à votre Rapporteur, le ministre de l'Intérieur ne s'est pas déclaré opposé à une initiative parlementaire impliquant la modification du barème de 1955 relatif à la répartition des dépenses d'aide sociale. Il a précisé que le remboursement de la dette de l'Etat, de l'ordre de 4 milliards, ferait l'objet d'un étalement sur quatre années.

**M. Mézard** a fait remarquer que la participation de l'Etat au financement des constructions scolaires était passée de 80 % à 30 % environ du coût des opérations.

**M. Lemarié** s'est inquiété du sort des locaux de gendarmerie dans la nouvelle répartition des compétences. Il a exprimé des réserves sur l'opportunité de donner aux élus municipaux la liberté de délivrer le permis de construire et regretté que la décentralisation ne soit pas plus poussée en matière scolaire.

**M. Boyer** a demandé que le ministère de l'Intérieur effectue une simulation de la réforme sur quelques budgets départementaux types afin de mieux en apprécier les conséquences financières. Il a également regretté les difficultés auxquelles sont confrontés les élus pour aboutir à la révision partielle des plans d'occupation des sols.

**M. Dagonia** a souhaité que les départements d'outre-mer ne restent pas à l'écart des mesures de décentralisation prévues par le projet de loi.

**M. Gamboa** a constaté la difficulté, pour le Parlement, de statuer sur une loi-cadre, valable pour une longue période, sans connaître les projets de lois complémentaires qui préciseront le contenu concret de la réforme. Il a également redouté ses implications financières sur les budgets des collectivités.

**M. Louvot** a souhaité que soient élaborées, non seulement des simulations à partir des chiffres du passé, mais également des projections financières pour l'avenir. Il a également évoqué les problèmes particuliers que pose, dans les communes rurales, la coopération intercommunale et la participation des habitants à la vie locale.

**M. Béranger** a fait remarquer que les communes supportent la charge de l'indemnité de logement des instituteurs sans pour autant disposer en la matière du moindre pouvoir de décision. Pour cela, il s'est déclaré favorable à l'élargissement des pouvoirs du maire en matière du permis de construire, même dès la publication du plan d'occupation des sols.

Dans les réponses qu'il a apportées aux intervenants, le Ministre a notamment précisé que la nouvelle loi concernait dans son ensemble les départements d'outre-mer, sous réserve d'adaptations éventuelles pour la compensation au titre de l'aide sociale et de la prévention sanitaire.

Il a également souligné qu'une décentralisation plus poussée en matière d'éducation aurait mis en jeu des sommes considérables.

**M. Henriet, vice-président**, qui présidait la fin de la réunion, a insisté sur la nécessité, pour le Gouvernement comme pour le Parlement, d'agir avec beaucoup de prudence dans l'élaboration d'une loi qui orienterait, pour de nombreuses années, la vie publique dans notre pays.

\*

\* \*

Enfin, la Commission a examiné définitivement le titre III (amélioration du statut des élus locaux) le **mercredi 25 avril**, puis les titres I (dotation globale de fonctionnement, normes) et II (répartition des compétences) le **jeudi 3 mai 1979**.



## TOME I

# LA RÉPARTITION DES COMPÉTENCES EN MATIÈRE SANITAIRE ET SOCIALE ENTRE L'ÉTAT ET LES COLLECTIVITÉS LOCALES

• Les dépenses dites « obligatoires », c'est-à-dire l'aide sociale, la protection générale de la Santé publique, la lutte contre les fléaux sociaux et la protection maternelle et infantile (P.M.I.), s'élevaient à 20 milliards en 1977 (près de 26 milliards selon les estimations pour 1979).

Elles représentent aujourd'hui 60 % en moyenne des budgets départementaux.

Le budget de l'Etat en supporte une part qui tend à s'accroître au cours du temps : elle est passée en dix ans, de 50 % à 60 % de l'ensemble des dépenses (soit près des 2/3 du budget du ministère de la Santé et de la Famille).

Malgré cela, le poids des dépenses d'aide sociale pèse de plus en plus lourdement sur le budget des départements et des communes qui y contribuent. En effet, la masse des dépenses obligatoires a doublé en dix ans. La tendance est cependant au ralentissement de la hausse. L'augmentation annuelle, qui avait atteint près de 25 % en 1974 et 1975, est égale à 13,6 % pour 1977, dernière année connue.

Ces quelques données de base illustrent d'emblée l'ampleur des masses financières en jeu.



• Lors de la discussion du budget pour 1979 par le Sénat, notre commission des Affaires sociales a consacré la majeure partie de son avis à des développements sur l'aide sociale.

Sans reprendre ici les observations présentées, il faut rappeler que nous étions préoccupés des moyens de maîtriser la dépense d'aide sociale et d'améliorer le service rendu à la population assistée.

Parmi les critiques aux règles en vigueur, votre Commission dénonçait les inconvénients du système des financements croisés entre Etat, département et communes. Ce système a pour défaut d'empêcher une détermination claire des responsabilités, donc une

maîtrise convenable de la dépense. En outre, on sait que les dépenses sont toutes engagées au niveau du département, et imputées à son budget, l'Etat ne remboursant sa participation qu'avec un ou deux exercices de retard. Le département fait donc la trésorerie de l'Etat.

Par ailleurs, nous nous élevons contre la multiplicité et la lourdeur des normes imposées aux établissements et services par l'Etat, ou la Sécurité sociale, freins aux initiatives locales et génératrices de coûts de fonctionnement injustifiés.

Enfin, nous demandons une nouvelle fois la révision des barèmes réglementaires déterminant, pour chaque département, le taux de participation de l'Etat. Ces barèmes établis, en 1955, ne sont plus conformes à la richesse relative des départements.

Le présent projet de loi répond à notre attente sur les deux premiers points, mais non sur le troisième. Les financements croisés sont supprimés. Les normes sont allégées. Mais le barème de 1955 n'est pas véritablement remis en cause.

\*  
\*\*

En substance, le Gouvernement propose une répartition des différents domaines de l'aide sociale légale et de la prévention sanitaire en deux blocs de compétences, dévolus l'un à l'Etat, l'autre aux collectivités locales, avec entière et exclusive responsabilité financière. Il s'agit donc d'un changement radical, dont les implications complexes sont d'autant plus délicates à apprécier que le texte proposé à l'approbation du Parlement ne fixe que le cadre général de cette nouvelle répartition des compétences.

Il faut donc, dans un premier temps, rappeler les caractéristiques de notre système d'aide sociale, dessiner ses évolutions, souligner ses inconvénients : il sera fait de même pour la prévention sanitaire.

Suivront une présentation du projet de loi, puis une analyse critique de ce qu'il contient et de ce qu'il devrait contenir.

Enfin, il sera procédé à l'examen des articles et des amendements proposés.

Les dispositions relatives à la dotation globale d'équipement et aux normes, considérées pour les nécessités de l'exposé comme accessoires à la répartition des compétences, ne seront pas traitées à part, sauf bien entendu dans l'examen des articles.

## PREMIÈRE PARTIE

---

### AIDE SOCIALE ET PRÉVENTION SANITAIRE : PROBLÈMES ACTUELS

#### I. — L'AIDE SOCIALE :

#### UN CHAMP D'INTERVENTIONS EN PLEINE ÉVOLUTION

Notre système d'aide sociale s'est édifié à partir des principes fixés par le Congrès international de l'Assistance publique de 1889 :

— les collectivités ne peuvent se soustraire au devoir d'assistance ;

— l'assistance est assumée par la collectivité dans laquelle réside l'intéressé, l'Etat accordant seulement une participation financière ;

— l'assistance est subsidiaire par rapport à toute forme d'aide, notamment familiale ;

— elle s'adresse aux personnes sans ressources qui sont dans l'impossibilité de travailler.

Sur ces bases, trois grandes lois d'assistance ont été votées : celle de 1893 sur l'assistance médicale gratuite ; celle de 1905 pour les vieillards, infirmes et incurables ; celle de 1904 relative à l'assistance à l'enfance.

#### 1. Spécialisation des aides.

• Ainsi se dessinait la configuration de notre système national propre, caractérisé tout d'abord par *la spécialisation des aides* en fonction de la nature de l'incapacité physique (maladie, handicap, jeune âge, âge avancé) empêchant l'intéressé de subvenir à ses besoins.

Les réformes intervenues en 1953 ont adapté l'aide sociale au contexte nouveau introduit par l'institution de la sécurité sociale ; l'organisation au sein d'un service public départemental d'aide sociale unique a été confirmée ; les procédures ont été unifiées et simplifiées ; le mode de financement a été révisé. Mais la pluralité

des formes d'aides par grandes catégories de bénéficiaires a été maintenue : aide à l'enfance et aux familles, aide aux personnes âgées, aide aux infirmes, aide médicale, aide en matière de logement et d'hébergement (1).

Dans d'autres pays — Grande-Bretagne, Etats-Unis, Belgique — l'aide sociale garantit un minimum de ressources sans considération de la nature du besoin. Il est question périodiquement que la France s'oriente elle aussi vers un système de revenu minimum garanti. La formule n'a été jusqu'ici que partiellement retenue pour les personnes âgées (minimum vieillesse) et pour certaines formes de prestations familiales (allocation de parent isolé et, en projet, revenu minimum garanti pour les familles de trois enfants), donc dans le cadre de la sécurité sociale et non de l'aide sociale.

## 2. Personnalisation des aides.

● Spécialisée, l'aide sociale est aussi *personnalisée*, c'est-à-dire adaptée aux besoins de chacun. Ainsi, les secours attribués, en nature ou en espèces, prennent des formes variables, qui toutes sont prévues, dans leur principe du moins, par le Code de la famille et de l'aide sociale. L'aide sociale verse de l'argent (allocations mensuelles, allocations d'enfants secourus), couvre des frais d'hébergement ou d'hospitalisation, permet la gratuité des soins médicaux, assure un certain nombre de services à domicile (aides ménagères, travailleuses familiales).

Les modalités traditionnelles de l'admission répondent au même souci de personnalisation de l'aide. Le postulant s'adresse à la mairie de son domicile qui établit un dossier, lequel est transmis aux services de la D.D.A.S.S. (2) qui l'instruisent. La décision, selon la procédure de droit commun, est prise par une commission cantonale, présidée par un magistrat, et composée en nombre égal de représentants de l'administration et d'élus locaux : le conseiller général du canton et le maire de la commune où réside l'intéressé. La commission apprécie le bien-fondé de la demande, fixe le montant de l'aide allouée en fonction des besoins du bénéficiaire, de ses capacités financières et de celles de sa famille (obligation alimentaire).

Ses décisions sont susceptibles de recours devant des juridictions spécialisées : les commissions départementales de l'aide sociale et, en appel, la commission nationale.

Les pouvoirs d'appréciation des commissions cantonales, en principe souveraines, ont cependant été limités par la fixation par voie réglementaire des conditions d'attribution, voire du montant, de certaines prestations (allocation simple pour les personnes âgées,

---

(1) Voir tableau n° 1, p. 24.

(2) Direction Départementale des Affaires sanitaires et sociales.

aide ménagère à domicile, majoration de l'allocation aux adultes handicapés) et par des compétences allouées dans le même sens au conseil général (fixation du montant de l'allocation d'enfant secouru).

Par ailleurs, pour certaines formes d'aide sociale, l'admission est prononcée directement par le préfet (aide sociale à l'enfance) ou éventuellement par le maire (admission d'urgence).

Il est enfin permis de douter que la commission cantonale soit en mesure d'apprécier convenablement la situation individuelle de chaque assisté dans les villes importantes où règne l'anonymat. Bien souvent, l'assisté est aussi méconnu de son voisinage que de son maire, et la commission est encline à suivre les propositions de la D.D.A.S.S. dans la majorité des cas.

### 3. Recul de l'obligation alimentaire.

• En principe, l'aide sociale est un *ultime recours*. La collectivité ne saurait se substituer à la famille, dont le devoir d'assistance est inscrit dans le Code civil. L'aide sociale ne devrait donc intervenir qu'après mise en jeu de l'*obligation alimentaire* à laquelle sont tenus parents et enfants. En fait, l'obligation alimentaire ne subsiste plus que pour deux formes d'aides : l'aide médicale et l'hébergement des personnes âgées. Elle a ~~été~~ supprimée pour l'attribution du minimum vieillesse, pour les handicapés (loi du 30 juin 1975) puis plus récemment en matière d'aide ménagère aux personnes âgées (1), afin de favoriser la politique de maintien à domicile.

Parallèlement à cette évolution, la sécurité sociale emprunte de son côté aux techniques de l'assistance, en attribuant des prestations sous condition de ressources (certaines prestations familiales), ou sans versement préalable de cotisations (généralisation du droit aux prestations familiales).

### 4. L'extension de la sécurité sociale.

• L'extension de la sécurité sociale au cours des dix dernières années, dans les trois branches — maladie, vieillesse, famille — a modelé profondément le visage de l'aide sociale.

L'aide sociale apparaît de plus en plus comme un *complément de la sécurité sociale*, dont le champ d'application s'élargit et englobe des interventions jusqu'alors relevant de l'assistance.

Certaines formes d'aide sociale sont pratiquement tombées en désuétude ; ainsi l'aide aux familles (2), avec l'extension des prestations familiales et la création de l'allocation de parent isolé ; ainsi

---

(1) Décret n° 77-872 du 27 juillet 1977.

(2) Sauf dans les départements d'outre-mer.

l'allocation aux personnes âgées, le minimum vieillesse couvrant pratiquement toute la population de plus de soixante-cinq ans à l'exception de certains étrangers.

La loi du 30 juin 1975 a profondément modifié l'aide aux infirmes, qui n'intervient plus que comme complément de l'allocation aux handicapés adultes, les mineurs étant intégralement pris en charge par la sécurité sociale de leurs parents (allocation d'éducation spéciale et son complément, frais d'hébergement en établissement supportés par l'assurance maladie).

La généralisation de l'assurance maladie tend à modifier substantiellement l'aide médicale : de moins en moins de personnes échappant à une couverture des soins par la sécurité sociale, l'aide médicale traditionnelle subsistera essentiellement pour la prise en charge du ticket modérateur, mais elle interviendra de plus en plus pour assumer le coût des cotisations (handicapés, assurance personnelle).

##### **5. Hausse des coûts et maintien d'un nombre élevé d'assistés.**

L'extension de la sécurité sociale, la hausse constante du minimum vieillesse, l'amélioration du niveau de vie devraient contribuer à restreindre le champ d'application de l'aide sociale.

Pourtant, on constate une *hausse constante des coûts et le maintien d'un nombre élevé d'assistés*. Ce phénomène est dû, pour l'essentiel, à *l'augmentation rapide des frais de fonctionnement des différents établissements*, publics ou privés, qui hébergent les malades, les personnes âgées et les enfants de l'aide sociale à l'enfance. En effet, *les dépenses d'aide sociale sont constituées pour les deux tiers de frais de prise en charge des prix de journée d'établissements sanitaires et sociaux*. Les prix de journée à l'hôpital atteignent de tels montants que même le ticket modérateur ne peut plus être pris en charge par des familles dont les revenus sont honorables. Il en est de même dans les établissements qui accueillent les vieillards invalides, malgré l'intervention de la sécurité sociale qui supporte un forfait représentatif des soins en application de la loi du 4 janvier 1978.

Ainsi, avec par ailleurs la suppression de l'obligation alimentaire pour les handicapés, voit-on parmi les bénéficiaires de l'aide sociale des personnes dont les familles n'appartiennent pas pour autant aux couches défavorisées de la société.

Paradoxalement, cet état de fait est le résultat même du haut degré de développement sanitaire et social du pays, la conscience publique exigeant des structures d'accueil de plus en plus confortables et de plus en plus médicalisées ; les personnels en cause interviennent, à des degrés divers, pour conforter ces tendances.

Il n'est pas certain pourtant que notre système d'aide sociale, généreux par bien des aspects, ne laisse pas de côté des individus marginaux qui entrent difficilement dans les catégories de population bénéficiaires. Seul un système de revenu minimal garanti, plus moderne et moins compliqué, permettrait d'éviter cet écueil, avec cependant l'inconvénient de supprimer toute incitation à l'effort et au travail.

## **6. La politique de maintien à domicile.**

Pour conclure ce panorama rapide et nécessairement incomplet de l'aide sociale et de ses tendances, il faut rappeler que l'accent est mis depuis plusieurs années sur les formes d'intervention tendant au *maintien à domicile*, ou plus largement « dans leur milieu naturel », des assistés — enfants, vieillards, handicapés, malades mentaux — plutôt que sur l'hébergement en établissement, à la fois plus « perturbateur » et plus coûteux. Cette politique séduisante passe par le développement des aides à domicile et de « l'action éducative en milieu ouvert », autrement dit l'intervention des travailleurs sociaux sur le terrain. Elle trouve cependant ses limites dans l'autonomie des individus concernés, parfois insuffisante, et dans la détérioration du milieu naturel, famille, entourage, ou tout simplement logement.

## **7. L'aide sociale légale dans l'ensemble de l'action sociale.**

Les formes d'aide sociale que nous venons d'évoquer, constituent *l'aide sociale légale* dont les règles de base sont fixées par la loi. Les dépenses correspondantes sont obligatoires pour les collectivités publiques. Etat, départements et communes y contribuent dans les conditions rappelées ci-après (paragraphe III de la présente première partie). L'aide sociale légale est gérée par les services des directions départementales des affaires sanitaires et sociales.

Mais les collectivités locales sont libres d'organiser des interventions complémentaires dans le cadre de *l'aide sociale facultative*. Cette aide est organisée et gérée, dans les communes, par les bureaux d'aide sociale municipaux. Les bureaux d'aide sociale sont également chargés de constituer les dossiers de demandes d'aide légale.

Interviennent enfin dans l'action sociale, outre diverses associations privées, les régimes de Sécurité sociale, sur leurs fonds d'action sanitaire et sociale, ainsi que les Organismes d'assurance chômage (A.S.S.E.D.I.C.).

TABLEAU N° 1

**DEFINITION DES PRINCIPALES FORMES D'AIDE SOCIALE  
AVEC L'INDICATION DU NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES EN 1976**

---

*Aide sociale à l'enfance :*

Assistance aux enfants en situation familiale difficile (placement, surveillance, action éducative...) : 620.000 bénéficiaires.

*Aide aux personnes âgées :*

Prise en charge de l'hébergement des personnes âgées (200.000) et de services de maintien à domicile (aide ménagère : 43.000 ; foyers-restaurants : 46.000).

*Aide aux handicapés :*

Hébergement des handicapés (90.000).

Allocation compensatrice (frais de garde et frais pour l'exercice d'une profession, par exemple : acquisition appareillage) : 120.000.

Travail protégé (centres d'aide par le travail).

*Aide médicale :*

Elle prend en charge les soins des non-assurés sociaux et les tickets modérateurs des assurés.

— Aide à domicile : 937.000.

— Aide hospitalière : 600.000.

— Cotisations d'assurance volontaire : 207.000

*Aide aux malades mentaux :*

Prise en charge totale des cotisations d'assurance volontaire ou des frais d'hébergement : 37.000 bénéficiaires.

*Aide aux tuberculeux :*

Prise en charge des soins. Admission par le préfet : 11.000 bénéficiaires.

*Centres d'hébergement :*

Accueil de marginaux : nombreux réfugiés d'Asie du Sud-Est : 55.000 hébergés.

---



## II. — LA PROTECTION SANITAIRE : DES FINALITÉS ET DES MOYENS A REDÉFINIR

### 1. Le champ des actions publiques.

La salubrité du milieu et la prévention sanitaire sont l'affaire des pouvoirs publics. Le Code de la santé confie à l'Etat la responsabilité du maintien de la salubrité publique (salubrité des eaux, salubrité des immeubles, dératissage), la lutte contre les épidémies (vaccinations obligatoires), la lutte contre les fléaux sociaux (tuberculose, maladies vénériennes, alcoolisme, maladies mentales, cancer, toxicomanie) et la protection particulière dont doivent faire l'objet la mère et l'enfant (protection maternelle et infantile, santé scolaire). Sauf en ce qui concerne la santé scolaire, cette responsabilité est partagée avec les communes et les départements, qui participent à la mise en œuvre des interventions définies par la loi.

Ces actions s'intègrent dans le cadre de structures spécifiques (dispensaires, centres de consultation permanents ou non) ou prennent la forme d'interventions à domicile (puéricultrices et assistantes sociales de P.M.I.). Elles se traduisent par des frais directs de personnel, permanent ou à la vacation. Il n'y a pas de prise en charge de prix de journée dans des établissements sauf cas très particuliers (traitement des alcooliques dangereux).

### 2. Secteurs en régression, secteurs en progression.

Un certain nombre de ces domaines d'action sont en *régression* ou en *stagnation*. Ainsi, certains fléaux ne présentent plus les mêmes risques (tuberculose). Surtout, la couverture sanitaire générale étant mieux assurée par la voie de la médecine de ville ou par les hôpitaux, l'utilité de structures particulières de prévention n'est plus aussi évidente qu'aux lendemains de la Deuxième Guerre mondiale. L'extension de l'assurance maladie contribue à cette évolution. Pour les usagers, dès lors qu'ils sont couverts par la sécurité sociale, le recours aux consultations gratuites offertes par les dispensaires ne présente plus d'intérêt évident. Tel est le cas, par exemple, pour les services de vaccination, ou pour les consultations de protection maternelle et infantile.

De là à conclure que les services publics de prévention sanitaire n'ont plus d'intérêt serait tout à fait excessif.

Bien au contraire, des fléaux sociaux comme l'alcoolisme, les maladies mentales ou la toxicomanie, subsistent ou sont même en voie de *recrudescence* et nécessitent la mise en œuvre d'interventions originales en dehors des circuits hospitaliers ou de la médecine de ville. La sectorisation psychiatrique, par exemple, s'est développée récemment et a nécessité la mise en place de moyens nouveaux. La lutte contre l'alcoolisme passe sans doute par la multiplication de centres d'hygiène alimentaire bien conçus.

### **3. Perspectives de financement par l'assurance maladie.**

Toutefois se pose la question de la *prise en charge d'actions de type préventif par l'assurance maladie*, par exemple pour la sectorisation psychiatrique, dont les résultats positifs, lorsqu'ils existent, représentent — du moins théoriquement, car les frais de fonctionnement des hôpitaux psychiatriques ne diminuent pas pour autant — une économie pour la Sécurité sociale.

Un raisonnement analogue pourrait être tenu pour les dispensaires antituberculeux, ou pour les consultations avancées de lutte contre le cancer.

Ces consultations ne constituent qu'un aspect très marginal des actions de dépistage du cancer, effectuées pour l'essentiel dans les centres anticancéreux régionaux, établissements hospitaliers à but non lucratif en général, dont les frais sont pris en charge par l'assurance maladie.

Les régimes de sécurité sociale se refusent encore à financer ces interventions, car se pose le problème de la délimitation entre ce qui est préventif et ce qui ne l'est pas. Mais des négociations sont en cours avec le ministère de la Santé, du moins pour les frais de la sectorisation psychiatrique, fort élevés. Il est probable qu'elles aboutiront prochainement.

### **4. La P.M.I. : de la prévention sanitaire à l'action sociale.**

*La protection maternelle et infantile* est un secteur qui s'est beaucoup développé au cours des années récentes, avec la mise en œuvre des programmes de périnatalité des derniers plans de développement économique et social, avec la mise en place du projet « Gamin » (informatisation des données sur l'état de santé des jeunes enfants). Ses attributions ont été élargies aux centres de planning familial, aux consultations sociales pour l'interruption volontaire de grossesse, et en matière d'agrément des assistantes maternelles. Le secteur, en effet, contrôle les différents modes de garde des jeunes

enfants, activité en plein essor. De plus, la P.M.I. couvre désormais tous les enfants de la naissance à six ans.

Mais ses interventions s'orientent davantage vers les aspects *sociaux*, plutôt que sanitaires, de la protection de la petite enfance, cette évolution suivant celle de la clientèle des services de P.M.I., qui tend à se limiter aux familles les moins bien intégrées dans les circuits médicaux « normaux ». Les services de P.M.I., surtout leurs assistantes sociales, travaillent en liaison avec l'aide sociale à l'enfance, ce que devrait favoriser le « service unifié de l'enfance », cependant encore inorganisé dans la plupart des départements.

## 5. La santé scolaire : des orientations incertaines.

La même tendance à la « socialisation » des interventions, autrement dit leur caractère plus social que médical, se retrouve dans une certaine mesure au *service de santé scolaire*.

L'avenir de la santé scolaire est en question depuis plusieurs années. Une commission après l'autre travaille à définir les nouvelles orientations du service, hélas jusqu'à présent sans résultat. Que faire de la santé scolaire, service laissé quelque peu à l'abandon, dont le personnel reste, malgré quelques améliorations, peu favorisé sur le plan matériel, de plus en plus rarement titularisé, et inquiet de son sort ? Sans aucun doute, le service garde son intérêt médical, surtout dans les premières années de l'école primaire, où ses interventions permettent le dépistage de handicaps sensoriels parfois ignorés du médecin de famille. Mais au-delà ? faut-il promouvoir la « médicalisation » du traitement des inadaptations scolaires lorsqu'elles sont dues plutôt à des problèmes psychologiques individuels ou familiaux ? Il est permis d'en douter. Le médecin scolaire, cependant, appelé à intervenir à la demande des maîtres, devrait pouvoir jouer un rôle privilégié de conseil de la famille, d'orientation vers le médecin traitant.

Le rôle de l'assistante sociale scolaire reste également à définir. Encore conviendrait-il d'abord de mesurer à sa juste valeur son utilité et son efficacité dans l'école. On oublie trop souvent, lorsqu'on pense au service de santé scolaire, l'assistante sociale au profit du médecin. Pourtant elle peut avoir une fonction de haute utilité, dans les classes du secondaire surtout, à l'âge où le pré-adolescent et l'adolescent entrent en conflit, de plus en plus tôt, avec la famille, et sont de ce fait particulièrement isolés.

De ces quelques brefs développements, il ressort que les actions des collectivités publiques dans le domaine de la prévention sanitaire et de l'hygiène publique et « sociale » devraient faire l'objet d'une réflexion d'ensemble pour en définir les buts et les moyens, compte tenu des changements intervenus depuis la guerre, dans les modes de consommation de soins médicaux par les familles. Il est dommage que ces réflexions n'aient pas été menées à bien avant de songer à transférer aux collectivités locales la responsabilité exclusive d'une grande partie de la prévention sanitaire, devenue largement sociale au cours du temps.

### III. — UNE RÉFORME NÉCESSAIRE : LA SUPPRESSION DES FINANCEMENTS CROISÉS ET LA RÉVISION DU BARÈME DE RÉPARTITION DES DÉPENSES ENTRE ÉTAT ET COLLECTIVITÉS LOCALES

La charge des dépenses d'aide sociale est supportée concurremment par l'Etat, les départements et les communes, selon les modalités définies par les décrets du 17 novembre 1954 et du 21 mai 1955, pris pour l'application du décret-loi du 29 novembre 1953 portant réforme des lois d'assistance.

#### 1. Le système institué par la réforme de 1953.

La part respective des trois collectivités varie en fonction de la nature des dépenses et selon la richesse des départements.

Le principe d'un financement de l'aide sociale par les collectivités locales, proches des assistés, avait été fixé, on l'a vu, dès le congrès de l'assistance publique de 1889, qui avait également prévu une participation de l'Etat aux dépenses.

La réforme de 1953 a retenu ce principe en établissant un barème de répartition des dépenses entre Etat et collectivités locales. Elle a innové en modulant la participation de l'Etat en fonction des différentes formes d'aide sociale, selon le degré de responsabilité des collectivités locales dans l'admission à l'aide.

#### • Les dépenses ont donc été classées en trois groupes.

Le *groupe I* (43 % des dépenses) correspond à une responsabilité prépondérante de l'Etat. Il englobe les dépenses d'hygiène et de prévention sanitaire (protection générale de la santé, lutte contre les fléaux sociaux, dont les dépenses de sectorisation psychiatrique, protection maternelle et infantile); l'aide sociale à l'enfance; le service social départemental polyvalent; les frais de contraception. Il s'agit de formes d'aide sociale qui ne relèvent pas du droit commun; les commissions cantonales n'interviennent pas dans l'admission. L'Etat couvre en moyenne 83 % de la dépense. Les départements supportent les 17 % restants. Les communes ne participent pas au financement.

Le *groupe II* (10 % des dépenses) comporte : les dépenses d'aide médicale aux malades mentaux et aux tuberculeux; l'aide sociale « au logement, à l'hébergement et à la réadaptation sociale » (allocations de loyer, centres d'hébergement); les frais d'interruption

volontaire de grossesse ; les cotisations volontaires d'assurance maladie ; les frais communs d'administration et de contrôle. L'Etat supporte en moyenne 65 % des dépenses (collectivités locales : 35 %).

Le groupe III (47 % des dépenses) correspond à une responsabilité prépondérante des collectivités locales. On y trouve toutes les autres formes d'aide sociale, pour lesquelles l'admission est prononcée par les commissions cantonales ; l'aide aux personnes âgées (allocation simple à domicile, frais d'hébergement, aides ménagères) ; l'aide aux handicapés (allocation compensatrice, hébergement, aides à domicile) ; l'aide médicale générale, à domicile et hospitalière (soins aux non-assurés sociaux, ticket modérateur). L'Etat contribue pour 36 % aux dépenses (collectivités locales : 64 %).

L'aide sociale aux familles de militaires fait l'objet d'un traitement à part : elle est prise en charge intégralement par l'Etat.

Cette classification est le résultat de modifications successives intervenues depuis 1953, dans le sens plutôt de l'imputation sur les groupes I et II dans lesquels la participation de l'Etat est la plus élevée (cotisations d'assurance maladie, service social départemental, frais de contraception et d'avortement).

Les communes ne participent qu'aux dépenses des groupes II et III.

• Pour établir une certaine solidarité financière entre les collectivités concernées, la part respective de l'Etat et des collectivités locales a été fixée à des taux différents dans les divers départements, selon un barème de répartition annexé au décret du 21 mai 1955.

Le barème a été établi en tenant compte de la capacité contributive des départements. Cette dernière a été évaluée à partir d'un certain nombre de critères économiques ou démographiques : valeur du centime, produit de la taxe locale, proportion de la surface cultivée, densité de la population, importance de la population agricole par rapport à la population active totale, nombre de personnes âgées et d'enfants.

Il a été décidé, au moment de l'élaboration du barème, que l'application de ces différents critères ne saurait avoir pour effet d'augmenter la charge des collectivités locales par rapport à celle qu'elles supportaient avant la réforme.

Sauf à Paris, la participation de l'ensemble des collectivités locales dans chaque département a été fixée de telle sorte que leur taux de participation dans les dépenses du groupe II soit le double de celui du groupe I, et que leur taux de participation aux dépenses du groupe III soit le double de celui du groupe II.

TABLEAU N° 2

**BAREMES DE REPARTITION DES DEPENSES D'AIDE SOCIALE**

(En pourcentage.)

Départements	Groupe I		Groupe II		Groupe III	
	Etat	Département	Etat	Collectivités locales	Etat	Collectivités locales
Ain .....	86	14	72	28	44	56
Aisne .....	84	16	68	32	36	64
Allier .....	87	13	74	26	48	52
Alpes-de-Haute-Provence ..	90	10	80	20	60	40
Alpes (Hautes) .....	89	11	78	22	56	44
Alpes-Maritimes .....	81	19	62	38	24	76
Ardèche .....	91	9	82	18	64	36
Ardennes .....	84	16	68	32	36	64
Ariège .....	92	8	84	16	68	32
Aube .....	81	19	62	38	24	76
Aude .....	88	12	76	24	52	48
Aveyron .....	89	11	78	22	56	44
Bouches-du-Rhône .....	83	17	66	34	32	68
Calvados .....	78	22	56	44	12	88
Cantal .....	88	12	76	24	52	48
Charente .....	86	14	72	28	44	56
Charente-Maritime .....	86	14	72	28	44	56
Cher .....	87	13	74	26	48	52
Corrèze .....	90	10	80	20	60	40
Corse .....	97	3	94	6	88	12
Côte-d'Or .....	83	17	66	34	32	68
Côtes-du-Nord .....	89	11	78	22	56	44
Creuse .....	91	9	82	18	64	36
Dordogne .....	90	10	80	20	60	40
Doubs .....	81	19	62	38	24	76
Drôme .....	86	14	72	28	44	56
Eure .....	84	16	68	32	36	64
Eure-et-Loir .....	81	19	62	38	24	76
Finistère .....	89	11	78	22	56	44
Gard .....	87	13	74	26	48	52
Garonne (Haute) .....	82	18	64	36	28	72
Gers .....	89	11	78	22	56	44
Gironde .....	83	17	66	34	32	68

(En pourcentage.)

Départements	Groupe I		Groupe II		Groupe III	
	Etat	Département	Etat	Collectivités locales	Etat	Collectivités locales
Hérault .....	86	14	72	28	44	56
Ille-et-Vilaine .....	85	15	70	30	40	60
Indre .....	87	13	74	26	48	52
Indre-et-Loire .....	85	15	70	30	40	60
Isère .....	83	17	66	34	32	68
Jura .....	84	16	68	32	36	64
Landes .....	93	7	86	14	72	28
Loir-et-Cher .....	86	14	72	28	44	56
Loire .....	85	15	70	30	40	60
Loire (Haute) .....	89	11	78	22	56	44
Loire-Atlantique .....	82	18	64	36	28	72
Loiret .....	83	17	66	34	32	68
Lot .....	90	10	80	20	60	40
Lot-et-Garonne .....	86	14	72	28	44	56
Lozère .....	92	8	84	16	68	32
Maine-et-Loire .....	85	15	70	30	40	60
Manche .....	81	19	62	38	24	76
Marne .....	81	19	62	38	24	76
Marne (Haute) .....	84	16	68	32	36	64
Mayenne .....	86	14	72	28	44	56
Meurthe-et-Moselle .....	78	22	56	44	12	88
Meuse .....	84	16	68	32	36	64
Morbihan .....	88	12	76	24	52	48
Moselle .....	82	18	64	36	28	72
Nièvre .....	86	14	72	28	44	56
Nord .....	85	15	70	30	40	60
Oise .....	82	18	64	36	28	72
Orne .....	84	16	68	32	36	64
Pas-de-Calais .....	87	13	74	26	48	52
Puy-de-Dôme .....	85	15	70	30	40	60
Pyrénées-Atlantiques .....	86	14	72	28	44	56
Pyrénées (Hautes) .....	90	10	80	20	60	40
Pyrénées-Orientales .....	87	13	74	26	48	52
Rhin (Bas) .....	79	21	58	42	16	84
Rhin (Haut) .....	80	20	60	40	20	80
Rhône .....	79	21	58	42	16	84
Saône (Haute) .....	86	14	72	28	44	56



(En pourcentage.)

Départements	Groupe I		Groupe II		Groupe III	
	Etat	Département	Etat	Collectivités locales	Etat	Collectivités locales
Saône-et-Loire .....	86	14	72	28	44	56
Sarthe .....	84	16	68	32	36	64
Savoie .....	83	17	66	34	32	68
Savoie (Haute) .....	83	17	66	34	32	68
Seine-Maritime .....	79	21	58	42	16	84
Seine-et-Marne .....	82	18	64	36	28	72
Sèvres (Deux) .....	88	12	76	24	52	48
Somme .....	83	17	66	34	32	68
Tarn .....	88	12	76	24	52	48
Tarn-et-Garonne .....	89	11	78	22	56	44
Var .....	85	15	70	30	40	60
Vaucluse .....	84	16	68	32	36	64
Vendée .....	89	11	78	22	56	44
Vienne .....	87	13	74	26	48	52
Vienne (Haute) .....	88	12	76	24	52	48
Vosges .....	82	18	64	36	28	72
Yonne .....	85	15	70	30	40	60
Territoire-de-Belfort .....	80	20	60	40	20	80

**Région parisienne.**

75 - Ville de Paris .....	55	45	10	90	10	90
78 - Yvelines .....	81,8	18,2	63,6	36,4	27,2	72,8
91 - Essonne .....	83	17	66	34	32	68
92 - Hauts-de-Seine .....	79,6	20,4	59,2	40,8	18,4	81,6
93 - Seine-Saint-Denis ..	81,8	18,2	63,6	36,4	27,2	72,8
94 - Val-de-Marne .....	82,2	17,8	64,4	35,6	28,8	71,2
95 - Val-d'Oise .....	83,3	16,7	66,6	33,4	33,2	66,8

**Départements d'outre-mer.**

Guadeloupe .....	93	7	86	14	72	28
Guyane .....	97	3	94	6	88	12
Martinique .....	93	7	86	14	72	28
Réunion .....	93	7	86	14	72	28

Si l'on met à part Paris, la contribution de l'Etat aux dépenses du groupe I varie entre 78 % (Calvados, Meurthe-et-Moselle) et 97 % (Corse, Guyane). Elle est égale ou supérieure à 90 % dans les Alpes de Haute-Provence, l'Ardèche, l'Ariège, la Corrèze, la Corse, la Creuse, la Dordogne, les Landes, le Lot, la Lozère, les Hautes-Pyrénées et les départements d'outre-mer. Elle est en revanche très inférieure à la moyenne à Paris (55 % des dépenses du groupe I).

Sur l'ensemble des dépenses d'aide sociale de 1977, si l'on exclut Paris, les départements d'outre-mer et la Corse, l'Etat supporte entre 48,8 % (Manche) et 82,7 % (Landes) de la dépense.

• Le barème de 1955 ne détermine pas la répartition des dépenses entre le département et les communes. Cette répartition est décidée librement par le conseil général qui doit toutefois respecter les fourchettes fixées par décret : la participation des communes doit être comprise entre 10 % et 50 % de la part des collectivités locales pour les dépenses du groupe II, 20 à 75 % pour les dépenses du groupe III.

Une fois fixé le taux global de participation des communes dans le département — très souvent au chiffre minimum — le conseil général procède à la répartition des dépenses entre les communes, à concurrence de 10 % au moins et 25 % au plus, au prorata du nombre des assistés résidant dans chaque municipalité.

• Seules sont mises à la charge du département, avant toute répartition, les dépenses d'aide sociale exposées pour les bénéficiaires y ayant leur domicile de secours. Le domicile de secours s'acquiert par une résidence de trois mois dans le département ou par la filiation. Il se perd par une absence ininterrompue de trois mois postérieurement à la majorité, ou par l'acquisition d'un autre domicile de secours.

Les frais d'aide sociale pour les personnes sans résidence fixe (nomades) et les réfugiés sont pris en charge par l'Etat.

L'application de la règle du domicile de secours donne lieu à difficultés. La règle est contestée par les départements qui accueillent dans leurs établissements des personnes âgées extérieures, et par ceux dans lesquels résident temporairement de nombreux étudiants étrangers, comme Paris.

## 2. Ses inconvénients.

Tel qu'il vient d'être décrit dans ses grandes lignes, le système des financements croisés résultant de la réforme de 1955 donne lieu à de sévères critiques depuis de nombreuses années :

- La première porte sur le *retard avec lequel l'Etat rembourse sa participation aux départements*. Les dépenses d'aide sociale et de prévention sanitaire « contingentes », c'est-à-dire partagées entre Etat et collectivités locales selon les modalités qui viennent d'être exposées, sont inscrites pour leur totalité au budget du département. Celui-ci fait l'avance des frais et récupère ensuite sa contribution sur les communes et sur l'Etat. Or l'Etat met du temps à couvrir sa dette, qui n'est intégralement remboursée qu'avec un décalage de deux ans. *Les départements sont donc tout à fait fondés à se plaindre de faire ainsi la trésorerie du budget de l'Etat*, pour des sommes qui atteignent des montants élevés. Cet écueil, il faut le dire, ne résulte pas du système lui-même mais de la manière dont il est appliqué.

- La seconde critique porte sur le *barème de répartition des dépenses entre Etat et collectivités locales*. Ce barème n'a jamais été révisé depuis 1955, soit bientôt vingt-cinq ans, sauf pour la région parisienne, à l'occasion de la création de sept nouveaux départements par la loi du 10 juillet 1964. Le décret du 15 décembre 1967, opérant un rééquilibrage entre les départements de l'ancienne Seine, a eu pour effet de diminuer la participation de l'Etat à Paris, au profit des départements de la Petite Couronne. Mais globalement le taux de participation de l'Etat est resté inchangé.

Depuis un quart de siècle la physionomie de la France a beaucoup évolué. Elle s'est urbanisée. Certains départements se sont enrichis, d'autres se sont appauvris. Les critères utilisés en 1955 pour mesurer la capacité financière ont vieilli. Chaque année, à l'occasion de la discussion de la loi de finances, les rapporteurs des commissions compétentes, tant à l'Assemblée nationale qu'au Sénat, ne cessent de demander la révision du barème de 1955. Ils ne rencontraient guère d'écho jusqu'à aujourd'hui, les ministères concernés — Santé, Finances, Intérieur — se renvoyant respectivement la responsabilité de cette épineuse question. Si, lors de la discussion du dernier budget, les demandes des parlementaires ont été relativement moins vives, c'est sans doute qu'ils espéraient trouver dans la présente réforme la réponse attendue depuis des années.

- Enfin, troisième critique, particulièrement fondée à l'heure où se pose avec acuité dans notre pays le problème de la maîtrise des dépenses sociales, le système des financements croisés présente

**l'inconvénient de diluer les responsabilités** entre les trois collectivités concernées. Ainsi, l'Etat souhaiterait avoir une meilleure maîtrise des domaines d'intervention dans lesquels il finance la majorité de la dépense, l'aide à l'enfance par exemple. Les élus locaux, de leur côté, accusent l'administration de leur imposer des normes coûteuses et de freiner leurs initiatives.



Pour ces différentes raisons, il paraît nécessaire de modifier les modes actuels de financements de l'aide sociale, et d'y substituer un système à la fois plus clair et plus équitable.

Le présent projet de loi, que nous allons maintenant présenter, répond dans une certaine mesure à ces préoccupations.

## DEUXIÈME PARTIE

---

### LE PROJET DE LOI : UNE SOLUTION DE COMPROMIS

• Le projet de loi pose le principe du partage des actions sanitaires et sociales qui donnaient lieu jusqu'alors à financements croisés (1), en deux blocs de compétences, l'un dévolu exclusivement à l'Etat, l'autre aux collectivités locales.

• La répartition proposée entre le domaine de la solidarité nationale et celui de la solidarité locale est le résultat de la prise en compte de différents critères et répond en outre au souci de ne pas bouleverser les charges actuelles de l'Etat et des collectivités locales.

• Les financements croisés sont toutefois maintenus entre départements et communes, le niveau privilégié de décentralisation retenu étant le département.

• Enfin, les modalités de compensation financière prévues ne remettent pas en cause le barème de répartition des dépenses entre collectivités locales et Etat fixé en 1955.

Sous ces différents aspects, que nous examinerons successivement, le projet de loi apparaît comme une solution de compromis.



*Soulignons que le projet de loi ne concerne que l'aide sociale légale. Il ne traite pas de l'aide sociale facultative, si ce n'est pour réaffirmer la totale liberté des communes et des départements en la matière, pour compléter l'aide légale même dans les domaines relevant exclusivement de l'Etat.*

---

(1) La santé scolaire est également incluse dans la réforme.

## I. — LE PRINCIPE DE LA RÉPARTITION EN DEUX BLOCS DE COMPÉTENCE

Entre deux hypothèses extrêmes, le transfert de tout le domaine contingenté à l'Etat ou aux collectivités locales, le Gouvernement propose une solution médiane.

### 1. Entre deux solutions extrêmes, le transfert total à l'Etat...

L'étatisation complète de l'aide sociale n'apparaît pas comme une hypothèse absurde. Elle aurait eu plusieurs avantages : éviter les disparités d'un département à l'autre dans les conditions d'admission à l'aide ; permettre une égalité — en droit du moins — de tous les assistés devant la loi ; supprimer les tracasseries résultant de l'application du domicile de secours. Mais elle aurait aussi présenté des risques : dépersonnalisation de l'aide, centralisation des décisions empêchant la souplesse et les expériences nouvelles, éloignement du décideur et de l'administré, à moins d'un effort considérable de déconcentration des administrations concernées.

De toute évidence, une telle réforme n'aurait pas été dans le sens de la décentralisation souhaitée par le Gouvernement et les élus locaux. Elle ne pouvait donc qu'être rejetée *a priori*.

### 2. ... ou la décentralisation complète,...

A l'autre extrémité des solutions possibles pour remplacer les financements croisés, on pouvait envisager de rendre les seules collectivités locales exclusivement responsables de l'aide sociale et de la prévention sanitaire, ce qui, cette fois, aurait été pleinement conforme à l'esprit du projet de loi. Il aurait fallu, bien entendu, maintenir un certain nombre de garde-fous pour éviter l'anarchie : coordination des équipements, règles minimales d'admission à l'aide fixées par la loi, définition au niveau national de grandes orientations. Cette solution n'a pas été retenue, pour plusieurs raisons.

Tout d'abord, les collectivités locales se seraient vu imputer certains types de dépenses dont elles ne peuvent avoir de toute évidence aucune maîtrise, par exemple les cotisations volontaires d'assurance maladie. Ce n'est pas là le but de la décentralisation.

D'autre part, l'administration souhaitait se réserver la possibilité de procéder à des réformes profondes dans certains domaines d'intervention, comme l'aide sociale à l'enfance. De plus, les élus locaux ne sont guère tentés naturellement de s'occuper de certaines catégories d'assistés peu intégrés à la vie locale : les nomades, les réfugiés, les toxicomanes par exemple. Enfin, facteur secondaire, la trésorerie des départements s'en serait trouvée gravement perturbée.

**3. ...le projet de loi propose une répartition des compétences en matière sanitaire et sociale entre l'Etat et les collectivités locales.**

Tels sont les principaux facteurs qui ont finalement incité le Gouvernement à proposer la répartition de l'aide sociale et de la prévention sanitaire en deux blocs de compétence, Etat et collectivités locales disposant, en principe, chacun dans leur domaine, des moyens d'organiser et de financer leurs interventions, avec la meilleure efficacité, et au moindre coût, sans craindre les ingérences réciproques. Comme nous le verrons plus loin, il n'est cependant ni possible ni souhaitable d'aboutir à une aussi stricte délimitation des responsabilités exclusives de chaque groupe de collectivités.

La répartition des dépenses d'aide sociale en deux blocs de compétences était déjà suggérée par le rapport de la Commission Guichard. Ce rapport proposait, en outre, de charger les organismes d'assurance maladie de l'aide médicale, hypothèse séduisante mais trop délicate à mettre en pratique pour pouvoir être finalement retenue.

Une fois posé le principe des deux blocs, restait à savoir comment procéder à la répartition.

## II. — LA CONFIGURATION DES BLOCS DE COMPÉTENCE DE L'ÉTAT ET DES COLLECTIVITÉS LOCALES

### 1. Les critères retenus.

Le Gouvernement a pris en considération un certain nombre de *critères*, parfois convergents, parfois concurrents, pour attribuer tantôt à l'Etat, tantôt aux collectivités locales la responsabilité de telle ou telle forme d'aide ou d'action.

Pour le transfert aux collectivités locales, deux principaux critères ont été retenus :

- la notion de solidarité de voisinage ;
- les conditions personnalisées d'accès à l'aide, autrement dit l'admission par la commission cantonale.

A l'Etat, reviendraient :

- la fonction de contrôle et de supervision ;
- la prise en charge des dépenses lourdes pour lesquelles le recours à la solidarité nationale paraît justifié ;
- les interventions s'adressant à des catégories marginales mal intégrées à la vie locale ;
- les formes d'aides dont le montant et les conditions d'admission sont fixés à l'échelon national, comme en matière de sécurité sociale.

Voici, compte tenu de ces différents éléments, quelle est la répartition proposée par le projet de loi (voir tableau récapitulatif n° III, p. 44).

### 2. L'aide sociale.

• **L'aide sociale à l'enfance (groupe I)** serait entièrement prise en charge par l'Etat, au nom de motifs de fond — la politique de l'enfance défavorisée relève de la solidarité nationale — auxquels s'ajoutent des raisons d'opportunité qui ont sans doute pesé le plus lourd dans la balance : le ministère de la Santé souhaite procéder à une modernisation rapide du service, notamment en réorganisant les Foyers de l'Enfance (1).

• **L'aide sociale aux personnes âgées (groupe III)**, c'est-à-dire les interventions des aides ménagères à domicile, les frais d'héber-

---

(1) Voir annexe n° 3, p. 128.



gement (maisons de retraite, foyer logements, centres de long séjour), les frais de restauration (foyers restaurants) seraient confiés aux *collectivités locales*, au nom de la solidarité de voisinage et étant donné l'admission par les commissions cantonales.

L'aide aux personnes âgées était désignée, par le rapport Guichard, comme le domaine de prédilection de l'action sociale locale. Les communes consacrent en effet aux vieillards la plus grande part de leurs efforts en matière d'aide sociale facultative.

L'Etat, toutefois, resterait, sans qu'il soit besoin de le dire, responsable, concurremment avec les régimes d'assurance vieillesse, des ressources des personnes âgées, à travers le minimum vieillesse (pension de base et allocation supplémentaire du Fonds national de solidarité). Le Fonds national de solidarité est, rappelons-le, hors aide sociale. Il est financé par le budget de l'Etat, les crédits étant inscrits au budget des charges communes.

En outre, l'Etat assumerait la charge de l'allocation « simple » à domicile, égale au montant de la pension de base et servie aux personnes âgées non assurées sociales, sous les mêmes conditions de ressources que le minimum vieillesse. On ne trouve plus, parmi les rares titulaires, que des étrangers non bénéficiaires d'une convention internationale de sécurité sociale, ainsi que des ressortissants des départements d'outre-mer.

• **L'aide aux handicapés (groupe III)** serait *partagée* entre l'Etat et les collectivités locales. Depuis le vote de la loi d'orientation du 30 juin 1975, l'assurance maladie a pris en charge les frais d'hébergement et de traitement des enfants handicapés dans les divers instituts médico-éducatifs, ainsi que des adultes gravement handicapés placés dans des établissements spécifiques (maisons de l'article 46 de la loi du 30 juin 1975). Par ailleurs, l'allocation d'éducation spécialisée et sa majoration (mineurs) et l'allocation aux handicapés adultes sont attribuées par les caisses d'allocations familiales. L'Etat, enfin, couvre les frais d'éducation des enfants, et garantit un revenu minimum aux handicapés travailleurs.

Restent dans le champ de l'aide sociale l'allocation compensatrice (frais de tierce personne et frais pour l'exercice d'une profession), l'allocation différentielle (maintien des avantages acquis avant la loi d'orientation), les dépenses d'hébergement des adultes en foyer ou en hospice, des enfants dont les parents ne sont pas assurés sociaux, enfin les frais de fonctionnement des centres d'aide par le travail.

Selon la répartition proposée par le texte, l'Etat se chargerait du versement des allocations d'aide sociale aux handicapés, dont le montant et les conditions d'admission sont fixés par décret. Il financerait également les centres d'aide par le travail, le travail protégé pouvant être considéré comme formant un tout. Les *col-*

*lectivités locales* assumerait, au titre du voisinage, comme pour les personnes âgées, l'hébergement et les aides à domicile, d'ailleurs encore peu développées.

• **L'aide médicale** ferait également l'objet d'un *partage*. L'aide médicale générale (groupe III) — soins aux non-assurés sociaux et ticket modérateur — relèverait de la *solidarité locale*, en vertu du rôle des commissions cantonales dans l'admission ; l'*Etat*, en revanche, supporterait la charge des cotisations volontaires d'assurance maladie (groupe II : complément de la sécurité sociale, admission échappant au droit commun de l'aide sociale), ainsi que l'aide médicale aux tuberculeux (groupe II : admission par le préfet) et aux malades mentaux (groupe II : essentiellement des cotisations, les soins étant couverts à 100 % par la sécurité sociale).

• **L'aide sociale au logement, à l'hébergement et à la réadaptation** (groupe II) a été largement vidée de son contenu par l'institution de l'allocat<sup>1</sup> de logement, puis de l'aide personnalisée au logement (versé par les caisses d'allocations familiales), mais surtout par l'allocation de logement à caractère social, financée par l'*Etat* et le 1 % patronal à travers le Fonds national d'aide au logement. L'ancienne allocation de loyer est tombée en désuétude.

Restent les *centres d'hébergement* qui accueillent réfugiés, marginaux, femmes battues, familles en difficulté. Ces centres sont très inégalement répartis sur l'ensemble du territoire. Le texte en propose le financement par l'*Etat*, s'agissant d'assistés par définition exclus de la vie locale.

• **L'aide aux familles** représente très peu de chose (1). Il s'agit essentiellement des allocations aux familles de militaires. Montant et conditions de ressources sont fixées par décret. L'*Etat* continuerait d'en assumer comme auparavant la charge financière.

• **Le service social départemental**, institué par la loi sociale du 30 juin 1975, (groupe I) serait confié aux *collectivités locales*, de même que le service social spécialisé dans les interventions auprès des prostituées qui existe dans quelques départements.

### 3. La santé.

• **La protection maternelle et infantile** (groupe I) serait confiée aux *collectivités locales* en tant que service de voisinage. Toutefois, le contrôle des maternités et des établissements recevant des jeunes enfants et, dans un autre ordre d'idée, le paiement des primes de maternité versées dans les départements d'outre-mer incomberaient à l'*Etat*.

---

(1) L'aide aux familles traditionnelle (groupe III) n'a plus d'application effective que dans les D.O.M. dont le régime de prestations familiales est moins favorable qu'en Métropole.

- **La responsabilité de la santé scolaire** (hors dépenses contingentes) serait également transférée aux *collectivités locales*, pour les mêmes raisons que la P.M.I. Rappelons que la santé scolaire est actuellement un service national rattaché au ministère de la Santé, supporté entièrement par le budget de l'Etat, sauf dans une quinzaine de grandes villes dont Paris.

- **La protection sanitaire** (groupe I : hygiène du milieu, vaccinations, etc.) est assurée par des services départementaux et par 230 bureaux municipaux d'hygiène. Les *bureaux municipaux* conserveraient leurs responsabilités, l'Etat assurant la fonction de contrôle de l'application des lois et règlements en matière de protection générale de la santé.

- **Les responsabilités de la lutte contre les fléaux sociaux** (groupe I) seraient **partagées** entre les *collectivités locales* et l'Etat, pour des raisons qui n'apparaissent pas toujours bien claires au premier examen. D'une manière générale, l'Etat se chargerait des maladies « lourdes » génératrices d'inadaptations sociales : les maladies mentales, la toxicomanie, l'alcoolisme. En revanche, les dispensaires antituberculeux et antivénéériens, les centres avancés de lutte contre le cancer et la lèpre relèveraient de la solidarité locale.

#### **4. La neutralité financière des transferts de compétences au niveau national.**

Au total, tous calculs effectués sur la base des dépenses exposées en 1977, les transferts de compétences se traduiraient au plan national (D.O.M. non compris) par un solde financier légèrement positif au profit des collectivités locales, de l'ordre de 400 millions de francs, soit environ 2 % de l'ensemble des sommes en cause. Ce résultat n'est pas un hasard, mais la marque d'une volonté délibérée : celle que les transferts de compétences en matière d'action sociale et de santé ne modifient guère la charge respective supportée par les collectivités locales et l'Etat avant la réforme (voir tableau n° 4, p. 45).

TABLEAU N° 3

TABLEAU SYNOPTIQUE RÉCAPITULANT LA RÉPARTITION  
DES COMPÉTENCES PROPOSÉE PAR LE PROJET DE LOI

Forme d'aide	Avant réforme	Après réforme
<b>1. Aide sociale.</b>		
● Aide à l'enfance .....	Groupe I.	● Etat.
● Aide à la famille .....	Groupe III (1).	● Etat.
● Aide aux personnes âgées ..	Groupe III.	● Collectivités locales : hébergement, aides à domicile. ● Etat : allocation simple à domicile.
● Aide aux handicapés .....	Groupe III.	● Collectivités locales : hébergement, aides à domicile. ● Etat : allocation compensatrice, allocation différentielle, centres d'aide par le travail.
● Aide médicale générale (aide à domicile, aide hospitalière).	Groupe III.	● Collectivités locales.
● Cotisations d'assurance-maladie	Groupes II et III.	● Etat.
● Aide médicale aux tuberculeux et aux malades mentaux ..	Groupe II.	● Etat.
● Aide au logement, à l'hébergement et à la réadaptation.	Groupe II.	● Etat.
● Service social départemental.	Groupe I.	● Collectivités locales.
<b>2. Santé.</b>		
● Protection générale de la santé.	Groupe I.	● Etat, sauf bureaux municipaux.
● P.M.I. ....	Groupe I.	● Collectivités locales : dispensaires, consultations, interventions à domicile, formation des assistantes maternelles. ● Etat : contrôle des établissements, prime de maternité D.O.M.
● Santé scolaire .....	Etat (2).	● Collectivités locales.
● Tuberculose .....	Groupe I.	} Collectivités locales.
● Maladies vénériennes .....	Groupe I.	
● Cancer .....	Groupe I.	
● Lèpre .....	Groupe I.	
● Maladies mentales (sectorisation psychiatrique) .....	Groupe I.	} Etat.
● Alcoolisme .....	Groupe I.	
● Toxicomanie .....	Groupe I.	

(1) Sauf pour les aides aux familles de militaires, actuellement à la charge exclusive de l'Etat.

(2) Sauf dans 17 municipalités, dont Paris, qui assurent elles-mêmes le service de santé scolaire sur leurs propres ressources.

TABLEAU N° 4

**COMPARAISON DES CHARGES INCOMBANT A L'ÉTAT ET AUX COLLECTIVITÉS LOCALES  
AVANT ET APRÈS RÉFORME**

(Exercice 1977 - France métropolitaine.)\*

Forme d'aide	Avant réforme		Après réforme		Solde	
	Etat	Collectivités locales	Etat	Collectivités locales	Etat	Collectivités locales
Enfance (1) .....	4.790	1.090	5.880	»	+ 1.090	— 1.090
Aide médicale aux malades mentaux .....	540	310	850	»	+ 310	— 310
Aide médicale aux tuberculeux .....	60	30	90	»	+ 30	— 30
Centres d'hébergement (2) .....	80	50	130	»	+ 50	— 50
Hygiène publique .....	130	30	90	70	— 40	+ 40
Service social départemental .....	420	80	»	500	— 420	+ 420
P.M.I., dispensaires tuberculose-vénérologie (4)	420	90	30	480	— 390	+ 390
Hygiène sociale (mentale, cancer, alcoolisme) (5) .....	500	120	600	20	+ 100	— 100
Santé scolaire .....	250	»	»	250	— 250	+ 250
Aide sociale aux personnes âgées .....	900	1.740	10	2.630	— 890	+ 890
Aide médicale .....	780	1.500	950	1.320	+ 180	— 180
Aide sociale aux personnes handicapées ....	1.070	1.740	1.710	1.100	+ 640	— 640
Sans domicile de secours .....	870	»	870	»	»	»
<b>Total intermédiaire .....</b>	<b>10.810</b>	<b>6.780</b>	<b>11.220</b>	<b>6.370</b>	<b>+ 410</b>	<b>— 410</b>
Taux de participation .....	61,4 %	38,6 %	63,8 %	36,2 %	»	»
Fonds communs .....	180	120	190	110	+ 10	— 10
<b>Total définitif .....</b>	<b>10.990</b>	<b>6.900</b>	<b>11.410</b>	<b>6.480</b>	<b>+ 420</b>	<b>— 420</b>

(1) Y compris l'aide sociale à la famille.

(2) Ceci concerne les deux chapitres : 955-71 (hébergement) et 955-72 (logement).

(3) Cette rubrique regroupe tous les chapitres suivants du budget départemental :

- 952-0 : Conseil d'hygiène ;
- 952-1 : Etudes et recherches ;
- 952-2 : Désinfection, désinsectisation, dératisation ;
- 952-50 : Vaccinations obligatoires ;
- 952-51 : Vaccinations facultatives ;
- 952-9 : Autres œuvres d'hygiène publique.

(4) On retrouve là tout ce qui concerne la P.M.I. et les dispensaires antituberculeux et antivénériens :

- 953-41 : La P.M.I. ;
- 953-42 : Centres de planification pour l'éducation familiale ;
- 953-52 : Prophylaxie de la tuberculose ;
- 953-53 : Prophylaxie des maladies vénériennes.

(5) Cette ligne comprend les chapitres suivants :

- 953-55 : Prophylaxie des maladies mentales et de l'alcoolisme ;
- 953-56 : Prophylaxie du cancer ;
- 953-57 : Lutte contre la toxicomanie ;
- 953-9 : Autres œuvres d'hygiène sociale ;
- 954-82 : Lutte contre la prostitution ;
- 953-46 : Réadaptation des alcooliques dangereux.

\* N.B. : Dépenses nettes de 1977 en millions de francs (D.O.M. exclus). L'effet des législations ultérieures (loi d'orientation en faveur des handicapés généralisation de la Sécurité sociale) a été intégré aux chapitres correspondants. Les bureaux municipaux d'hygiène, qui font l'objet d'une compensation au niveau communal, ne sont pas compris dans le présent tableau, qui concerne les transferts Etat-département.

### III. — LA RÉPARTITION DES COMPÉTENCES ENTRE LE DÉPARTEMENT ET LES COMMUNES

Le niveau privilégié de décentralisation choisi pour le transfert des compétences aux collectivités locales en matière sociale et sanitaire est le *département*. Le projet de loi est évasif en ce qui concerne la *répartition des dépenses entre département et communes*.

#### 1. Deux solutions : maintien des financements croisés...

Le conseil général est chargé de la répartition, comme auparavant. Il doit tenir compte, pour cette opération, des ressources des communes et du nombre d'assistés qui y résident. Mais le projet de loi ne fixe aucun plancher ou plafond à la participation des communes aux dépenses. C'est admettre implicitement le maintien des financements croisés entre collectivités locales, le pouvoir législatif n'ayant pas à s'ingérer, en l'espèce, dans leurs relations.

#### 2. ... ou transfert direct de compétences aux communes.

Toutefois, le texte prévoit par ailleurs, pour l'ensemble des compétences transférées, et pas seulement celles du secteur sanitaire et social, la possibilité pour les communes et leurs groupements, de demander à exercer directement les compétences dévolues par la loi au département.

Des conventions seraient librement passées à cet effet entre la commune et le département.

Plusieurs formules de participation des communes sont donc ouvertes.

*Il est souhaitable que les bureaux d'aide sociale municipaux continuent comme auparavant, à recevoir les demandeurs, à constituer les dossiers d'admission à l'aide, même pour les formes d'aide transférées exclusivement à l'Etat. Le maintien d'un « guichet unique » paraît répondre aux intérêts bien compris de la population assistée.*

#### IV. — LA COMPENSATION FINANCIÈRE

##### 1. Pour compenser, dans chaque département, les modifications de charges résultant de la répartition des compétences,...

Si les transferts prévus ont un résultat financier pratiquement neutre au niveau national, il n'en est pas de même dans chaque département. Selon les calculs effectués par le ministère de l'Intérieur (1) (chiffres de 1977), 39 départements voient leurs dépenses d'aide sociale allégées. Dans les autres départements, en revanche, elles s'accroissent. Le maximum de dépenses supplémentaires incombant à la Dordogne (27,1 millions), suivie par la Vendée (22,8 millions), Paris est, de loin, le département le plus bénéficiaire, puisqu'il se trouve avec un solde créditeur de 338 millions sur l'Etat.

Mais on sait que le projet de loi impute aux collectivités locales la charge des bourses d'éducation et des transports scolaires. Compte tenu des transferts en matière d'éducation nationale, il ne reste plus que huit départements dont les dépenses sont allégées : les Alpes-Maritimes, l'Aube, le Calvados, Paris, la Seine-Maritime, les Hauts-de-Seine, la Seine-Saint-Denis et le Val-de-Marne.

##### 2. ... les modalités proposées...

Le projet de loi pose le principe selon lequel est opérée une compensation dans chaque département, de façon que ses charges restent inchangées au moment de l'entrée en application de la nouvelle réforme.

La compensation peut être réalisée par deux moyens : soit par la réduction de la dotation globale de fonctionnement, dans les huit départements bénéficiaires, ou son augmentation dans les autres départements, soit par des transferts de recettes fiscales.

Quels seront les effets de cette compensation au cours du temps ? Dans la grande majorité des départements, dont les charges se trouveraient alourdies, les ressources allouées pour assurer la compensation évolueraient au minimum au même rythme que la dotation globale de fonctionnement, indexée sur l'augmentation du produit de la valeur ajoutée, soit un taux d'accroissement de l'ordre de 12 à 13 % par an.

---

(1) Voir annexe n° 6, p. 136.

On voit immédiatement que départements et communes concernés seraient perdants à moyen terme dans l'hypothèse où les dépenses sanitaire et sociale qui leur sont imputées évolueraient plus rapidement.

En revanche, les huit départements pour lesquels la compensation se traduirait par une diminution de la dotation globale de fonctionnement se trouveraient, dans la même hypothèse, légèrement avantagés.

Nous aurons l'occasion de revenir plus tard sur les perspectives d'augmentation des dépenses d'aide sociale.

### **3. ... ne remettent pas en question le barème de 1955.**

*Il faut, à ce stade de l'exposé, souligner qu'il n'est pas question, dans le projet de loi, d'une révision du barème de répartition des dépenses entre Etat et collectivités locales, établi en 1955. Tout au contraire, la situation résultant de ce barème se trouverait pérennisée, autrement dit « clichée » par les mécanismes de compensation prévus, qui tendent au maintien à son niveau actuel de la charge supportée par les départements.*

La raison de cette lacune réside dans la crainte du Gouvernement que toute remise en cause du barème de 1955 n'aboutisse d'une manière ou d'une autre à grever le budget de l'Etat.



Après cette présentation des dispositions du projet de loi en matière de transferts sanitaires et sociaux, dans laquelle nous avons tenté de faire apparaître les mobiles qui ont guidé ses auteurs, il faut passer à la critique du dispositif qui, de toute évidence, est lourd de conséquences difficiles à peser.



## TROISIÈME PARTIE

---

### OBSERVATIONS ET CRITIQUES

#### OBSERVATIONS GÉNÉRALES : UNE PORTÉE INCERTAINE

La portée des dispositions qui sont proposées au Parlement est extrêmement délicate à apprécier. Certes, il est mis fin au système des financements croisés, ce qui est positif. Mais la réforme ne risque-t-elle pas de remettre en cause toute la politique de coordination de l'action sociale patiemment élaborée au cours des années récentes ? Comment se traduira-t-elle au niveau de l'organisation de la D.D.A.S.S. ? La répartition des compétences est-elle convenable ? Quels changements dans les domaines dévolus aux collectivités locales la décentralisation nécessite-t-elle pour être digne de ce nom ? Quelles seront les conséquences de la réforme sur les domaines transférés à l'Etat ? sur les finances des départements et les communes ? sur le service rendu aux assistés ?

Les réponses à ces questions ne se trouvent pas dans le présent projet de loi, qui n'est qu'un cadre général.

Il faudrait connaître, dès maintenant, les dispositions qui seront contenues dans un *projet de loi complémentaire* actuellement étudié par les services du ministère de la Santé. Or, de son côté, l'administration attend les réactions du Parlement face au présent texte. Il est bien difficile, dans ces conditions, de statuer en connaissance de cause.

Cependant, les entretiens de votre Rapporteur avec les administrations concernées lui ont permis d'y voir un peu plus clair, et de proposer à la Commission un certain nombre d'amendements tendant à préciser la portée de la loi-cadre, ou à orienter d'ores et déjà les travaux de l'administration pour l'élaboration de la loi complémentaire.



*Observations, critiques et propositions d'amendements seront rassemblées autour de cinq préoccupations principales :*

— *prendre en compte, parmi les critères de répartition, les possibilités pour les collectivités locales de disposer d'une marge de manœuvre effective, tout en respectant leurs intérêts financiers ;*

— *définir les moyens et les limites de la décentralisation dans les domaines confiés aux collectivités locales ;*

— *tenter de mesurer les conséquences de la réforme dans les domaines réservés à l'Etat ;*

— *éviter que la répartition en deux blocs de compétences ne se traduise par une désorganisation de la D.D.A.S.S. ;*

— *apprécier les conséquences financières de la réforme et rechercher un rééquilibrage des charges moyennant une révision du barème de 1955.*

*Pour nous résumer, disons que votre Commission accepterait finalement, après réflexion, la réforme proposée, mais non sans conditions, la principale étant d'éviter par tous moyens qu'elle n'ait des conséquences fâcheuses sur les finances locales.*

*A ce propos, on doit regretter que le Gouvernement ne soit pas en mesure d'établir des projections financières à moyen terme sur le niveau des différentes catégories de dépenses. Cette incapacité ne résulte pas d'une mauvaise volonté, mais plutôt de la difficulté de la tâche, l'aide sociale étant, comme nous l'avons souligné au début du présent rapport, en pleine évolution, du fait des extensions passées ou à venir des interventions de la Sécurité sociale. On ne voit apparaître ce troisième agent financeur à aucun moment dans le projet de loi. Il est pourtant, en filigrane, bien présent.*

*Soulignons, dans ces remarques introductives, la crainte pour les élus locaux que derrière l'objectif de la décentralisation n'apparaisse, sous-jacente au projet de loi, l'intention de mettre les collectivités locales au premier plan lorsqu'il s'agira, avec des ressources limitées, de faire face à l'accroissement des dépenses. Elles risqueront alors de se trouver devant des choix difficiles, humainement et politiquement. Mais peut-être est-ce dans l'esprit du Gouvernement, le prix qu'il faut payer pour l'exercice des responsabilités ? Il est loin d'être évident que les élus locaux partagent ce sentiment, et on les comprend.*

## I. — A PROPOS DES CRITÈRES DE RÉPARTITION :

**prendre en compte la marge de manœuvre effective des collectivités locales et leurs intérêts financiers.**

● C'est avant tout un grand *pragmatisme* qui a guidé les auteurs du projet de loi dans les choix opérés pour répartir les compétences entre l'Etat et les collectivités locales.

En quelque sorte, les collectivités locales se voient attribuer ce qui les intéresse dans la réalité quotidienne de leur gestion. L'Etat prendrait le reste, c'est-à-dire les formes d'assistance qui s'adressent aux catégories d'assistés marginalisés. Il se réserverait en outre l'aide sociale à l'enfance pour réorganiser le secteur.

D'autres considérations auraient pu être prises en compte, aboutissant à d'autres répartitions. Par exemple, il aurait été concevable de laisser à la responsabilité de l'Etat tous les domaines se rapportant à la santé publique, y compris les aides médicales, les départements et les communes étant de leur côté chargés de l'action sociale. Un tel partage trouverait sa justification dans la responsabilité fondamentale qui est celle des collectivités locales dans le bien-être social de la population, par les décisions qu'elles prennent en matière d'urbanisme ou de logement, par exemple, tandis qu'elles ont peu de prise sur l'état sanitaire du pays. Il est vrai cependant que la distinction entre le sanitaire et le social paraît difficile à opérer dans bien des domaines.

Il eût été également possible de considérer que la solidarité locale se limite à assurer aux assistés le gîte et le couvert.

Votre Commission n'a pas cherché plus avant à matérialiser ces hypothèses. Elle s'est placée, comme les auteurs du texte, dans une perspective pragmatique. C'est avec cet état d'esprit qu'elle a porté un regard critique sur la répartition proposée par le projet de loi.

*Notre préoccupation essentielle est la suivante : il importe que les collectivités locales disposent, dans les domaines qui leur sont concédés, de possibilités d'action réelles et qu'elles soient en mesure d'en maîtriser et d'en supporter la charge financière.*

La décentralisation est acceptable à ces deux conditions. La référence à l'intervention des commissions cantonales dans l'admission n'est pas suffisante pour la justifier.

Ces considérations conduisent à s'interroger sur l'opportunité de confier aux collectivités locales l'aide médicale d'une part, l'hébergement des personnes âgées invalides d'autre part.

● A propos de l'aide médicale, il faut constater que la marge de manœuvre des départements pour organiser le service est réduite.

La maîtrise de la dépense leur échappe, puisqu'elle dépend des prescriptions médicales pour l'aide à domicile, et du montant des prix de journée pour l'aide hospitalière. Toutefois, après avoir longuement hésité, votre Commission propose finalement de laisser l'aide médicale aux collectivités locales. En effet, un service d'aide ménagère bien organisé peut permettre d'éviter des hospitalisations prolongées. De plus, au point de vue financier, le coût de l'aide médicale devrait tendre à s'alléger dans l'avenir avec l'entrée dans les faits de la généralisation de l'assurance maladie (1), et, on peut le penser, dans l'hypothèse où les règles en matière de ticket modérateur seraient redéfinies dans le cadre de la prochaine réforme de la tarification hospitalière. Si, en effet, le système dit du « budget global » était retenu, il serait question de ne laisser à la charge des assurés qu'un ticket modérateur réduit et uniforme pour toute journée d'hospitalisation. Une telle réforme ne serait pas sans incidences, vraisemblablement positives, sur l'aide médicale.

- En matière d'aide aux personnes âgées, en revanche, l'imputation aux collectivités locales des **frais d'hébergement des personnes âgées invalides** appelle les plus expresses réserves.

En effet, il n'existe aucune autre solution que le placement en établissement. Les collectivités locales n'ont donc pas le choix entre plusieurs politiques. Il s'agit en outre de dépenses lourdes pour les budgets locaux. Pour ces raisons, un amendement sera proposé pour transférer à l'Etat les charges d'aide sociale exposées dans les établissements de long séjour sanitaire.

- Votre Commission proposera également de laisser à l'Etat la **santé scolaire** et de lui transférer la **lutte contre le cancer**, pour des motifs qui seront exposés à l'occasion de l'examen des articles.

- Enfin, il conviendra de préciser dans le projet de loi que l'Etat continuera de supporter comme auparavant l'aide sociale aux **réfugiés** et aux **personnes sans domicile fixe**, même dans les domaines de compétences des collectivités locales.

Sous ces réserves, la répartition des compétences entre Etat et collectivités locales paraît acceptable, dès lors qu'on en a admis le principe.

\*  
\* \*

Les amendements proposés ont tous pour effet d'augmenter la participation de l'Etat aux dépenses ; la neutralité financière des transferts en matière sanitaire et sociale au niveau national serait donc rompue. Mais les charges du budget de l'Etat ne s'en trouveraient pas pour autant aggravées, du fait de la mise en jeu de la compensation financière par le biais de la modulation de la dotation globale de fonctionnement dans chaque département.

---

(1) Voir annexe n° 5, p. 134. Note sur les conséquences de la généralisation de l'assurance maladie sur l'aide médicale.

## II. — A PROPOS DES CONSÉQUENCES DE LA DÉCENTRALISATION :

**donner aux départements et aux communes des libertés, mais encadrer leurs interventions par la loi afin d'éviter de trop grandes disparités sur l'ensemble du territoire.**

Pour que les collectivités puissent exercer effectivement les compétences qui leur sont dévolues, il faut qu'elles disposent, certes, de moyens financiers, mais aussi de liberté. Mais il faut également que cette liberté soit encadrée par un certain nombre de règles légales permettant d'éviter de trop grandes divergences de pratiques sur l'ensemble du territoire. L'aide sociale reste une aide légale, différente de l'aide facultative que les départements et les communes organisent entièrement à leur guise.

• Le projet de loi comporte, dans son titre premier, des dispositions de nature à desserrer les carcans administratifs qui, actuellement, freinent les initiatives locales. L'institution d'une dotation globale d'équipement tout d'abord devrait permettre aux communes de programmer avec plus de souplesse leurs investissements. Ne seront cependant globalisées, en matière d'équipements sanitaires et sociaux, que les subventions pour les établissements pour personnes âgées (80 à 90 millions de francs) et les crèches et haltes garderies (50 millions de francs). Resteront à l'écart, outre les établissements de l'aide à l'enfance qui entrent dans le bloc de compétences de l'Etat, ceux qui hébergent des adultes handicapés, ainsi que tout le secteur hospitalier, dont les établissements sanitaires de long séjour. Le fait que ces derniers établissements échappent au cadre de la dotation globale d'équipement, vient renforcer la thèse de votre Commission pour un transfert à l'Etat des charges d'hébergement des personnes âgées invalides.

Le projet de loi prévoit par ailleurs l'allègement des normes et procédures imposées aux collectivités locales, aussi bien en matière d'équipement que de fonctionnement. Les dispositions prévues ne concernent que les services communaux et départementaux. Votre Commission proposera d'en étendre la portée aux établissements publics et privés qui dépendent de la commune et du département.

• Hormis sur ces deux points — dotation globale de fonctionnement et allègement des normes — le projet ne comporte pas d'autres dispositions matérialisant la décentralisation des compétences sanitaires et sociales. Il faudra, pourtant, apporter des modifications aux lois et règlements en vigueur pour que cette décentralisation soit effective. Ces modifications seront réalisées par la loi complémentaire.

Votre Commission n'est pas en mesure de présenter de manière exhaustive quels sont les **points de droit à réviser**. On peut néanmoins en déterminer sans peine quelques-uns. Il conviendrait, par exemple, que soient redéfinies les conditions d'exercice de la tutelle préfectorale sur les établissements exerçant leurs activités dans le champ de compétence des départements et des communes : autorisations de fonctionner, procédures de fixation des prix de journée.

Il est souhaitable également que les plafonds de ressources pour l'intervention des aides ménagères à domicile ne soient plus fixés par voie réglementaire, mais laissés à l'appréciation des conseils généraux.

Plus généralement, il appartiendra aux assemblées locales de déterminer elles-mêmes les conditions d'exercice de leurs compétences.



Mais jusqu'où doit aller la décentralisation ?

• Il semblerait fâcheux à votre Commission que soit remise en cause la **coordination des équipements sociaux** instaurée par la loi sociale du 30 juin 1975, destinée à éviter les surcapacités d'accueil génératrices de dépenses inutiles qui, finalement pèseraient sur les budgets locaux. Les C.R.I.S. (Commissions régionales des institutions sociales et médico-sociales) n'ont en tout état de cause qu'un pouvoir consultatif. En revanche, peut-être serait-il opportun d'y faire siéger un plus grand nombre d'élus locaux.

Il paraît également utile de maintenir la procédure d'agrément par le ministère de la Santé des **Conventions collectives** dans les établissements privés, également insituée par la loi sociale.

• Il est enfin nécessaire que le législateur détermine le **cadre général dans lequel s'exerceront les compétences des collectivités locales**. Ce cadre sera tracé par la loi complémentaire.

La première tâche consistera à donner force de loi à certaines dispositions du Code de la famille et de l'aide sociale tombées dans le domaine réglementaire : composition des commissions d'admission, détermination du domicile de secours, détermination de la somme laissée à la disposition des assistés placés en établissement.

Faudra-t-il profiter de la réforme pour modifier ces différentes règles ? La question se pose, mais il est encore trop tôt pour y répondre. Il paraît indispensable de maintenir des *procédures d'admission* garantissant l'impartialité des décisions et offrant des voies de recours aux assistés. Quant au *domicile de secours*, il conviendra de réfléchir à l'opportunité de modifier la durée de résidence exi-

gée pour l'acquérir. Il semble, *a priori* du moins, difficile de le supprimer, car il faut bien disposer d'un critère permettant d'imputer les dépenses aux différents départements.

Votre Commission continue de penser qu'il serait dans l'intérêt des assistés qu'existent des *barèmes* guidant, dans chaque département, les décisions des commissions d'admission. Ces barèmes seraient une barrière contre l'arbitraire. Ils devraient être fixés par le Conseil général et pourraient, si besoin, avoir un caractère indicatif de façon à laisser une certaine marge de manœuvre aux commissions.

Il serait même hautement souhaitable que le législateur intervienne pour fixer les conditions minimales de *mise en jeu de l'obligation alimentaire*. C'est, actuellement, une simple circulaire qui recommande de ne pas faire appel aux débiteurs d'aliments dont les ressources sont inférieures à une certaine somme. Ces dispositions devraient être légalisées, ce qui aurait pour avantage, sans supprimer l'obligation alimentaire, d'informer d'avance les bénéficiaires potentiels de l'aide sociale dont les débiteurs d'aliments sont peu fortunés qu'ils ne risquent pas de mettre en situation difficile leurs parents ou leurs enfants.

Ces différentes préoccupations feront l'objet d'amendements tendant soit à préciser le texte même de la loi-cadre, soit à y annoncer déjà quelques-unes des orientations de la future loi complémentaire.

### III. — A PROPOS DES CONSÉQUENCES DU PROJET DE LOI DANS LE DOMAINE DE COMPÉTENCES DE L'ÉTAT :

#### **moyens financiers et nature juridique du service de l'aide sociale à l'enfance.**

● D'une manière générale, la loi complémentaire devra également fixer des règles minimales imposées à l'Etat pour l'exercice de ses compétences, par exemple en matière d'admission à l'aide sociale. Il est probable que le montant des aides et les conditions d'attribution seront, pour certaines prestations, fixées par voie réglementaire, puisque tel est déjà le cas et qu'il s'agit même d'un des critères qui ont présidé au transfert à l'Etat de prestations telles que l'allocation simple à domicile des personnes âgées, l'aide aux familles de militaires ou les allocations d'aide sociale aux handicapés.

● C'est certainement dans le domaine de l'aide sociale à l'enfance que la réforme aura le plus de conséquences.

● Le ministère de la Santé entend, certes, promouvoir activement la réorganisation et la modernisation du service. Mais il souhaite également éviter l'écueil d'une centralisation excessive et laisser aux directeurs départementaux des affaires sanitaires et sociales une marge d'autonomie importante pour adapter le service aux besoins de chaque département. Ce souci est louable.

● Les quelques D.D.A.S.S. (1) que votre Rapporteur a eu l'occasion de contacter lui ont cependant fait part de leurs inquiétudes quant aux moyens financiers qui seront mis à leur disposition. La réforme, sur ce point, apportera en effet des changements notables. Au lieu que le financement suive la dépense, ce qui est le cas actuellement, il est probable que chaque département disposera en début d'exercice d'un crédit annuel. Un tel système obligera les services de la D.D.A.S.S. à établir un budget prévisionnel proche de la réalité, ce qui constitue un travail difficile, du moins pour les premières années d'application de la réforme, puis à tenir une gestion rigoureuse.

● Va se poser également le délicat problème de la nature juridique du service de l'aide sociale à l'enfance, ainsi d'ailleurs que des autres services « étatisés ». Sera-t-il considéré comme un simple appendice de l'Etat, ou bien érigé en établissement public ? La question devra être réglée, cette fois encore, par la loi complémentaire.

---

(1) Directeurs départementaux des Affaires sanitaires et sociales.



**IV. — A PROPOS DES RISQUES QUE FAIT PESER LA RÉFORME SUR LA COHÉRENCE DE LA POLITIQUE SANITAIRE ET SOCIALE, SUR L'ORGANISATION DES SERVICES DÉPARTEMENTAUX ET SUR LE STATUT DES PERSONNELS :**

**sauvegarder l'unité de la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales.**

• La répartition de l'aide sociale et de la prévention sanitaire en deux blocs bien distincts va, de toute évidence, à l'encontre des patients efforts de coordination menés jusqu'à présent par les pouvoirs publics.

La tendance était en effet à essayer de multiplier les liaisons, au niveau local, entre les différents organismes intervenant dans l'action sociale, services départementaux, caisses de sécurité sociale, municipalités, associations.

Par exemple, l'institution du service unifié de l'enfance répondait à ce souci.

Que va-t-il devenir, ce service encore dans les limbes, si d'un côté l'aide à l'enfance est transférée à l'Etat, de l'autre la P.M.I. et la santé scolaire dépendent des collectivités locales ?

Quant au service social polyvalent départemental, qui a par nature une vocation universelle, est-il concevable qu'il cantonne ses activités aux seuls domaines dévolus aux collectivités locales ?

• La seule solution réaliste, pour éviter les conséquences déplorables d'une véritable scission entre les deux blocs de compétences, réside dans le maintien d'un service unique, commun à l'Etat et au département.

Il faut, autrement dit, sauvegarder la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales sous l'autorité du préfet, comme structure exécutive unique des orientations définies aussi bien par l'Etat que par le conseil général. Le Directeur départemental des affaires sanitaires et sociales, au même titre que le préfet, aurait une double casquette.

C'est, il faut le dire, contrarier franchement la logique rigoureuse de la répartition des compétences en deux blocs. Mais c'est aussi éviter les incohérences, les doubles emplois, les pertes de temps et d'énergie, dans l'intérêt tant des assistés que des deniers publics.

Le maintien d'une D.D.A.S.S. unique n'empêcherait pas que certains de ses services se consacrent exclusivement à des tâches incombant soit à l'Etat, soit au département. Mais il y aurait également

des services communs, et la possibilité de préserver au service social polyvalent ses compétences générales.

Le problème de la répartition des charges communes entre Etat et département pourrait être utilement réglé par voie de convention.

Enfin, la D.D.A.S.S. unique offrirait l'avantage d'éviter des bouleversements soit dans les attributions, soit dans les **statuts des personnels** en cause.

• En dehors de Paris qui constitue un cas très particulier, 53.000 **agents publics** sous statut — sans compter la santé scolaire — travaillent tant dans les services départementaux que dans les établissements publics qui concourent à la politique d'aide sociale ou de prévention sanitaire (personnels administratifs, médicaux, paramédicaux ou travailleurs sociaux). Sur ce total, 10.000 environ sont du personnel d'Etat ; 34.000 sont sous statut départemental ; 9.000 relèvent du statut hospitalier prévu par le Livre IX du Code de la santé publique (foyers départementaux, instituts médico-sociaux, y compris deux qui sont gérés directement par les hôpitaux et qui emploient environ 1.000 personnes).

Très schématiquement, on peut considérer que dans les D.D.A.S.S. le personnel d'encadrement est d'Etat, tandis que le personnel d'exécution est sous statut départemental. Quant au personnel de la santé scolaire, il est bien entendu d'Etat, sauf dans les villes qui organisent directement le service. Les différences de statut actuelles ne cadrent donc aucunement avec la nouvelle répartition des compétences prévue par le projet de loi.

Idéalement, les fonctions d'Etat devraient être exécutées par du personnel d'Etat, et les missions confiées au département par du personnel départemental. Cette perspective paraît, pour un grand nombre d'années du moins, totalement irréaliste, à moins de bouleversements inacceptables pour les personnels en cause, tant dans les fonctions qu'ils exercent que dans les statuts qui sont les leurs à l'heure actuelle.

Si telles étaient les intentions du Gouvernement, ce serait condamner la réforme à l'échec, car elle se heurterait, sur place, à des résistances bien compréhensibles.

En fait, le Gouvernement entend agir avec prudence et éviter dans la mesure du possible les changements de statuts. Si de tels changements s'avéraient nécessaires, les personnels en fonction bénéficieraient au minimum d'un droit d'option pour leur statut actuel. Mme le Ministre de la Santé l'a déclaré devant votre Commission. En outre, il serait question fort opportunément de maintenir, quel que soit le statut, des situations comparables aux personnels.

Votre Commission n'a pas eu le temps de se préoccuper autant qu'il eût été souhaitable de ces problèmes de personnel, ignorés par le présent projet de loi. Ils seront examinés plus à fond par le Parlement à l'occasion de la discussion de la future loi complémentaire.

Il paraît cependant indispensable d'inscrire déjà dans la loi-cadre que les personnels qui seront appelés éventuellement à changer de statut ne sauraient y être contraints, et bénéficieront au minimum du maintien de leurs avantages acquis. Un amendement dans ce sens sera présenté au Sénat.

## V. — A PROPOS DES INCIDENCES FINANCIÈRES DE LA RÉFORME :

**éviter dans la mesure du possible que les départements  
et les communes soient pénalisés à terme.**

Quelle sera l'évolution des dépenses d'aide sociale et de prévention sanitaire au cours des prochaines années ? Nul ne peut le dire avec certitude, ni le Gouvernement, ni *a fortiori* votre Commission.

Le domaine, en pleine mutation, échappe à la prévision. De surcroît, les statistiques disponibles laissent à désirer. Les seuls chiffreages prévisionnels effectués par le ministère de la Santé portent sur l'année 1979. Au-delà, c'est l'inconnu.

Il est peu probable cependant que les dépenses augmentent au taux annuel de 25 % constaté en 1974 et 1975. Une tendance à la hausse de l'ordre de 13 à 17 % par an paraît désormais plus vraisemblable (1).

Les tableaux suivants indiquent, l'un en valeur absolue, l'autre en pourcentage, l'évolution des dépenses d'aide sociale et de prévention sanitaire depuis 1973 jusqu'en 1979 (chiffres provisoires pour 1978, estimations pour 1979), réparties selon les transferts de compétences proposés par le projet de loi. Ils ont été fournis à votre Commission par le ministère de la Santé.

---

(1) Voir annexe n° 2, p. 125. Note sur l'évolution des dépenses d'aide sociale.

TABLEAU N° 5

**EVOLUTION DES DÉPENSES CONTINGENTABLES EN VALEUR ABSOLUE (1)**

(Dépenses nettes métropole + D.O.M. non compris frais communs.)

(En millions de francs courants.)

	1973	1974	1975	1976	1977	1978 (provisoire)	1979 (estimation)
<b>I. — Bloc Etat.</b>							
a) Aide sociale à l'enfance (2) .....	2.961	3.559	4.397	5.307	6.095	6.990	8.097
b) Aides médicales aux malades mentaux et aux tuberculeux et cotisations d'assurance maladie .....	551	1.174	1.483	1.501	1.714	2.057	2.380
c) Hébergement et réadaptation (centres d'hébergement - prévention et réadaptation) .....	42	56	115	287	375	497	516
d) Handicapés (allocations et C.A.T.) .....	1.007	1.282	1.561	1.907	2.038	2.477	3.089
e) Sans domicile de secours (sans les réfugiés inclus au c) .....	264	316	436	526	596	674	791
f) Santé publique (hygiène mentale, toxicomanie, hygiène publique...) .....	280	397	525	690	822	977	1.128
<b>Total bloc Etat .....</b>	<b>5.105</b>	<b>6.784</b>	<b>8.517</b>	<b>10.218</b>	<b>11.640</b>	<b>13.672</b>	<b>16.001</b>
<b>II. — Bloc collectivités locales.</b>							
a) Aide sociale aux personnes âgées .....	1.281	1.498	1.882	2.300	2.682	3.034	3.422
b) Aide médicale sauf cotisations .....	1.355	1.516	1.783	2.295	2.386	2.598	2.978
c) Handicapés (hébergement - éducation spéciale et aides ménagères) .....	754	801	1.032	1.367	1.519	1.601	1.827
d) Santé publique (P.M.I., tuberculose - cancer) ....	606	738	802	1.045	839	929	1.029
e) Service social départemental (3) .....	50	58	67	77	496	581	673
<b>Total bloc collectivités locales .....</b>	<b>4.046</b>	<b>4.611</b>	<b>5.646</b>	<b>7.084</b>	<b>7.922</b>	<b>8.744</b>	<b>9.929</b>
<b>Total général I + II .....</b>	<b>9.151</b>	<b>11.395</b>	<b>14.163</b>	<b>17.302</b>	<b>19.562</b>	<b>22.416</b>	<b>25.930</b>

(1) Non compris la santé scolaire (évaluée à 250 millions en 1977, non compris les dépenses exposées directement par les 17 municipalités gestionnaires).

(2) Y compris l'aide sociale à la famille, non compris l'estimation de la part du service social qui était incluse dans l'A.S.E. jusqu'à 1977.

(3) Jusqu'en 1977, date à laquelle le service social a été institutionnalisé par la loi, les chiffres correspondent à l'estimation de la part du service social incluse dans l'A.S.E., soit 20 %. Les 80 % restants étaient inclus dans la P.M.I. jusqu'en 1977.

TABLEAU N° 6

I. — EVOLUTION DES DÉPENSES CONTINGENTABLES EN POURCENTAGE (1)

(Dépenses nettes métropole + D.O.M. non compris frais communs.)

(En pourcentage.)

	1974	1975	1976	1977	1978 (prévisoire)	1979 (estimation)
<i>I. — Bloc Etat.</i>						
a) Aide sociale à l'enfance .....	20,19	23,5	20,69	14,8	14,7	15,8
b) Aides médicales aux malades mentaux et aux tuberculeux et cotisations d'assurance maladie .....	113	26,3	1,2	14,2	20	15,7
c) Hébergement et réadaptation (centres d'hébergement - pré- vention et réadaptation) .....	33,3	105,3	149,5	30,6	32,5	3,82
d) Handicapés (allocations et C.A.T.) .....	27,3	21,7	22,16	6,8	21,54	24,7
e) Sans domicile de secours .....	19,7	38	20,64	13,30	13,08	17,35
f) Santé publique (hygiène mentale, toxicomanie, hygiène pu- blique...) .....	41,78	32,24	31,4	19,13	18,8	15,45
<b>Total bloc Etat .....</b>	<b>32,88</b>	<b>25,5</b>	<b>19,9</b>	<b>13,91</b>	<b>17,4</b>	<b>17,03</b>
<i>II. — Bloc collectivités locales.</i>						
a) Aide sociale aux personnes âgées .....	16,9	25,6	22,21	16,60	13,12	12,78
b) Handicapés (hébergement - éducation spéciale et aides mé- nagères) .....	11,88	17,6	28,7	3,96	8,88	14,6
d) Santé publique (P.M.I., tuberculose, cancer) .....	6,2	28,83	32,46	11,12	5,39	14,11
e) Service social départemental .....	21,78	8,67	30,29	—24,5	10,72	10,76
	16	15,51	14,92	644	17,13	15,83
<b>Total bloc collectivités locales .....</b>	<b>13,9</b>	<b>22,44</b>	<b>25,46</b>	<b>11,82</b>	<b>10,37</b>	<b>13,55</b>
<b>Total général I + II .....</b>	<b>24,5</b>	<b>24,3</b>	<b>22,16</b>	<b>13,06</b>	<b>14,58</b>	<b>15,67</b>

II. — CALCUL SUR LA BASE 100 EN 1975 (1)

	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979
I. — Bloc Etat .....	100	132,88	166,83	200,15	228,01	267,81	313,43
II. — Bloc collectivités locales .....	100	113,96	139,54	175,08	195,79	216,11	245,40
<b>Total général I + II .....</b>	<b>100</b>	<b>124,52</b>	<b>154,76</b>	<b>189,07</b>	<b>213,76</b>	<b>244,95</b>	<b>283,55</b>

(1) Tableau élaboré à partir du tableau n° 5.

Ces tableaux font apparaître une augmentation légèrement plus rapide du bloc Etat (moyenne annuelle 21 % ; 17 % en 1979) par rapport au bloc collectivités locales (moyenne annuelle 18,8 % ; 13,50 % en 1979).

• Selon les propos tenus par Mme Veil devant votre Commission, un certain nombre d'éléments paraissent de nature à entraîner une décélération des dépenses dans les domaines confiés aux *collectivités locales* :

— la loi d'orientation en faveur des handicapés a pris son plein effet ;

— l'effort d'équipement pour les personnes âgées devrait se ralentir ;

— la progression des minimum vieillesse et l'accroissement de la prise en charge par la sécurité sociale des soins aux personnes âgées devraient contribuer à réduire les coûts de l'aide aux personnes âgées ;

— la généralisation de la sécurité sociale et les efforts entrepris pour maîtriser les coûts de la santé devraient alléger les coûts de l'aide médicale générale laissée aux collectivités locales.

Ces considérations sont sans aucun doute fondées. Mais il faut tenir compte également de facteurs qui continueront de contribuer à la hausse des dépenses : la sophistication croissante des établissements et la hausse inévitable des rémunérations des personnels qui y travaillent. Rappelons en effet que les deux tiers des dépenses d'aide sociale couvrent des prix de journée d'établissements. Plus précisément, l'hébergement des vieillards invalides, autrement dit le quatrième âge, devrait coûter de plus en plus cher aux collectivités publiques.

• Dans son bloc de compétences, l'*Etat* prend en charge des dépenses qui ont été jusqu'à présent en rapide évolution : l'aide sociale à l'enfance et la sectorisation psychiatrique. De plus, la charge des cotisations d'assurance maladie pour l'aide sociale devrait s'accroître avec la généralisation de la sécurité sociale.

Mais il faut tenir compte, pour l'avenir, de l'intervention probable de la sécurité sociale dans la sectorisation psychiatrique, qui devrait alléger les finances du budget de l'Etat. En outre, l'aide sociale à l'enfance, moyennant une précocité plus grande des interventions, pourra peut-être devenir un secteur relativement plus économique. Il faut cependant être circonspect en la matière, car si le nombre d'enfants assistés diminue, resteront toujours à l'aide sociale les cas les plus lourds qui sont aussi les plus coûteux.

• Toutes ces évolutions sont impossibles à chiffrer avec précision. Mais le seul fait de savoir qu'elles auront lieu tôt ou tard éclaire

d'un jour nouveau tout le mécanisme de compensation proposé par le projet de loi : **les transferts de compétence ne sont financièrement neutres qu'en apparence.**

• Dans trois hypothèses, les départements risquent de se trouver pénalisés par la réforme.

*1° Les départements dont la dotation globale de fonctionnement serait augmentée au titre de la compensation financière.*

Ce sont la grande majorité des départements, comme nous l'avons vu précédemment. Ils devront faire un effort supplémentaire par rapport à leurs charges actuelles, au cas fort probable où la hausse des dépenses sociales qu'ils devront supporter s'avérerait supérieure à celle du produit de la taxe sur la valeur ajoutée (environ 13 %).

*2° Les départements relativement moins bien équipés en services et équipements sociaux.*

La compensation leur garantissant, sans plus, un niveau de ressources leur permettant de faire face à leurs charges actuelles, ils se trouveront en difficulté pour rattraper leur retard.

Dans le même ordre d'idée, les départements n'ont pas intérêt à prendre en charge des secteurs notoirement insuffisamment développés sans être assurés de disposer de ressources supplémentaires. Tel est le cas de la santé scolaire.

*3° Les départements défavorisés par le barème de répartition des dépenses entre Etat et collectivités locales, parce que leur richesse a été surévaluée en 1955, ou parce qu'ils se sont relativement appauvris depuis cette époque.*

En effet, comme nous l'avons maintes fois souligné au cours de ce rapport, la réforme fige la situation sur les bases de ce barème.

• Ces considérations ont amené votre Commission à proposer de transférer à l'Etat les dépenses d'hébergement des personnes âgées invalides, qui risquent d'augmenter rapidement, et de lui laisser la responsabilité de la santé scolaire.

Elles l'ont également conduite à subordonner la mise en œuvre de la compensation financière à la révision du barème de 1955, en fonction de critères permettant de mesurer la richesse et les besoins des différents départements. La correction du barème ne jouerait qu'en faveur des départements qu'elle avantage.



Ces quelques observations sur les incidences financières de la réforme, trop brèves et trop générales, ne sont hélas ! que le reflet de l'incertitude des prévisions.

Qu'il soit permis, pour conclure, d'inciter à la plus grande prudence tous ceux qui chercheront à tirer parti des différentes simulations effectuées par les soins de l'administration. Etant donné l'état des statistiques et les réformes en cours ou prévues — généralisation de l'assurance maladie, tarification hospitalière, loi d'orientation en faveur des handicapés, prise en charge éventuelle de la sectorisation psychiatrique par l'assurance maladie — aucun des chiffres avancés n'a de valeur certaine.

Ainsi, nous donnerons un exemple pour illustrer ces propos.

Le résultat des transferts de compétence dans le domaine sanitaire et social se traduirait par un surcroît de dépenses pour l'Etat évalué à quelque 400 millions. Nous avons introduit dans la deuxième partie du présent rapport le tableau qui permet d'aboutir à ce solde (tableau n° 4, p. 45).

Or, il faut avoir à l'esprit que l'administration a effectué ces calculs moyennant un certain nombre d'hypothèses sur les conséquences à attendre de la législation en cours. Ces hypothèses, sans doute fondées, ne seront cependant vérifiées qu'à l'épreuve du temps. En outre, ces calculs ne concernent que la métropole, hors départements d'outre-mer. Votre Commission demandera au Gouvernement à quel résultat on parvient en incluant les départements d'outre-mer dans le calcul.

## QUATRIÈME PARTIE

---

### EXAMEN DES ARTICLES

Seront seuls analysés, comme de coutume dans un rapport pour avis, les articles sur lesquels votre Commission a des observations particulières à formuler ou des amendements à présenter. On trouvera notamment l'ensemble du chapitre III du titre II (répartition des compétences en matière sanitaire et sociale). La rédaction des amendements tient compte des propositions de la commission des Lois dont votre Commission a eu connaissance.

#### TITRE I

##### CHAPITRE IV

*(L'allégement des procédures administratives  
et des prescriptions techniques.)*

**Articles 42 à 47  
et article additionnel après l'article 47.**

Ces articles du projet de loi forment le corps principal du chapitre IV du titre I, chapitre relatif à l'allégement des procédures administratives et des prescriptions techniques imposées aux collectivités locales.

Il s'agit, autrement dit, des normes dont votre Commission a, à plusieurs reprises, souligné les inconvénients : frein aux initiatives locales, retard dans la construction des équipements, frais de fonctionnement trop élevés.

En substance, le projet de loi pose le principe selon lequel aucune norme ne pourra être imposée aux collectivités locales si ce n'est pas voie législative.

L'article 42 concerne les travaux communaux, donc les équipements entrepris sous la responsabilité des communes et de leurs groupements.

L'article 43 a trait aux normes de fonctionnement et concerne également les communes et leurs groupements. Sont ainsi, par exemple, visés les services communaux tels que les crèches dans le secteur sanitaire et social.

L'article 44 vise le département et ses services, pour les normes de fonctionnement.

L'article 45 soumet désormais à l'avis du Conseil national des services publics, départementaux et communaux, tous les textes réglementaires qui imposent des prescriptions particulières aux collectivités locales dans les domaines définis par la loi, au titre des articles précédents.

L'article 46 charge un comité spécial de recenser l'ensemble des procédures et prescriptions techniques qui s'imposent aux collectivités et de proposer toute mesure d'allégement, de simplification ou d'unité.

Enfin l'article 47 prévoit l'élaboration d'un code des prescriptions techniques propre aux travaux et services départementaux, qui devra être validé par la loi.

Ces différentes dispositions ont pour effet de suspendre le caractère obligatoire des normes jusqu'alors opposables aux collectivités locales. Il faudra, en tout état de cause, que la loi maintienne des normes de sécurité minimales.

Votre Commission approuve l'esprit de ces dispositions tout en regrettant qu'elles ne s'appliquent à proprement parler qu'aux collectivités elles-mêmes et à leurs services.

L'amendement proposé a pour objet d'en étendre l'application aux établissements publics communaux et départementaux, ainsi qu'aux établissements privés ayant passé convention avec les collectivités locales et subventionnés par elles.

Il faut cependant laisser de côté les établissements hospitaliers publics et privés pour lesquels, de toute évidence, des normes particulières de fonctionnement comme d'équipement doivent être imposées par l'Etat ou peuvent l'être par les organismes de sécurité sociale qui sont les financeurs principaux.

Notre amendement laisse en suspens le cas d'autres établissements dans lesquels la sécurité sociale intervient au premier chef, tels les établissements qui accueillent des mineurs handicapés, et les sections de cure médicale, de maisons de retraite.

Le législateur pourra intervenir afin d'y maintenir des normes obligatoires.

Resteront toujours en dehors du champ d'application de ces articles les établissements publics et privés qui, du fait du titre II relatif à la répartition des compétences en matière sanitaire et sociale, relèveront non des collectivités locales, mais de l'Etat.

Il en est ainsi pour les établissements du secteur de l'aide sociale à l'enfance.

Il est vraisemblable, le besoin d'un allègement des prescriptions étant également ressenti dans les établissements et services de l'Etat, que par « contagion » les dispositions que le Parlement vote pour les collectivités locales y porteront effet.

## TITRE II

### CHAPITRE III

*(Action sociale et santé.)*

Dans le titre II, votre Commission est concernée en premier lieu par le chapitre III relatif à la répartition des compétences entre l'Etat et les collectivités locales en matière d'action sanitaire et sociale.

Ce chapitre III est composé de 19 articles (art. 61 à 79) et divisé, après un article introductif, en deux sections traitant l'une de l'action sociale, l'autre de la santé.

Indiquons d'emblée que nous proposerons la création d'une section supplémentaire incluant des dispositions communes à l'action sociale et à la santé, reprises pour partie des sections I et II relevant du projet de loi.

#### Article 61.

Cet article pose le principe de la suppression des financements croisés, pour les catégories de dépenses visées aux articles 189 et 190 actuels du Code de la famille et de l'aide sociale, qui traitent aussi bien de l'aide sociale que de la prévention et de l'action sanitaire.

Il pose également le principe de la répartition de ces dépenses en deux blocs de compétences.

Pour la clarté du texte, il faudrait y viser également la santé scolaire, dont les dépenses ne sont pas contingentées puisqu'il s'agit d'un service d'Etat.

Votre Commission n'a pas proposé d'amendement dans ce sens, car elle préconise par ailleurs d'exclure la santé scolaire du champ d'application du projet de loi.

Section I. — *Action sociale.*

**Article 62.**

Cet article définit les contours du bloc de compétences de l'Etat en matière d'aide sociale. Il n'est pas utile d'insister sur le contenu de ce bloc de compétences auquel de larges développements ont déjà été consacrés au cours de l'examen général du présent texte.

Votre Commission propose sur cet article deux amendements.

• **Premier amendement :**

Il a pour objet de régler le problème de la prise en charge de l'hébergement des personnes âgées dans les établissements de long séjour.

Nous ne souhaitons pas que cette charge soit imputée aux collectivités locales comme le prévoit le texte.

La charge du quatrième âge a toute chance de s'alourdir au cours des prochaines années, et de peser fortement sur le budget des départements si ces derniers en sont financièrement responsables.

Indépendamment même des motifs financiers qui ne seraient pas suffisants pour justifier notre position, votre Commission constate que l'hébergement des personnes âgées ne constitue pas un domaine dans lequel les collectivités locales auraient une marge de manœuvre suffisante permettant une politique propre.

Face à un vieillard grabataire, la possibilité de choix entre l'aide à domicile et l'hébergement n'existe pas. Le placement dans un établissement est la seule solution, avec deux possibilités : soit le long séjour sanitaire, soit la section de cure médicale dans une maison de retraite.

Le long séjour sanitaire (30.000 lits environ en 1979) va se développer avec la transformation progressive des hospices qui doit être achevée en 1985. On sait qu'il n'existe pas encore de carte sanitaire particulière pour le long séjour. Il n'en demeure pas moins qu'il s'agit bien là du secteur hospitalier, dans lequel les possibilités d'initiative des collectivités locales sont on ne peut plus limitées, aussi bien pour la maîtrise de l'équipement que pour celle des coûts de fonctionnement. Or, les prix de journée y atteignent des taux de l'ordre de 200 à 250 F. Sur cette somme, une partie est prise en charge par le sécurité sociale au titre du forfait soins institué par la loi du 4 janvier 1978, fixé actuellement à 83 F par jour par convention avec les organismes de sécurité sociale. Ceci laisse à la charge de la personne hébergée, de sa famille ou de l'aide sociale,

des dépenses de l'ordre de 120 à 170 F par jour, qui couvrent l'hébergement à proprement parler et les frais de maternage.

Ce sont là des dépenses coûteuses qui vont s'accroître au fur et à mesure de l'humanisation des hospices et du développement de la gérontopsychiatrie. Elles grèveraient donc lourdement les budgets locaux.

Pour cet ensemble de raisons, nous demandons que l'hébergement des personnes âgées dans les établissements de long séjour soit pris en charge par l'Etat.

On nous répondra que l'Etat n'est pas lui-même maître de la dépense ; mais c'est cependant lui qui contrôle les capacités d'hébergement, donc l'équipement.

On nous répondra également que la formule proposée a pour inconvénient de tailler une brèche importante dans le bloc des compétences aide aux personnes âgées, dont nous ne contestons pas, sous cette réserve, l'imputation aux collectivités locales.

Il y aurait un risque de freiner les initiatives locales pour la création de sections de cure médicale au sein des maisons de retraite.

Ces arguments ne sont pas sans valeur. Il faut voir cependant que, dans les textes qui nous sont proposés, le Gouvernement lui-même a cru pouvoir diviser entre Etat et collectivités locales la responsabilité d'autres domaines d'intervention. Tel est le cas pour l'aide médicale, tel est le cas également pour l'aide aux handicapés.

Dans ces deux secteurs, l'Etat prend en charge les cas lourds — aide médicale aux malades mentaux et aux tuberculeux, hébergement des adultes handicapés dans les établissements appropriés — dans la mesure où la sécurité sociale n'interviendrait pas.

Il serait possible de chercher d'autres solutions que l'imputation pure et simple au budget de l'Etat des frais d'hébergement des personnes âgées invalides. Ainsi, pourrait-on élargir l'intervention de l'assurance maladie dans le financement, en mettant à sa charge les frais de maternage.

Votre Rapporteur a tenté d'exploiter cette hypothèse qui aurait pour effet de laisser à la charge de l'aide sociale un montant réduit de frais d'hébergement, supportable cette fois par les collectivités locales, et de maintenir l'unité du bloc de compétences aide sociale aux personnes âgées.

Il nous a paru cependant que le présent projet de loi n'offrirait pas de cadre approprié pour une réforme de ce type qui ne pourrait trouver sa place que dans une réforme plus large des modes de tarification des établissements hospitaliers avec pour corollaire une réorganisation des règles en matière de ticket modérateur.

Il faut préciser pour conclure que la modification proposée par notre premier amendement ne représente pas une charge supplémentaire pour l'Etat, étant donné la mise en jeu de la compensation prévue par l'article 88 du projet de loi.

● **Deuxième amendement :**

Le deuxième amendement a pour objet de préciser que l'Etat continuera d'assumer, comme auparavant, les frais d'aide sociale pour les bénéficiaires qui ne relèvent pas d'un département particulier, c'est-à-dire les réfugiés et les sans-domicile fixe.

**Article 63.**

L'article 63 définit les domaines relevant de la compétence des collectivités locales en matière d'aide sociale.

Deux amendements sont proposés :

● **Premier amendement :**

Il est le corollaire de l'amendement présenté à l'article précédent sur le problème de la prise en charge des frais de soins et d'hébergement des personnes âgées invalides.

Il n'est pas utile d'insister plus longuement sur sa portée.

● **Deuxième amendement :**

Par cet amendement, nous proposons de supprimer le dernier alinéa de cet article pour en reporter le contenu dans la section III relative aux dispositions communes à l'action sociale et à la santé.

**Article 64.**

Cet article a pour objet de préciser que les collectivités locales, départements ou communes, restent libres d'organiser l'aide sociale facultative qui leur agréé, même dans les domaines relevant de la compétence de l'Etat.

Il n'appelle pas de commentaire particulier.

**Article 65.**

Cet article a pour principal objet de définir, dans leurs grandes lignes, les pouvoirs du conseil général en matière d'organisation des services pour le domaine de compétences des collectivités locales, et en matière de répartition des dépenses entre les départements et les communes.

Nous nous proposons de le **supprimer** pour en reprendre le contenu, moyennant un certain nombre de modifications, dans le cadre de la nouvelle section III.

### **Article 66.**

Cet article abroge les articles 191 et 195 du Code de la famille vidés de leur contenu par le projet de loi.

Dans la mesure où, dans la section commune annoncée, nous serons amenés à réutiliser ces numérotations d'articles, la rédaction de l'article 66 ne convient plus.

Il paraît, en revanche, opportun de supprimer l'article 192 du Code de la famille et de l'aide sociale. Tel qu'il est rédigé, cet article précise que seuls les frais d'aide sociale pour les assistés ayant un domicile de secours départemental sont pris en charge par les départements et les communes, ainsi qu'un certain nombre de frais communs relatifs à la mise en jeu des procédures d'aide sociale (frais d'enquêtes, frais de contrôle, frais de secrétariat des commissions d'admission).

Ces dispositions cadrent mal avec le reste du texte puisque les dépenses visées sont mises, par ce premier alinéa, à la charge de l'Etat, des départements et des communes. Or, l'Etat n'aura plus de raison d'interférer dans la prise en charge des assistés pourvus d'un domicile de secours, pour les formes d'aides entrant dans la compétence des collectivités locales.

Indépendamment de ce léger problème de coordination, l'article 192 devient inutile, compte tenu de deux amendements proposés par ailleurs. L'un, que nous avons déjà vu, précise clairement que les sans-domicile fixe sont pris en charge par l'Etat, l'autre, que nous examinerons ultérieurement (art. 191), résout le problème de la répartition des frais de procédure entre les collectivités concernées.

L'**amendement** proposé pour cet article a donc pour objet de supprimer l'article 192 du Code de la famille et de l'aide sociale.

### **Premier article additionnel après l'article 66.**

Il est proposé par votre Commission, un **amendement** tendant à introduire un article additionnel à la fin de la section I relative à l'action sociale, pour coordonner avec le projet de loi le texte de l'article 28 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, qui traite du service social départemental polyvalent. Ledit service entrerait dans les compétences des collectivités locales en vertu du nouvel article 188 du Code de la famille et de l'aide sociale.



Il convient de supprimer le deuxième et le dernier alinéa de l'article 28 de la loi sus-visée, dans la mesure où ils deviennent soit inutiles soit contraires au projet de loi.

Le deuxième alinéa indique que les dépenses afférentes au service social départemental sont imputées au budget du département. Il devient inutile si le Sénat adopte les dispositions qui seront proposées par votre Commission en vue de la création d'un budget annexe au budget départemental regroupant l'ensemble des dépenses d'aide sociale et de prévention sanitaire (voir article 195 du Code de la famille et de l'aide sociale ci-après).

Le dernier alinéa impute les dépenses du service social départemental au groupe I des dépenses d'aide sociale. Ses dispositions deviennent manifestement caduques.

### **Deuxième article additionnel après l'article 66.**

L'amendement proposé a pour but de prévoir dans le Code de la famille et de l'aide sociale des dispositions permettant, malgré la répartition des compétences, une coordination convenable de l'action des différents services sociaux dans le département : service social départemental polyvalent, assistants de service social spécialisés de l'aide sociale à l'enfance, de la P.M.I., de la santé scolaire, assistants de service social employés par les caisses de sécurité sociale, par les associations, par les entreprises, cette énumération n'étant pas limitative.

La coordination serait assurée par un comité départemental *ad hoc*.

Un comité de ce type a déjà été institué par voie réglementaire (décret du 7 janvier 1959). Il s'agit de lui donner une assise légale, ce qui permettra d'en faire une structure plus opérationnelle.

## **Section II. — Santé.**

### **Article 67.**

Cet article modifie les articles L. 49 et L. 50 du Code de la santé publique.

L'Etat serait responsable du contrôle administratif et technique de l'application des règles d'hygiène prévue par le titre I du Code de la santé, sous deux exceptions.

Resteraient comme auparavant de la compétence des collectivités locales les services départementaux de vaccination, les services municipaux de désinfection et les bureaux municipaux d'hygiène.

Le titre I (Mesures sanitaires générales) du Livre I (Protection générale de la santé publique) du Code de la santé traite :

- du règlement sanitaire départemental ;
- de la lutte contre les épidémies (vaccination, désinfection) ;
- de la qualité des eaux potables ;
- de la salubrité des immeubles ;
- de la salubrité des agglomérations (égouts, îlots insalubres) ;
- des radiations ionisantes.

Les bureaux municipaux d'hygiène font l'objet des articles L. 772 à L. 775 du Code de la santé. Ils sont implantés dans les villes de 20.000 habitants au moins, dans les stations de cure pour tuberculeux et de cure thermale.

Ces services municipaux sont chargés de la protection générale de la santé dans les communes. Les services de désinfection sont obligatoires dans les villes de 20.000 habitants au moins.

Le service départemental de vaccination est organisé selon les dispositions prévues par un décret n° 52-247 du 28 février 1952.

Votre Commission présente sur cet article un **amendement** de coordination avec les dispositions qu'elle a adoptées par ailleurs pour les articles 188, 190, 191 et 195 du Code de la famille et de l'aide sociale (section commune).

### **Article 68.**

Cet article traite de la protection maternelle et infantile (Code de la sécurité sociale, Livre II : protection sanitaire de la famille et de l'enfance, titre I).

Ce domaine est confié aux collectivités locales au titre de service de voisinage.

Le service de protection maternelle et infantile assure la surveillance sanitaire et sociale des enfants de zéro à six ans, et des mères. Elle intervient au travers de structures particulières (dispensaires, centres de soins, consultations) et dispose de personnels — puéricultrices et assistantes sociales — qui font des visites à domicile.

Les consultations de lutte contre la stérilité et les centres de planification et d'éducation familiale relèvent notamment de la P.M.I.

Le texte proposé pour l'article 184 du Code de la Santé, explicite, attribue aux collectivités locales les centres, les consultations et les activités à domicile, ainsi que la formation des assistantes maternelles prévue par la loi qui a instauré le statut de ces personnels.

Les collectivités locales semblent effectivement relativement adaptées pour assumer ces responsabilités, prenant elles-mêmes souvent des initiatives spontanées pour l'organisation de la garde des jeunes enfants (crèches familiales et crèches traditionnelles).

En ce qui concerne la formation des assistantes maternelles, seraient concernées aussi bien celles qui exercent en privé ou dans les crèches familiales que celles qui travaillent pour le compte de l'aide sociale à l'enfance. Cette assimilation peut, à la rigueur, se justifier dans la mesure où les actions de formation étant encore embryonnaires, il paraît inutile de mettre sur pied deux services distincts. Mais il faut se rappeler que l'aide sociale à l'enfance relève du domaine de l'Etat, et avoir conscience que les besoins de formation des gardiennes de l'A.S.E. sont très différents de ceux des assistantes maternelles qui s'occupent d'enfants à la journée.

Il faudrait donc, sans doute, pour l'avenir, songer à séparer les deux types de formation.

Ce point de détail manifeste les inconvénients qui résultent d'une répartition du bloc enfance (aide sociale à l'enfance, P.M.I., santé scolaire) entre l'Etat et les collectivités locales.

En dehors des interventions confiées aux collectivités locales par l'article L. 184 que nous venons d'examiner, l'Etat resterait chargé du contrôle de la protection maternelle et infantile et notamment du contrôle des maternités, des établissements dans lesquels sont pratiquées les interruptions volontaires de grossesse et des établissements recevant des mineurs.

Ce contrôle est exercé par les médecins inspecteurs de la santé, soit systématiquement, soit sur demande.

Telle est la portée du texte proposé pour l'article L. 185 du Code de la santé.

Votre Commission propose sur l'article 68 un amendement de coordination (cf. art. 67).

#### **Article 69.**

Il s'agit, dans cet article, de mettre à la charge de l'Etat la prime de maternité attribuée dans les départements d'outre-mer aux femmes enceintes et aux jeunes mères qui souscrivent aux examens pré ou postnataux obligatoires.

Cette prime instituée par la loi n° 77-1411 du 23 décembre 1977, est un substitut des allocations pré et postnatales qui ne sont pas servies dans ces départements.

Ces dispositions font l'objet d'une rédaction nouvelle de l'article L. 190-1 du Code de la santé.

Votre Commission n'a pas adopté d'amendement sur cet article.

### Article 70.

Il s'agit, dans cet article, de la santé scolaire.

Le service de santé scolaire est un service d'Etat qui dépend du ministère de la Santé depuis 1964. Il était auparavant rattaché au ministère de l'Education.

Les collectivités locales ne participent donc actuellement en aucune manière à son financement, sauf dans les 17 villes dont Paris qui gèrent directement le service.

Rappelons que la santé scolaire couvre toute la scolarité depuis le cours préparatoire jusqu'aux classes terminales du secondaire. Elle couvre même la dernière classe de maternelle, pour faire le lien avec la P.M.I. dès que les jeunes enfants ont atteint l'âge de sept ans.

Le service dispose de deux catégories de personnels distinctes, des médecins et des assistantes sociales. On sait que le sort de la santé scolaire est incertain. C'est un service de prévention sur l'utilité de laquelle l'administration s'interroge, étant donné l'accroissement général de la couverture médicale de la population par les voies de la médecine de ville traditionnelle.

Il est quelque peu regrettable qu'à l'heure même où les orientations du service restent encore indéfinies, le Gouvernement souhaite en confier la responsabilité aux collectivités locales.

Votre Rapporteur s'est interrogé sur l'opportunité de ce transfert.

Il semble que la médecine scolaire conserve un intérêt certain pour la détection des handicaps sensoriels au début de la scolarité dans le primaire. Les examens systématiques effectués en cours préparatoire permettent souvent de détecter de légères déficiences visuelles ou auditives que ni les parents ni le médecin de famille n'avaient perçues. Le dépistage des caries et l'apprentissage de l'hygiène bucco-dentaire sont également l'un des aspects intéressants de la médecine scolaire. Enfin, il faut souligner son rôle pour le développement de l'éducation sanitaire en général à l'école.

Les assistantes sociales du service scolaire sont, étant donné leur nombre trop faible, appelées plutôt à travailler dans les établissements du secondaire, étant considéré que, d'une manière générale, le service social polyvalent reste en mesure de prendre en charge les enfants du primaire plus intégrés au milieu familial.

Les problèmes sociaux plus que médicaux qui se posent dans le secondaire sont ceux de l'adaptation à un milieu beaucoup moins sécurisant pour l'enfant que l'école primaire, à un âge où il tente de plus en plus précocement à se détacher de sa famille ou à entrer en conflit avec elle.

Le rôle de l'assistante, si elle est de bonne qualité humaine, reste donc primordial à ce niveau, mais elle a alors à s'occuper plutôt de la prévention de la violence, de la délinquance juvénile, de la toxicomanie et de l'alcoolisme malheureusement en recrudescence chez les jeunes.

Ce type d'intervention nous paraît davantage se rapprocher des actions que, d'une manière générale, le projet de loi confère à l'Etat : toxicomanie, alcoolisme, intervention de l'aide sociale à l'enfance auprès des préadolescents et des adolescents, ou de ceux qui reviennent traditionnellement au ministère de la Justice dans le cadre de la protection des mineurs et de la prévention de la délinquance.

Ne serait-il pas, dès lors, souhaitable de laisser aux collectivités locales la responsabilité de la médecine scolaire dans le primaire qui constitue un prolongement de la protection maternelle et infantile, mais d'inclure dans les compétences de l'Etat ces interventions au niveau des établissements du secondaire ?

Cette répartition correspondrait d'ailleurs à celle des établissements eux-mêmes. Mais une réforme de cette nature ne peut être traitée dans le cadre du présent projet de loi.

Votre Commission propose, plus simplement, de mettre la santé scolaire à l'écart du projet de loi, autrement dit d'en laisser la responsabilité à l'Etat. Certes, l'expérience prouve qu'il n'exerce pas convenablement cette responsabilité. Il est permis de penser que les collectivités locales tireraient un meilleur parti du service, ce qui semble être le cas dans les municipalités qui, actuellement, l'ont pris facultativement en charge. Toutefois, ce n'est pas certain, et on peut considérer que la santé scolaire est une tâche nationale.

En tout état de cause, votre Commission estime qu'il ne convient pas de confier aux collectivités locales une mission aux orientations mal définies sur le plan national, et aux moyens notoirement insuffisants.

Elle a donc adopté un *amendement* tendant à la *suppression* de l'article 70.

### **Article 71.**

Cet article met à la charge des collectivités locales la lutte contre la tuberculose (Code de la sécurité sociale, titre IV du Livre III relatif à la lutte contre les fléaux sociaux). Il s'agit, comme le nouvel article L. 247 le précise expressément, des dispensaires antituberculeux et des services de vaccination par le B.C.G.

Cette disposition ne soulève pas d'objection particulière de la part de votre Commission. Elle constate cependant que, par ailleurs, le projet de loi a confié l'aide médicale aux tuberculeux, à l'Etat, mais il est vrai qu'il s'agit de modes d'intervention tout à fait différents.

Il n'est pas exclu pour l'avenir que la sécurité sociale puisse intervenir dans le financement des dispensaires antituberculeux, dans le cadre d'une nouvelle définition des actions de prévention qu'elle accepterait de prendre en charge.

L'amendement proposé est un amendement de coordination (cf. art. 67).

### **Article 72.**

Il s'agit de mettre à la charge des collectivités locales les dispensaires antivénéériens (la lutte contre les maladies vénériennes fait l'objet du titre II du Livre III du Code de la santé).

Cette imputation n'appelle pas de commentaire particulier.

Votre Commission propose un amendement de coordination (cf. art. 67).

### **Article 73.**

La mise en œuvre de la lutte contre les maladies mentales, en dehors des établissements psychiatriques financés par l'assurance maladie à 100 %, est confiée à l'Etat. Il s'agit des dépenses exposées dans le cadre de la sectorisation psychiatrique pour le dépistage des maladies mentales et la postcure.

C'est une lourde charge qui augmente avec le développement des formes de traitement en milieu ouvert, parallèle à la réduction de la durée de séjour à l'hôpital. Le service est assuré par des médecins psychiatres hospitaliers, avec le concours de psychiatres privés à la vacation. Des infirmiers et des assistantes sociales y collaborent, à temps plein ou à temps partiel. L'ensemble repose sur un système souple de conventions.

Les dépenses sont constituées essentiellement des rémunérations de ces personnels. Les régimes de sécurité sociale considérant qu'il

s'agit d'activité de prévention, refusent jusqu'à présent de contribuer à leur prise en charge financière. Il est probable que cette situation évoluera dans un avenir plus ou moins proche. Comme nous l'avons déjà signalé, des négociations sont en cours avec le ministère de la Santé, pour trouver les modalités juridiques particulières d'un financement des dépenses de sectorisation par l'assurance maladie, ne s'agissant ni de prix de journée ni d'actes médicaux ou paramédicaux.

Il faudra surmonter les réticences de principe de la sécurité sociale. En outre, les régimes sont peu désireux de continuer par ailleurs à subventionner les capacités excédentaires des hôpitaux psychiatriques. L'élimination progressive des surcapacités, difficile mais nécessaire, faciliterait sans aucun doute un transfert total ou partiel sur l'assurance maladie des dépenses imputées à l'Etat par le présent article.

#### **Article 74.**

Aux termes de cet article, l'Etat prendrait en charge l'hospitalisation des alcooliques dangereux (titre V du Livre III) qui ne sont pas assurés sociaux. Les dépenses ne sont pas élevées. Ces dispositions sont cohérentes avec l'article précédent et avec le financement par l'Etat de l'aide médicale aux malades mentaux prévue par ailleurs (hospitalisation des malades sans couverture sociale).

#### **Article 75.**

Cet article confère à l'Etat la responsabilité des aspects sanitaires de la lutte contre la toxicomanie (titre VI du Livre III) : surveillance sanitaire des toxicomanes, soins et hospitalisation en vue de leur désintoxication. Ces dispositions sont en droite ligne des articles précédents.

#### **Article 76.**

Cet article donne compétence aux collectivités locales pour s'occuper des actions de lutte contre le cancer, c'est-à-dire, plus précisément, des centres de consultation avancés de lutte contre le cancer qui, comme nous l'avons indiqué dans la première partie du présent rapport, ne représentent qu'un aspect marginal des moyens mis en œuvre contre cette grave maladie.

Il est psychologiquement difficile d'admettre que la lutte contre le cancer, même pour une petite partie, relève de la solidarité locale. C'est pourquoi votre Rapporteur propose d'en transférer la responsabilité à l'Etat. Tel est l'objet de l'amendement présenté.

### **Article 77.**

Les services départementaux de lutte contre la lèpre sont confiés aux départements et aux communes.

On peut s'interroger, là encore, sur les raisons qui ont motivé ce choix.

En fait, de tels services n'existent que dans les départements d'outre-mer. Sur le reste du territoire, le traitement de la lèpre s'effectue en milieu hospitalier.

Il s'agit donc de secteurs d'intervention très localisés et qui, de ce fait, relèvent bien de la compétence du département.

Votre Commission propose, là encore, un amendement de coordination (cf. art. 67).

### **Article 78.**

Cet article reprend les dispositions de l'actuel article 766 du Code de la santé qui prévoit l'institution dans chaque département d'un service de la santé publique.

La rédaction proposée recèle une ambiguïté. En effet, elle donne à penser qu'existera dans chaque département un service spécifique regroupant les compétences des collectivités locales, ce qui n'est en aucune manière souhaitable.

Nous avons insisté, au cours de ce rapport, sur la nécessité de maintenir l'unité d'un service traitant à l'échelle du département l'ensemble des compétences dévolues à l'Etat et aux collectivités locales.

Cette préoccupation sera matérialisée dans un amendement que nous proposerons ultérieurement à l'article 191 du Code de la famille et de l'aide sociale.

Il paraît donc préférable de s'en tenir, pour la rédaction de l'article 766 du Code de la santé, à un renvoi aux articles 191 et 195 du Code de la famille et de l'aide sociale (voir articles additionnels après l'article 78).

Tel est l'objet de l'amendement proposé.



Section III. — *Section commune (additionnelle).*

**Articles additionnels après l'article 78.**

En ayant ainsi terminé avec les dispositions strictement relatives à l'action sociale (section I) et à la santé (section II), votre Commission propose de reprendre dans une section III les dispositions communes aux deux domaines.

Cette section serait composée de cinq articles additionnels.

**Premier article additionnel.**

Le premier article additionnel proposé souligne le rôle du conseil général, chargé de définir les conditions dans lesquelles sont exercées les compétences reconnues aux collectivités locales en matière d'action sanitaire et d'action sociale.

Le dernier alinéa précise que le conseil général arrête les conditions générales d'attribution des formes d'aide sociale confiées aux collectivités locales.

Le conseil général devrait donc définir des barèmes indicatifs fixant le montant des aides, et les niveaux de ressources auxquels elles sont accordées, de façon à guider les décisions des commissions cantonales d'admission.

Il serait bon que ces barèmes fassent l'objet d'une publicité de manière à prévenir tout arbitraire.

Ces dispositions constitueraient l'article 190 du Code de la famille et de l'aide sociale.

**Deuxième article additionnel.**

Cet article traite de l'organisation des services. Il pose le principe du maintien d'un service commun à l'Etat et aux départements pour l'exercice de leurs compétences respectives ; il s'agit en clair de la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales ; le directeur départemental serait, selon le cas, l'exécutif de l'Etat ou celui du département.

A l'intérieur de la D.D.A.S.S., certains services seraient plus particulièrement chargés des attributions dévolues à l'Etat, d'autres des attributions des collectivités locales ; mais certains services seraient communs, notamment tous les services administratifs. En outre, le service social départemental pourrait sous-traiter pour le compte de l'Etat.

La répartition des dépenses entre Etat et départements pour le financement des sections communes de la D.D.A.S.S. devrait être fixée par voie de convention, ou, à défaut, par décret.

Ces dispositions, introduites à l'article 191 du C.F.A.S., ont pour objet de maintenir une certaine cohérence de l'action sanitaire et sociale malgré la répartition des compétences proposée par le projet de loi. Elles paraissent indispensables.

### **Troisième article additionnel.**

Cet article reprend, en les introduisant à l'article 195 du Code de la famille et de l'aide sociale, les dispositions prévues par le dernier alinéa de l'article 188 supprimé par ailleurs, dont la portée est étendue aux dépenses de santé.

Il reprend dans les mêmes conditions les dispositions de l'article 65 de la présente loi relative à la répartition des dépenses entre le département et les communes. En outre, il est posé le principe de la création d'un budget annexe au budget départemental, regroupant l'ensemble des dépenses sanitaires et sociales incombant aux collectivités locales, ainsi que les recettes correspondantes, ceci dans un souci de clarification.

Enfin, est ajouté un alinéa qui prévoit l'information du conseil général sur le fonctionnement des établissements au financement desquels le département participe.

Il s'agit donc de regrouper, dans un même article commun aux dépenses d'action sociale et aux dépenses d'action sanitaire, diverses dispositions de caractère financier.

Les dispositions proposées indiquent clairement que les dépenses sanitaires peuvent faire l'objet d'une répartition entre le département et les communes, au même titre que les dépenses d'aide sociale, sous réserve de la possibilité pour les communes de demander à exercer directement les compétences dévolues au département, prévue par l'article 89 du projet de loi.

### **Quatrième article additionnel.**

Cet amendement a pour objet de permettre l'information du conseil général sur le montant des dépenses exposées par l'Etat dans les domaines d'intervention qui lui sont alloués.

Il tend à contraindre l'administration à élaborer chaque année un état prévisionnel de l'action sanitaire et sociale dans le département. La tâche, certes, est difficile, mais sans doute utile, aussi bien pour l'information des élus locaux que pour les administrations elles-mêmes.

### **Cinquième article additionnel.**

Cet amendement a pour objet d'indiquer d'ores et déjà la nature des problèmes qui devront être réglés dans le cadre du projet de loi complémentaire. Sa portée se justifie par son texte même. On trouvera toutes précisions dans la troisième partie de l'exposé général du présent rapport.

### **Article 79.**

Il est hors de question que les dispositions prévues en matière de transferts sanitaires et sociaux puissent entrer en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 1980, ce qui signifierait que le Parlement ait achevé l'examen du présent texte et de la loi complémentaire, et que les décrets d'application soient alors parus. Il paraît beaucoup plus sage de reporter au 1<sup>er</sup> janvier 1981 l'entrée en vigueur de la présente loi. Tel est l'objet de l'amendement présenté sur cet article.

## **TITRE II**

### **CHAPITRE VI**

*(Compensation financière des transferts de compétences.)*

### **Article additionnel avant l'article 88.**

Cet amendement traite de la révision du barème de 1955 qui détermine la participation respective de l'Etat et des collectivités locales dans les financements croisés.

*Votre Commission propose de subordonner à la révision de ce barème la mise en jeu des mécanismes de compensation prévus par l'article 88 du projet de loi. Il convient en effet, pour que la compensation soit équitable, qu'il soit tenu compte des capacités contributives et des besoins des différents départements constatés aujourd'hui et non il y a près de vingt-cinq ans.*

*Toutefois, il n'est pas question pour votre Commission que cette révision puisse avoir pour effet d'augmenter la charge de quelque département que ce soit. Les corrections ne seraient donc appliquées que pour augmenter la participation de l'Etat dans les départements pénalisés par le barème de 1955.*

Ces principes étant posés, votre Commission s'est longuement interrogée sur les critères à retenir pour procéder à la révision du barème. Il appartient en effet au législateur de choisir ces critères.

La tâche n'est pas aisée. En l'état actuel de ses réflexions, votre Commission propose de prendre en compte :

- pour mesurer la richesse relative des différents départements : le potentiel fiscal par habitant ;
- pour mesurer les besoins de chaque département : la dépense sociale par habitant.

Le potentiel fiscal, notion nouvelle élaborée à l'occasion de la récente discussion par le Parlement de la loi instituant la dotation globale de fonctionnement, paraît un indicateur adéquat de la capacité contributive des départements.

Rappelons que le potentiel fiscal par habitant est calculé en multipliant la base de chacun des quatre impôts locaux par le taux moyen d'imposition national.

La dépense sociale par habitant, en revanche, est un indicateur plus discutable.

Un montant élevé, en effet, peut a priori, signifier que les besoins du département sont importants. Mais il peut également traduire tout simplement que les coûts de l'aide sociale y sont lourds parce que le département est bien équipé, le terrain et les loyers y sont chers, les salaires y sont supérieurs à la moyenne.

Votre Commission entend donc mettre à profit le temps disponible jusqu'à la discussion en séance publique du titre II du projet de loi pour tenter d'affiner son analyse et proposer éventuellement un autre indicateur de besoin.

Pour éclairer le débat et à titre indicatif, on trouvera ci-après, la simulation d'une révision du barème de 1955 à partir du potentiel fiscal par habitant comme seul critère. Ce document a été élaboré par l'administration. Les calculs opérés aboutissent à un solde neutre pour le budget de l'Etat. Autrement dit, certains départements paieraient pour d'autres, hypothèse, rappelons-le, considérée comme inacceptable par votre Commission. A supposer que les corrections ne soient apportées au barème que lorsqu'elles sont favorables aux départements, la charge supplémentaire ainsi imputée au budget de l'Etat serait de l'ordre de 400 millions (voir tableau n° 7, page suivante).

On trouvera également, à toutes fins utiles, en annexe au présent rapport, un tableau élaboré par les services de la Commission, qui donne, pour chaque département, un certain nombre de renseignements permettant d'effectuer des comparaisons (voir annexe n° 7, p. 138).

TABLEAU N° 7

**CORRECTION DES BARÈMES D'AIDE SOCIALE  
SUR LA BASE DU POTENTIEL FISCAL PAR HABITANT**

(Hypothèse de neutralité financière pour le budget de l'Etat.)

Départements (métropole)	Participation de l'Etat (tous groupes de dépenses confondus)		
	Taux constaté en 1977	Taux corrigé	Variation en millions de francs
01 - Ain .....	63,9	57,5	— 5,9
02 - Aisne .....	64,0	59,1	— 9,7
03 - Allier .....	66,3	63,3	— 2,9
04 - Alpes-de-Haute-Provence .....	76,8	58,8	— 5,4
05 - Alpes (Hautes) .....	68,2	65,5	— 0,8
06 - Alpes-Maritimes .....	48,0	54,4	17,5
07 - Ardèche .....	74,4	68,9	— 3,1
08 - Ardennes .....	65,7	60,2	— 6,2
09 - Ariège .....	76,8	64,9	— 3,6
10 - Aube .....	60,5	61,7	1
11 - Aude .....	63,1	70,4	8,2
12 - Aveyron .....	72,1	69,9	— 1,6
13 - Bouches-du-Rhône .....	50,8	53,8	23,0
14 - Calvados .....	50,1	59,4	24,5
15 - Cantal .....	66,1	76,6	6,3
16 - Charente .....	64,4	61,9	— 2,4
17 - Charente-Maritime .....	62,2	65,9	5,9
18 - Cher .....	66,8	64,2	— 2,9
19 - Corrèze .....	70,7	66,4	— 3
20 A - Corse-du-Sud .....	90	81,3	— 8,1
20 B - Haute-Corse .....	90	56,4	— 29,8
21 - Côte-d'Or .....	60,3	57,5	— 3,7
22 - Côtes-du-Nord .....	70,4	73,6	4,9
23 - Creuse .....	76	82,1	2,9
24 - Dordogne .....	70,6	73,2	3,3
25 - Doubs .....	53,7	61,4	9,2
26 - Drôme .....	65,4	53,9	— 12,7
27 - Eure .....	57,2	58,7	2,4
28 - Eure-et-Loir .....	56,8	57	0,3
29 - Finistère .....	71,2	70,2	— 2,2
30 - Gard .....	59,1	63,6	8
31 - Garonne (Haute) .....	52,6	61,3	22,4
32 - Gers .....	67,5	74,1	4,3
33 - Gironde .....	60	58,2	— 6,6
34 - Hérault .....	61,1	63,5	5,1
35 - Ille-et-Vilaine .....	63,9	68,1	9,6

Départements (métropole)	Participation de l'Etat (tous groupes de dépenses confondus)		
	Taux constaté en 1977	Taux corrigé	Variation en millions de francs
36 - Indre .....	66,6	67,6	0,6
37 - Indre-et-Loire .....	61,2	60,2	— 1,8
38 - Isère .....	55,2	55,4	0,4
39 - Jura .....	58,6	58	— 0,3
40 - Landes .....	82,7	66,4	— 12,6
41 - Loir-et-Cher .....	67,9	61,5	— 5,5
42 - Loire .....	64,6	61,3	— 5,4
43 - Loire (Haute-) .....	70,1	75,8	2,1
44 - Loire-Atlantique .....	56,6	60,8	13,9
45 - Loiret .....	63,4	57	— 8,8
46 - Lot .....	74,5	75	0,2
47 - Lot-et-Garonne .....	64,5	67,4	2,8
48 - Lozère .....	76,5	81,2	1,4
49 - Maine-et-Loire .....	67,3	66,2	— 1,4
50 - Manche .....	48,8	71,1	30,9
51 - Marne .....	56	54,4	— 2,7
52 - Marne (Haute-) .....	60,4	64,5	2,2
53 - Mayenne .....	63	66,4	2,3
54 - Meurthe-et-Moselle .....	57,8	53,4	— 5,3
55 - Meuse .....	62,2	64,2	1,4
56 - Morbihan .....	68,8	76,0	14,6
57 - Moselle .....	64,7	54,7	— 24,6
58 - Nièvre .....	69,8	64,6	— 3,9
59 - Nord .....	62	57,3	— 46,5
60 - Oise .....	58	54,6	— 7,1
61 - Orne .....	57,9	64,7	8,2
62 - Pas-de-Calais .....	66,2	67,1	4,8
63 - Puy-de-Dôme .....	61,3	61,3	0,1
64 - Pyrénées (Basses-) .....	62,5	62,8	0,6
65 - Pyrénées (Hautes) .....	73,7	64,6	— 7,5
66 - Pyrénées-Orientales .....	61,3	62,9	1,8
67 - Rhin (Bas-) .....	60,6	56,4	— 8,4
68 - Rhin (Haut-) .....	59,5	55	— 7,8
69 - Rhône .....	49	52,4	15,9
70 - Saône (Haute-) .....	70,8	68,3	— 1,6
71 - Saône-et-Loire .....	62,7	60,0	— 3,4
72 - Sarthe .....	61	63,4	3,6
73 - Savoie .....	59,3	51,7	— 7,1
74 - Savoie (Haute-) .....	55,3	53,8	— 1,2
75 - Paris .....	30,4	34,3	48,0
76 - Seine-Maritime .....	48,3	52,3	19,4
77 - Seine-et-Marne .....	53,8	56,1	5,7
78 - Yvelines .....	56,2	49,2	— 20,1
79 - Sèvres (Deux-) .....	63,5	67,6	3,6
80 - Somme .....	60,7	61	0,6
81 - Tarn .....	69,3	67,5	— 1,3
82 - Tarn-et-Garonne .....	70,7	69,6	— 0,5

Départements (métropoles)	Participation de l'Etat (tous groupes de dépenses confondus)		
	Taux constaté en 1977	Taux corrigé	Variation en millions de francs
83 - Var .....	58,1	61,2	6,0
84 - Vaucluse .....	59,3	58	— 1,8
85 - Vendée .....	70,3	68,5	— 1,9
86 - Vienne .....	64,2	68,8	5,6
87 - Vienne (Haute-) .....	66,6	65,6	— 1,4
88 - Vosges .....	58,2	60,8	2,4
89 - Yonne .....	65,9	62,2	— 4,1
90 - Territoire de Belfort .....	55,7	57,8	0,7
91 - Essonne .....	63,6	54,4	— 25,8
92 - Hauts-de-Seine .....	49,2	40,5	— 45,2
93 - Seine-Saint-Denis .....	55,5	52,5	— 15,5
94 - Val-de-Marne .....	57,4	55,2	— 10,9
95 - Val-d'Oise .....	57,7	58,8	3,4

#### Article additionnel après l'article 88.

Une fois la réforme entrée dans les faits, l'Etat restera débiteur vis-à-vis des collectivités locales d'une partie des sommes dont il est redevable au titre des contingents d'aide sociale actuels.

Ces sommes s'élèvent, actuellement, à 4 milliards de francs.

L'amendement proposé donne un délai de quatre ans à l'Etat pour rembourser sa dette. Il s'agit d'une précision de toute évidence indispensable afin de définir, dans l'intérêt des départements, les conditions dans lesquelles ils seront assurés de récupérer les avances qu'ils ont faites pour le compte de l'Etat.

## TABLEAU COMPARATIF

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
Code des communes.		
<b>LIVRE III</b>	<b>TITRE PREMIER</b>	
<b>ADMINISTRATION ET SERVICES COMMUNAUX</b>	<b>ALLEGEMENT DES CONTROLES ADMINISTRATIFS, FINANCIERS ET TECHNIQUES SUR LES COLLECTIVITES LOCALES ET CREATION D'UNE DOTATION GLOBALE D'EQUIPEMENT</b>	
.....	.....	
<b>TITRE PREMIER</b>		
<b>ADMINISTRATION DE LA COMMUNE</b>	<b>CHAPITRE IV</b>	
.....	<b>L'allégement des procédures administratives et des prescriptions techniques.</b>	
<b>CHAPITRE PREMIER</b>		
<b>Travaux communaux.</b>	<b>Art. 42.</b>	<b>Art. 42.</b>
Section I.	A la section I du chapitre V du titre premier du Livre III du Code des communes, l'article L.315-1 est remplacé par les dispositions suivantes :	Sans modification.
<i>Dispositions générales.</i>	« Art. L. 315-1. — Aucune prescription particulière ne peut être imposée aux communes et à leurs groupements, pour la conception et l'exécution de leurs travaux, par l'Etat ou par tout organisme chargé d'une mission de service public, en dehors des cas expressément prévus par la loi. »	
Art. L. 315-1. — Aucune construction nouvelle ou reconstruction ne peut être faite que sur production des plans et devis approuvés par le conseil municipal, sauf les exceptions prévues par la loi.		
.....		
<b>TITRE II</b>		
<b>SERVICES COMMUNAUX</b>		
<b>CHAPITRE PREMIER</b>		
<b>Dispositions générales applicables aux services communaux.</b>	<b>Art. 43.</b>	<b>Art. 43.</b>
Art. L. 321-1. — Le ministre de l'Intérieur, chargé de la tutelle et du contrôle des administrations communales a notamment pour mission :	L'article L. 321-1 du Code des communes est remplacé par les dispositions suivantes :	Sans modification.
	« Aucune prescription particulière ne peut être imposée aux communes et à leurs	



Texte en vigueur

Code des communes.

1° De provoquer toutes dispositions d'ordre économique ou social propres à assurer le bon fonctionnement des services publics communaux et intercommunaux.

2° D'établir des cahiers des charges types obligatoirement applicables à ceux d'entre eux qui sont exploités sous le régime de la concession ou de l'affermage ainsi que des règlements types applicables à ceux d'entre eux qui sont exploités en régie.

*Art. L. 321-2.* — Avec le concours du Conseil national des services publics départementaux et communaux et, éventuellement, de commissions locales comprenant notamment des représentants des associations et syndicats d'agents des collectivités locales, le ministre de l'Intérieur définit les méthodes de travail propres à assurer l'accroissement du rendement et l'amélioration de la qualité des services des collectivités locales.

*Art. L. 321-3.* — Le Conseil national des services publics départementaux et communaux relève de l'autorité mentionnée à l'article L. 321-1. Il est divisé en plusieurs sections. Chaque section peut valablement délibérer au nom du Conseil national sur toutes les questions dont elle est saisie à cet effet.

Des arrêtés ministériels fixent la composition et le fonctionnement du Conseil national et des sections.

Le ministre de l'Intérieur nomme les présidents de section et les membres du Conseil national.

*Art. L. 321-4.* — Les dépenses de fonctionnement du Conseil national des services publics départementaux et communaux sont imputées au crédit ouvert chaque

Texte du projet de loi

groupements, pour la gestion de leurs services ou l'utilisation de leur patrimoine, par l'Etat ou par tout organisme chargé d'une mission de service public, en dehors des cas expressément prévus par loi. »

Art. 44.

Aucune prescription particulière ne peut être imposée aux départements, pour la gestion de leurs services ou l'utilisation de leur patrimoine, par l'Etat ou par tout organisme chargé d'une mission de service public, en dehors des cas expressément prévus par la loi.

Art. 45.

L'article L. 321-4 du Code des communes est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 321-4.* — Le Conseil national des services publics départementaux et communaux est consulté sur les textes d'application des lois qui imposent des

Propositions de la Commission

Art. 44.

Sans modification.

Art. 45.

Sans modification.

Texte en vigueur

Code des communes.

année par la loi de finances à un chapitre spécial du budget de l'Etat.

Les entreprises concessionnaires ou fermières remboursent à l'Etat une partie du montant des dépenses de fonctionnement de ce conseil.

Les sommes mises à leur charge sont recouvrées comme en matière d'impôts directs.

*Art. L. 321-5. — Le Conseil national des services publics départementaux et communaux est obligatoirement consulté sur les modèles des cahiers des charges types et des règlements types prévus aux articles L. 321-1 et L. 322-1, ainsi que sur les révisions de contrats dans le cas, prévu au deuxième alinéa de l'article L. 322-2, de désaccord entre les collectivités concédantes et les concessionnaires.*

Il donne des avis au sujet de toutes les questions qui lui sont soumises par le ministre de l'Intérieur concernant le fonctionnement des services publics départementaux et communaux.

Il peut émettre des vœux sur les matières mentionnées aux alinéas précédents.

CHAPITRE II

Dispositions communes aux régies, concessions et affermages.

*Art. L. 322-1. — Les cahiers des charges types et les règlements types prévus au 2<sup>e</sup> de l'article L. 321-1 sont approuvés par décret en Conseil d'Etat.*

*Art. L. 322-2. — Dans un délai d'un an à compter de la publication des cahiers des charges types et des règlements types, les contrats de concession et les règlements de régie en vigueur sont révisés lorsque les conditions de l'exploitation en cours s'avèrent plus onéreuses ou plus désavantageuses pour les collectivités ou les usagers que celles résultant de l'appli-*

Texte du projet de loi

prescriptions particulières aux collectivités locales, sous réserve de ceux qui sont mentionnés à l'article L. 411-24.

« Il est consulté sur les modèles des cahiers des charges types et des règlements types prévus aux articles L. 321-2 et L. 322-1, ainsi que sur les révisions de contrats, dans le cas de désaccord entre les collectivités concédantes et les concessionnaires.

« Il donne des avis sur toutes les questions qui lui sont soumises concernant la gestion des services publics locaux. Il peut émettre des vœux sur les matières mentionnées aux alinéas précédents.

« Les dépenses de fonctionnement du Conseil national des services publics départementaux et communaux sont imputées au crédit ouvert chaque année par la loi de finances à un chapitre spécial du budget de l'Etat. »

Propositions de la Commission

**Texte en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

Code des communes.

cation des dispositions prévues à ces cahiers des charges types et règlements types.

En cas de désaccord entre la collectivité concédante et le concessionnaire, il est statué sur la révision ou sur les conditions de la résiliation du contrat par décret en Conseil d'Etat.

**CHAPITRE PREMIER**

**Art. 46.**

**Art. 46.**

**Dispositions générales applicables aux services communaux.**

L'article L. 321-5 du Code des communes est remplacé par les dispositions suivantes :

Sans modification.

*Art. L. 321-5.* — Le Conseil national des services publics départementaux et communaux est obligatoirement consulté sur les modèles des cahiers des charges types et des règlements types prévus aux articles L. 321-1 et L. 321-1, ainsi que sur les révisions de contrats dans le cas, prévu au deuxième alinéa de l'article L. 322-2, de désaccord entre les collectivités concédantes et les concessionnaires.

« *Art. L. 321-5.* — Un comité d'allègement des procédures et des prescriptions techniques est institué au sein du Conseil national des services publics départementaux et communaux. Il recense l'ensemble des procédures et prescriptions techniques qui s'imposent aux collectivités locales. Il propose toute mesure d'allègement, de simplification ou d'unification de ces procédures et prescriptions en vigueur au 1<sup>er</sup> juillet 1980. La composition et le fonctionnement du comité sont fixés comme il est dit au deuxième alinéa de l'article L. 321-3. »

Il donne des avis au sujet de toutes les questions qui lui sont soumises par le ministre de l'Intérieur concernant le fonctionnement des services publics départementaux et communaux.

Il peut émettre des vœux sur les matières mentionnées aux alinéas précédents.

**Art. 47.**

Ordonnance n° 45-2660 du 2 novembre 1945 sur la codification des textes législatifs et réglementaires concernant l'administration départementale et communale.

Un code des prescriptions techniques propres aux travaux et services départementaux et communaux sera élaboré, avant le 1<sup>er</sup> janvier 1981. Conformément à l'article 1<sup>er</sup> de l'ordonnance du 2 novembre 1945 sur la codification des textes législatifs et réglementaires concernant l'administration départementale et communale, ce code sera soumis au comité d'allègement des procédures et prescriptions techniques du Conseil national des services publics départementaux et communaux.

*Article premier.* — Des décrets en Conseil d'Etat pris sur le rapport du ministre de l'Intérieur et contresignés, le cas échéant, par le ou les ministres intéressés, après consultation de la section compétente du Conseil national des services publics départementaux et communaux, codifieront les dispositions relatives

**Texte en vigueur**

Code des communes.

à l'administration départementale et communale contenues tant dans les lois organiques des 10 août 1871 et 5 avril 1884 que dans les lois, ordonnances et décrets subséquents.

Code de la famille et de l'aide sociale.

**TITRE IV**

**DISPOSITIONS COMMUNES AUX DIFFÉRENTES FORMES D'AIDE SOCIALE**

*Art. 189.* — Les dépenses résultant, dans chaque département, de l'application des différentes formes d'aide sociale prévues aux chapitres I<sup>er</sup> à VIII du titre III ont un caractère obligatoire. Elles sont inscrites en totalité au budget du département.

L'Etat et les communes participent à ces dépenses ; leur contribution est portée en recettes au budget du département.

*Art. 190.* — Les dépenses résultant dans chaque département de l'application des articles 41 à 43 du chapitre II du titre II du présent Code, des articles 1<sup>er</sup> à 7-1, 14, 17, 18, 26 à 32, 36, 37, 40, 44, 45, 49 à 51, 768 à 772, 775 à 781 du titre premier du Livre II et des titres premier et II du Livre III du Code de la santé publique et du décret n° 55-57 du 20 mai 1955 ont un caractère obligatoire. Elles sont inscrites en totalité au budget du département. L'Etat y participe ; sa contribution

**Texte du projet de loi**

Toutes les prescriptions qui n'auraient pas été reprises dans ce code à la date de sa validation ne seront pas opposables aux collectivités locales.

**TITRE II**

**RÉPARTITION ET EXERCICE DES COMPÉTENCES**

**CHAPITRE III**

**Action sociale et santé.**

**Art. 61.**

Les charges supportées conjointement au 31 décembre 1979 par l'Etat et les collectivités locales en application des articles 189 et 190 du Code de la famille et de l'aide sociale, sont réparties dans les conditions définies ci-après :

**Propositions de la Commission**

Article additionnel après l'article 47.

*Les dispositions des articles 42 à 47 ci-dessus s'appliquent aux procédures et prescriptions imposées aux établissements publics relevant des collectivités locales et aux établissements privés ayant passé convention avec elles, à l'exception des établissements hospitaliers.*

**Art. 61.**

Sans modification.

**Texte en vigueur**

Code de la famille et de l'aide sociale.

est portée en recettes au budget du département.

Les dépenses des services municipaux de désinfection et des bureaux municipaux d'hygiène restent toutefois inscrites au budget de la commune. L'Etat y contribue dans les conditions prévues à l'alinéa précédent.

.....

*Art. 187.* — Les différents services d'aide sociale sont organisés dans chaque département par le conseil général, conformément aux dispositions de l'article 46 de la loi du 10 août 1871.

.....

**TITRE II**

**PROTECTION SOCIALE  
DE L'ENFANCE**

**CHAPITRE II**

**Aide sociale à l'enfance.**

Art. 45 à 92 du Code de la famille et de l'aide sociale.

.....

**TITRE III**

**AIDE SOCIALE**

.....

**CHAPITRE IV**

**Aide sociale aux familles.**

Art. 150 à 156 du Code de la famille et de l'aide sociale.

.....

**Texte du projet de loi**

Section I.

*Action sociale.*

Art. 62.

L'article 187 du Code de la famille et de l'aide sociale est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. 187.* — Les domaines suivants relèvent de la compétence de l'Etat, qui en assure le financement :

« — l'aide sociale à l'enfance ;

« — l'aide sociale à la famille ;

**Propositions de la Commission**

Art. 62.

Alinéa sans modification.

Alinéa sans modification.

Alinéa sans modification.

Alinéa sans modification.

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
Code de la famille et de l'aide sociale.		
CHAPITRE V		
Aide sociale aux personnes âgées.		
Section I.		
Aide à domicile.		
<p>Art. 158. — L'aide à domicile peut être accordée soit en espèces, soit en nature.</p>	<p>« — l'allocation simple visée à l'article 158 ;</p>	Alinéa sans modification.
<p>L'aide en espèces comprend une allocation simple, l'allocation de loyer prévu à l'article 161 du présent code et, le cas échéant, une allocation représentative de services ménagers. L'allocation simple peut être accordée à taux plein ou à taux réduit, compte tenu des ressources des postulants telles qu'elles sont définies à l'article 159 du présent code.</p>		
<p>L'aide en nature est accordée, sans préjudice de l'application des dispositions relatives à l'aide médicale à domicile, sous forme de services ménagers.</p>		
<p>Des décrets détermineront le taux de l'allocation simple, les modalités d'attribution de l'aide en nature et de l'allocation représentative des services ménagers ainsi que les conditions dans lesquelles sera assurée la coordination entre le présent texte et les dispositions relevant des régimes de sécurité sociale.</p>		
CHAPITRE VI		
Aide sociale aux personnes handicapées.		
<p>Art. 166. — Toute personne handicapée dont l'incapacité permanente est au moins égale au pourcentage fixé par le décret prévu à l'article 35 de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 ou qui est, compte tenu de son handicap, dans l'impossibilité de se procurer un emploi, peut bénéficier des prestations prévues au chapitre V du présent titre, à l'exception de l'allocation simple à domicile.</p>	<p>« — l'aide sociale aux personnes handicapées, à l'exception des prestations servies en vertu de l'article 166 et des frais d'hébergement et d'entretien visés à l'article 168 et à l'article 7-II de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 ;</p>	Alinéa sans modification.
<p>Il n'est pas tenu compte, le cas échéant, dans les ressources du postulant, et dès lors que l'objet de la demande est en rapport direct avec le handicap, des arrérages</p>		

**Texte en vigueur**

Code de la famille et de l'aide sociale.

ces rentes viagères constituées en faveur de la personne handicapée et visées à l'article 8 de la loi n° 69-1161 du 24 décembre 1969 portant loi de finances pour 1970.

Art. 168. — Les prix de journée ou toutes autres modalités de financement de l'exploitation des établissements de rééducation professionnelle et d'aide par le travail agréés pour recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale aux personnes handicapées sont fixées par voie réglementaire.

Ils comprennent, d'une part, les frais concernant l'hébergement et l'entretien de la personne handicapée et, d'autre part, ceux qui sont directement entraînés par la formation professionnelle ou le fonctionnement de l'atelier, et notamment les frais de transport collectif dans des conditions fixées par décret.

Les frais d'hébergement et d'entretien des personnes handicapées dans les établissements de rééducation professionnelle et d'aide par le travail ainsi que dans les foyers et foyers-logement sont à la charge :

1° A titre principal, de l'intéressé lui-même sans toutefois que la contribution qui lui est réclamée puisse faire descendre ses ressources au-dessous d'un minimum fixé par décret et par référence à l'allocation aux handicapés adultes, différent selon qu'il travaille ou non, majoré, le cas échéant, du montant des rentes viagères visées à l'article 8 de la loi n° 69-1161 du 24 décembre 1969 portant loi de finances pour 1970 ;

2° Et, pour le surplus éventuel, de l'aide sociale sans qu'il soit tenu compte de la participation pouvant être demandée aux personnes tenues à l'obligation alimentaire à l'égard de l'intéressé, et sans qu'il y ait lieu à l'application des dispositions relatives au recours en récupération des prestations d'aide sociale lorsque les héritiers du bénéficiaire décédé sont son conjoint, ses enfants ou la personne qui a assumé, de façon effective et constante, la charge du handicapé.

Les frais directement entraînés par la formation professionnelle ou le fonctionnement de l'atelier sont pris en charge par l'aide sociale dans les conditions visées à l'alinéa ci-dessus, sans qu'il soit tenu compte des ressources de l'intéressé.

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Loi d'orientation en faveur des personnes handicapées n° 75-534 du 30 juin 1975.

Art. 7. — I. — Les frais d'hébergement et de traitement dans les établissements d'éducation spéciale et professionnelle ainsi que les frais de traitement concourant à cette éducation dispensée en dehors de ces établissements, à l'exception des dépenses incombant à l'Etat en application de l'article 5, sont intégralement pris en charge par les régimes d'assurance maladie, dans la limite des tarifs servant de base au calcul des prestations.

.....

II. — A défaut de prise en charge par l'assurance maladie, ces frais sont couverts au titre de l'aide sociale sans qu'il soit tenu compte des ressources de la famille. Il n'est exercé aucun recours en récupération des prestations d'aide sociale à l'encontre de la succession du bénéficiaire décédé lorsque ses héritiers sont son conjoint, ses enfants ou la personne qui a assumé, de façon effective et constante, la charge du handicapé.

.....

Loi n° 70-1318 portant réforme hospitalière du 31 décembre 1970.

Art. 4. — Les établissements mentionnés à l'article 3 (1° et 2°) sont dits :

1° Centres hospitaliers s'ils ont pour mission principale : les admissions d'urgence, les examens de diagnostic, les hospitalisations de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë, les accouchements et les traitements ambulatoires.

Les centres hospitaliers comportent :

a) « Des unités d'hospitalisation pour pratique médicale, chirurgicale ou obstétricale courante » ;

b) Eventuellement, des unités d'hospitalisation pour soins hautement spécialisés ;  
(Sixième alinéa remplacé, L. n° 78-11, 4 janv. 1978, art. 7-I.)

c) Eventuellement, des unités d'hospitalisation de moyen séjour pour convalescence, cure, réadaptation ou traitement des maladies mentales ;

« — l'aide sociale aux personnes hébergées dans les centres et unités de long séjour visés à l'article 4 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. »



**Texte en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

d) Eventuellement, des unités de long séjour assurant l'hébergement de personnes n'ayant plus leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien.

Chaque centre hospitalier peut comporter une ou plusieurs de ces unités selon leur classement. — V. Décr. n° 72-1078 du 6 déc. 1972 (J.O. 7 déc.).

(Huitième alinéa modifié, L. fin. n. 71-1025, 24 déc. 1971, art. 29-I puis remplacé, L. n° 78-1, 4 janv. 1978, art. 7-II.)

2° Centres de moyen séjour pour convalescence, cure, réadaptation ou traitement des maladies mentales, s'ils ont pour mission principale l'hospitalisation pendant une durée limitée de personnes qui requièrent des soins continus.

Ces centres peuvent, à titre accessoire, comporter des unités de long séjour au sens défini au 3° ci-dessous.

3° Centres de long séjour, s'ils ont pour mission principale d'assurer l'hébergement de personnes n'ayant plus leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien.

Ces centres peuvent, à titre accessoire, comporter des unités de moyen séjour au sens défini au 2° ci-dessus.

4° Unités d'hospitalisation dont le fonctionnement médical demeure fixé par décret en Conseil d'Etat.

(Dernier alinéa supprimé, L. n° 78-11, 4 janv. 1978, art. 7-III.)

« — les cotisations d'assurance maladie prises en charge par l'aide sociale;

— Alinéa sans modification.

Code de la famille et de l'aide sociale,  
Titre III (aide sociale).

CHAPITRE VII

Aide médicale.

« — l'aide médicale aux malades mentaux et aux tuberculeux;

— Alinéa sans modification.

Art. 183. — Les dispositions du présent chapitre sont également applicables aux malades mentaux et aux personnes visées aux articles 214 et suivants du Code de la santé publique relatifs à l'organisation et au fonctionnement de la lutte contre la tuberculose, sans préjudice des dispositions des articles L. 326 et suivants du

Texte en vigueur

Code de la famille et de l'aide sociale.

Code de la santé publique relatifs à la lutte contre les maladies mentales.

CHAPITRE VIII

Mesure d'aide sociale en matière de logement et d'hébergement et de réadaptation sociale.

Art. 184-185.

Art. 185-1. — Dans chaque département doit être créé un service social qui a pour mission, en liaison avec le service départemental d'hygiène sociale :

1° De rechercher et d'accueillir les personnes en danger de prostitution et de leur fournir l'assistance dont elles peuvent avoir besoin, notamment en leur procurant un placement dans un des établissements visés à l'article 185, alinéa 2 ;

2° D'exercer toute action médico-sociale en faveur des personnes qui se livrent à la prostitution.

Les dépenses de fonctionnement de ce service ont un caractère obligatoire. Elles sont inscrites en totalité au budget du département. L'Etat y participe dans les conditions prévues à l'article 190. Le service est placé sous l'autorité du directeur départemental de la population et de l'action sociale.

Art. 194. (Dispositions réglementaires.)

— Le domicile de secours se perd :

1° Par une absence ininterrompue de trois mois postérieurement à la majorité ou à l'émancipation ;

2° Par l'acquisition d'un autre domicile de secours.

Si l'absence résulte de circonstances excluant toute liberté de choix de séjour ou d'un traitement dans un établissement hospitalier situé hors du département où réside habituellement le bénéficiaire de l'aide sociale, le délai de trois mois ne commence à courir que du jour où ces circonstances n'existent plus.

A défaut de domicile de secours les frais d'aide sociale incombent au départe-

Texte du projet de loi

« — l'aide sociale en matière de logement, d'hébergement et de réadaptation sociale visée au chapitre VIII du titre III, à l'exception du service social visé à l'article 185-1. »

Propositions de la Commission

— Alinéa sans modification.

« En outre, l'Etat prend en charge les dépenses d'aide sociale pour les bénéficiaires des formes d'aide visées à l'article 188, dont la résidence sur le territoire métropolitain résulte de circonstances exceptionnelles et qui n'ont pu choisir librement leur résidence, ou dont le domicile fixe ne peut être déterminé. »

**Texte en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

Code de la famille et de l'aide sociale.

tement où réside l'intéressé au moment de la demande d'admission à l'aide sociale à moins qu'il ne s'agisse d'une personne dont la résidence sur le territoire métropolitain résulte de circonstances exceptionnelles et qui n'a pu choisir librement sa résidence ou d'une personne pour laquelle aucun domicile fixe ne peut être déterminé. Dans ces cas les frais d'aide sociale incombent en totalité à l'Etat.

L'admission d'une personne à l'aide sociale dans un département autre que celui où elle possède son domicile de secours doit être notifiée aux services d'aide sociale de cette dernière collectivité dans un délai de deux mois.

Si cette notification n'est pas effectuée dans le délai requis, les frais engagés restent à la charge du département où l'admission a été prononcée.

**TITRE IV**

**DISPOSITIONS COMMUNES AUX DIFFÉRENTES FORMES D'AIDE SOCIALE**

*Art. 188.* — Les décrets fixant les taux des allocations et majorations ainsi que les plafonds des ressources sont contresignés par le ministre de la Santé publique et de la Population, le ministre de l'Intérieur, le ministre chargé du Budget et, le cas échéant, le ministre du Travail et de la Sécurité sociale ou le ministre de la Défense nationale et des Forces armées. Ils ne pourront en aucun cas réduire les taux et les plafonds en vigueur à la date de publication du décret n° 53-1186 du 29 novembre 1953.

**TITRE III  
AIDE SOCIALE**

**Art. 63.**

L'article 188 du Code de la famille et de l'aide sociale est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. 188.* — Les domaines suivants relèvent de la compétence des collectivités locales, qui en assurent le financement :

« — l'aide sociale aux personnes âgées, à l'exception de l'allocation simple visée à l'article 158 ;

**Art. 63.**

Alinéa sans modification.

Alinéa sans modification.

« — L'aide sociale aux personnes âgées, à l'exception de l'allocation simple visée à l'article 158 et des dépenses de soins et d'hébergement dans les unités ou centres de long séjour visés à l'article 4 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. »

**Texte en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

Code de la famille et de l'aide sociale.

**CHAPITRE V**

**Aide sociale aux personnes âgées.**

**Section I.**

**Aide à domicile.**

*Art. 158. — Décret n° 62-443 du 14 avril 1962 (dispositions réglementaires). — L'aide à domicile peut être accordée soit en espèces, soit en nature.*

L'aide en espèces comprend une allocation simple, l'allocation de loyer prévue à l'article 161 du présent code et, le cas échéant, une allocation représentative de services ménagers. L'allocation simple peut être accordée à taux plein ou à taux réduit, compte tenu des ressources des postulants telles qu'elles sont définies à l'article 159 du présent Code.

L'aide en nature est accordée, sans préjudice de l'application des dispositions relatives à l'aide médicale à domicile, sous forme de services ménagers.

Des décrets détermineront le taux de l'allocation simple, les modalités d'attribution de l'aide en nature et de l'allocation représentative des services ménagers ainsi que les conditions dans lesquelles sera assurée la coordination entre le présent texte et les dispositions relevant des régimes de sécurité sociale.

*Art. 166. — Voir p. 95.*

*Art. 168. — Voir p. 96.*

*Art. 7-II. — Loi du 30-6-75, voir p. 97.*

« — les prestations servies aux personnes handicapées en vertu de l'article 166 et les frais d'hébergement et d'entretien visés à l'article 168, et à l'article 7-II de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 ;

Alinéa sans modification.

**CHAPITRE VII**

**Aide médicale.**

Art. 179 à 182 du Code de la famille et de l'aide sociale.

*Art. 187. — Voir p. 94.*

« — l'aide médicale, à l'exception des cotisations d'assurance maladie et de l'aide médicale aux malades mentaux et aux tuberculeux visées à l'article 187 ;

Alinéa sans modification.

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

Art. 28.

Un service social public chargé de mener une action polyvalente et des actions spécialisées est organisé dans chaque département.

Les dépenses afférentes à ce service sont imputées au budget départemental.

Elles sont réparties entre l'Etat et le département selon les barèmes du groupe I.

Code de la famille et de l'aide sociale.

TITRE III

Aide sociale.

Art. 185-1. — Voir p. 99.

Art. 189. — Les dépenses résultant dans chaque département, de l'application des différentes formes d'aide sociale prévues aux chapitres premier à VIII du titre III ont un caractère obligatoire. Elles sont inscrites en totalité au budget du département.

L'Etat et les communes participent à ces dépenses ; leur contribution est portée en recettes au budget du département.

« — le service social départemental visé à l'article 28 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 ;

« — le service social visé à l'article 185-1.

« Les dépenses résultant de l'application du présent article ont un caractère obligatoire. Sous réserve des dispositions de l'article 89 de la loi-cadre pour le développement des responsabilités des collectivités locales, ces dépenses sont inscrites au budget du département ; les communes y participent. »

Art. 64.

L'article 189 du Code de la famille et de l'aide sociale est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. 189. — La compétence reconnue à l'Etat par l'article 187 ne fait pas obstacle à la possibilité pour les collectivités locales d'organiser des actions ou d'attribuer des prestations dans les mêmes domaines. »

Art. 65.

L'article 190 du Code de la famille et de l'aide sociale est remplacé par les dispositions suivantes :

Alinéa sans modification.

Alinéa sans modification.

Alinéa supprimé.  
(Voir articles additionnels après l'art. 78.)

Art. 64.

Sans modification.

Art. 65.

Supprimé.  
(Voir articles additionnels après l'art. 78.)

Texte en vigueur

Code de la famille et de l'aide sociale.

*Art. 190.* — Les dépenses résultant dans chaque département de l'application des articles 41 à 43 du chapitre II du titre II du présent code, des articles premier à 7-1, 14, 17, 18, 26 à 32, 36, 37, 40, 44, 45, 49 à 51, 768 à 772, 775 à 781 du titre premier du Livre II et des titres premier et II du Livre III du Code de la santé publique et du décret n° 55-571 du 20 mai 1955 ont un caractère obligatoire. Elles sont inscrites en totalité au budget du département. L'Etat y participe ; sa contribution est portée en recettes au budget du département.

Les dépenses des services municipaux de désinfection et des bureaux municipaux d'hygiène restent toutefois inscrites au budget de la commune. L'Etat y contribue dans les conditions prévues à l'alinéa précédent.

*Art. 191.* — Un règlement d'administration publique détermine les conditions de répartition des dépenses visées aux articles 189 et 190 et notamment le pourcentage des dépenses incombant respectivement à l'Etat, aux départements et à l'ensemble des communes de chaque département.

Le pourcentage des dépenses qui incombent aux départements et aux communes devra être calculé de façon à ce que ces collectivités ne supportent pas, dans leur ensemble, une charge supérieure à celle qui leur aurait incombé en vertu du décret du 30 octobre 1935 modifié pour les formes d'aide auxquelles elles participaient avant la promulgation du décret n° 53-1186 du 29 novembre 1953.

*Art. 192.* — Les dépenses à la charge des trois collectivités comprennent :

Les frais d'aide sociale afférents aux bénéficiaires ayant un domicile de secours départemental tel qu'il est défini à l'article suivant :

Texte du projet de loi

« *Art. 190.* — Sans préjudice des actions organisées à la seule initiative des communes et de leurs groupements, le conseil général arrête les modalités d'organisation des services énumérés à l'article 188.

« Il définit les conditions de répartition des dépenses entre le département et les communes, en fonction notamment de leurs ressources et des charges d'aide sociale afférentes aux personnes admises au bénéfice de l'aide sociale domiciliées dans ces communes.

« Sous réserve de l'application de l'article 201, les contestations relatives aux rapports financiers entre les collectivités locales débitrices de l'aide sociale ainsi qu'aux rapports entre les collectivités et les établissements d'hospitalisation et de traitement relèvent, en premier ressort, de la compétence des tribunaux administratifs.

« Les conditions d'application du présent article seront définies par décret en Conseil d'Etat. »

Art. 66.

Les articles 191 et 195 du Code de la famille et de l'aide sociale sont abrogés.

Propositions de la Commission

Art. 66.

*L'article 192 du Code de la famille et de l'aide sociale est abrogé.*

**Texte en vigueur**

Code de la famille et de l'aide sociale.

Les frais d'enquête, les frais de secrétariat des commissions d'admission et des commissions départementales, les indemnités accordées éventuellement à leurs membres, les frais de contrôle et les frais d'établissement et de fonctionnement des fichiers.

Art. 195. — Le conseil général arrête les conditions de répartition des dépenses d'aide sociale entre les communes.

Les principes suivant lesquels il sera procédé à cette répartition sont fixés par règlement d'administration publique.

Sous réserve de l'application de l'article 201, les contestations relatives aux rapports financiers entre les collectivités débitrices de l'aide sociale, ainsi qu'aux rapports entre les collectivités et les établissements d'hospitalisation ou de traitement, relèvent, en premier ressort, de la compétence des tribunaux administratifs.

Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

Art. 28. — Un service social public chargé de mener une action polyvalente et des actions spécialisées est organisé dans chaque département.

Les dépenses afférentes à ce service sont imputés au budget départemental.

Elles sont réparties entre l'Etat et le département selon les barèmes du groupe I.

Code de la famille et de l'aide sociale.

**TITRE VI**

**LE SERVICE SOCIAL**

**CHAPITRE II**

**Liaison et coordination  
des services sociaux.**

Art. 230 à 240. — Abrogés.

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

Premier article additionnel  
après l'article 66.

*« Les deux derniers alinéas de l'article 28 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales sont supprimés. »*

Deuxième article additionnel  
après l'article 66.

*« Art. 230. — Nonobstant les attributions dévolues au service visé à l'article 191, la coordination des services sociaux est assurée dans chaque département par un comité départemental dont la composition et*

Texte en vigueur

Code de la santé publique.

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

les modalités de fonctionnement sont fixées par décret en Conseil d'Etat. Ce comité comprend notamment des élus locaux, des représentants de l'Etat et d'organismes gestionnaires. Les frais de fonctionnement sont à la charge du département.»

LIVRE I

PROTECTION GÉNÉRALE  
DE LA SANTÉ PUBLIQUE

TITRE PREMIER

MESURES SANITAIRES  
GÉNÉRALES

CHAPITRE VII

Dispositions diverses.

Section I.

Dépenses.

Section II.

Santé.

Art. 67.

Les articles L. 49 et L. 50 du Code de la santé publique sont remplacés par les dispositions suivantes :

« Art. L. 49. — Le contrôle administratif et technique de l'application des règles d'hygiène telles qu'elles sont prévues par le présent titre relève de la compétence de l'Etat, qui en assure le financement, sous réserve des compétences reconnues aux autorités municipales.

Art. L. 49. — Les dépenses rendues nécessaires pour les collectivités publiques par le présent titre, notamment celles causées par la destruction des objets mobiliers, et par les articles L. 766 à L. 779 inclus sont obligatoires. En cas de contestation sur leur nécessité, il est statué par décret en Conseil d'Etat.

Ainsi qu'il est dit à l'article 190 du Code de la famille et de l'aide sociale, ces dépenses sont inscrites en totalité au budget du département. L'Etat y participe : sa contribution est portée en recettes au budget du département.

Ainsi qu'il est dit au même article du Code de la famille et de l'aide sociale, les dépenses des services municipaux de désinfection et des bureaux municipaux d'hygiène restent toutefois inscrites au bud-

Art. 67.

Alinéa sans modification.

« Art. L. 49. — Sans modification.



**Texte en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

Code de la santé publique.

get de la commune. L'Etat y contribue dans les conditions prévues à l'alinéa précédent.

*Art. L. 50.* — Les conditions de répartition des dépenses visées à l'article L. 49 et, notamment, le pourcentage des dépenses incombant respectivement et selon le cas à l'Etat et au département ou à l'Etat et à la commune intéressée, sont déterminées par le règlement d'administration publique prévu à l'article 191 du Code de la famille et de l'aide sociale.

« *Art. L. 50.* — Les services départementaux de vaccination relèvent de la compétence des collectivités locales, qui en assurent le financement, dans les conditions prévues aux articles 188 et 190 du Code de la famille et de l'aide sociale.

« *Art. L. 50.* — Les services départementaux...

... aux articles 190, 191 et ... de l'aide sociale.

195...

« Les services municipaux de désinfection et les bureaux municipaux d'hygiène relèvent de la compétence des communes, qui en assurent le financement. »

Alinéa sans modification.

**LIVRE II**

**PROTECTION SANITAIRE  
DE LA FAMILLE  
ET DE L'ENFANCE**

**TITRE PREMIER**

**PROTECTION MATERNELLE**

**CHAPITRE VI**

**Financement.**

**Art. 68.**

Les articles L. 184 et L. 185 du Code de la santé publique sont remplacés par les dispositions suivantes :

**Art. 68.**

Alinéa sans modification.

*Art. L. 184.* — Le préfet, sur proposition du directeur départemental de la santé, arrête les prévisions de recettes et les dépenses du service et provoque l'inscription des crédits au budget départemental.

« *Art. L. 184.* — Les centres et consultations de protection maternelle et infantile, les activités de protection maternelle et infantile à domicile et la formation des assistantes maternelles relèvent de la compétence des collectivités locales, qui en assurent le financement, dans les conditions prévues aux articles 188 et 190 du Code de la famille et de l'aide sociale.

« *Art. L. 184.* — Les centres...

... aux articles 190, 191 et ... de l'aide sociale.

195...

*Art. L. 185.* — Les dépenses de protection maternelle et infantile, telles qu'elles sont énumérées par décret, constituent pour les départements des dépenses obligatoires.

« *Art. L. 185.* — L'application des dispositions du présent titre autres que celles visées à l'article L. 184 relève de l'Etat, qui en assure le financement. »

« *Art. L. 185.* — Sans modification.

**Texte en vigueur**

Code de la santé publique.

Ces dépenses sont inscrites au budget départemental et font l'objet d'une contribution de l'Etat, conformément aux articles 190 et 191 du Code de la famille et de l'aide sociale.

Viennent en atténuation des dépenses ci-dessus toutes recettes, faites par l'Etat ou les départements susceptibles de constituer des fonds de concours en vue de l'application du titre premier du Livre II du présent code et des textes pris pour son application.

Si un département omet ou refuse d'inscrire au budget les crédits suffisants pour l'acquittement des dépenses obligatoires du service qui sont à sa charge, les crédits nécessaires sont inscrits d'office au budget soit ordinaire, soit extraordinaire, par un décret pris sur le rapport du ministre de l'Intérieur et du ministre de l'Economie et des Finances.

**TITRE II**

**SANTÉ SCOLAIRE  
ET UNIVERSITAIRE**

*Art. L. 190-1.* — Les dépenses résultant de l'attribution de la prime instituée par l'article L. 190 font partie des dépenses obligatoires de protection maternelle et infantile auxquelles sont applicables les dispositions de l'article L. 185.

Les organismes de sécurité sociale débiteurs des prestations familiales des différents régimes remboursent aux départements le montant des primes versées à leurs ressortissants.

**Texte du projet de loi**

**Art. 69.**

L'article L. 190-1 du Code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 190-1.* — Les dépenses résultant de l'attribution de la prime instituée par l'article L. 190 sont à la charge de l'Etat. Les organismes de sécurité sociale, débiteurs des prestations familiales des différents régimes, remboursent à l'Etat le montant des primes versées à leurs ressortissants. »

**Art. 70.**

Il est inséré dans le Code de la santé publique un article L. 196 ainsi conçu :

« *Art. L. 196.* — Les examens de santé, la surveillance sanitaire et le service social en faveur de l'enfance scolarisée re-

**Propositions de la Commission**

**Art. 69.**

Sans modification.

**Art. 70.**

Supprimé.

Texte en vigueur

Code de la santé publique.

Texte du projet de loi

relèvent de la compétence des collectivités locales, qui en assurent le financement, dans les conditions prévues aux articles 188 et 190 du Code de la famille et de l'aide sociale.»

Propositions de la Commission

*LIVRE III*

**LUTTE CONTRE LES FLÉAUX  
SOCIAUX**

**TITRE PREMIER**

**LUTTE  
CONTRE LA TUBERCULOSE**

**CHAPITRE III**

**Organisation administrative et financière  
de la lutte contre la tuberculose**

**Section II.**

*Dispositions financières.*

**Art. 71.**

Le premier alinéa de l'article L. 247 du Code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 247. — Les dispensaires anti-tuberculeux et les services de vaccination de la population civile par le vaccin anti-tuberculeux B.C.G. relèvent de la compétence des collectivités locales, qui en assurent le financement, dans les conditions prévues aux articles 188 et 190 du Code de la famille et de l'aide sociale. »

*Art. L. 247. — Les dépenses de fonctionnement du service départemental, dans la mesure où elles n'ont pu être couvertes au moyen de ressources propres ou de participations diverses, et les dépenses relatives à la vaccination de la population civile par le B.C.G., sont obligatoirement inscrites au budget de chaque département et réparties dans les conditions visées par l'article 190 du Code de la famille et de l'aide sociale.*

*L'excédent des dépenses des dispensaires liés par contrat avec le service départemental est pris en charge dans les mêmes conditions par le budget départemental et réparti suivant les mêmes modalités.*

**Art. 71.**

**Alinéa sans modification.**

« Art. L. 247. — Les dispensaires...

... aux articles 190, 191 et 195...  
... aide sociale. »

**Texte en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

Code de la santé publique.

Par dérogation aux dispositions qui précèdent, les dépenses de fonctionnement, du dispensaire de la Cité universitaire de Paris sont pour moitié à la charge de l'Etat, pour moitié réparties comme il est dit à l'alinéa précédent.

**TITRE II**

**LUTTE CONTRE LES MALADIES VÉNÉRIENNES**

**CHAPITRE II**

**Organisation médico-administrative de la lutte antivénéérienne.**

**Section I.**

*Dispensaires antivénéériens.*

*Art. L. 304.* — Les dépenses de fonctionnement dans lesquelles entre l'amortissement des emprunts des services antivénéériens sont inscrites à un chapitre spécial du budget départemental et, dans la mesure où elles ne sont pas couvertes au moyen de ressources propres ou de participations diverses, sont réparties entre l'Etat et le département dans les conditions visées par l'article 190 du Code de la famille et de l'aide sociale ; l'excédent des dépenses des dispensaires liés par contrat avec le Service départemental d'hygiène sociale est pris en charge dans les mêmes conditions par le budget départemental et réparti suivant les mêmes modalités.

**Art. 72.**

L'article L. 304 du Code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 304.* — Les dispensaires antivénéériens relèvent de la compétence des collectivités locales, qui en assurent le financement, dans les conditions prévues aux articles 188 et 190 du Code de la famille et de l'aide sociale. »

**Art. 72.**

Alinéa sans modification.

« *Art. L. 304.* — Les dispensaires...

... aux articles 190, 191 et 195 du Code de la famille et de l'aide sociale. »

**Texte en vigueur**

Code de la santé publique.

**TITRE IV**

**LUTTE CONTRE LES MALADIES MENTALES**

**CHAPITRE IV**

**Dispositions diverses.**

**Section I.**

**Dispositions financières.**

*Art. L. 353. — Les dépenses exposées par les départements pour l'application de l'article L. 326 sont réparties entre l'Etat et les départements dans les conditions prévues par l'article 190 du Code de la famille et de l'aide sociale.*

**TITRE V**

**TRAITEMENT DES ALCOOLIQUES DANGEREUX POUR AUTRUI**

**CHAPITRE IV**

**Dispositions financières.**

*Art. L. 355-8. — Les frais de placement sont couverts dans les mêmes conditions que pour les autres cas d'hospitalisation. Sont notamment applicables les lois sur la Sécurité sociale et les lois sur l'aide sociale. Dans ce dernier cas, les dépenses résultant de l'application des présentes dispositions sont inscrites au budget départemental et sont réparties entre l'Etat, le département et les communes dans les conditions fixées par l'article 189 du Code de la famille et de l'aide sociale.*

**Texte du projet de loi**

**Art. 73.**

L'article L. 353 du Code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 353. — Les dépenses exposées, en application de l'article 326, pour la prophylaxie des maladies mentales et de l'alcoolisme sont à la charge de l'Etat. »

**Art. 74.**

L'article L. 355-8 du Code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 355-8. — Les frais de placement des alcooliques dangereux pour autrui sont couverts dans les mêmes conditions que pour les autres cas d'hospitalisation. Sont notamment applicables les lois sur la Sécurité sociale et sur l'aide sociale. Dans ce dernier cas, les dépenses résultant de l'application des présentes dispositions sont à la charge de l'Etat. »

**Propositions de la Commission**

**Art. 73.**

Sans modification.

**Art. 74.**

Sans modification.

**Texte en vigueur**

Loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires contre la toxicomanie et à la répression du trafic des usages illicites de substances vénéneuses.

.....

**Art. 3.** — Les dépenses de prévention résultant de l'application de l'article 1<sup>er</sup> (Code de la santé publique, article L. 355-14 et suivants) ainsi que les dépenses d'hospitalisation et de soins des personnes visées au chapitre III dudit article (Code de la santé publique, article L. 355-21) sont réparties entre l'Etat et les départements selon les dispositions de l'article L. 190 du Code de la famille et de l'aide sociale.

.....

Loi n° 63-1241 du 19 décembre 1963, portant loi de finances pour 1964.

.....

**Art. 68.** — La lutte contre le cancer est organisée dans chaque département, dans le cadre du Service départemental d'hygiène sociale, pour exercer le dépistage précoce des affections cancéreuses et la surveillance après traitement des anciens malades.

Les dépenses de fonctionnement résultant de la lutte contre le cancer sont obligatoirement inscrites au budget de chaque département et, dans la mesure où elles n'ont pas été couvertes au moyen de participations diverses, réparties dans les conditions prévues par l'article 190 (alinéa 1), du Code de la famille et de l'aide sociale.

Un décret fixera la date et les modalités d'application des présentes dispositions.

.....

Loi n° 64-1279 du 23 décembre 1964 portant répartition des crédits pour l'exercice 1965.

.....

**Art. 73.** — Dans les départements d'outre-mer, les dépenses de fonctionnement du service de prophylaxie de la lèpre, y compris le placement familial surveillé des enfants qui doivent être soustraits à la contamination, lorsque ce placement est

**Texte du projet de loi**

**Art. 75.**

A l'article 3 de la loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires contre la toxicomanie et à la répression du trafic des usages illicites de substances vénéneuses, les mots « sont à la charge de l'Etat » sont substitués aux termes « sont réparties entre l'Etat et les départements, selon les dispositions de l'article L. 190 du Code de la famille et de l'aide sociale. »

**Art. 76.**

Les actions de lutte contre le cancer organisées en application de l'article 68 de la loi de finances n° 63-1241 du 19 décembre 1963, relèvent de la compétence des collectivités locales, qui en assurent le financement, dans les conditions prévues aux articles 188 et 190 du Code de la famille et de l'aide sociale.

**Art. 77.**

Les services départementaux de lutte contre la lèpre relèvent de la compétence des collectivités locales, qui en assurent le financement, dans les conditions prévues aux articles 188 et 190 du Code de la famille et de l'aide sociale.

**Propositions de la Commission**

**Art. 76.**

Les actions de lutte contre le cancer organisées en application de l'article 68 de la loi de finances n° 63-1241 du 19 décembre 1963 relèvent de la compétence de l'Etat qui en assure le financement.

**Art. 77.**

Les services départementaux...

... aux articles 190, 191 et 195 du Code de la famille et de l'aide sociale.

**Texte en vigueur**

demandé par le directeur départemental de l'action sanitaire et sociale, sont obligatoirement inscrites au budget départemental et réparties selon les modalités définies au premier alinéa de l'article 190 du Code de la famille et de l'aide sociale.

Code de la santé publique.

**LIVRE VIII  
INSTITUTIONS**

**CHAPITRE PREMIER**

**Services administratifs locaux.**

Section I.

*Service départemental de la santé.*

Paragraphe premier.

Dispositions générales.

*Art. L. 766. — Un Service de la santé publique est obligatoire dans chaque département. Une délibération du Conseil général en réglemeute les détails et le budget sauf en ce qui concerne le personnel d'Etat.*

*Art. L. 767. — La compétence du Service départemental de la santé s'étend à toutes les questions se rattachant à la protection de la santé publique et à l'hygiène sociale.*

**Texte du projet de loi**

Art. 78.

Les articles L. 766 et L. 767 du Code de la santé publique sont remplacés par les dispositions suivantes :

« Art. L. 766. — Un Service de la santé publique est obligatoire dans chaque département. Sa compétence s'étend à toutes les questions se rattachant à la protection de la santé publique qui relèvent de la compétence des autorités départementales. »

**Propositions de la Commission**

Art. 78.

I. — *Dans le Livre VIII du Code de la santé publique relatif aux institutions, l'intitulé du chapitre premier est ainsi rédigé :*

« CHAPITRE PREMIER

« **Organisation administrative.** »

II. — *Dans le Livre VIII du Code de la santé publique relatif aux institutions, la section I du chapitre premier est ainsi rédigée :*

« Section I.

« *Organisation administrative départementale.*

« Paragraphe premier.

« **Dispositions générales.**

« Art. L. 766. — *L'application des dispositions du présent code est assurée dans chaque département dans les conditions prévues aux articles 191 et 195 du Code de la famille et de l'aide sociale.* »

Texte en vigueur

Code de la famille  
et de l'aide sociale.

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

(Voir *supra*, p. 103.)

(Voir *supra*, art. 65.)

(Voir *supra*, p. 103.)

(Voir *supra*, art. 66.)

(Voir *supra*, art. 63, dernier alinéa, 65  
et 66.)

Section III.

*Dispositions communes.*

Premier article additionnel  
après l'article 78.

*L'article 190 du Code de la famille et de l'aide sociale est remplacé par les dispositions suivantes :*

« Art. 190. — Dans le cadre des règles posées par la loi, et sans préjudice des actions organisées à la seule initiative des communes et de leurs groupements, le Conseil général définit les conditions dans lesquelles sont exercées les compétences reconnues au département par l'article 188 du présent code et par les articles L. 50, L. 184, L. 247 et L. 304 du Code de la santé publique.

« Dans les conditions prévues par le présent code, il arrête les conditions générales d'attribution des formes d'aide sociale visées à l'article 188. »

Deuxième article additionnel  
après l'article 78.

*L'article 191 du Code de la famille et de l'aide sociale est ainsi rédigé :*

« Art. 191. — L'exécution des dispositions du présent code et celles du Code de la santé publique, dans la mesure où elle est confiée au département, se fait sous l'autorité du préfet et le contrôle du Conseil général. Elle est assurée par un service commun à l'Etat et au département.

« Les dépenses de ce service sont réparties au prorata des activités exercées pour le compte de l'Etat et du département, sur des bases définies par convention ou, à défaut, par décret en Conseil d'Etat. »

Troisième article additionnel  
après l'article 78.

*L'article 195 du Code de la famille et de l'aide sociale est remplacé par les dispositions suivantes :*

« Art. 195. — Les dépenses d'aide sociale et d'action sanitaire prévues à l'article 188 du présent Code et aux articles



Texte en vigueur

Code de la famille et de l'aide sociale.

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

*Art. 201.* — La section permanente du Conseil supérieur de l'aide sociale est compétente pour statuer en matière contentieuse sur les recours contre les arrêtés du préfet fixant les prix de journée des établissements publics ou privés. Ces recours peuvent être portés devant elle dans le délai d'un mois à partir de la publication desdits arrêtés par toute personne physique ou morale intéressée, par les ministres compétents ou les organismes de sécurité sociale.

La section permanente statue en dernier ressort. Les décisions fixant le montant des prix de journée ont effet à compter de la date prévue dans l'arrêté préfectoral donnant lieu au litige.

*L. 50, L. 184, L. 247 et L. 304 du Code de la santé publique ont un caractère obligatoire. Les communes y participent, sous réserve des dispositions de l'article 89 de la loi n°                    du                    pour le développement des responsabilités des collectivités locales.*

« Ces dépenses figurent, ainsi que les recettes correspondantes, dans un budget annexe au budget départemental.

« Le Conseil général arrête les conditions de répartition des dépenses entre le département et les communes en fonction notamment des ressources de ces collectivités et du domicile des personnes aidées.

« Le Conseil général est informé du fonctionnement des établissements au financement desquels le département participe.

« Sous réserve de l'application de l'article 201, les contestations relatives aux rapports financiers entre les collectivités locales débitrices de l'aide sociale ainsi qu'aux rapports entre les collectivités locales et les établissements d'hospitalisation et de traitement relèvent en premier ressort de la compétence des tribunaux administratifs.

« Les conditions d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat. »

Quatrième article additionnel  
après l'article 78.

*Il est ajouté au Code de la famille et de l'aide sociale un article 195-1 ainsi rédigé :*

« Art. 195-1. — Les dépenses supportées par l'Etat en application de l'article 187 du présent code, des articles L. 49, L. 185, L. 190-1, L. 355 et L. 355-8 du Code de la santé, et des articles 75 et 76 de la loi n°                    du                    pour le développement des responsabilités des collectivités locales sont récapitulées annuellement dans un état prévisionnel de l'action sanitaire et sociale dans le département. Cet état, présenté au Conseil général lors du vote du budget départemental, doit permettre la comparaison avec l'exercice précédent. »

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Cinquième article additionnel  
après l'article 78.

*Un projet de loi, déposé avant le 1<sup>er</sup> janvier 1980, fixera en tant que de besoin les règles légales dans le cadre desquelles s'exercent les compétences reconnues à l'Etat et aux collectivités locales par le présent chapitre. Ce projet de loi définira notamment :*

*— les procédures d'admission aux différentes formes d'aide sociale, garantissant l'indépendance des commissions d'admission et le maintien de voies de recours juridictionnelles contre leurs décisions ;*

*— les règles minimales relatives à la mise en jeu de l'obligation alimentaire, ainsi qu'à la détermination des sommes laissées à la disposition des bénéficiaires de l'aide sociale placés dans un établissement ;*

*— les règles présidant à la détermination du domicile de secours ;*

*— les conditions dans lesquelles seront autorisés à fonctionner les établissements sociaux et médico-sociaux exerçant leurs activités dans les domaines de compétence reconnus aux collectivités locales ;*

*— les garanties accordées aux personnels du service visé à l'article 191 du Code de la famille et de l'aide sociale qui pourraient être appelés à changer de statut en application du présent chapitre, les personnels en fonction avant sa date d'entrée en vigueur ayant au minimum la faculté d'opter pour le maintien du rattachement au statut dont ils relèvent à ladite date.*

Art. 79.

Les dispositions du présent chapitre entrent en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 1980.

Art. 79.

Les dispositions du présent chapitre entrent en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 1981.

## CHAPITRE VI

**Compensation financière  
des transferts de compétences.**

Article additionnel  
avant l'article 88.

*Le calcul de la compensation prévue par l'article 88 ci-après est subordonné à la révision de la répartition des charges*

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Art. 88.

Tout accroissement net de charges résultant des transferts de compétences effectués en application de la présente loi, entre l'Etat et les collectivités locales, est compensé par un transfert de ressources. Ces ressources sont équivalentes aux charges existant à la date du transfert et proviennent d'un ajustement du montant de la dotation globale de fonctionnement ou de l'attribution de nouvelles recettes fiscales.

Dans le cas où des recettes fiscales sont transférées, les collectivités locales déterminent les taux applicables à ces impositions dans les limites fixées par la loi.

*d'aide sociale et de santé entre l'Etat et les collectivités locales, telle qu'elle résulte du règlement d'administration publique pris en application de l'article 191 du Code de la famille et de l'aide sociale en vigueur avant la promulgation de la présente loi.*

*Cette révision est effectuée sur la base de l'évaluation de la capacité financière et des besoins des différents départements, en fonction du potentiel fiscal de chaque département et du montant des dépenses d'aide sociale par habitant.*

*Cette révision ne peut avoir pour effet d'augmenter le taux de participation des départements aux dépenses.*

*Les transferts de charges qui en résultent sont versés par le budget de l'Etat aux départements concernés par cinquième pendant cinq ans.*

*Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application du présent article.*

Article additionnel après l'article 88.

*Les sommes restant dues par l'Etat aux départements, au titre des articles 189 et 190 du Code de la famille et de l'aide sociale en vigueur avant la date d'entrée en application du chapitre III du présent titre, sont remboursées, à compter de ladite date, en quatre tranches annuelles égales.*

## CONCLUSION

Votre Commission a étudié le titre II du projet de loi aussi sérieusement que possible. Cet examen l'a conduit à formuler un grand nombre d'interrogations, et de réserves. Elle a pu obtenir quelques réponses. Mais elle constate aussi l'importance, tant qualitative que quantitative, des incertitudes qui planent encore sur la portée d'une réforme qui engage l'avenir pour de longues années.

**Dans ces conditions, il serait opportun que l'examen par le Sénat des dispositions proposées en matière de partage des compétences sanitaires et sociales soit retardé jusqu'à publication du projet de loi complémentaire qui seul permettrait d'apprécier en connaissance de cause la portée des dispositions proposées.**

**L'avis favorable que votre Commission a finalement exprimé reste donc extrêmement réservé, et subordonné à l'acceptation d'un certain nombre de modifications essentielles à ses yeux : transfert à l'Etat de l'hébergement des personnes âgées invalides, disjonction des dispositions tendant à confier aux collectivités locales la santé scolaire, révision préalable du barème de 1955 sur des bases nouvelles.**



Sous le bénéfice des observations exprimées au long du présent rapport, et sous réserve des modifications proposées par les amendements dont la teneur suit, votre Commission a donné un avis favorable aux Titres I et II du projet de loi.

## AMENDEMENTS PRÉSENTÉS PAR LA COMMISSION

### Article additionnel après l'article 47.

**Amendement :** Après l'article 47, ajouter un article additionnel ainsi rédigé :

Les dispositions des articles 42 à 47 ci-dessus s'appliquent aux procédures et prescriptions imposées aux établissements publics relevant de collectivités locales et aux établissements privés ayant passé convention avec elles, à l'exception des établissements hospitaliers.

### Art. 62.

**Amendement :** Après le cinquième alinéa du texte proposé pour l'article 187 du Code de la famille et de l'aide sociale, ajouter un alinéa ainsi rédigé :

« — l'aide sociale aux personnes hébergées dans les centres et unités de long séjour visés à l'article 4 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. »

**Amendement :** Compléter cet article par l'alinéa suivant :

« En outre, l'Etat prend en charge les dépenses d'aide sociale pour les bénéficiaires des formes d'aide visées à l'article 188, dont la résidence sur le territoire métropolitain résulte de circonstances exceptionnelles et qui n'ont pu choisir librement leur résidence, ou dont le domicile fixe ne peut être déterminé. »

### Art. 63.

**Amendement :** Compléter comme suit le deuxième alinéa du texte proposé pour l'article 188 du Code de la famille et de l'aide sociale :

« ... et des dépenses de soins et d'hébergement dans les unités ou centres de long séjour visés à l'article 4 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. »

**Amendement :** Supprimer le dernier alinéa de cet article.

### Art. 65.

**Amendement :** Supprimer cet article.

### Art. 66.

**Amendement :** Rédiger comme suit cet article :

L'article 192 du Code de la famille et de l'aide sociale est abrogé.

**Articles additionnels après l'article 66.**

**Amendement :** Après l'article 66, ajouter un article additionnel ainsi rédigé :

Les deux derniers alinéas de l'article 28 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales sont supprimés.

**Amendement :** Après l'article 66, ajouter un article additionnel ainsi rédigé :

L'article 230 du Code de la famille et de l'aide sociale est rédigé comme suit :

« Art. 230. — Nonobstant les attributions dévolues au service visé à l'article 191, la coordination des services sociaux est assurée dans chaque département par un comité départemental dont la composition et les modalités de fonctionnement sont fixées par décret en Conseil d'Etat. Ce comité comprend notamment des élus locaux, des représentants de l'Etat et d'organismes gestionnaires. Les frais de fonctionnement sont à la charge du département. »

**Art. 67.**

**Amendement :** Dans le texte proposé pour l'article L. 50 du Code de la Santé, remplacer les mots :

« ...aux articles 188 et 190... »

par les mots :

« ...aux articles 190, 191 et 195... »

**Art. 68.**

**Amendement :** Dans le texte proposé pour l'article L. 184 du Code de la santé, remplacer les mots :

« ...aux articles 188 et 190... »

par les mots :

« ...aux articles 190, 191 et 195... »

**Art. 70.**

**Amendement :** Supprimer cet article.

**Art. 71.**

**Amendement :** Dans le texte proposé pour l'article L. 247 du Code de la santé publique, remplacer les mots :

« ...aux articles 188 et 190... »

par les mots :

« ...aux articles 190, 191 et 195... »

**Art. 72.**

**Amendement :** Dans le texte proposé pour l'article L. 304 du Code de la santé publique, remplacer les mots :

« ...aux articles 188 et 190... »

par les mots :

« ...aux articles 190, 191 et 195... »

**Art. 76.**

**Amendement :** Rédiger comme suit cet article :

Les actions de lutte contre le cancer organisées en application de l'article 68 de la loi de finances n° 63-1241 du 19 décembre 1963 relèvent de la compétence de l'Etat qui en assure le financement.

**Art. 77.**

**Amendement :** Dans cet article, remplacer les mots :

« ...aux articles 188 et 190... »

par les mots :

« ...aux articles 190, 191 et 195... »

**Art. 78.**

**Amendement :** Rédiger comme suit cet article :

I. — Dans le Livre VIII du Code de la santé publique relatif aux institutions, l'intitulé du chapitre premier est ainsi rédigé :

« CHAPITRE PREMIER

« ORGANISATION ADMINISTRATIVE »

II. — Dans le Livre VIII du Code de la santé publique relatif aux institutions, la section I du chapitre premier est ainsi rédigée :

« SECTION I

« Organisation administrative départementale.

« Paragraphe premier.

« Dispositions générales.

« Art. L. 766. — L'application des dispositions du présent code est assurée dans chaque département dans les conditions prévues aux articles 191 et 195 du Code de la famille et de l'aide sociale. »

**Articles additionnels après l'article 78.**

**Amendement :** Après l'article 78, introduire un paragraphe ainsi rédigé :

« SECTION III

« Dispositions communes. »

**Amendement : Après l'article 78, ajouter un article additionnel ainsi rédigé :**

L'article 190 du C.F.A.S. est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. 190.* — Dans le cadre des règles posées par la loi, et sans préjudice des actions organisées à la seule initiative des communes et de leurs groupements, le conseil général définit les conditions dans lesquelles sont exercées les compétences reconnues au département par l'article 188 du présent code et par les articles L. 50, L. 184, L. 247 et L. 304 du Code de la santé publique.

« Dans les conditions prévues par le présent code, il arrête les conditions générales d'attribution des formes d'aide sociale visées à l'article 188. »

**Amendement : Après l'article 78, ajouter un article additionnel ainsi rédigé :**

L'article 191 du Code de la famille et de l'aide sociale est ainsi rédigé :

« *Art. 191.* — L'exécution des dispositions du présent code et celles du Code de la santé publique, dans la mesure où elle est confiée au département, se fait sous l'autorité du préfet et le contrôle du Conseil général. Elle est assurée par un service commun à l'Etat et au département.

« Les dépenses de ce service sont réparties au prorata des activités exercées pour le compte de l'Etat et du département, sur des bases définies par convention ou, à défaut, par décret en Conseil d'Etat. »

**Amendement : Après l'article 78, ajouter un article additionnel ainsi rédigé :**

L'article 195 du C.F.A.S. est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. 195.* — Les dépenses d'aide sociale et d'action sanitaire prévues à l'article 188 du présent code et aux articles L. 50, L. 184, L. 247 et L. 304 du Code de la santé publique ont un caractère obligatoire. Les communes y participent, sous réserve des dispositions de l'article 89 de la loi n°                    du                    pour le développement des responsabilités des collectivités locales.

« Ces dépenses figurent, ainsi que les recettes correspondantes, dans un budget annexe au budget départemental.

« Le conseil général arrête les conditions de répartition des dépenses entre le département et les communes en fonction notamment des ressources de ces collectivités et du domicile des personnes aidées.

« Le Conseil général est informé du fonctionnement des établissements au financement desquels le département participe.

« Sous réserve de l'application de l'article 201, les contestations relatives aux rapports financiers entre les collectivités locales débitrices de l'aide sociale ainsi qu'aux rapports entre les collectivités locales et les établissements d'hospitalisation et de traitement relèvent en premier ressort de la compétence des tribunaux administratifs.

« Les conditions d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat. »

**Amendement : Après l'article 78, ajouter un article additionnel ainsi rédigé :**

Il est ajouté au Code de la famille et de l'aide sociale un article 195-1 ainsi rédigé :

« *Art. 195-1.* — Les dépenses supportées par l'Etat en application de l'article 187 du présent code, des articles L. 49, L. 185, L. 190-1, L. 353 et L. 355-8 du Code de la santé, et des articles 75 et 76 de la loi n°                    du                    pour le développement des responsabilités des collectivités locales sont récapitulées annuellement dans un état prévisionnel de l'action sanitaire et sociale dans le département. Cet état, présenté au Conseil général lors du vote du budget départemental, doit permettre la comparaison avec l'exercice précédent. »



**Amendement : Après l'article 78, ajouter un article additionnel ainsi rédigé :**

Un projet de loi, déposé avant le 1<sup>er</sup> janvier 1980, fixera en tant que de besoin les règles légales dans le cadre desquelles s'exercent les compétences reconnues à l'Etat et aux collectivités locales par le présent chapitre. Ce projet de loi définira notamment :

— les procédures d'admission aux différentes formes d'aide sociale, garantissant l'indépendance des commissions d'admission et le maintien de voies de recours juridictionnelles contre leurs décisions :

— les règles minimales relatives à la mise en jeu de l'obligation alimentaire, ainsi qu'à la détermination des sommes laissées à la disposition des bénéficiaires de l'aide sociale placés dans un établissement ;

— les règles présidant à la détermination du domicile de secours ;

— les conditions dans lesquelles seront autorisés à fonctionner les établissements sociaux et médico-sociaux exerçant leurs activités dans les domaines de compétence reconnus aux collectivités locales ;

— les garanties accordées aux personnels du service visé à l'article 191 du Code de la famille et de l'aide sociale qui pourraient être appelés à changer de statut en application du présent chapitre, les personnels en fonction avant sa date d'entrée en vigueur ayant au minimum la faculté d'opter pour le maintien du rattachement au statut dont ils relèvent à ladite date.

**Art. 79.**

**Amendement : Rédiger comme suit cet article :**

*Les dispositions du présent chapitre entrent en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 1981.*

**Article additionnel avant l'article 88.**

**Amendement : Avant l'article 88, introduire un article additionnel ainsi rédigé :**

Le calcul de la compensation prévue par l'article 88 ci-après est subordonné à la révision de la répartition des charges d'aide sociale et de santé entre l'Etat et les collectivités locales, telle qu'elle résulte du règlement d'administration publique pris en application de l'article 191 du Code de la famille et de l'aide sociale en vigueur avant la promulgation de la présente loi.

Cette révision est effectuée sur la base de l'évaluation de la capacité financière et des besoins des différents départements, en fonction du potentiel fiscal de chaque département et du montant des dépenses d'aide sociale par habitant.

Cette révision ne peut avoir pour effet d'augmenter le taux de participation des départements aux dépenses.

Les transferts de charges qui en résultent sont versés par le budget de l'Etat aux départements concernés par cinquième pendant cinq ans.

Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application du présent article.

**Article additionnel après l'article 88.**

**Amendement : Après l'article 88, ajouter un article additionnel ainsi rédigé :**

Les sommes restant dues par l'Etat aux départements, au titre des articles 189 et 190 du Code de la famille et de l'aide sociale en vigueur avant la date d'entrée en application du chapitre III du présent titre, sont remboursées, à compter de ladite date, en quatre tranches annuelles égales.

## ANNEXES

### ANNEXE N° 1

#### STRUCTURE DES DÉPENSES D'AIDE SOCIALE EN 1976

(En métropole.)

	En milliards de francs	En pourcentage	En francs/ habitant
Aide à l'enfance .....	5,18	32,8	99,6
Prévention sanitaire .....	1,6	10,1	30
<b>Total groupe I .....</b>	<b>6,78</b>	<b>42,9</b>	<b>130</b>
Aide malades mentaux .....	1,07	6,7	20,5
Tuberculeux .....	0,09	»	»
Frais communs .....	0,21	1,3	»
Centres d'hébergement .....	0,08	»	»
<b>Total groupe II .....</b>	<b>1,47</b>	<b>9,3</b>	<b>25,2</b>
Aide médicale .....	2,07	13,1	40
Personnes âgées .....	2,25	14,2	43
Handicapés .....	3,16	20,1	61
<b>Total groupe III .....</b>	<b>7,52</b>	<b>47,5</b>	<b>144</b>
<b>Total .....</b>	<b>15,77</b>		<b>308</b>
Etct .....	9,15	58,0	176
Communes .....	2,20	14,0	42
Départements .....	4,41	28,0	85
Collectivités locales .....	6,62	42,0	127

(Dépenses d'aide sociale contingentables : comptes administratifs départementaux pour 1976, sans-domicile de secours exclus.)

(Source : Ministère de l'Intérieur.)

ANNEXE N° 2

NOTE SUR L'ÉVOLUTION DES DÉPENSES D'AIDE SOCIALE

(Source : ministère de la Santé.)

1. ÉVOLUTION DES DÉPENSES D'AIDE SOCIALE

Comme le montre le tableau ci-après, les dépenses d'aide sociale effectuées par les départements accusent une progression de 110 % en cinq ans. L'augmentation de la part de l'Etat, plus rapide, a atteint 117 % en raison de la hausse plus rapide des dépenses du groupe I (aide sociale à l'enfance essentiellement) et de la croissance plus rapide qu'en moyenne des dépenses dans les D.O.M., où le barème en vigueur fait supporter une charge particulièrement forte à l'Etat.

ÉVOLUTION DES DÉPENSES NETTES D'AIDE SOCIALE

(Métropole + D.O.M.)

(En millions de francs.)

Forme d'aide	1973	1974	1975	1976	1977 (chiffres provisaires)
Aide sociale à l'enfance .....	3.002,6	3.609,4	4.453,5	5.371,4	6.087,0
Prévention et réadaptation sociale .....	7,7	9,3	11,1	8,9	11,6
Aide médicale aux tuberculeux .....	109,3	110	118,7	133,9	135,9
Aide médicale aux malades mentaux .....	287,4	(1) 816,7	1.211,6	1.309,2	1.361,5
Allocation de loyer .....	4,7	1,2	0,3	0,2	0,3
Centres d'hébergement .....	51,9	75,9	(2) 160,3	372,1	409,6
Interruption volontaire de grossesse .....	»	»	0,5	5,1	9,6
Aide à la famille .....	8,3	7,5	12,1	13,1	8,1
Aide sociale aux personnes âgées .....	1.322,2	1.547,3	1.929,5	2.365,8	2.739,1
Aide sociale aux infirmes, aveugles et grands infirmes .....	1.788,4	2.109,9	2.627,8	3.315,3	3.555,3
Aide médicale .....	1.709,1	1.997,4	2.284,6	2.724,2	3.002,8
Aide médicale en matière de contraception .....	»	»	»	0,6	0,6
Frais d'administration et de contrôle .....	135,0	168,2	200,4	238,5	329,4
<b>Total des dépenses: .....</b>	<b>8.426,6</b>	<b>10.452,8</b>	<b>13.010,4</b>	<b>15.858,3</b>	<b>17.650,8</b>
<b>Part de l'Etat .....</b>	<b>4.807,7</b>	<b>6.023,3</b>	<b>7.615,8</b>	<b>9.344,2</b>	<b>10.424,8</b>
	+ 25,28	+ 26,44	+ 22,69	+ 11,56	

(1) Prise en charge par l'aide sociale à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1974 des cotisations majorées pour les hospitalisés permanents depuis plus de trois ans.  
 (2) Y compris hébergement réfugiés, notamment de la péninsule indochinoise.

Si l'on examine le taux de progression d'une année par rapport à l'année précédente sur le total des dépenses, on constate que les taux les plus élevés concernent les exercices 1974 et 1975, le rythme de hausse ayant sensiblement baissé depuis 1976 :

1973 .....	+ 9,6 %
1974 .....	+ 24 %
1975 .....	+ 24,5 %
1976 .....	+ 21,9 %
1977 .....	+ 11,3 %

La forme d'aide qui a connu la plus forte progression est constituée par les centres d'hébergement (+ 690 % de 1973 à 1977) compte tenu notamment des dépenses occasionnées par les rapatriés et réfugiés de la péninsule indochinoise. Mais cette forme d'aide ne représente qu'une très faible partie des dépenses totales d'aide sociale (0,6 % en 1973 ; 2 % en 1977).

Ce sont, ensuite, les dépenses d'aide sociale à l'enfance qui ont progressé le plus rapidement : 102,7 % de 1973 à 1977, soit : + 17,6 % en 1973, 20,2 % en 1974 ; + 23,4 % en 1975 ; + 20,6 % en 1976 ; + 13,3 % en 1977 (% provisoire).

Les dépenses d'aide médicale aux malades mentaux ont évolué d'une manière très irrégulière. Après avoir considérablement diminué en 1971, 1972 et 1973 par suite de la prise en charge par les Caisses d'assurance maladie, sans contrepartie, des frais de traitement des malades hospitalisés depuis plus de trois ans, bénéficiaires de l'assurance maladie volontaire, elles ont augmenté rapidement à partir de 1974 de telle sorte que le niveau atteint en 1977 est supérieur de 373 % au niveau de 1973.

Les deux autres formes principales d'aide sociale ont évolué à un rythme sensiblement identique de 1973 à 1977 :

- Aide sociale aux personnes âgées : 107 %.
- Aide sociale aux infirmes et grands infirmes : + 99 %.

A législation inchangée, il n'y a pas lieu d'escompter une régression des dépenses d'aide sociale, celles-ci subissant inévitablement le contre-coup de l'augmentation du coût de la vie.

Les conséquences sur l'aide médicale de la loi portant généralisation de l'assurance maladie sont encore difficiles à mesurer de façon précise. Quant à l'Aide sociale aux infirmes, aveugles et grands infirmes, 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 ne compense pas 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 (art. 48 de la loi précitée) et, dans une moindre mesure, l'accroissement du taux des allocations restant à la charge de l'Aide sociale (allocation compensatrice).

**2° RÉPARTITION DES DÉPENSES D'AIDE SOCIALE D'APRÈS LEUR NATURE  
ET SELON LA COLLECTIVITÉ DÉBITRICE**

(Gestion 1976, dernière gestion connue en totalité.)

Unité : millions de francs.

	Part de l'État	Part des départements	Part des communes
Aide sociale à l'enfance .....	4.397,1	974,3	»
Prévention et réadaptation sociale .....	6,9	2,0	»
Aide médicale aux tuberculeux .....	96,4	28,4	9,1
Aide médicale aux malades mentaux .....	933,0	284,3	91,9
Allocation de loyer .....	0,17	0,04	0,02
Centres d'hébergement .....	341,6	22,9	7,6
Interruption volontaire de grossesse .....	3,6	1,1	0,4
Aide à la famille .....	10,0	1,4	1,7
Aide sociale aux personnes âgées .....	869,7	880,5	615,6
Aide sociale aux infirmes, aveugles et grands infirmes .....	1.295,9	1.102,0	917,4
Aide médicale .....	1.241,2	837,2	645,8
Aide médicale en matière de contraception ....	0,5	0,1	»
Frais d'administration et de contrôle .....	148,3	74,0	16,2
<b>Total .....</b>	<b>9.344,37</b>	<b>4.208,24</b>	<b>2.305,72</b>

ANNEXE N° 3

**NOTE SUR L'AIDE SOCIALE A L'ENFANCE**

(Source : ministère de la Santé et de la Famille.)

**I. — ORIENTATIONS DE LA POLITIQUE  
DE L'AIDE SOCIALE A L'ENFANCE**

Les orientations de la politique d'Aide sociale à l'enfance du ministère de la Santé et de la Famille sont définies depuis plusieurs années conformément aux principales conclusions du rapport établi par M. Dupont-Fauville à la suite des travaux d'un groupe d'experts. Il s'agit à la fois de développer la prévention afin de maintenir autant que possible les enfants dans leurs familles et d'améliorer la qualité et l'efficacité des services administratifs et sociaux de l'Aide à l'enfance.

**Première orientation : poursuivre l'effort de prévention.**

L'effort de Prévention engagé a déjà produit des résultats non négligeables.

L'évolution prévue par les experts de la Commission Dupont-Fauville a heureusement pu être maîtrisée : le nombre des enfants aidés par l'Aide sociale à l'enfance n'a pas augmenté mais diminué, passant de 653.000 au 1<sup>er</sup> janvier 1970 à 547.000 au 1<sup>er</sup> janvier 1977.

	Total nombre d'enfants présents	Dont pupilles	Assimilés aux pupilles (recueillis temporaires ou en garde)	Secours
1 <sup>er</sup> janvier 1970 .....	653.000  (soit 3,9 % de la population de moins de 20 ans)	46.000	182.000	251.400
1 <sup>er</sup> janvier 1977 .....	547.000  (soit 3,7 % de la population de moins de 20 ans)	25.000	157.000	205.000

Ceci résulte du développement des actions de prévention générale.

De plus, dans chaque département, la mise en place des circonscriptions d'action sanitaire et sociale et le renforcement des équipes de travailleurs sociaux ont permis des interventions mieux adaptées et précoces.

D'autre part, le Service de l'aide sociale à l'enfance a également renforcé son action de prévention afin d'éviter des placements inutiles. Les aides financières aux familles ont été augmentées : le nombre des nouveaux bénéficiaires est passé de 165.000 en 1973 à 222.000 en 1976 (1). Les interventions des travailleurs sociaux se sont multipliées : les mesures d'action éducative en milieu ouvert (2) ont également progressé de 25.000 en 1973 à 33.400 en 1976.

(1) Nombre d'admis dans l'année.

(2) Travailleurs sociaux spécialisés, chargés des familles où des problèmes sociaux importants risquent d'avoir des conséquences graves pour les enfants.

Ces résultats sont d'autant plus significatifs que le nombre total des admissions à l'Aide sociale à l'enfance a augmenté moins vite (+ 15 %) et que le nombre de sorties a progressé plus rapidement : le nombre d'enfants pris en charge a donc globalement diminué. Ceci montre bien que les interventions de type préventif deviennent de plus en plus fréquentes.

Cet effort sera poursuivi et accentué : des instructions seront prochainement données aux D.D.A.S.S. afin que le montant des allocations mensuelles et des secours accordés aux familles soient d'un montant suffisant pour éviter la dégradation de situations qui pourrait conduire, à terme, aux placements d'enfants. Mais cette aide financière n'est pas toujours suffisante : certaines familles cumulent en effet plusieurs formes de handicaps ; aux difficultés financières s'ajoutent des problèmes de santé physique et mentale et des problèmes sociaux graves. C'est pourquoi la mise en place progressive des secteurs et des circonscriptions d'action sociale, le renforcement des équipes de travailleurs sociaux, et l'organisation progressive du Service unifié de l'enfance permettront d'intervenir plus efficacement pour aider les familles concernées à résoudre leurs problèmes.

#### Deuxième orientation : améliorer la qualité du service rendu.

Trois actions prioritaires seront poursuivies à cet égard :

- rendre aussi normale que possible la vie des enfants qui sont placés ;
- mieux adapter ces placements aux besoins des enfants et de leurs familles ;
- réexaminer le fonctionnement des services.

##### 1. Rendre aussi normale que possible la vie des enfants placés.

Un placement à l'Aide sociale à l'enfance constitue un changement important dans la vie d'un enfant et de sa famille. Il est donc nécessaire de leur donner la sécurité affective dont ils ont besoin et de veiller à ce que le placement ne soit pas ressenti par la famille et par l'enfant comme une sanction.

La vie des enfants de l'Aide sociale à l'enfance doit donc ressembler d'autant plus que possible à celle des autres enfants. A cet égard, un effort a été engagé depuis plusieurs années pour faire disparaître les magasins de vêtements qui n'existent plus aujourd'hui (à de rares exceptions près).

Cette action sera poursuivie, notamment par l'amélioration des relations de l'enfant et de sa famille naturelle et par la « banalisation » de tous les aspects de la vie courante de ces enfants.

Pour les enfants privés de familles (pupilles de l'Etat) l'important effort fait pour augmenter le nombre des adoptions sera poursuivi. Le nombre des enfants adoptés à la suite d'une déclaration judiciaire d'abandon (Art. 350 du Code civil) a déjà doublé en deux ans.

Les D.D.A.S.S. poursuivront cette action qui devrait cependant rencontrer prochainement ses limites en raison de la diminution du nombre d'enfants délaissés et abandonnés par leurs familles. De plus, des mesures actuellement à l'étude seront prises pour faciliter les adoptions d'enfants qui jusqu'à une date récente ne trouvaient pas de famille pour les accueillir (enfants de couleur ou handicapés).

##### 2. Mieux adapter les placements aux besoins des enfants et de leurs familles.

###### a) En développant le placement familial.

Le placement familial permet de recevoir des enfants dans un milieu proche de celui qu'ils ont toujours connu ; il constitue une formule qui répond de manière satisfaisante aux besoins des jeunes enfants notamment.

Or, la proportion des enfants ainsi placés a diminué de manière à peu près constante au cours de ces dernières années au bénéfice des placements en établissements passant de 61 % en 1970 à 55 % en 1976.

C'est pourquoi la loi du 17 mai 1977 a, notamment, amélioré le statut et la rémunération des assistantes maternelles afin d'augmenter leur nombre. Par ailleurs, une circulaire du

26 juillet 1978 demande aux D.D.A.S.S. de ne pas favoriser les créations ou les extensions de maisons d'enfants à caractère social, compte tenu du nombre, globalement suffisant, de lits existants.

b) *En améliorant la qualité des placements.*

La qualité du placement familial devrait s'améliorer de manière très sensible dans les prochaines années. La loi du 17 mai 1977 a pour but d'assurer un meilleur recrutement des familles d'accueil, de leur donner une formation et d'en faire de véritables travailleurs sociaux collaborant à la mission du Service de l'Aide sociale à l'enfance. Les D.D.A.S.S. disposent donc des moyens nécessaires à l'amélioration progressive du service rendu par cette profession très difficile.

S'agissant des placements en établissements, plusieurs mesures sont actuellement envisagées. Tout d'abord une action visant à améliorer le fonctionnement des pouponnières de l'Aide sociale à l'enfance est actuellement à l'étude. De plus, une commission de travail est en train d'élaborer des propositions visant à transformer le fonctionnement des Foyers de l'enfance. Enfin, une campagne sur le parrainage vient d'être lancée : son objectif est de donner aux enfants placés en établissements et qui n'ont pas de liens affectifs suivis (pupilles ou enfants délaissés) des correspondants les accueillant pour certaines sorties et pour les vacances.

Toutes ces nouvelles mesures devraient produire tous leurs effets dans les prochains mois. Elles devraient également s'accompagner de transformations plus importantes à la suite du réexamen approfondi du fonctionnement du Service de l'Aide sociale à l'enfance, qui est actuellement en cours.

3. *Réexaminer le fonctionnement des services.*

Une étude de « rationalisation du choix budgétaire » actuellement en cours a pour objet de mieux connaître le fonctionnement des Services de l'aide sociale à l'enfance. Elle comporte plusieurs aspects. Il s'agit d'abord de savoir comment sont utilisés les moyens dont dispose le Service de l'aide sociale à l'enfance (allocations mensuelles, familles d'accueil et établissements). De plus, des enquêtes plus approfondies faites dans quatre départements doivent permettre de connaître les circuits suivis par les enfants dans les Services de l'aide sociale à l'enfance, la manière dont les différents intervenants prennent leurs décisions, le coût de ces actions et les résultats obtenus.

Ces études seront faites dans plusieurs départements aussi représentatifs que possible des diverses politiques d'aide sociale à l'enfance et des différents contextes socio-économiques. Elles doivent être achevées au début de l'année 1979.

Par ailleurs, une mission « Service unifié de l'enfance » a été mise en place au début de l'année 1977. Composée d'un inspecteur général, d'un inspecteur principal de l'action sanitaire et sociale, d'un médecin de P.M.I. et d'une assistance sociale, elle a un double rôle :

— analyser le mode de fonctionnement et l'efficacité du Service unifié de l'enfance lorsqu'il existe ;

— rechercher les raisons qui se sont opposées à la création d'un Service unifié de l'enfance lorsqu'il n'a pas été mis en place.

Le ministère de la Santé et de la Famille devrait donc prochainement disposer d'une série d'éléments qui lui permettront de poursuivre et de renforcer son action d'amélioration de la politique de l'Aide sociale à l'enfance.



II. — ÉVOLUTION DU NOMBRE D'ENFANTS PAR TYPE D'INTERVENTION

	1975	1976
1° <i>Actions de prévention</i> (admis dans l'année) :		
a) allocations mensuelles et secours .....	165.000	222.000
b) action éducative en milieu ouvert .....	25.000	33.400
2° <i>Enfants placés</i> (présents au 31 décembre) :		
a) Dans des familles d'accueil .....	115.779	99.726
b) Dans des maisons d'enfants à caractère social ..	23.951	22.655
c) Divers (internats scolaires, F.J.T., chambres et salles, établissements pour handicapés) .....	83.652	58.435
3° <i>Enfants adoptés</i> .....	2.403 (estimations)	2.385 adoptés + 2.882 placés en vue d'adoption

III. — PROBLÈMES POSÉS PAR LE RECRUTEMENT DES FAMILLES D'ACCUEIL ET INCIDENCES DE LA LOI DU 17 MAI 1977

Comme on l'a vu plus haut, la proportion des enfants placés dans des familles d'accueil diminue depuis plusieurs années (61 % en 1976) ce qui n'est pas satisfaisant dans la mesure où le placement familial constitue souvent la formule la mieux adaptée aux besoins des enfants. Cette situation varie suivant les départements, mais elle est en général particulièrement critique dans les grandes villes.

Plusieurs facteurs expliquent ces difficultés. Tout d'abord, les besoins des enfants ont changé : l'âge moyen d'admission à l'Aide sociale à l'enfance tend à augmenter ; de plus, les enfants placés présentent plus souvent qu'autrefois des troubles du comportement ; il est dès lors moins facile de confier ces enfants à des assistantes maternelles.

Par ailleurs, jusqu'à la loi du 17 mai 1977, les assistantes maternelles n'avaient pas de statut et leur rémunération était relativement faible (de l'ordre de 600 à 700 F par mois dans un grand nombre de département).

Les D.D.A.S.S. rencontraient donc des difficultés sérieuses pour recruter des familles d'accueil en nombre suffisant.

La loi du 17 mai 1977 vise à redresser cette situation. Elle a, en effet, pour but d'augmenter globalement les recrutements et d'améliorer la qualité du service rendu.

Il est encore trop tôt pour faire un bilan chiffré des incidences de cette loi. Néanmoins, une première enquête permet de constater que de nombreux Conseils généraux ont augmenté de manière importante les rémunérations (30 à 60 %).

Par ailleurs, les critères d'attribution de l'agrément font une place plus importante aux capacités éducatives de l'intéressée. Enfin, la formation déjà organisée dans plusieurs départements donnera aux assistantes maternelles agréées une valeur professionnelle qui leur permettra de jouer un rôle important dans l'action éducative du service de l'Aide sociale à l'enfance.

Au total, la loi du 17 mai devrait donc contribuer à résoudre les principaux problèmes qui se posent actuellement pour le recrutement des familles d'accueil.

#### IV. — LE PARRAINAGE

Une enquête récente a montré qu'il était nécessaire de donner au parrainage une impulsion nouvelle.

En effet, en quatre ans, 3.100 parrainages ont été réalisés au total par les D.D.A.S.S. Mais les pratiques départementales sont très diverses puisque plus de la moitié des parrainages ont été effectués par quatre départements.

Or, les résultats obtenus paraissent encourageants puisque les échecs représentent seulement le quart des cas.

C'est pourquoi une circulaire du 30 juin 1978 du ministère de la Santé et de la Famille a rappelé aux D.D.A.S.S. l'intérêt de cette formule de soutien aux enfants de l'Aide sociale à l'enfance placés en établissements et délaissés ou abandonnés par leurs parents.

L'accent est notamment mis sur le fait que le parrainage ne pourra se développer que si une attention très particulière est portée au choix des parrains. Il faut, en effet, éviter de donner aux intéressés de faux espoirs : le parrainage ne doit pas être un substitut à l'adoption, et il est souvent indispensable de ne pas perturber des enfants qui ont déjà rencontré de sérieuses difficultés dans leur vie : la stabilité du parrainage doit donc être assurée au mieux.

C'est pourquoi une information très précise sur les enfants concernés et sur les obligations qui résultent du parrainage sera donnée à tous les candidats au parrainage afin qu'ils puissent s'engager en toute connaissance de cause. Les parrains doivent notamment être conscients que le parrainage ne se résume pas à des interventions épisodiques mais consiste en une véritable prise en charge effective à laquelle il ne peut être mis fin brusquement sans risquer de provoquer des troubles graves chez l'enfant ou l'adolescent concerné.

ANNEXE N° 4

AIDE SOCIALE AUX PERSONNES AGÉES

EFFECTIFS DE BÉNÉFICIAIRES EN 1977

(Source : ministère de la Santé et de la Famille.)

	France métropolitaine	D.O.M.	Total
<b>I. — Aides à domicile.</b>			
1. Allocations simples .....	1.540	4.990	6.530
2. Aide ménagère :			
a) Allocation représentative de services ménagers (allocation en espèces) .....	11.000	»	11.000
b) Services ménagers (allocation en nature) :			
— nombre de bénéficiaires ....	34.400	100	34.500
— nombre d'heures .....	8 millions	0,03 million	8,1 million
3. Foyers restaurants .....	39.000	»	39.000
<b>II. — Hébergement.</b>			
1. Etablissements publics :			
— valides .....	89.700	300	90.000
— invalides .....	65.600	280	65.900
2. Etablissements privés :			
— valides .....	20.500	10	20.600
— invalides .....	8.700	70	8.800
3. Placement familial .....	1.200	»	1.200
4. Logements foyers .....	14.200	»	14.200
<b>Total II .....</b>	<b>200.000</b>	<b>4.700</b>	<b>200.700</b>

Ratios :

- Bénéficiaires d'aide ménagère (2 a + 2 b) en % des plus de 63 ans .... 0,6 %
- Bénéficiaires d'une aide à l'hébergement (Total II) en % des plus de 65 ans 2,66 %

## ANNEXE N° 5

### NOTE SUR LES CONSÉQUENCES DE LA GÉNÉRALISATION DE L'ASSURANCE MALADIE SUR L'AIDE MÉDICALE

(Source : ministère de la Santé et de la Famille.)

Il convient tout d'abord de préciser que la loi n° 78-2 du 2 janvier 1978 relative à la généralisation de la Sécurité sociale ne connaît pas encore son plein effet. Ses textes d'application ne sont pas tous parus, et, lorsqu'ils le seront, il faudra encore compter un certain délai pour la « montée en charge » de l'assurance personnelle.

A terme, un nombre important de « non-assurés sociaux » devrait relever de l'assurance maladie, soit par la création du régime spécial du clergé (loi n° 78-1), soit par l'extension de la notion d'ayants-droit (concubines : article 13 de la loi n° 78-2), soit par l'extension du champ d'application du régime des étudiants (lycéens âgés, moniteurs éducateurs peut-être...), soit par la prise en charge de cotisations par la C.N.A.F., soit enfin par l'affiliation à l'assurance personnelle, qui se substituera aux anciennes assurances volontaires dans des conditions plus larges.

L'aide médicale conserverait alors, outre la prise en charge de cotisations d'assurance personnelle, quatre fonctions :

#### 1° Prise en charge des soins aux non-assurés sociaux.

*Il s'agira de trois catégories :*

— personnes qui ne peuvent pas adhérer à l'assurance personnelle : étrangers ne résidant pas en France ;

— personnes qui ne veulent pas adhérer à l'assurance personnelle, pour des raisons diverses : parce qu'elles ont des ressources suffisantes pour supporter la charge de leurs soins (revenus de capitaux importants, prostituées) parce qu'elles n'ont pas de domicile fixe, ni de revenus stables (nomades, vagabonds) ; parce qu'elles ont négligé de faire les démarches nécessaires, ou bien les ignorent ; enfin, parce qu'elles préfèrent que l'obligation alimentaire soit mise en œuvre, dans le cadre de l'aide sociale, à l'occasion du paiement des soins, c'est-à-dire une fois la maladie survenue, plutôt que par le versement périodique d'une partie de la cotisation ;

— assurés sociaux dont les droits ne sont pas ouverts parce qu'ils ne se sont pas acquittés de leurs cotisations (non salariés non agricoles) ou bien, dans les autres régimes, parce qu'ils n'ont pas de références de travail suffisantes (200 heures dans le trimestre). Ces assurés peuvent, aux termes de la loi, adhérer à l'assurance personnelle, mais tous ne le feront peut-être pas.

Il est à remarquer que seules deux catégories seraient à la charge des collectivités locales dans le partage des compétences proposé par la loi cadre : assurés sociaux dont les droits ne sont pas ouverts ; population stable (ayant un domicile de secours fixe), résidant en France, démunie de ressources suffisantes, et ayant volontairement refusé d'adhérer à l'assurance personnelle (s'il s'agit d'un oubli ou de l'ignorance, les D.A.S. orienteront les demandeurs vers l'assurance personnelle, où les droits sont ouverts sans délai).

#### 2° Couverture du ticket modérateur pour les assurés sociaux.

Il est à noter :

— que la part des soins remboursés sans ticket modérateur par l'assurance maladie ne cesse de croître (54 % pour la C.N.A.M. en 1968, 69 % en 1978) ;

— que l'harmonisation des régimes d'assurance maladie diminuera l'importance du ticket modérateur pour la C.A.N.A.M. ;

— que la progression régulière du salariat s'accompagne d'une extension de la couverture mutualiste ;

— que l'institution du budget global comme mode de financement des hôpitaux peut difficilement accroître la participation demandée aux intéressés ; il est par ailleurs probable que cette dernière augmenterait moins vite que les dépenses de soins.

**3° Allocations mensuelles.**

Ce poste de faible importance, devrait diminuer car il concerne les non-assurés sociaux (3,1 millions de francs en 1977).

**4° Interruption volontaire de grossesse.**

Financièrement, la charge en est peu importante (8,7 millions de francs en 1977).

ANNEXE N° 6

**CONSÉQUENCES FINANCIÈRES  
DES TRANSFERTS DE COMPÉTENCE PROPOSÉS**

(En millions de francs.)

Départements	Modifications des charges entrainées par la nouvelle répartition des compétences				Allègements des charges de Justice
	Aide sociale	Bourses scolaires	Transport scolaire	Total	
Ain .....	6,8	11,1	11,9	29,8	— 0,9
Aisne .....	— 0,2	16,5	14,0	30,3	— 1,8
Allier .....	10,3	13,7	6,4	30,4	— 6,1
Alpes-de-Haute-Provence .....	3,2	2,7	2,3	8,2	— 0,6
Hautes-Alpes .....	7,6	3,2	1,9	12,7	— 2,1
Alpes-Maritimes .....	— 26,4	14,4	3,2	— 8,8	— 14,0
Ardèche .....	14,8	12,2	4,9	31,9	— 2,2
Ardennes .....	— 8,1	11,6	7,5	11,0	— 0,8
Ariège .....	7,5	5,3	2,3	15,10	— 0,5
Aube .....	— 11,3	5,4	5,4	— 0,5	— 3,5
Aude .....	10,1	10,8	6,3	27,2	— 1,4
Aveyron .....	1,6	14,7	6,6	22,9	— 1,4
Bouches-du-Rhône .....	— 19,0	29,0	20,0	30,0	— 17,4
Calvados .....	— 39,4	18,3	14,5	— 6,6	— 1,9
Cantal .....	6,6	11,1	3,4	21,1	— 1,0
Charente .....	5,4	12,2	8,9	26,5	— 1,3
Charente-Maritime .....	7,8	16,2	9,0	33,0	— 2,0
Cher .....	0,5	9,7	6,3	16,5	— 2,0
Corrèze .....	12,3	11,7	5,9	29,9	— 1,1
Corse du Sud .....	9,5	12,1	1,7	23,3	— 2,6
Haute-Corse .....	8,2	4,3	2,7	15,2	— 1,6
Côte-d'Or .....	0,0	12,2	9,1	21,3	— 1,8
Côtes-du-Nord .....	30,5	28,0	9,2	67,7	— 1,5
Creuse .....	7,3	8,2	4,4	19,9	— 0,7
Dordogne .....	27,1	12,1	9,1	48,3	— 1,6
Doubs .....	1,3	15,4	9,7	26,4	— 1,4
Drôme .....	13,4	13,0	9,0	35,4	— 2,4
Eure .....	1,2	10,9	9,7	21,8	— 1,8
Eure-et-Loir .....	— 6,2	7,7	7,7	9,2	— 4,3
Finistère .....	28,0	32,1	15,6	75,7	— 3,2
Gard .....	25,9	16,5	8,9	51,3	— 2,3
Haute-Garonne .....	— 6,3	18,9	12,4	25,0	— 10,00
Gers .....	7,7	9,3	6,1	23,1	— 1,0
Gironde .....	— 22,4	24,6	16,1	18,3	— 3,5
Hérault .....	— 1,7	19,3	8,1	25,7	— 4,0
Ille-et-Vilaine .....	18,6	32,2	14,5	65,3	— 2,2
Indre .....	4,9	9,9	4,8	19,6	— 1,3
Indre-et-Loire .....	9,6	17,0	7,6	34,2	— 2,7
Isère .....	2,8	24,2	14,2	41,2	— 4,8
Jura .....	2,5	8,7	6,5	17,7	— 1,2
Landes .....	13,3	11,8	8,1	33,2	— 1,7
Loir-et-Cher .....	6,9	8,0	5,7	20,6	— 1,6
Loire .....	1,5	34,1	8,3	43,9	— 2,7
Haute-Loire .....	6,9	12,9	3,5	23,3	— 1,0
Loire-Atlantique .....	— 5,7	32,1	21,6	48,0	— 9,7

Départements	Modifications des charges entraînées par la nouvelle répartition des compétences				Allégements des charges de justice
	Aide sociale	Bourses scolaires	Transport scolaire	Total	
Loiret .....	— 6,1	11,8	6,9	12,6	— 2,1
Lot .....	6,5	6,7	2,8	16,0	— 0,6
Lot-et-Garonne .....	4,5	12,0	5,5	22,0	— 1,3
Lozère .....	8,0	5,7	1,7	15,4	— 0,4
Maine-et-Loire .....	— 0,1	25,5	12,1	37,5	— 1,5
Manche .....	— 18,9	21,8	7,4	10,3	— 2,3
Marne .....	— 17,2	11,7	9,4	3,9	— 3,2
Haute-Marne .....	— 2,0	8,8	4,8	11,6	— 1,7
Mayenne .....	7,5	11,8	7,2	26,5	— 0,8
Meurthe-et-Moselle .....	— 22,4	22,2	15,0	14,8	— 2,2
Meuse .....	— 0,1	7,5	6,7	14,1	— 1,3
Morbihan .....	20,5	28,4	17,7	66,6	— 1,8
Moselle .....	— 17,5	39,1	20,3	41,9	— 8,3
Nièvre .....	0,5	7,7	5,7	13,9	— 2,0
Nord .....	— 6,6	84,1	32,1	109,6	— 11,5
Oise .....	— 7,1	14,8	14,3	22,0	— 4,0
Orne .....	1,4	12,4	7,5	21,3	— 1,7
Pas-de-Calais .....	10,1	67,1	19,8	97,0	— 4,6
Puy-de-Dôme .....	5,8	20,4	7,8	34,0	— 5,6
Pyrénées-Atlantiques .....	16,7	22,8	9,3	48,8	— 3,1
Hautes-Pyrénées .....	11,9	9,8	4,8	26,5	— 0,9
Pyrénées-Orientales .....	8,1	9,1	5,6	22,8	— 1,8
Bas-Rhin .....	— 19,8	24,6	11,1	15,9	— 4,6
Haut-Rhin .....	— 15,7	17,4	9,3	11,0	— 3,6
Rhône .....	— 40,6	34,6	19,7	13,7	— 8,1
Haute-Saône .....	0,7	8,4	5,8	14,9	— 1,0
Saône-et-Loire .....	7,5	20,1	14,3	41,9	— 2,0
Sarthe .....	— 5,5	16,7	8,6	19,8	— 2,9
Savoie .....	2,0	10,3	7,0	19,3	— 2,1
Haute-Savoie .....	4,4	12,0	10,4	26,8	— 2,3
Paris .....	— 337,8	17,4	1,8	— 318,6	0
Seine-Maritime .....	— 48,9	30,4	16,2	— 2,3	— 14,0
Seine-et-Marne .....	— 5,8	14,4	17,9	26,5	— 3,2
Yvelines .....	— 12,3	11,5	13,7	12,9	— 8,5
Deux-Sèvres .....	11,4	15,8	7,3	34,5	— 0,6
Somme .....	— 11,6	20,4	10,2	19,0	— 1,4
Tarn .....	0	13,9	4,5	18,4	— 3,5
Tarn-et-Garonne .....	8,5	7,9	4,3	20,7	— 0,6
Var .....	— 3,3	13,3	8,6	18,6	— 2,3
Vaucluse .....	— 1,2	11,6	6,0	16,4	— 1,7
Vendée .....	22,8	22,7	9,2	54,7	— 3,2
Vienne .....	5,7	16,2	7,7	29,6	— 1,9
Haute-Vienne .....	13,5	11,5	5,9	30,9	— 2,7
Voies .....	— 10,8	15,5	10,0	14,7	— 1,4
Yonne .....	— 1,3	8,6	9,5	16,8	— 2,5
Territoire de Belfort .....	— 1,5	3,3	2,1	3,9	— 0,6
Essonne .....	— 12,8	11,2	12,1	10,5	— 16,8
Hauts-de-Seine .....	— 67,1	14,1	1,3	— 51,7	— 41,7
Seine-Saint-Denis .....	— 32,1	22,9	1,8	— 7,4	— 7,4
Val-de-Marne .....	— 40,9	16,0	1,4	— 23,5	— 3,7
Val-d'Oise .....	— 1,3	32,6	7,9	39,2	— 3,1
France (ontière) .....	— 419,8	1.606,4	849,8	2.036,4	— 349,6

N.B. : Document élaboré par la commission des Lois sur la base des simulations effectuées par le ministère de l'Intérieur.

ANNE

**DONNÉES DIVERSES PERMETTANT D'APPRÉCIER LES  
ET LEURS BESOINS EN**  
(Statistiques départementales)

Départements	Population	Population	%	%	%
	du département en 1968	du département en 1975	de + 65 ans 1968	de + 65 ans 1975	d' « assistés » 1975
	1	2	3	4	5
1 Ain .....	339.300	376.400	13,7	13,7	1,98
2 Aisne .....	526.300	533.900	12,1	13,5	5,24
3 Allier .....	387.400	378.400	17,1	18,6	3,43
4 Alpes-de-Haute-Provence .....	104.800	112.200	15,3	17,1	2,13
5 Alpes (Hautes) .....	91.800	97.300	14,3	15,5	2,96
6 Alpes-Maritimes .....	722.100	816.700	19,4	21,4	3,79
7 Ardèche .....	256.900	257.100	15,8	17,1	3,00
8 Ardennes .....	310.000	309.300	11,9	12,7	0,55
9 Ariège .....	138.500	137.900	20,1	22	3,95
10 Aube .....	271.500	284.800	14,4	15,3	4,12
11 Aude .....	278.200	272.400	18,4	20,9	7,66
12 Aveyron .....	281.600	278.300	16,5	18,6	2,26
13 Bouches-du-Rhône .....	1.470.300	1.633.000	12,7	13,6	5,59
14 Calvados .....	519.700	561.000	10,7	11,4	3,65
15 Cantal .....	169.400	166.600	15,3	17,4	5,69
16 Charente .....	331.000	337.000	15,3	16,6	2,34
17 Charente-Maritime .....	483.600	497.900	15,1	16,8	
18 Cher .....	304.600	316.300	16,7	17,4	3,22
19 Corrèze .....	237.900	240.400	18,2	20	6,45
2A Corse-du-Sud .....	210.200	227.000	N.D.	16,7	8,86
2B Haute-Corse .....					
21 Côte-d'Or .....	421.200	456.100	13,8	13,3	2,26
22 Côtes-du-Nord .....	507.200	525.500	14	15,6	2,22
23 Creuse .....	156.900	146.200	21,8	24,7	3,65
24 Dordogne .....	374.100	373.200	17,2	19,5	5,22
25 Doubs .....	426.400	471.100	9,7	10	1,77
26 Drôme .....	342.900	361.800	13,5	14,7	2,30
27 Eure .....	383.400	423.000	12,3	12,7	3,26
28 Eure-et-Loir .....	302.200	335.200	13,2	13,9	2,60
29 Finistère .....	771.500	804.100	13,6	15	1,21
30 Gard .....	478.500	494.600	14,6	16,2	5,06
31 Garonne (Haute-) .....	690.700	777.400	13,6	13,9	5,33
32 Gers .....	181.900	175.400	16,8	19,1	4,01
33 Gironde .....	1.009.400	1.061.500	15	15,4	3,19
34 Hérault .....	591.400	648.200	16	17	4,16
35 Ille-et-Vilaine .....	656.200	702.200	11,3	12,2	4,61
36 Indre .....	247.200	248.500	17,2	19,5	4,31
37 Indre-et-Loire .....	437.900	478.600	13,9	14,3	3,66
38 Isère .....	768.500	860.400	11,4	11,7	1,69
39 Jura .....	233.500	238.900	14,3	15,5	1,79
40 Landes .....	277.400	288.300	16,2	17,9	4,28
41 Loir-et-Cher .....	267.900	283.700	15,8	17,3	2,52
42 Loire .....	722.400	742.400	13,2	13,8	2,98
43 Loire (Haute-) .....	208.600	205.500	16,8	18,2	2,35
44 Loire-Atlantique .....	861.500	934.500	11,4	11,8	2,57
45 Loiret .....	430.600	490.200	14,2	14,2	1,59
46 Lot .....	151.200	150.700	17,7	19,7	4,27
47 Lot-et-Garonne .....	290.800	288.300	15,6	17,4	5,30

(1) En francs.



XE N° 7

**CAPACITÉS CONTRIBUTIVES DES DIFFÉRENTS DEPARTEMENTS  
MATIÈRE D'AIDE SOCIALE  
1976 ; sauf Paris et D.O.M.)**

Potentiel fiscal départemental (1)	Dépenses de fonctionnement (2)	Dépenses d'aide sociale (2)	Charge sociale nette du département (2)	Dépense d'aide sociale par habitant (1)	8/7 (%)	9/7 (%)	9/8 (%)	10/6	No du dépt
6	7	8	9	10	11	12	13	14	
254,89	212,4	93,2	16,9	247,6	43,88	8,20	18,18	0,97	1
242,72	400,2	186,4	48,4	349,2	46,58	12,66	26,00	1,44	2
214,32	222,5	100,9	28,2	266,8	45,34	13,25	27,97	1,24	3
250,77	65,9	33,4	3,4	280,3	47,64	5,38	10,82	1,11	4
201,08	84,9	28,6	4,2	294,2	33,69	5,21	14,68	1,46	5
281,88	439,6	239	101,9	292,6	54,37	23,53	42,63	1,03	6
184,20	131,9	53,6	5,6	208,5	40,64	4,34	10,44	1,13	7
234,60	180	94	17,3	304	52,22	10,29	18,40	1,29	8
205,02	61,7	30,4	3,3	220,4	49,27	6,54	10,85	1,07	9
224,38	156,6	71,4	16,6	250,7	45,59	11,59	23,24	1,11	10
177,22	192	112,2	15,8	412	58,44	8,84	14,08	2,32	11
179,64	161,6	66,6	7,5	239,5	41,21	4,96	11,26	1,33	12
287,94	1.036,5	768	152,6	470	74,13	15,65	19,86	1,63	13
240,27	400	251,3	90,3	448	62,82	23,17	35,93	1,86	14
152,37	110,2	56,6	7,5	340	51,36	7,06	13,25	2,23	15
223,14	186,4	99,6	22,7	295,5	53,43	13,29	22,79	1,32	16
199,41	299,1	153,6	28,3	308,5	51,35	10,19	18,42	1,55	17
209,29	207,4	101,1	19,6	319,5	48,69	11,24	19,39	1,53	18
196,73	131,3	63,1	10,09	262,4	48,03	7,89	16,00	1,33	19
136,81	132,4	83,3	2,8	648	62,92	3,24	3,36	4,74	2A
263,82	113,4	79,5	2,7	495,4	70,16	2,95	3,39	1,87	2B
254,85	269,2	131,8	25	289	48,96	9,71	18,98	1,13	21
163,39	292,5	148,9	25,6	283,4	50,90	9,14	17,19	1,73	22
134,26	98,28	43,85	7,01	300	44,61	9,05	15,99	2,23	23
165,41	187,7	120,7	16,4	323,5	64,30	8,99	13,58	1,95	24
266,40	205,3	113,3	33,5	240,5	55,18	16,71	29,57	0,90	25
286,63	212,7	101,9	18,9	281,6	47,90	10,07	18,55	0,98	26
245,57	241,3	141,3	35,6	354,2	58,55	15,58	25,19	1,36	27
258,72	174,8	96,3	20,5	287,2	55,09	16,35	21,29	1,11	28
177,90	369,5	213,7	24,3	265,8	57,83	7,28	11,37	1,49	29
212,47	275,2	166,3	34,4	336,2	60,42	12,71	20,68	1,58	30
227,46	402,6	241,6	89	310,8	60,00	24,14	36,83	1,36	31
161,59	123,2	59	8,1	336,6	47,88	7,01	13,76	2,08	32
249,68	492,4	288,5	96,1	271,8	58,59	19,82	33,32	1,09	33
213,56	345,5	208	46	321	60,20	13,65	22,11	1,50	34
187,87	451,4	223,6	54	318,5	49,53	12,24	24,15	1,69	35
190,68	148,3	63	11,7	253,4	42,48	8,78	18,57	1,33	36
235,51	231	138,2	30,5	288,8	59,82	13,45	22,03	1,23	37
273,02	472,2	251,6	47,7	292,4	53,28	11,63	18,95	1,07	38
250,86	155,4	57,5	16	240,7	37,00	10,74	27,82	0,96	39
196,92	163,8	75,1	9,7	260,5	45,84	6,67	12,91	1,32	40
225,80	200,2	81,9	13,9	289	40,90	7,36	16,91	1,28	41
227,19	295,5	157,8	29,3	212,5	53,40	10,62	18,57	0,93	42
154,96	119	38,8	6	188,5	32,60	5,16	15,54	1,22	43
231,03	519,8	270,9	98	289,8	52,11	19,14	36,18	1,26	44
259,15	231,3	127	23,2	259	54,90	12,65	18,27	1,00	45
158,32	92,25	43	4,7	285,6	46,66	5,5	10,85	1,81	46
191,72	174,2	97,2	17,4	332,2	55,80	10,15	17,94	1,73	47

(2) En millions de francs.

Départements	Population	Population	%	%	%
	du département en 1968	du département en 1975	personnes de + 65 ans 1968	personnes de + 65 ans 1975	d' « assistés » 1975
	1	2	3	4	5
48 Lozère .....	77.300	74.800	17,3	18,7	6,14
49 Maine-et-Loire .....	584.700	629.900	12,1	12,3	1,47
50 Manche .....	451.900	451.700	11,5	13,8	4,02
51 Marne .....	488.500	530.400	11,6	11,7	2,28
52 Marne (Haute-) .....	214.300	212.300	12,5	13,7	2,04
53 Mayenne .....	252.800	261.800	11,7	12,9	4,88
54 Meurthe-et-Moselle .....	705.400	722.600	10,6	11,6	1,92
55 Meuse .....	209.500	203.900	13,5	14,6	2,99
56 Morbihan .....	541.800	536.600	12,2	13,3	2,32
57 Moselle .....	971.300	1.006.400	9	9,8	0,96
58 Nièvre .....	247.700	245.200	18,1	19,5	2,67
59 Nord .....	2.417.900	2.510.800	11,7	12	5,13
60 Oise .....	541.000	606.300	11,7	11,4	4,79
61 Orne .....	288.500	293.500	12,2	13,3	8,64
62 Pas-de-Calais .....	1.397.200	1.403.000	10,9	12	5,17
63 Puy-de-Dôme .....	550.700	580.000	13,8	14,1	1,75
64 Pyrénées-Atlantiques .....	510.300	534.700	14,6	16,4	4,62
65 Pyrénées (Hautes-) .....	225.700	227.200	14,7	16,5	2,82
66 Pyrénées-Orientales .....	282.000	299.500	17,0	19,3	4,94
67 Rhin (Bas-) .....	827.000	882.100	12,1	12,9	2,10
68 Rhin (Haut-) .....	585.000	635.200	12,5	12,8	2,72
69 Rhône .....	1.325.600	1.429.700	11,4	11,6	3,20
70 Saône (Haute-) .....	214.200	222.200	14,8	15,5	1,85
71 Saône-et-Loire .....	550.400	569.800	15,3	16,3	2,65
72 Sarthe .....	461.800	490.400	12,5	13,4	2,98
73 Savoie .....	288.900	305.100	12,1	12,7	2,45
74 Savoie (Haute-) .....	378.600	447.800	10,8	11	1,28
76 Seine-Maritime .....	1.114.000	1.172.700	10,7	11,7	3,47
77 Seine-et-Marne .....	604.300	755.800	12,5	11,5	2,49
78 Yvelines .....	853.400	1.082.300	9,1	8,6	1,41
79 Sèvres (Deux-) .....	326.500	335.800	14,3	15,3	4,36
80 Somme .....	512.100	538.400	13,2	13,8	5,23
81 Tarn .....	332.000	338.000	16	17,6	2,12
82 Tarn-et-Garonne .....	183.600	183.300	15,7	17,6	4,35
83 Var .....	555.900	626.100	14,8	16,7	3,92
84 Vaucluse .....	354.000	390.400	13,1	14,4	3,68
85 Vendée .....	421.300	450.600	13,3	14,4	2,97
86 Vienne .....	340.300	357.400	14,9	15,9	1,98
87 Vienne (Haute-) .....	341.600	352.100	17,5	19,2	4,68
88 Vosges .....	388.200	397.900	12,6	14	1,50
89 Yonne .....	283.400	299.800	18,5	18,7	0,89
90 Territoire de Belfort .....	118.500	128.100	11,7	12	3,20
91 Essonne .....	674.200	923.100	9,3	8,1	2,09
92 Hauts-de-Seine .....	1.461.600	1.438.900	10,7	12	1,59
93 Seine-Saint-Denis .....	1.262.500	1.322.100	9,3	9,7	5,33
94 Val-de-Marne .....	1.132.200	1.215.700	10,1	10,5	2,39
95 Val-d'Oise .....	702.200	840.900	9,5	8,9	4,45

(1) En francs.

Potentiel fiscal départemental (1)	Dépenses de fonctionnement (2)	Dépenses d'aide sociale (2)	Charge sociale nette du département (2)	Dépense d'aide sociale par habitant (1)	8/7 (%)	9/7 (%)	9/8 (%)	10/6	No du dépt
6	7	8	9	10	11	12	13	14	
137,12	63,9	34,7	4,4	464,6	54,30	7,16	12,77	3,39	48
197,66	249,3	146	30,6	231,8	58,56	12,95	20,96	1,17	49
173,94	253,3	134,9	48	298,7	53,25	19,50	35,58	1,71	50
281,51	291,1	160,2	44,5	302	55,03	15,83	27,77	1,07	51
206,88	119,4	51,5	7,5	242,4	43,13	6,46	14,56	1,17	52
196,74	159,5	67,1	15,1	256,4	42,06	9,66	22,58	1,30	53
273,04	341,5	209,2	57,4	290	61,25	18,02	27,43	1,06	54
208,94	131,9	59,4	10,8	291,3	45,03	8,45	18,18	1,39	55
154,48	380,9	187,4	24,3	332,5	49,19	7,25	12,97	2,15	56
279,26	425,3	228,2	48	226,8	53,65	12,15	21,03	0,81	57
206,94	153	75,7	15,2	308,7	49,47	10,05	20,08	1,49	58
256,61	1.298	898,7	204,7	358	69,23	16,29	22,78	1,39	59
279,62	394,1	220	51,6	362,7	55,83	14,60	23,45	1,30	60
206,17	208	113,6	26,2	387	54,61	13,54	23,11	1,88	61
193,37	765,8	509,2	81,9	363	66,49	11,02	16,09	1,88	62
227,03	261,2	124,4	22,1	214,5	47,63	8,62	17,76	0,94	63
217,79	317,5	164,1	29	307	51,70	9,79	17,67	1,41	64
206,79	147,1	89,4	12,5	393,5	60,77	8,81	13,98	1,90	65
216,89	190,3	106	15,8	354	55,70	8,71	14,91	1,63	66
263,76	353,7	190,5	41,2	216	53,85	12,60	21,62	0,82	67
276,27	302,2	179	36,5	282	59,23	13,08	20,39	1,02	68
301,22	758,7	464,6	90,5	325	61,24	12,77	19,48	1,08	69
187,22	133,5	63,6	10,1	286,1	47,64	8,37	15,91	1,53	70
236,29	266,1	119,3	17,8	209,4	44,82	7,43	14,92	0,89	71
214,01	280,8	136,6	44,6	278,5	48,64	16,28	32,7	1,30	72
308,60	205,2	83,6	20,3	273,9	40,74	8,71	19,5	0,89	73
287,63	192,3	78,4	23,1	175	40,76	12,99	29,46	0,61	74
645,55	690,3	442,2	176,4	377,1	64,05	26,08	39,89	1,25	76
302,77	413,9	229,2	71,9	303,3	55,37	18,93	31,37	1,14	77
266,63	431,2	268,8	92,6	248,4	62,33	23,36	34,45	0,73	78
337,79	170,5	79,1	12,7	235,5	46,39	7,73	16,06	1,24	79
190,60	328	185,3	53,1	344,1	56,49	16,53	28,66	1,50	80
229,22	153,1	72,1	11,8	213,5	47,09	7,8	16,37	1,12	81
190,98	87,00	47,4	6,47	258,8	54,48	7,89	13,65	1,43	82
180,82	291,7	185	25,8	295,5	63,42	9,02	13,95	1,30	83
228,17	246,5	144,5	32,8	370,3	58,62	14,2	22,70	1,47	84
251,08	210,2	97,9	12,8	217,2	46,57	7,35	13,07	1,17	85
186,10	203	112,6	16,25	315	55,47	8,43	14,43	1,71	86
184,61	219,7	133,4	19,6	378,7	60,72	10,54	14,69	1,88	87
201,29	204,1	90,2	16,1	226,6	44,19	8,20	17,84	0,99	88
230,38	198,3	100,7	21,2	335,7	50,78	10,91	21,05	1,52	89
221,61	60,75	31,4	11,9	245	51,68	20,05	38,12	0,97	90
252,26	419,2	241,6	67,38	261,7	57,63	18,22	27,88	0,93	91
281,59	892	527,5	179,6	366,6	59,14	28,17	34,05	0,76	92
479,76	768,3	477,6	144,8	361,2	62,16	27,30	30,32	1,20	93
299,94	744,8	496	134,2	408	66,59	27,35	27,06	1,49	94
274,46	439,6	293	89,5	348,4	66,65	21,51	30,56	1,42	95
244,57									

(2) En millions de francs.