

SÉNAT

PREMIERE SESSION ORDINAIRE DE 1974-1975

Annexe au procès-verbal de la séance du 21 novembre 1974.

AVIS

PRÉSENTÉ

*au nom de la Commission des Affaires sociales (1), sur le projet
de loi de finances pour 1975, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE.*

TOME II

Travail et Santé

SECTION COMMUNE ET SECTION SANTÉ

Par M. Lucien GRAND,

Sénateur.

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

Assemblée Nationale (5° législ.) : 1180 et annexes, 1230 (tomes I à III et annexe 29), 1231 (tome XIII) et in-8° 169.

Sénat : 98 et 99 (tomes I, II et III, annexe 33) (1974-1975).

SOMMAIRE

	pages
Introduction	5
PREMIÈRE PARTIE : La « section commune »	7
DEUXIÈME PARTIE : La Santé publique	9
I. — <i>Présentation rapide du budget et de son évolution</i>	9
A. — L'action générale du ministère	10
1. Le fonctionnement des services	10
2. La formation des personnels sanitaires et sociaux	11
3. L'équipement sanitaire et social	11
4. La recherche médicale	12
B. — Les actions considérées comme prioritaires	13
1. L'amélioration du sort des défavorisés	13
2. La prévention des accidents et des nuisances	14
a) Protection maternelle et infantile	14
b) Accidents de la route	14
c) Défense contre les pollutions	14
3. La lutte contre l'alcoolisme	15
4. La régulation des naissances	15
II. — <i>Examen de divers problèmes spécifiques</i>	16
1. La crise du personnel de l'Administration	16
2. Le VI ^e Plan d'équipement	16
a) Son exécution	16
b) La procédure des bilans actualisés	18
c) La politique des équipements industrialisés	18
d) Le programme de création des crèches	19
3. L'aide sociale et médicale	21

	pages
4. L'application de la loi du 31 décembre portant réforme hospitalière ..	21
a) Coordination des secteurs public et privé	21
b) Mise en place des groupements interhospitaliers	22
c) Création de syndicats interhospitaliers	22
d) La réforme du prix de la journée	22
e) Le personnel médical	23
f) Les services d'aide médicale urgente (SAMU)	24
5. Les études médicales	25
a) Coordination des secteurs	25
b) Participation de l'Etat aux dépenses	26
c) Les problèmes de démographie médicale	27
d) Les « reçus collés »	29
6. La politique psychiatrique	29
7. Les personnels paramédicaux	31
a) Effectifs en formation et en fonction	31
b) Les besoins	34
c) L'évolution de la crise dans le secteur hospitalier public	36
8. Le service de santé scolaire	38
9. La planification familiale	40
10. La rationalisation des choix budgétaires (RCB)	43
11. Exercice des professions de santé dans la perspective du Traité de Rome	48
III. — <i>Les travaux de la Commission</i>	50
Conclusion	55
Annexe : Tableaux relatifs aux dépenses d'aide sociale et médicale	57

MESDAMES, MESSIEURS,

Suivant le rythme des saisons, chaque automne nous apporte les prévisions budgétaires pour l'année qui s'annonce ; au même rythme, nous sommes conduits à constater l'éternelle remise en cause des structures gouvernementales et administratives du secteur social ; en l'espace de quelques années, encadrant des expériences de « grands ministères » des Affaires sociales, nous aurons connu d'étranges mouvements groupant, dissociant, combinant selon des formules toujours inédites la Santé publique, le Travail, la Sécurité sociale, la Population.

Tel est, quoi qu'il en soit, le contexte dans lequel a dû s'inscrire le travail de votre Commission. Saisie de problèmes à son sens artificiellement isolés les uns des autres, elle n'a pu que les traiter de manière séparée. Le présent avis sera principalement relatif au secteur de la Santé publique, après un développement consacré à la section demeurée, malgré les vicissitudes, commune aux deux ministères existant à l'heure actuelle : Santé et Travail.

PREMIÈRE PARTIE

LA SECTION COMMUNE

Présentation rapide des crédits et de leur évolution (1).

Les dépenses ordinaires, passant de 149,1 millions en 1974 à 700 millions, connaîtront une augmentation d'apparence spectaculaire, avec + 550,9 millions, soit 369,48 %.

Nous verrons qu'en réalité cette majoration a un caractère artificiel puisque 446,3 millions sur les 700 n'apparaissent dans cette partie du budget que comme conséquence d'une mesure purement administrative intéressant 11.970 emplois au total : 2.420 et 9.550 agents relevant respectivement, jusqu'à la fin de cette année, des services de la Sécurité sociale (Travail) et des services de l'Action sanitaire et sociale (Santé) seront directement rattachés à partir de 1975 à la section commune.

Ramenées au niveau des éléments comparables, les dépenses ordinaires croitraient en réalité de 104,6 millions, en atteignant 253,7 millions.

Pour les *dépenses en capital*, les autorisations de programme passant de 11,5 millions à 16,4 millions seront en augmentation de 4,9 millions, soit + 42,6 %, alors qu'en 1974 elles étaient en diminution de 27,3 %.

Les crédits de paiement passant au contraire de 16,5 millions à 15 millions seront en diminution de 9,1 %.

Au total les crédits de la section commune passant de 165,6 millions à 715 millions seront en augmentation nominale de 331,8 % ; si on regroupait fictivement les éléments du budget de 1974 selon la méthode mise en œuvre pour 1975, on aboutirait à un volume global de 599 millions et à un taux de majoration réelle de 19,3 %.

(1) Au cours de cette étude, les crédits seront, sauf indication contraire, arrondis à la centaine de mille francs la plus proche.

Pour l'essentiel les *mesures acquises* (+ 20 millions) consistent dans la transposition au niveau des personnels communs aux deux ministères sociaux des mesures générales ou catégorielles intéressant l'ensemble de la fonction publique.

Les *mesures nouvelles* comportent, notamment :

— la création proprement dite de 30 emplois d'attachés d'administration centrale des divers grades ; de 80 emplois, du grade d'inspecteur principal à celui de secrétaire administratif, dans les services de l'action sanitaire et sociale ; de 55 emplois, du grade d'inspecteur à celui de commis dans les services de la Sécurité sociale ; de 20 emplois d'infirmières de Santé scolaire, d'un emploi de directeur général du Laboratoire national de la Santé,

— le renforcement des moyens en personnel et de fonctionnement de la division informatique,

— la prise en charge de 6 agents (attachés d'administration, secrétaires d'administration et secrétaires-administratifs) jusque-là rémunérés par la Caisse nationale d'assurance maladie,

— la réduction des crédits affectés aux cabinets ministériels,

— la transformation, l'amélioration ou le transfert de divers emplois administratifs et techniques,

— l'augmentation des crédits de vacances pour le fonctionnement des commissions d'orientation et de reclassement des handicapés, du service de Santé scolaire, des services extérieurs, commissions et juridictions du contentieux technique de la Sécurité sociale.

*
**

DEUXIÈME PARTIE

SANTÉ PUBLIQUE

I. — Présentation rapide du budget et de son évolution.

Les dépenses ordinaires, passant de 9,56 milliards à 9,12 milliards, seront en diminution de 44 millions, soit — 4,58 % ; mais on ne peut comparer que ce qui est comparable ; il convient pour ce faire de prendre en considération certaines mesures qui, sans préjuger leur signification au fond, se traduisent au niveau budgétaire par un jeu d'écritures :

- le transfert déjà mentionné de 9.550 emplois et des dépenses de fonctionnement des services extérieurs de la Santé, qui doivent être gérés sur les fonds de la « section commune » : 406 millions ;
- le transfert à la « section travail », par suite de la nouvelle répartition des compétences entre le Ministre du Travail et celui de la Santé, des subventions à divers régimes spéciaux de retraites (mines, chemins de fer secondaires, rapatriés d'Algérie et d'outre-mer) et de la majoration des rentes mutualistes des anciens combattants : 2.68 milliards.

Pour apprécier justement l'évolution des dépenses ordinaires, il conviendrait donc d'ajouter fictivement ces 2,674 milliards aux 9,12 prévus pour 1975, soit 11,794 milliards. Il apparaîtrait alors une majoration de 23,3 %.

Pour les dépenses en capital, les autorisations de programme, passant de 1,173 milliard à 1,435 milliard seront en augmentation de 262 millions, soit 22,3 % ; les crédits de paiement passant de 10,550 milliards à 10,250 seront en diminution de 300 millions, soit 2,84 %.

Les mesures acquises comportent tout d'abord :

- l'application aux différentes catégories de personnels de dispositions intéressant l'ensemble de la fonction publique : revalorisation générale des rémunérations, améliorations catégorielles, ajustements touchant les cotisations et prestations sociales ;

-- la traduction budgétaire du transfert à la « Section Travail » de 2.420 emplois (et des crédits de fonctionnement correspondants) des services de la Sécurité sociale.

On y relève aussi :

— l'ajustement à des besoins accrus de divers crédits évaluatifs ou prévisionnels correspondant :

• à l'aide sociale et à l'aide médicale	1.100 millions
et	832 »
• à une participation aux frais de fonctionnement des services départementaux d'aide sociale	40 »
• à la protection générale de la santé publique	50 »
• à la prophylaxie et à la lutte contre les fléaux sociaux	116 »
soit, au total, pour ces seules grandes rubriques ..	<u>2.138 millions</u>

Quant aux *mesures nouvelles*, qui permettent d'apprécier les véritables orientations et les choix du Ministère pour l'exercice à venir, car elles en constituent la traduction en langage budgétaire, nous les découvrirons en présentant les améliorations et les innovations prévues pour 1975 tant dans le fonctionnement des services que dans le développement de certaines actions.

A. — L'ACTION GÉNÉRALE DU MINISTÈRE.

1° *Le fonctionnement des services.*

Nous avons déjà relevé, au niveau de la « Section Commune », la création de 30 postes d'attachés d'administration centrale et celle de 35 emplois d'inspecteurs auxquels s'ajouteront 45 emplois administratifs pour les Directions de l'Action sanitaire et sociale.

Ils viendront compléter les effectifs des ministères sociaux, cependant que 16 jeunes administrateurs civils leur auront déjà été affectés au cours de la présente année.

Nous avons trop longtemps déploré le caractère squelettique des structures administratives de ces services pour ne pas enregistrer avec satisfaction l'effort qui est accompli. Encore, ne suffit-il pas de recruter du personnel de qualité ; il faut surtout savoir le conserver à travers

les années et préserver le potentiel du dynamisme qu'il représente en l'utilisant d'une manière attractive, conforme à ses aspirations et à ses capacités. Nous savons tous qu'il s'agit d'un problème difficile...

Nous relevons, par ailleurs, la présence des moyens rendant possible, dans l'intérêt général, la fusion des corps des services extérieurs de l'action sanitaire et sociale et des directions régionales de la Sécurité sociale appartenant à la catégorie A.

Enfin, 20 créations de postes d'infirmières et l'augmentation des crédits de vacances aux médecins et autres agents permettront *l'amélioration relative du service de santé scolaire.*

2° La formation des personnels sanitaires et sociaux.

Un effort accentué sera consenti pour la formation des *infirmières.*

Les crédits de subvention aux écoles elles-mêmes ou aux établissements hospitaliers pour leurs écoles augmenteront de 16,25 millions par rapport à un volume actuel de crédits de 162,5 millions, cependant que les crédits de bourses aux élèves s'accroîtront de 2 millions.

Les subventions aux écoles de formation pour les *professions sociales* seront, de leur côté, en hausse de 23,75 millions.

Un crédit de 825.000 francs permettra le développement d'actions spécifiques de formation et de recyclage (les secours d'urgence, pour 740.000 francs, la création d'un cours international d'épidémiologie pour 85.000 francs) cependant que 100.000 francs pourront être économisés au titre des actions concernant la périnatalité.

La formation des personnels *assistants de direction des hôpitaux publics* se développe selon un rythme encourageant puisque l'Ecole nationale de la Santé publique accueillera 190 élèves en 1975 au lieu de 115 en 1974.

3° L'équipement sanitaire et social.

Avec un montant total d'autorisations de programme de 1.385 millions, on constate une hausse de 23 % par rapport à 1974.

Dans le secteur sanitaire, les autorisations de programme atteindront 1.045 millions, soit une majoration de 27 % par rapport à 1974, auxquels devraient s'ajouter les 235 millions à attendre d'un emprunt spécifique.

A concurrence de 360 millions, ces autorisations sont destinées à des centres hospitaliers régionaux et à un établissement d'intérêt national, le nouvel hôpital de Tarbes ; les plus gros volumes de crédits sont res-

pectivement destinés aux CHR d'Amiens-Sud, de Rennes-Sud et à l'hôpital de Bicêtre.

Pour les établissements de soins pour personnes âgées, on relève une sensible augmentation, qui atteint 124 %.

Les centres hospitaliers non régionaux, centres de convalescence, de cure et de réadaptation disposeront d'un montant d'autorisations de programme de 227 millions.

Dans le secteur social, les autorisations de programme atteindront 340 millions ; nous relevons que, pour l'essentiel, 104 millions permettront de subventionner les établissements sociaux d'aide à l'enfance, à l'adolescence et à la famille ; 68 millions, les établissements pour enfants handicapés ou inadaptés ; 59 millions, les établissements pour adultes handicapés ou inadaptés ; 62 millions, les établissements sociaux pour personnes âgées.

4° *La recherche médicale.*

Elle doit faire, en 1975, l'objet d'une attention privilégiée puisque la moitié environ de la totalité des créations de postes de chercheurs lui est réservée. *L'INSERM* (Institut national de la Santé et de la Recherche médicale) pourra recruter 45 chercheurs (directeurs, maîtres et chargés de recherche) et 55 techniciens et disposera, pour ce faire, de 17,7 millions ; il pourra, dans le même temps, consacrer 48 millions au développement ou à l'amélioration de ses unités de recherche et de leur infrastructure, ainsi qu'au lancement de nouvelles actions thématiques programmées. Ses moyens de fonctionnement passeront de 21 à 25 millions.

Le *SCPRI* (Service central de Protection contre les rayonnements ionisants) bénéficiera du recrutement de 3 ingénieurs ou techniciens de niveau élevé, d'une majoration de 800.000 francs de ses moyens de fonctionnement normaux et de 250.000 francs de la subvention qu'il reçoit du Ministère du Travail pour le contrôle de la protection des travailleurs.

L'Institut Pasteur dont chacun connaît maintenant les problèmes, faute d'en apercevoir peut-être la solution, devrait connaître une certaine atténuation de ses difficultés financières après la conclusion de la Convention du 9 juillet 1974 avec l'État.

Il bénéficiera, en 1975, d'une subvention de 21,4 millions (au lieu de 17 en 1974), comprenant : 2,27 millions supplémentaires au titre d'une aide qui devrait couvrir la moitié des dépenses de fonctionnement des centres nationaux de référence et d'expertise ; 2,08 millions supplémentaires au titre de la subvention traditionnelle de recherche.

De plus, 1,2 million d'autorisations de programme lui sont destinés.

L'Institut du Radium recevra 520.000 francs supplémentaires, soit au total, 3,07 millions, à titre de subvention de fonctionnement ; il pourra compter sur 500.000 francs d'autorisations de programme.

B. — LES ACTIONS CONSIDÉRÉES COMME PRIORITAIRES.

1° *L'amélioration du sort des défavorisés.*

Elle doit se manifester sous différentes formes et au bénéfice de diverses catégories parmi lesquelles nous retenons :

a) *Les personnes du troisième âge.* En plus des crédits prévus pour les articles correspondants des chapitres traditionnels (66-11 pour l'équipement sanitaire avec 31 millions et 66-20 pour l'équipement social avec 62 millions), un effort particulier sera entrepris sur la base de crédits dégagés, dans un chapitre nouveau 66-13, pour les subventions d'équipement en vue de l'« humanisation » des hôpitaux ; à ce titre, 40,85 millions et 87,15 millions sont affectés respectivement aux constructions traditionnelles et aux constructions industrialisées, soit au total 128 millions.

Une partie importante des 62 millions auxquels il vient d'être fait allusion permettront le renforcement des actions d'équipement tendant au maintien à domicile des personnes âgées : foyers, centres de jour, aide ménagère ; 14 autres millions seront affectés aux dépenses de fonctionnement correspondants.

b) *Les hospitalisés* bénéficieront eux aussi d'un programme « d'humanisation » des hôpitaux comportant la construction d'« unités de soins normalisées et d'hôpitaux nouveaux », la rénovation des établissements permettant d'obtenir la suppression des « salles communes » de si triste renommée. 20.000 lits ont été ainsi modernisés entre 1971 et 1974 ; 25.000 devraient l'être en 1975 grâce aux 107 millions prévus par le chapitre destiné aux opérations d'humanisation et à l'emprunt de 235 millions déjà mentionné.

L'entrée en vigueur de la toute récente « charte du malade » devrait compléter cet effort en améliorant au cours des prochains mois les conditions de l'accueil et de la vie à l'hôpital.

2° *La prévention des accidents et des nuisances.*

a) *La protection maternelle et infantile* sera améliorée par la mise en œuvre d'un certain nombre de dispositions nouvelles ou de moyens accrus.

— prise en charge partielle des frais de dépistage dans les centres d'action médico-sociale précoce et de surveillance sanitaire dans les écoles maternelles	0,8 million
— prise en charge des dépenses relatives au nouveau carnet de santé	1,75 million
— revalorisation des taux de vacation des médecins des services des P.M.I.	1,3 million
— poursuite du programme finalisé de périnatalité, se traduisant par la prise en charge au titre des dépenses obligatoires de P.M.I. de la part non remboursée par l'assurance maladie-maternité de certains frais d'examens par les centres de grossesse à haut risque	1,4 million
	<hr/>
	5,25 millions
	<hr/> <hr/>

Au total, l'effort supplémentaire se matérialiserait par 5,25 millions de francs, s'il ne fallait tenir compte d'une diminution de 1,5 million des subventions aux établissements hospitaliers pour l'amélioration des installations des services d'obstétrique. L'effort réel sera en définitive de 3,75 millions.

b) *L'action contre les effets des accidents de la route* se poursuit, dans le cadre du programme finalisé de sécurité routière, par la mise en place d'un nombre croissant de services d'aide médicale urgente (SAMU). Avec 2,26 millions venant s'ajouter aux dix millions de subventions ou de participation à leurs frais de fonctionnement, il sera possible de « lancer » 10 nouveaux services qui compléteront les 26 déjà en fonctionnement ; un crédit supplémentaire de 0,94 million s'ajoutera aux 2,8 déjà affectés aux frais de fonctionnement des hélicoptères et à la formation des personnels des transports sanitaires.

c) *La défense contre les pollutions* se développera grâce au renforcement des moyens d'information et de contrôle de l'INSERM et du SCPRI (0,65 million) et des crédits de subventions pour le contrôle de la pollution de l'atmosphère, des eaux et pour la réalisation d'études sur l'hygiène du milieu (0,43 million).

3° *La lutte contre l'alcoolisme.*

Chacun en connaît les ravages sur le plan de la mortalité comme sur celui de la morbidité, directe ou indirecte ; elle fera l'objet d'un article 93 (nouveau) du chapitre 47-13 ; un crédit de 1,05 million permettra de subventionner les associations venant en aide aux alcooliques, d'engager certaines enquêtes sous l'égide de l'OMS (Organisation mondiale de la santé) et de contribuer au financement de consultations d'hygiène alimentaire axées sur le dépistage précoce de l'alcoolisme.

4° *La régulation des naissances.*

303 établissements ou centres d'information, de consultation ou de conseil familial étaient en fonctionnement au milieu de 1974 sur la base d'une convention type avec l'Etat, prévoyant une subvention de 15 F par heure de consultation.

A la date du 15 août dernier, 80 centres de planification ou d'éducation familiale étaient en service ; ils sont partiellement financés par les caisses de sécurité sociale, les centres agréés pouvant d'autre part passer des conventions avec les services de P.M.I. La régulation des naissances qui doit aider les couples à planifier le rythme des naissances de leurs enfants, doit aussi leur permettre de lutter contre la stérilité involontaire.

A cette fin, 400.000 francs supplémentaires s'ajouteront aux 700.000 déjà votés pour permettre à l'Etat de subventionner les associations de recherches et d'études sur les problèmes de la pathologie de la procréation, cependant que 600.000 francs compléteront les crédits de subventions aux organismes nationaux et aux établissements d'information, de consultation ou de conseil familial.

*
**

Ainsi se présente, Mesdames, Messieurs, le projet de budget de la santé pour 1975 telles que se dégagent certaines de ses orientations capitales.

Nous compléterons cet exposé en évoquant aussi rapidement que possible quelques problèmes particuliers.

*
**

II. — Examen de divers problèmes spécifiques.

1. *La crise du personnel de l'administration.*

Nous avons constaté, dans les pages précédentes, qu'un certain effort devait être consenti au cours du prochain exercice pour essayer de combler les très larges déficits que nous déplorons depuis plusieurs années, au niveau de l'administration centrale comme à celui des services extérieurs et notamment des directions départementales de l'action sanitaire et sociale et du service de santé scolaire.

Mais l'amélioration qu'il est possible d'espérer sera légère ; elle le sera d'autant plus que d'année en année certaines missions nouvelles sont confiées au ministère ou que certains besoins nouveaux se manifestent. Nous citerons principalement :

- l'équipement et la planification, compte tenu de la déconcentration ;
- le renforcement du contrôle des établissements, spécialement les établissements privés ;
- la mise en œuvre du service unifié de l'enfance et l'accroissement des moyens de protection de la grossesse et de la petite enfance ;
- le développement des actions sanitaires et leur autorisation ;
- le développement des actions sociales et médico-sociales (personnes âgées, handicapés, migrants).

Le plan de renforcement des effectifs amorcé au titre des précédents budgets devra être poursuivi notamment en ce qui concerne le personnel d'inspection et le personnel administratif de catégorie B. Par ailleurs, la situation des effectifs des infirmières de santé scolaire et l'insuffisance très grave des moyens actuels nécessitent des créations d'emplois dans cette catégorie.

*
**

2. *Le VI^e Plan d'équipement.*

a) *Son exécution.*

Ainsi qu'elle le fait chaque année, votre Commission s'est préoccupée de connaître l'état d'exécution du VI^e Plan.

On se souviendra avec quelque nostalgie de l'époque où, malgré les difficultés déjà rencontrées pour tenir, à travers les exercices financiers, les promesses que l'Etat se faisait à lui-même, on affirmait, au moins au niveau des principes, l'existence de l'« ardente obligation ». Les années ont passé et, de défaillances en complications pour obtenir une appréciation globale de l'effort consenti, nous sommes nombreux, dans cette Assemblée, à avoir senti faiblir, presque jusqu'à l'épuisement, la volonté d'engagement des pouvoirs publics.

Force nous est de reconnaître aujourd'hui que la grande idée de planification s'en est allée comme elle pouvait à travers écueils et irrésolutions, et qu'il n'en subsiste plus guère qu'un faisceau plus ou moins mal coordonné d'intentions... C'est, à notre sens, bien regrettable. Quoi qu'il en soit, on se rappelle que le VI^e Plan d'équipement sanitaire et social avait prévu une « hypothèse haute » et une « hypothèse basse » avec respectivement :

- pour l'équipement sanitaire, 3.600 millions et 3.100 millions d'autorisations de programme ;
 - pour l'action sociale, respectivement 1.250.000 et 1.100.000 francs ;
 - pour les départements et territoires d'outre-mer, respectivement 257.880 et 249.290 francs
- soit, au total environ 5.108 et 4.449 millions de F.

A la fin de 1975, les taux d'exécution devraient se situer, en francs constants 1970 :

- pour l'équipement sanitaire, entre 83,22 et 96,64 % ;
 - pour l'action sociale, entre 75,95 et 86,31 % ;
 - pour les DOM-TOM, entre 67,03 et 69,34 %
- au total, entre 80,62 % et 92,5 %.

Ces indications sont données sous toutes réserves, car votre Commission n'a pas été à même de les vérifier par elle-même ; il est vraisemblable qu'en tout état de cause on sera, dans la réalité, plus près de l'hypothèse basse que de l'hypothèse haute ; les taux d'exécution paraîtront, à première vue, plus satisfaisants, mais il va sans dire qu'il ne s'agira alors que d'une illusion

Eprouvera-t-on une satisfaction compensatoire en constatant que, comparé à la compression générale des crédits d'équipement, en 1975, le ministère de la Santé fera, malgré tout, figure de privilégié ?

b) *La procédure des bilans actualisés*
(investissement plus fonctionnement).

Les décrets des 13 novembre et 23 décembre 1970 portant déconcentration des décisions de l'Etat en matière d'investissements publics ont eu pour effet de dessaisir l'administration centrale de l'instruction de la plupart des dossiers relatifs aux investissements sanitaires et sociaux financés avec la participation de l'Etat.

Les services extérieurs ont vu, par contre-coup, s'accroître leurs tâches et il a paru peu souhaitable de leur infliger une nouvelle surcharge par l'envoi de comptes rendus détaillés, la transmission d'un certain nombre de documents ayant seule été prévue.

Cette procédure s'est dans la pratique révélée insuffisante, les documents concernés, quand ils parvenaient à leur destinataire, ne contenant pas toujours toute l'information nécessaire.

Aussi a-t-il fallu donner des instructions, en 1973, pour l'établissement d'un compte rendu détaillé relatif aux années 1971 et 1972.

Les informations reçues concernant l'exercice 1973 sont actuellement en cours d'exploitation mais des demandes d'informations complémentaires ont dû être adressées à différents départements.

Un système de saisie de l'information qui, sans accroître démesurément la tâche des services extérieurs, permette une connaissance plus rapide et plus complète de la nature et du contenu des opérations est actuellement à l'étude et pourra vraisemblablement être mis en place début 1975. Nous espérons en avoir les résultats dans le courant de cet exercice.

c) *La politique des équipements industrialisés.*

Le programme des constructions industrialisées du ministère de la Santé porte sur trois catégories d'équipements :

- des unités d'hébergement :
 - du type hospitalier (USN type H) ;
 - du type psychiatrique (USN type P) ;
 - du type vieillard (USN type V) ;
- des établissements pour handicapés (enfants et adultes) des instituts médico-éducatifs et établissements de travail protégé ;
- et, depuis 1974, des centres de gériatrie, de convalescence ou de réadaptation.

Pour la réalisation de ce type d'équipement, un concours a été lancé ; il vient d'être jugé et trois lauréats ont été retenus cette année pour la réalisation de 15 de ces établissements. Le crédit de 48 millions de F prévu au budget de 1974, pour le financement de ces opérations, vient d'être délégué aux Préfets de régions bénéficiaires de ces équipements.

Le nombre de lits ou de places ainsi réalisé ou en cours est le suivant :

TYPE Année	USN Type H	USN Type P	USN Type V	ETABLISSE- MENTS pour handicapés	CENTRES de gériatrie
1971	1.290	1.602	1.912	4.480	>
1972	870	1.235	1526	2.632	>
1973	900	1.496	1.046	1.684	>
1974	810	1.125	326	1.872	1.600
	3.870	5.458	4.810	10.668	1.600
	26.406				

d) *Le programme de création de crèches.*

Le dernier recensement des établissements assurant la garde des enfants âgés de moins de trois ans fait ressortir les effectifs suivants au 15 décembre 1973 :

Crèches collectives : 797 établissements dont 36 établissements nouveaux ouverts au cours de l'année 1973. Ces 797 crèches représentent environ 40.000 places mises à la disposition des jeunes enfants.

Crèches familiales : 234 centres, dont 49 ouverts au cours de l'année 1973. Le chiffre total des places qu'ils représentent est assez difficile à évaluer avec exactitude compte tenu du caractère relativement souple de la réglementation. Cependant, on peut estimer que le chiffre de 10.000 places en crèches familiales est largement dépassé.

Soit au total : 1.031 établissements représentant plus de 50.000 places. A ces places disponibles, à la fin de l'année 1973, il faut ajouter celles des crèches en cours de réalisation dont le financement a été assuré dans le cadre de l'opération des 100 millions affectés au Fonds d'Action sanitaire et sociale de la Caisse nationale d'Allocations familiales — opération qui s'est déroulée du mois d'avril 1971 au mois d'avril 1974.

Au cours de ces trois années, un crédit global de 100 millions de francs, représentant 48,1 % du montant total des opérations s'élevant à 207,5 millions de francs, a été accordé pour la construction de crèches nouvelles.

Ces opérations portent sur 235 projets de crèches se répartissant de la façon suivante :

- 217 créations (197 crèches collectives et 20 crèches familiales), soit 11.219 places nouvelles ;
- 15 transformations, soit 165 places nouvelles ;
- 13 extensions et aménagements, soit 480 places nouvelles, c'est-à-dire, un total de 11.764 places nouvelles de crèche.

Par ailleurs, il faut ajouter les opérations qui seront réalisées avec le crédit de 25 millions destiné à subventionner, au taux de 40 % du coût de la construction, la création de crèches. Ce crédit inscrit au budget de l'Etat pour 1974 a fait l'objet d'une répartition, le 1^{er} juillet dernier, entre les différentes régions qui avaient présenté leurs propositions. Ces crédits permettront de financer environ une cinquantaine de crèches collectives.

De plus, pour permettre de donner satisfaction aux propositions régionales qui n'avaient pas pu être retenues lors de la répartition des 25 millions, le total des demandes présentées excédant en effet le crédit disponible, le transfert d'un crédit, d'un montant équivalent, du chapitre 66-11 sur le chapitre 66-20 du budget de l'Etat, vient d'être récemment décidé. Ce crédit nouveau, destiné à financer la construction de crèches, permettrait de doubler l'effectif des crèches collectives réalisées au titre de l'année 1974 et de porter à une centaine le nombre des opérations subventionnées en 1974 (soit près de 5.000 places nouvelles).

A ces crèches collectives, il y aurait lieu d'ajouter les crèches familiales créées par les municipalités, pour lesquelles il n'est généralement pas demandé de subvention de l'Etat, les crèches familiales ne nécessitant que des investissements légers.

Ainsi se caractérise la situation actuelle dans le domaine des crèches : un effort réel mais insuffisant dans la mesure où le nombre des refus d'admissions d'enfants demeure infiniment plus élevé que celui des inscriptions ; un effort sans doute mal réparti dans la mesure où la participation d'un Etat, parfois perfectionniste, aux dépenses d'investissements est sans commune mesure avec les très lourdes dépenses de fonctionnement qui incombent, pour l'essentiel, aux collectivités locales.

3. *L'aide sociale et médicale.*

Chacun connaît depuis bien des années, au Sénat, la part prépondérante que les dépenses d'aide sociale et médicale représentent dans l'ensemble du budget de la Santé.

En y comprenant les dépenses de fonctionnement des services départementaux correspondants, l'Etat lui consacrera 7.555 millions en 1975 contre 5.373 en 1974 (soit + 36 %) et 4.688 en 1973 (soit + 19 %). Ces crédits représentent, en 1974, 80,6 % des dépenses ordinaires pour la Santé ; ils en représenteront 86 % environ en 1975.

Nous ne consacrerons pas, cette année, un long développement à ce sujet qui a souvent été évoqué au cours de ces dernières années et sur lequel, en l'état actuel des choses, tout semble avoir été dit ; aussi paradoxal que cela paraisse, la couverture d'un nombre croissant de Français par un régime légal de protection sociale ne semble pas, tout au moins à échéance de quelques années, devoir entraîner de réduction sensible des dépenses placées sous le signe de l'aide, c'est-à-dire de l'entraide et de la solidarité nationales.

Nous mentionnerons simplement la présence, en annexe au présent avis, d'un document qui, pour être bref, n'en donne pas moins, en quelques tableaux saisissants, des indications susceptibles, nous l'espérons, d'intéresser certains sénateurs.

Nous ajouterons qu'un décret et un arrêté du 17 mai 1974 ont enfin fixé — à 28.800 francs par an — la cotisation d'assurance maladie volontaire des malades mentaux. On se souvient qu'aux termes de la modification et du complément apportés à l'ordonnance n° 67-709 du 21 août 1967 par l'article 18 de la loi de finances pour 1972, les assurés volontaires hospitalisés depuis plus de trois ans conserveront le bénéfice du droit à l'ensemble des prestations sous réserve du paiement d'une telle cotisation, prise en charge, de plein droit, par l'aide sociale.

A ce seul titre la part de l'Etat atteindra 1.100 millions de francs en 1975.

*
**

4. *L'application de la loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.*

a) *La coordination des secteurs public et privé.*

Le décret pris en application de l'article 42 de la loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière est daté du 9 mai 1974. Sa publication

récente n'a pas encore permis l'intervention de contrats de concession de service tels qu'ils sont prévus par cet article 42.

Une circulaire commentant le décret du 9 mai 1974 est actuellement en cours d'élaboration ; il serait souhaitable qu'on en vienne rapidement maintenant au stade de l'application pratique.

b) *La mise en place des groupements interhospitaliers (décret n° 72-352 du 2 mai 1972).*

La carte sanitaire provisoire a divisé le territoire métropolitain en deux cent quatre-vingt-quatre secteurs sanitaires et les quatre départements d'outre-mer en six secteurs soit trois cents secteurs sanitaires au total.

Dans cent dix-huit de ces secteurs, les conseils des groupements interhospitaliers de secteur ont été constitués par arrêtés préfectoraux.

A l'échelon de la région (vingt et une en métropole et quatre pour les départements d'outre-mer) trois conseils de groupements interhospitaliers de la région ont été créés.

c) *La création de syndicats interhospitaliers (décret n° 72-353 du 2 mai 1972).*

La constitution de ces syndicats (de secteur ou de région), qui est facultative, a suscité de nombreuses demandes de renseignements qui se sont traduites jusqu'ici par les réalisations suivantes :

- création d'un syndicat interhospitalier de région pour le traitement de l'informatique ;
- création d'un syndicat interhospitalier de secteur pour la création et la gestion d'une buanderie interhospitalière.

d) *Les travaux préparatoires à la réforme du mode de calcul des prix de journée.*

Nous rappellerons que celle-ci était prévue dans le délai d'un an par l'article 52.

Interrogé par nos soins sur les décisions déjà acquises, les études en cours, le calendrier des travaux et l'échéancier de la réforme, le Gouvernement nous a fait savoir qu'il était pleinement conscient des imperfections présentées par le système actuel de calcul des prix de journée. Aussi bien, son souci constant, dit-il, depuis plusieurs mois, est de rechercher des adaptations à ce système dans le cadre de la préparation du décret à prendre en application des articles 23 et 52 de la loi du 31 décembre 1970.

Il rappelle que l'élaboration de ce texte, qui intéresse des domaines aussi variés que complexes, demande toutefois des études approfondies menées en liaison avec les différents départements ministériels concernés et nous laisse espérer que ce texte interviendra dans les prochains mois.

Acceptons-en l'augure ! Mais redoutons aussi que pendant des années encore, force soit d'accepter la survivance d'un système devenu aberrant dans ses principes comme par ses incidences sur toute notre politique de la Santé et de la protection sociale.

Quoi qu'il en soit, les révisions tarifaires autorisées en 1974 ont été respectivement :

- de + 12 % au 1^{er} janvier 1974 (circulaire interministérielle du 26 octobre 1973) ;
- de + 8 % au 1^{er} juillet 1974 (circulaire interministérielle du 19 août 1974).

La situation des personnels paramédicaux devant faire l'objet d'un développement à la fois particulier et plus général, qu'on trouvera plus loin car il nous paraît difficile d'isoler les uns des autres, les problèmes de la formation des statuts et des besoins, nous évoquerons seulement ici la situation du personnel médical.

e) *Le personnel médical.*

En application de l'article 25 de la loi portant réforme hospitalière, ont été publiés les décrets relatifs au statut des praticiens à temps partiel (décret n° 74-393 du 3 mai 1974) et à celui des Attachés (décret n° 74-445 du 13 mai 1974).

Dans les deux cas, il s'agit de donner des garanties suffisantes aux praticiens concernés en leur assurant de meilleures conditions de sécurité morale et matérielle de travail, et, en contrepartie, de leur imposer des obligations précises dans le domaine du respect des intérêts du service public hospitalier et des malades.

Toujours dans le domaine de l'amélioration des statuts des personnels médicaux un groupe de travail a dégagé les solutions à apporter aux problèmes des perspectives de carrière des chefs de clinique-assistants ; ces solutions devraient trouver leur traduction réglementaire au cours de l'année 1975.

Afin d'améliorer le fonctionnement des services de garde et pour prolonger les dispositions du décret et de l'arrêté du 15 février 1973 sur les gardes et astreintes des personnels médicaux, un texte va paraître prochainement qui permettra la rémunération des gardes des internes lorsqu'elles seront effectuées au-delà du service normal que ce texte

définit. Un groupe de travail étudie actuellement comment compléter les dispositions précédentes pour répondre aux problèmes spécifiques des gardes de réanimation.

En 1973, l'internat de pharmacie a été l'objet d'une réforme visant à en uniformiser le régime au plan national et à en élever le niveau, d'une part, en situant à partir de la quatrième année d'études pharmaceutiques la possibilité de se présenter au concours et, d'autre part, en allongeant sa durée.

En 1974, a été reprise l'étude de la réforme de l'internat en médecine qui pourrait se fixer comme objectifs principaux de parvenir à un internat unique à deux degrés et d'établir un lien plus étroit entre l'internat et l'acquisition d'une spécialisation.

On voit que le programme reste étendu, de réformes et aménagements qui devraient intervenir rapidement !

f) *Le développement des services d'aide médicale urgente (S.A.M.U.) en 1973 et 1974.*

Nous rappellerons que les Services d'aide médical urgente sont des services d'écoute radiotéléphonique permanente chargés de répondre à des demandes de renseignements, de conseils ou d'assistance pour tous malades, blessés et femmes enceintes, disposant des moyens de dispenser des soins médicaux, sur les lieux mêmes où ils se trouvent, aux malades et blessés dont l'état requiert une assistance médicale immédiate et de les évacuer, s'il y a lieu, vers l'établissement de soins approprié.

Étaient créés à la fin de 1973, les S.A.M.U. de : Amiens, Bayonne, Clermont-Ferrand, Créteil, Dijon, Evreux, Grenoble, Limoges, Montpellier, Nancy, Orléans, Paris-Necker, Poitiers, Reims, Rouen, Toulouse, Troyes.

Fonctionnent, en plus, depuis le 1^{er} août 1974, les S.A.M.U. de : Blois, Bobigny, Garches, Lille, Lyon, Marseille, Metz, Strasbourg, Tours.

Est prévue pour les prochains mois l'ouverture des S.A.M.U. de : Besançon, Bordeaux, Caen, Nice, Nîmes, Rennes, Saint-Etienne.

L'estimation du nombre de pertes en vies humaines épargnées par de telles structures est évidemment très difficile, puisqu'elle suppose une appréciation *a posteriori* sur la nature et le niveau des soins dispensés au blessé ou au malade en détresse.

Cependant, en comparant le « manque » de soins, ou les soins effectivement prodigués, aux soins idéaux qu'aurait réclamés l'état du patient, on peut aboutir à une estimation du nombre de blessés dont le manque de soins ou leur niveau insuffisant a entraîné la mort. On

assimilera alors les morts évitées à l'état des victimes qui nécessitent des soins immédiats et vitaux sans lesquels la mort s'ensuivrait.

C'est dans cette optique qu'une enquête a été faite en 1970 par la Division de la Recherche médico-sociale de l'INSERM au SAMU de Dijon. Elle a conclu que, sur 1.500 cas traités par le SAMU il y a eu sûrement 39 morts évitées.

En 1973, l'activité du SAMU de Dijon a porté sur 3.548 malades et blessés. Le même pourcentage de 2,6 % permet de penser qu'il y a eu 91 morts évitées.

Par extrapolation, l'activité des SAMU existant en 1973 représentant à peu près 12 fois, au minimum, celle du SAMU de Dijon, on peut avancer le chiffre de 1.092 morts au moins évitées par ce système.

Un autre raisonnement peut se faire à partir d'observations concordantes, issues des études sur l'activité des services mobiles d'urgence et de réanimation, observations faisant apparaître que, dans 7 % des cas, la présence rapide d'un médecin auprès du malade ou du blessé est absolument indispensable. Sur un chiffre voisin de 43.000 interventions, on peut affirmer que, pour 3.000 d'entre elles, la présence d'un médecin a évité soit un mort, soit un grand handicap traumatologique.

*
**

5. Les études médicales.

Nous allons successivement évoquer :

- les perspectives de la coordination entre secteurs public et privé et l'application du décret n° 70-931 du 8 octobre 1970 ;
- l'application de l'article 53 de la loi portant réforme hospitalière sur la participation de l'Etat aux dépenses d'enseignement médical et paramédical ;
- la position du ministère face aux problèmes de démographie médicale ;
- l'évolution de la crise liée au problème des étudiants « reçus-collés ».

a) *Coordination.*

Il convient de rappeler que la coordination entre secteurs public et privé est rendue possible par la réglementation actuelle et notamment par le décret n° 70-931 du 8 octobre 1970. Cette réglementation prévoit, d'ores et déjà d'une part que les étudiants ayant obtenu la validation du deuxième cycle des études médicales, peuvent accomplir

leur stage de fin d'études dans n'importe quel établissement privé, à but lucratif ou à but non lucratif, sous réserve d'un agrément par le directeur de l'UER, et d'autre part que les étudiants inscrits en deuxième partie du deuxième cycle des études médicales peuvent effectuer leur participation aux fonctions hospitalières dans « les services d'autres hôpitaux ou organismes de soins ou de prévention publics ou privés à but *non lucratif* habilités ».

L'élargissement des possibilités réglementaires a été étudié dans deux directions :

- vers les établissements à but lucratif au profit d'étudiants hospitaliers ;
- vers les médecins de médecine libérale pour les stagiaires de fin d'études.

La première extension pouvait trouver une justification dans le fait que certains de ces établissements disposent d'un plateau technique et d'un personnel médical de haute valeur et sembleraient ainsi à même de contribuer utilement à la formation clinique des étudiants. Cependant, des stages s'adressant à des étudiants dont la formation universitaire est encore incomplète nécessitent, pour être réellement profitables, la présence d'un corps médical ayant des connaissances et des préoccupations pédagogiques ; or, il n'est pas *a priori* certain que ces conditions soient toujours remplies dans des cliniques qui doivent veiller à leur rentabilité.

Par ailleurs, ce même souci conduit ces établissements à demander des compensations sous forme de subventions ou d'accroissement du prix de journée, ou d'emploi des étudiants comme infirmiers.

Aussi bien l'élargissement des possibilités offertes par les établissements à but lucratif ne semble-t-il guère pouvoir être envisagé dans l'immédiat alors que se poursuivent les études et les expérimentations concernant la possibilité pour des étudiants de fin d'études d'effectuer une partie de leur stage auprès d'un praticien d'exercice libéral.

Cette solution a l'avantage de libérer des postes en milieu hospitalier au profit des étudiants hospitaliers tout en constituant une bonne préparation à l'entrée dans la vie professionnelle pour des étudiants qui se destinent à la médecine libérale ; elle permettrait de réduire le hiatus que certains dénoncent entre la formation et les réalités de l'exercice.

b) *La participation de l'Etat aux dépenses.*

Ainsi que le souligne le dernier rapport de la Cour des comptes, la loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière a retiré une partie de sa portée au principe du *remboursement intégral des dépenses* d'ensei-

gnement et de recherche exposées par les établissements assurant le service public hospitalier, tel qu'il avait été retenu par l'ordonnance du 30 décembre 1958 portant réforme des études médicales.

En effet, l'article 53 de la loi du 31 décembre 1970 ne prévoit plus qu'une participation de l'Etat à ces dépenses dans la limite des crédits ouverts chaque année par la loi de finances.

Dans les conditions actuelles, et sans tenir compte du remboursement des dépenses isolables et non isolables qui doivent être prises en compte par le budget du ministère de l'Education, le ministère de la Santé accorde des indemnisations sur les bases suivantes :

200 francs par étudiant non rémunéré de la deuxième année du deuxième cycle des études médicales ;

1.075 francs par étudiant hospitalier des troisième et quatrième années du deuxième cycle des études médicales ;

3.500 francs par élève dans les écoles d'infirmiers, de sages-femmes, d'ergothérapeutes, de masseurs-kinésithérapeutes et d'aides anesthésistes;

5.000 francs par élève dans les écoles de cadres infirmiers, de puéricultrices, de laborantins, de manipulateurs et d'aides anesthésistes.

c) *La démographie médicale.*

Le secrétariat d'Etat aux Universités et le ministère de la Santé continuent à tenter de faire face à une situation caractérisée par un afflux croissant de bachelier vers les études médicales.

Les effectifs en première année du PCEM ont évolué, pendant la dernière décennie, de la manière suivante :

Année 64-65 : 11.750	Année 69-70 : 25.530
Année 65-66 : 12.920	Année 70-71 : 24.730
Année 66-67 : 14.600	Année 71-72 : 26.020
Année 67-68 : 21.060	Année 72-73 : 30.635
Année 68-69 : 25.690	Année 73-74 : 35.640

A court terme, cet afflux ne pouvait qu'être préjudiciable à la qualité des études en détruisant toute adéquation entre le nombre des lieux de stage et celui des étudiants ; il mettait ainsi en danger la réalisation de la réforme des études médicales. A moyen terme, on aurait abouti à un excédent dommageable de l'offre des soins par rapport à la demande, ainsi d'ailleurs qu'à un déséquilibre de la pyramide des âges des praticiens en service.

Telle est la justification des mesures de sélection qui ont permis un retour à une situation plus satisfaisante, caractérisée par un renversement de la tendance à la croissance continue des effectifs.

Les effectifs de la deuxième année du PCEM ont évolué pendant la décennie, de la manière suivante :

Année 64-65 : 6.220	Année 70-71 : 12.776 dont
Année 65-66 : 7.540	778 étrangers
Année 66-67 : 8.870	Année 71-72 : 12.804 dont
Année 67-68 : 10.100	828 étrangers
Année 68-69 : 14.730	Année 72-73 : 11.242 dont
Année 69-70 : 15.730	791 étrangers
	Année 73-74 : 11.220

La stricte application des normes fixées par les arrêtés interministériels pris dans le cadre de l'article 45 modifié de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 d'orientation de l'enseignement supérieur, aurait dû entraîner une plus forte diminution des effectifs. Le nombre d'étudiants inscrits en PCEM 2 au cours de chacune des deux années précédant la sélection a été de l'ordre de 12.790 ; le nombre des étudiants inscrits en PCEM 2 au cours de chacune des deux années suivant la sélection a été de l'ordre de 11.230, il n'aurait pas dû dépasser 8.600 à 9.000.

Certes, les recherches de démographie médicale montrent qu'en raison de l'extrême complexité des facteurs influençant l'offre et la demande de soins, le nombre optimum de praticiens dont la France aura besoin dans 10, 20 ou 30 ans ne peut être précisé avec certitude. Par contre, il est d'ores et déjà certain que la délivrance annuelle d'une moyenne de 8.500 à 9.000 diplômes de docteur en médecine mettra rapidement la France en bonne position sur le plan de l'encadrement médical par rapport aux autres pays d'un développement socio-économique comparable ; l'expérience confirme également que l'équipement hospitalier actuel, même avec une meilleure exploitation des ressources du secteur privé, ne fournit pas les moyens d'une bonne formation clinique par des promotions supérieures à 9.000 étudiants.

Dans ces conditions, il paraît nécessaire de persévérer dans la voie qui a été tracée par la révision de l'article 45 de la loi d'orientation de l'enseignement supérieur. Lorsque l'évolution de l'équipement hospitalier public et privé aura fait apparaître de nouvelles possibilités de formation médicale, il pourra être envisagé de les exploiter d'une façon modulée selon les régions afin de réduire les écarts de densité médicale constatés actuellement entre les différentes parties du territoire.

d) *Les « reçus collés ».*

L'arrêté du 22 octobre 1973 des ministres de l'Education et de la Santé, publié au *Journal officiel* du 25 octobre 1973 a, en complétant et précisant les dispositions de l'article 3 de l'arrêté du 23 juillet 1970 modifié par l'arrêté du 8 octobre 1970 relatif à l'organisation du premier cycle des études médicales, clarifié une réglementation qui avait permis le développement d'un certain nombre de difficultés et, notamment, l'apparition de « reçus-collés ».

En effet, l'arrêté du 22 octobre 1973 abandonne la distinction entre succès au contrôle des connaissances et classement en rang utile pour l'accès en PCEM 2 pour indiquer explicitement que le passage de PCEM 1 en PCEM 2 (ou en deuxième année d'études dentaires) est subordonné au succès à un concours.

Cette évolution réglementaire nous paraît conforme à l'esprit de la loi du 12 juillet 1971, qui a prévu que l'effectif des étudiants admis à poursuivre les études médicales ou odontologiques au-delà de la première année est limité pour tenir compte du nombre des lieux de stages formateurs disponibles.

Il s'ensuit qu'il ne devrait plus exister de « reçus-collés » à partir de la fin de l'année universitaire 1973-1974.

Il n'en demeure pas moins qu'il serait infiniment préférable de pouvoir fixer le nombre des étudiants en tenant compte des besoins médicaux prévisibles pour les prochaines années plutôt qu'en fonction de la pénurie qui affecte actuellement le nombre des lits d'enseignement !

*
**

6. *La politique psychiatrique.*

La mise en place de la *politique dite de sectorisation* semble avoir subi une impulsion importante en 1974.

Une enquête sur l'état d'avancement de la sectorisation montre que, sur 91 réponses reçues :

- 68 règlements départementaux de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies ont été pris en application de l'arrêté et de la circulaire du 12 mars 1972 ;
- en vertu du même texte, 54 départements ont passé des conventions de secteur pour la psychiatrie générale ;
- 46 ont passé convention pour la psychiatrie infanto-juvénile ;
- 35 départements ont constitué des Conseils de santé mentale de secteur, ainsi qu'il a été recommandé par circulaire du 12 décembre 1972 rappelée le 15 janvier 1974 et le 9 mai 1974.

En 1975, cette politique sera poursuivie jusqu'à l'achèvement complet, étant entendu que son application intégrale dépend d'une part des crédits votés par les Conseils généraux, d'autre part des possibilités de recrutement de personnel qualifié.

S'agissant des problèmes de *personnel*, nous relèverons que les *médecins des hôpitaux publics* spécialisés en psychiatrie sont à l'heure actuelle au nombre de 800 environ.

92 postes de *médecins-chefs* nouvellement créés doivent être prochainement pourvus. Une cinquantaine de postes seront créés en 1975.

Sur 430 postes de médecins assistants créés en 1973 une centaine de médecins (reçus au concours ou inscrits sur une liste d'intégration) ont fait acte de candidature et ont pris des postes en 1974.

Une nouvelle liste de postes vacants sera publiée avant la fin de l'année et les candidats seront installés courant 1975.

Pour les infirmiers de secteur psychiatrique, il existe certaines difficultés de recrutement qui créent des problèmes souvent sérieux au moment de l'ouverture de nouveaux établissements ou services.

En ce qui concerne *l'équipement* il existait, en janvier 1973, 154 établissements avec 116.000 lits.

Pour 1973-1974, 31 services de psychiatrie et 5 hôpitaux sont en cours d'ouverture progressive ou de construction.

Une dizaine de services ouvriront en 1975.

Les opérations de *déconcentration* se poursuivent, et la meilleure répartition des équipements va permettre de traiter les malades près de leur domicile ; grâce à l'implantation de l'équipe sur place, on évitera leur désinsertion du milieu normal de vie en supprimant certaines hospitalisations ou du moins en raccourcissant leur durée.

Parallèlement, des hôpitaux vétustes sont modernisés afin d'assurer leur « humanisation » et de donner un sens thérapeutique aux hospitalisations.

Des services de psychiatrie infanto-juvénile se mettent peu à peu en place, formant, au niveau de l'intersecteur, le pivot d'une action complexe concernant la prévention et le traitement actif des maladies et inadaptations de l'enfant et de l'adolescent.

La modification dans le domaine de la santé mentale de méthodes centenaires et d'un équipement vétuste, est une œuvre de longue haleine qui s'étend nécessairement sur plusieurs années. Nous espérons qu'elle se poursuivra activement en 1975.

7. Les personnels paramédicaux.

a) Les effectifs en formation et en fonction.

I. — **Sages-femmes.** — Malgré sa définition légale faisant d'elles les membres d'une profession médicale et non paramédicale, nous pensons utile d'évoquer brièvement la situation dans cette profession.

• *Formation.*

— 508 diplômes d'Etat (dont 12 à titre étranger) ont été délivrés en 1973 (soit une augmentation de 78 par rapport à l'année précédente) ;

— 1.641 élèves étaient en cours d'études pendant l'année scolaire 1973-1974 (soit une augmentation de 204 par rapport à l'année précédente), se répartissant en 29 écoles publiques (1.497 élèves, soit 91 %) et 3 écoles privées (144 élèves, soit 9 %).

• *Etat de la profession.*

Au 1^{er} janvier 1973, on comptait 9.195 sages-femmes en activité (dont 2.093 pour la région parisienne), soit une densité de 17,7 pour 100.000 habitants. On compte en outre, à la même date, 240 sages-femmes en activité dans les quatre départements d'outre-mer.

Parmi elles ;

- 2.200 exercent dans le secteur hospitalier public ;
- 3.200, inscrites à la caisse autonome de retraite des sages-femmes françaises, exercent libéralement ;
- 3.300 exercent en qualité de salariées dans le secteur privé.

II. — Personnels infirmiers.

• *Formation.*

— *Préparation au diplôme d'Etat d'infirmier :*

9.723 diplômes d'Etat ont été délivrés en 1973.

28.367 élèves étaient en cours d'études en 1973-1974 soit une augmentation de près de 12 % par rapport à l'année précédente se répartissant entre 194 écoles publiques (21.556 élèves) et 65 écoles privées (6.811 élèves).

— *Préparation du diplôme d'Etat de puéricultrice :*

699 diplômes d'Etat ont été délivrés en 1973 soit une augmentation de plus de 17 % par rapport à l'année précédente.

800 élèves étaient en cours d'études en 1973-1974 se répartissant entre 20 écoles publiques (643 élèves : 81 %) et 5 écoles privées (157 élèves : 19 %).

— *Préparation au diplôme d'infirmier psychiatrique :*

3.300 diplômes d'infirmier psychiatrique ont été délivrés en 1973.

8.030 élèves étaient en cours de formation en 1973-1974.

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

Diplômes délivrés :

- aide-anesthésiste : 249 en 1973 soit une augmentation de 22 % par rapport à l'année précédente ;
- surveillants : 299 en 1973 soit une augmentation de 10 % par rapport à l'année précédente ;
- moniteur : 121 en 1973 soit une augmentation de 1 % par rapport à l'année précédente.

Nombre d'élèves dans les écoles en 1973-1974 :

- aides-anesthésistes : 682 ;
- surveillants : 352 soit une augmentation de 14 % par rapport à l'année précédente ;
- moniteurs : 165 soit une augmentation de 41 % par rapport à l'année précédente.

• *Etat de la profession.*

Au 1^{er} janvier 1973, on compte 174.000 infirmiers et infirmières inscrits sur les listes des Directions départementales de l'Action sanitaire et sociale de la métropole, soit une densité de 335 pour 100.000 habitants. On en compte en outre 2.700 en activité dans les 4 départements d'outre-mer.

Ils se répartissent en :

- diplômés d'Etat : 114.000 + 1.750 dans les DOM ;
- autorisés, auxiliaires, sanatoriaux : 21.800 + 350 dans les DOM ;
- psychiatriques : 38.200 + 600 dans les DOM.

Parmi ces 174.000 infirmiers :

- 63.964 exercent dans le secteur hospitalier public (hôpitaux généraux)
+ 39.000 en psychiatrie ;
- 13.100 exercent libéralement ;
- 57.936 exercent à titre de salariés dans le secteur privé.

III. — Autres personnels paramédicaux.

MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES

- *Formation.*

1.738 diplômes d'Etat ont été délivrés en 1973,

6.636 élèves étaient en cours d'études en 1973/74 répartis dans 36 écoles dont 4 pour les mal-voyants et non-voyants.

- *Etat de la profession.*

Au 1^{er} janvier 1973, on compte 24.831 masseurs-kinésithérapeutes en activité en Métropole + 61 dans les DOM soit une densité de 47,8 pour 100.000 habitants. Parmi ceux-ci :

1.980 exercent dans le secteur hospitalier public dont 643 à temps partiel,

16.000 exercent libéralement ; (ils sont donc inscrits à la caisse de retraite).

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

PEDICURES

- *Formation.*

375 diplômes d'Etat ont été délivrés en 1973,

864 élèves étaient en cours d'études en 1973/1974.

- *Etat de la profession.*

Au 1^{er} janvier 1973, on compte 5.983 pédicures en activité, soit une densité de 11,5 pour 100.000 habitants. Parmi eux 2.000 exercent libéralement.

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

ORTHOPHONISTES ET ORTHOPTISTES

Au 1^{er} janvier 1973, on compte 3.478 orthophonistes en activité, soit une densité de 6,7 pour 100.000 habitants, 322 orthoptistes en activité soit une densité de 1 pour 100.000 habitants, et 970 audioprothésistes en activité, soit une densité de 1,9 pour 100.000 habitants.

LABORANTINS D'ANALYSES MÉDICALES ET MANIPULATEURS D'ÉLECTRORADIOLOGIE

Diplômes d'Etat délivrés en 1973 :

— laborantins d'analyses médicales	405
— manipulateurs d'électroradiologie	396

Elèves en cours d'études en 1973-1974 :

— laborantins d'analyses médicales	1.040
— manipulateurs d'électroradiologie	1.146

*
**

b) Les besoins.

INFIRMIÈRES

En ce domaine, les normes internationales ne sont pas établies avec beaucoup de précisions : elles se situent entre une infirmière pour 250 ou pour 350 habitants. Compte tenu du développement des thérapeutiques modernes, de la multiplication des services hospitaliers de haute spécialisation et de la réduction des horaires dans les différents établissements de soins, il apparaît souhaitable de retenir la norme d'une infirmière pour 250 habitants.

A partir des évaluations actuelles de la population (52.000.000 d'habitants au 1^{er} janvier 1973) il serait nécessaire de disposer de 208.000 infirmières ou assimilées ; par rapport à l'effectif actuellement en activité, l'augmentation devrait être de 34.000, soit environ 20 %.

On peut espérer que l'augmentation rapide du nombre des écoles et de leur capacité permettra rapidement d'obtenir la délivrance annuelle d'environ 15.000 diplômes d'Etat d'infirmière.

MONITRICES

La norme d'une monitrice pour 20 élèves n'est pas atteinte ; dans de très nombreuses écoles, il est fait appel à des infirmières diplômées d'Etat

non titulaires du C.A.P. de monitrice et qui font fonction de monitrices stagiaires ; l'apport d'une aussi grande proportion de stagiaires doit être considéré comme incompatible avec une amélioration de la qualité de l'enseignement.

Il serait nécessaire de créer une école de cadres dans tous les Centres hospitaliers régionaux. En 1973, ont commencé à fonctionner les écoles des Centres hospitaliers régionaux de Caen, de Montpellier, de Dijon, Clermont-Ferrand et Poissy.

Les écoles de Rennes et de Rouen ont dû ouvrir en octobre 1974 ; les projets sont à l'étude concernant Tours et Limoges.

Après l'arrêté du 7 août 1973 (*Journal officiel* du 17 août 1973) instituant un système de passerelles entre les formations de monitrice et de surveillante ainsi que la formation discontinue sous forme de sessions de courte durée, on envisage de franchir une nouvelle étape en opérant la fusion dans un titre unique du certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière surveillante et du certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière monitrice. La souplesse qui en découlerait pourrait porter remède aux difficultés actuelles.

PUÉRICULTRICES.

Le développement du « programme de Provins » se traduit par une demande accrue des puéricultrices.

Sur la base de 20 puéricultrices pour 100.000 habitants, les besoins sont de 10.400 puéricultrices.

Depuis l'intervention du décret du 13 août 1947, portant création du diplôme d'Etat de puéricultrice, le nombre de diplômes de puéricultrice délivrés s'élève à 6.500.

Il existe certes un déficit, mais celui-ci est moins important que la comparaison de ces chiffres ne le laisse apparaître puisque les puéricultrices sont assistées par des auxiliaires de puériculture qui les déchargent de certaines tâches subalternes concernant principalement l'hygiène et l'alimentation des enfants sains.

Le développement des écoles de puéricultrices rencontre des difficultés de financement. On envisage de solliciter le concours financier de la part des organismes de sécurité sociale et des caisses d'allocations familiales pour la construction et l'équipement des écoles de puéricultrices indispensables.

Des écoles de puéricultrices ont été ouvertes en octobre 1973 à Orléans et Caen.

Dès la rentrée d'octobre 1974, 3 écoles de puéricultrices ont dû ouvrir dans la banlieue parisienne ; lorsqu'elles auront atteint leur régime de

croisière, la capacité de formation de la région parisienne aura été doublée. Un effort se poursuit également en province avec l'ouverture d'écoles à Metz, Besançon et Amiens.

MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES.

La profession est actuellement dans la proportion de 80 %, une profession libérale.

Mais on constate un déficit sérieux dans le domaine hospitalier.

Pour y remédier, il conviendrait de procéder à une meilleure répartition géographique et à une décentralisation de la formation en créant progressivement des écoles hospitalières de masseurs dans les Centres hospitaliers régionaux qui en sont actuellement dépourvus.

Ainsi, en octobre 1973 une école a été ouverte au Centre hospitalier régional de Besançon.

La norme choisie pour le calcul des besoins est de un masseur-kinésithérapeute pour 2.000 habitants, ce qui conduit à estimer les besoins à 26.000 pour la France entière. Notons que cette norme est d'ailleurs déjà dépassée dans la région parisienne !

c) L'évolution de la crise dans le secteur hospitalier public.

Bien qu'il manque un certain nombre de puéricultrices, la pénurie la plus sérieuse dont souffrent actuellement les hôpitaux publics est celle du *personnel infirmier*.

Par rapport aux effectifs théoriques nécessaires au bon fonctionnement des services, un poste sur cinq n'est pas pourvu ; un recensement récent signale que 5.800 lits n'ont pu être mis en service ou ont dû être fermés, faute du personnel infirmier indispensable à leur fonctionnement.

Si l'on n'intervient pas rapidement et efficacement, la pénurie s'aggravera du fait de la multiplication des services de soins réclamant un personnel infirmier de plus en plus nombreux, du fait de l'entrée en service de nouveaux centres hospitaliers importants, du fait de l'abandon des salles communes au profit de chambres à 1, 2 ou 3 lits, du fait surtout de l'extrême brièveté de la durée moyenne de vie administrative chez les infirmières : moins de cinq ans !

L'action à entreprendre doit s'orienter en trois directions pour confirmer un effort déjà amorcé :

— former un plus grand nombre d'infirmières : en octobre 1973, on enregistrait 16.171 élèves infirmières inscrites en première année d'études ;

- en octobre 1974 on devrait enregistrer une nouvelle progression de l'ordre de 15 à 20 % par rapport à l'année précédente ;
- rendre la profession plus attractive : les mesures qui ont déjà été prises en ce domaine devraient être complétées notamment par une augmentation des indemnités pour travail des dimanches et jours fériés et par la création d'un grade d'infirmière générale donnant des perspectives de fin de carrière plus rémunératrices qu'actuellement ;
 - organiser un cadre d'aides-hospitalières : pour libérer l'infirmière de certaines tâches subalternes, elle doit être secondée par des aides-soignantes compétentes pour les soins d'hygiène et par un corps d'aides-hôtelières dont la création répond par ailleurs à une nécessité de l'humanisation des hôpitaux.

Quelques autres mesures sont actuellement en cours d'étude ou ont fait l'objet d'un commencement de réalisation.

*Evolution de la situation des diverses catégories de personnels
des hôpitaux.*

Chacun connaît la gravité des problèmes qui se posent.

- *Aménagement des modalités du travail à temps partiel :*
 - introduction du travail à trois quarts de temps pour maintenir ou récupérer des agents que le régime du mi-temps n'intéresse pas, mais qui sont dans l'impossibilité d'exercer leurs fonctions à temps plein ;
 - recrutement direct de stagiaires à temps partiel, la durée du stage étant augmentée en conséquence ;
 - création d'un emploi de technicien principal, qui permettrait aux techniciens de laboratoire de retrouver la parité avec les surveillants chefs que la récente réforme des emplois de catégorie B leur a fait perdre ;
 - modification des dispositions statutaires relatives aux conditions de rémunération des personnels soignants en cas de nouveau recrutement après démission, qui permettrait de « récupérer » des agents ayant dû renoncer pour un temps à poursuivre leurs activités à l'hôpital public. La nouvelle nomination se ferait à indice égal ou, à défaut, immédiatement supérieur à l'indice détenu en dernier lieu dans l'ancien emploi et non plus à équivalence de traitement ;
 - modification des modalités de calcul de la prime de service payée compte tenu de la notation et de l'assiduité, de façon à supprimer la surpénalisation qui frappe actuellement les absences dues à une maternité ou à un accident du travail. Dans ces deux cas, l'abattement par journée d'absence ne serait plus que de 1/280^e, au lieu de 1/140^e, sur le montant de la prime.

*
**

8. *Le service de santé scolaire.*

Les mauvaises conditions dans lesquelles il fonctionne depuis trop d'années sont, hélas, trop connues du Sénat pour qu'il soit nécessaire d'insister longuement. Avant de les évoquer cependant de façon très brève, nous ferons état des quelques améliorations obtenues depuis 1973.

En ce qui concerne le *personnel à temps plein*, un décret n° 74-297 du 12 avril 1974 a modifié le statut particulier du corps des assistants, assistantes et auxiliaires de service social appartenant aux établissements de l'Etat, aux services extérieurs qui en dépendent et aux établissements publics de l'Etat. Un arrêté du 13 mai 1974 permet d'accorder aux conducteurs manipulateurs de santé scolaire une indemnité pour travaux présentant des risques et un décret n° 74-675 du 31 juillet 1974 accorde aux mêmes conducteurs une indemnité forfaitaire pour travaux supplémentaires et de sujétion.

En ce qui concerne le *personnel vacataire*, une certaine revalorisation des taux de vacation a été accordée par l'arrêté du 25 juin 1974.

Les avantages prévus par ces textes et ceux résultant de textes pris l'année dernière en ce qui concerne notamment les médecins contractuels, ont fait que le recrutement des personnels de santé scolaire s'est amélioré en 1974. C'est ainsi que, depuis le 1^{er} janvier 1974, 20 médecins contractuels ont été recrutés. Si ces recrutements n'ont augmenté que de peu l'effectif des médecins à temps plein par suite de départs nombreux, ils peuvent être poursuivis tant qu'il existera des postes budgétaires en raison de la réception de nombreux dossiers de candidature. Le nombre des assistantes sociales dans les secteurs a pu être augmenté grâce à une intense prospection et de nouveaux recrutements devraient permettre de combler une partie des postes vacants.

De même, pour le personnel vacataire, l'effectif d'« équivalents temps plein » s'est accru de 95 médecins, 15 assistantes sociales et 186 secrétaires par rapport à celui de 1973.

Le nombre important des secrétaires recrutées a permis d'améliorer le fonctionnement du service de santé scolaire, mais ce personnel présente un caractère d'instabilité prononcé. La création de postes budgétaires de commis obtenue en 1974 devrait se poursuivre pour pouvoir disposer d'équipes médico-sociales de secteur plus solides.

Des améliorations ont été aussi obtenues depuis 1973, d'une part en matière de formation des personnels, d'autre part dans le domaine des enquêtes épidémiologiques.

En ce qui concerne la formation, le crédit inscrit au budget de 1974 (546.000 francs) est, nous l'avons vu, en augmentation sensible par rapport à celui inscrit au budget de 1973 (146.000 francs).

Grâce au concours de l'Université René-Descartes (Paris V), de l'Institut d'économie et de Coopération européenne, des actions de formation ont été menées pour le personnel médical, paramédical et social du service de Santé scolaire et une action de formation de formateurs a été entreprise pour les médecins et les assistantes sociales. De son côté, le Comité français d'Education pour la Santé a organisé pour les médecins et les infirmières des sessions d'information en éducation sanitaire. D'autres sessions ou stages de formation ont eu lieu ou se dérouleront d'ici la fin de l'année (initiation à la médecine scolaire à l'Ecole nationale de la Santé publique — cours d'orientation scolaire et professionnelle par l'Institut national d'étude du travail et d'orientation professionnelle — stages organisés par la Fondation des étudiants de France, etc.

Alors qu'en 1973 les actions de formation ont intéressé 846 personnes, elles en concernent, en 1974, 1.365.

Les personnels du service de Santé scolaire sont appelés en outre à participer à des journées régionales.

En matière d'épidémiologie, le ministère a facilité une enquête menée sur la santé bucco-dentaire par l'Union française d'Education sanitaire bucco-dentaire afin de déterminer les actions à mener en priorité en matière de dépistage bucco-dentaire dans les années à venir.

Une certaine mais relative amélioration quantitative et qualitative des bilans de santé réalisés par le service de santé scolaire a été constatée pour l'année scolaire 1972-1973, derniers résultats connus.

Mais, malgré tout, les déficits constatés par rapport aux normes minimales demeurent importants.

Les instructions générales n° 106 du 12 juin 1969 relatives aux missions du service de santé scolaire et aux modalités d'exécution du contrôle médical scolaire indiquent que, compte tenu des tâches actuelles imposées au médecin de secteur de santé scolaire du fait de l'évolution de la doctrine liée à la rénovation pédagogique et de la prolongation de la scolarité obligatoire, le secteur devrait comporter au maximum 5 à 6.000 élèves. L'équipe médico-sociale scolaire de secteur devrait comprendre dans l'idéal un médecin, deux assistantes sociales, deux infirmières et une secrétaire médico-sociale.

Au minimum, on devrait aboutir à la création d'une équipe comprenant un médecin, une assistante sociale, une infirmière (ou adjointe) et une secrétaire pour 6.000 élèves.

Les tableaux qui ont été fournis, sur sa demande, à votre Commission, font cependant encore apparaître, dans la plupart des régions, un déficit important.

— Perspectives pour 1975.

L'année 1975 devrait être mise à profit pour effectuer un *aménagement des structures du service de santé scolaire*.

Les études effectuées sur la santé scolaire (étude RCB), mission des inspecteurs généraux du Ministère de l'Education et de la Santé, ont permis de préciser les besoins du Ministère de l'Education et les objectifs recherchés par le Ministère de la Santé dans le domaine sanitaire pour tenir compte d'une meilleure liaison entre la médecine préventive et la médecine de soins. Elles doivent permettre de définir une nouvelle politique sanitaire et sociale pour les enfants et les adolescents en accord avec le Ministère de l'Education qui est concerné par les enfants scolarisés.

Il sera recherché une meilleure utilisation des moyens existants en personnel et en matériel, une plus grande coordination de ces moyens afin d'assurer, pour les enfants, une efficacité accrue en matière notamment de prévention, de dépistage et de traitement des inadaptations, d'orientation scolaire, et de développer l'éducation sanitaire des élèves, des parents et du personnel enseignant.

*
**

9. *La planification familiale.*

En ce qui concerne, pour la Métropole, à la date du 1^{er} juin dernier, les établissements d'information, de consultation ou de conseil familial, 303 établissements avaient été déclarés mais seulement 178 avaient reçu un avis favorable de la Commission chargée de contrôler les déclarations. La différence entre ces deux chiffres s'explique par le fait que certains établissements ont présenté des dossiers qui doivent être complétés ou que le personnel n'a pas reçu une formation suffisante. Un nouvel examen des déclarations de ces établissements est d'ailleurs possible dès que les conditions prévues pour la déclaration sont remplies (arrêté du 27 novembre 1972).

Les problèmes posés par la formation du personnel des établissements font l'objet d'études au sein du Comité supérieur de l'Information sexuelle, de la régulation des naissances ou de l'éducation familiale.

S'agissant du financement des établissements, une convention type devant régir les rapports entre l'Etat et les établissements a été adressée aux Préfets par circulaire en date du 12 août 1974 après un examen par le Conseil supérieur de l'Information sexuelle. Les établissements

peuvent, on l'a vu, recevoir une subvention de 15 francs par heure de consultation assurée. Pour le moment, les demandes de crédits adressées par les départements correspondent à 72.000 heures.

La liste de ces établissements, ainsi que celle des centres de planification ou d'éducation familiale agréés, sera prochainement publiée par le Comité français d'Education pour la Santé afin que les femmes soient largement informées des services mis à leur disposition dans ce domaine.

Quant aux centres de planification ou d'éducation familiale, qui ont une vocation avant tout médicale, ils se sont multipliés en 1974, après que leurs conditions de création, leur procédure d'agrément et leur modalité de financement eurent été précisées ; au 31 décembre 1973, deux centres seulement avaient reçu l'agrément ministériel ; leur nombre atteint 80 au 15 août 1974. Ils fonctionnent principalement au sein de services hospitaliers de gynéco-obstétrique ou au sein de dispensaires de soins municipaux ou privés. Leur répartition géographique est très inégale puisque les trois quarts sont situés dans la région parisienne.

Leur financement est assuré pour partie par les caisses de sécurité sociale qui prennent en charge les consultations et interventions médicales (gynécologie-psychiatrie). En outre, les centres de planification agréés ont la possibilité de passer convention avec le service départemental de Protection maternelle et infantile qui peut ainsi prendre en charge la part de leurs dépenses de fonctionnement sanitaire.

Ces conventions auront une base incontestable quand sera définitivement adoptée la nouvelle législation sur la régulation des naissances et en particulier l'article 3 du projet de loi.

Par ailleurs, une seconde session officielle de formation des personnels des centres de planification, organisée par l'École nationale de la Santé publique à Rennes, devait avoir lieu à compter du 7 octobre 1974.

Le développement de la régulation des naissances en France a donc été considérablement encouragé, dans la perspective d'une limitation du nombre des avortements provoqués. Ce développement ne pourra qu'être accéléré avec la promulgation de la nouvelle législation dont l'objet est de normaliser la contraception.

Cette année a vu, enfin, la mise en place du Conseil supérieur de l'Information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale, créé par la loi du 11 juillet 1973 ; il s'est déjà réuni deux fois en session plénière ; outre la Commission financière, il comprend trois commissions chargées respectivement des problèmes d'information, de formation des personnels et de recherches.

Départements d'outre-mer.

Pour les départements de la Guadeloupe, de la Martinique et de La Réunion, c'est le décret du 3 janvier 1974 complété par les arrêtés du 26 février et du 19 avril 1974 qui a étendu, en ce qui concerne les centres de planification ou d'éducation familiale l'application de la loi du 28 décembre 1967, en tenant compte de la situation particulière de ces départements. Cette application a donc été très tardive. Pour ne pas freiner le développement de la contraception, les exigences en personnel qualifié pour le fonctionnement des centres de planification ont été réduits, l'agrément de ces centres a été délégué aux préfets et la délivrance des contraceptifs à titre gratuit y est autorisée dans les établissements hospitaliers, les centres de soins agréés et les centres de planification ou d'éducation familiale agréés.

Pour les établissements d'information, de consultation ou de conseil familial, plusieurs textes ont été également publiés, en vue de l'application de la « loi Neuwirth » : le décret n° 74-3 du 3 janvier 1974 (arrêté du 19 avril 1974, la circulaire du 19 avril 1974).

En ce qui concerne les **incidences démographiques** de cette politique, il n'est pas possible de tirer des conclusions à caractère scientifique, étant donné la brièveté de la période d'application de la nouvelle réglementation.

La France connaît, comme le reste de l'Europe occidentale, une baisse de ses taux de natalité et de fécondité depuis 1964-1965, donc largement antérieure à l'application de la loi sur la régulation des naissances.

Cette inflexion s'est accentuée dans la période très récente : le taux de natalité moyen des six derniers mois (de novembre 1973 à avril 1974) est de 15,5 pour mille contre 16,5 pour mille pour l'ensemble de 1973, qui était le taux le plus bas d'après guerre. Une telle évolution appliquée à l'ensemble de 1974 par rapport à 1973 conduirait pour la présente année à une natalité de 15 pour mille.

On ne peut pourtant affirmer que la diffusion des nouveaux contraceptifs soit la cause directe de cette chute : la contraception est en effet pratiquée en France tant bien que mal depuis deux siècles, et dans une certaine mesure, les nouveaux procédés contraceptifs ne font qu'en remplacer d'autres, moins pratiques mais néanmoins efficaces.

On ne peut qu'être frappé de constater le caractère général de cette baisse du taux de fécondité qui se retrouve dans la quasi-totalité des pays développés, sans qu'il paraisse possible d'établir de liens évidents de cause à effet entre ce phénomène et des évolutions législatives ou réglementaires diverses et parfois non concordantes dans le domaine de

la contraception officielle ou dans celui de l'interruption volontaire de grossesse.

Seul un recul plus important et l'affinement des méthodes d'investigation permettront peut-être de voir apparaître des commencements d'explication.

*

**

10. *La rationalisation des choix budgétaires (RCB).*

Certaines recherches ont été menées au Ministère de la Santé en 1973 et 1974 dans le domaine de la rationalisation des choix budgétaires et on peut distinguer celles qui ont été menées à leur terme de celles qui sont encore actuellement en cours.

1. TRAVAUX TERMINÉS DURANT CETTE PÉRIODE.

— *La grippe.*

Cette étude, entreprise alors que les tests d'efficacité du nouveau vaccin de l'Institut Pasteur n'étaient pas terminés, est une analyse coût-avantage de politiques de vaccination appliquées :

- soit à des populations particulièrement exposées : personnes âgées, insuffisants respiratoires chroniques, femmes enceintes, nourrissons ;
- soit à des groupes vecteurs de la maladie : enfants d'âge scolaire ;
- soit à une partie de la population active.

— *Dépistage des handicaps dans la petite enfance.*

Cette étude coût-avantage avait pour but de tester l'intérêt économique des examens obligatoires (à la naissance, à neuf mois, à deux ans) institués par la loi du 15 juillet 1970 de manière à préconiser éventuellement la révision des âges d'examen. L'étude des avantages a été conduite sur les trois grandes catégories communément admises de handicaps : infirmités motrices, déficiences sensorielles, déficiences mentales. Les examens retenus aux âges ci-dessus s'avèrent particulièrement rentables pour le dépistage des déficiences auditives, des infirmités motrices et des déficiences visuelles.

— *La prévention des inadaptations sociales.*

Cette étude a permis de mieux comprendre les mécanismes économiques et psychologiques à l'origine des inadaptations sociales et de préciser les conditions d'une politique efficace de prévention. Dans la ligne des propositions en résultant, des études ponctuelles qui ont pour objet la

programmation de mesures en faveur de groupes cibles spécifiques seront entreprises (jeunes isolés, enfants victimes de mauvais traitements, handicapés adultes et enfants).

— *Les coûts de formation des travailleurs sociaux.*

Cette étude vise, à travers une normalisation des éléments budgétaires des écoles de formation d'assistantes sociales, d'éducateurs spécialisés et de moniteurs éducateurs à rationaliser la gestion de ces écoles et à préparer un programme de formation plus efficace. Parallèlement à cette étude il a été procédé à une évaluation des besoins en éducateurs sociaux.

2. ETUDES EN COURS.

— *La Sectorisation psychiatrique :*

L'étude a pour objet de mettre au point et si possible de justifier un système de financement convenant à la psychiatrie extra-hospitalière et se déroule en deux étapes :

- mise au point d'un système de financement par reconstitution des coûts de fonctionnement de quelques secteurs psychiatriques et proposition de répartition des charges entre l'Aide sociale (dépenses obligatoires de l'Etat) et la Sécurité sociale ;
- justification du système de financement par des évaluations coût-efficacité de la sectorisation, faites sur quelques secteurs choisis en province (Lyon, Grenoble, La Roche-sur-Yon).

— *Le personnel infirmier.*

Cette étude a pour but la mise au point d'une politique destinée à réduire la pénurie de personnel infirmier dans les hôpitaux publics. Les problèmes analysés de la profession sont la formation, les fonctions assumées dans l'équipe soignante, la rémunération, l'aménagement des conditions de travail et les profils de carrière.

— *La recherche d'indicateurs en matière d'action sociale.*

Cette étude vise à définir à partir d'une analyse de la pratique des diverses équipes de travailleurs sociaux (P.M.I., Santé scolaire, hygiène mentale) et du contenu des systèmes d'information départementaux un ensemble d'indicateurs de moyens, de produits et de résultats au niveau des circonscriptions et des sections d'action sanitaire et sociale.

— *Analyse de l'efficacité des procédures d'adoption.*

Il s'agit d'une étude sur l'activité des Directions départementales de l'Action sanitaire et sociale en matière d'adoption d'une part quant aux déplacements adoptifs effectués, d'autre part quant aux enquêtes en vue des déclarations d'abandon des enfants de l'Aide sociale à l'Enfance délaissés par les parents.

— *Analyse de l'efficacité des centres sociaux.*

Cette étude s'inscrit dans le cadre de développement de centres locaux de services communautaires.

— *Le budget de programmes.*

Parallèlement aux études sectorielles exposées ci-dessus, les services d'étude du Ministère ont entrepris la transposition du Budget du Ministère en Budget de programmes, c'est-à-dire en nomenclatures visant à faire apparaître en face des moyens affectés les finalités visées par les actions entreprises. Ces travaux ont permis la présentation d'un document « Blanc » annexé à la Loi de finances pour 1975 et distribué ces derniers jours aux membres du Parlement.

Quelques indications peuvent être données sur l'exécution des mesures liées à des travaux précédemment réalisés.

— *La périnatalité.*

Le programme finalisé Périnatalité consécutif à l'étude RCB Périnatalité s'étend sur toute la durée du VI^e Plan.

En 1974, la somme de 18 millions de francs a été inscrite au budget de l'Etat pour la réalisation de la tranche annuelle de ce programme.

Ces crédits sont utilisés pour :

— L'information statistique et la recherche en matière de périnatalogie.

— La vaccination contre la rubéole des fillettes de treize ans, vaccinations effectuées dans le cadre de la médecine scolaire.

— L'intensification de la surveillance prénatale par l'augmentation du nombre de consultations et le remboursement des examens complémentaires principalement pour les grossesses à risques.

— L'amélioration de la surveillance des accouchements résultant d'un meilleur équipement et de la rénovation des maternités publiques.

— L'équipement de toutes les maternités en matériel léger de réanimation.

— Le recyclage des personnels médicaux et paramédicaux.

— L'amélioration des services de réanimation néo-natale intensive.

Le contrôle des résultats du programme finalisé Périnatalité sera effectué à partir d'enquêtes spécifiques de l'INSERM et de l'exploitation des renseignements figurant sur les certificats de santé établis pour les examens obligatoires prévus par la loi du 15 juillet 1970.

En outre, la poursuite de l'étude périnatalité a servi de cadre à l'étude coût-avantage du dépistage systématique et de la surveillance particulière des femmes enceintes atteintes de toxoplasmose. Une prise en charge par la sécurité sociale des examens nécessaires à ce dépistage pourrait être envisagée.

Par ailleurs, les difficultés (résultant de l'autonomie des universités) rencontrées dans l'exécution du sous-programme « Formation » du programme finalisé Périnatalité ont nécessité un réexamen du dossier. L'étude mise en route a pour objet de dégager les moyens propres au Ministère de la Santé susceptibles d'accroître le nombre et d'améliorer la formation des gynécologues-obstétriciens.

— *La protection de la Santé des enfants d'âge scolaire.*

Les évaluations faites sur les scoliozes dans le cadre de cette étude montraient l'intérêt économique du dépistage précoce de cette déformation. La mise au point récente d'un nouveau traitement des scoliozes a justifié la reprise d'une étude coût-avantage sur ce sujet. Les résultats de cette étude mettent en lumière les bénéfices que la Sécurité sociale pourrait retirer du remboursement de ce traitement.

— *Garde des enfants de la naissance à trois ans.*

Dans le cadre de l'étude sur les incidences sanitaires et sociales de la garde des enfants de la naissance à trois ans, deux séries de travaux ont été menées : l'une aboutissant à la mise au point de « tableaux de bord » destinés aux gestionnaires de crèche, l'autre à la construction d'indicateurs permettant de comparer les différents modes de garde entre eux.

— *Prévention du suicide.*

Les renseignements contenus dans la « brochure suicide » éditée conformément aux conclusions de l'étude RCB menée sur ce sujet ont été actualisés en 1974 ; une nouvelle édition de cette brochure destinée à mieux informer le personnel médical et les personnes bénévoles des associations d'assistance est en préparation.

En ce qui concerne les prévisions d'activité pour 1975, les études sectorielles seront orientées sur les problèmes relatifs à une politique sanitaire de prévention avec les préoccupations suivantes :

- comment améliorer l'efficacité technique et économique d'une prévention à l'égard d'un certain nombre de maladies en visant des « groupes à risques » de la population et en adaptant la prévention à chacun de ces groupes,
- étudier l'intérêt d'une politique de prévention à partir de l'hôpital en articulant mieux son action avec la médecine de ville,
- étudier l'efficacité des nouvelles formules de la politique hospitalière : hôpital de jour, polyclinique, hospitalisation à domicile ou soins extra-hospitaliers,
- des études ponctuelles sont envisagées également pour proposer des améliorations en matière de PMI et de santé scolaire.

En matière d'action sociale les études envisagées pour 1975 concernent :

- le système d'information et de gestion dans les services extérieurs de l'Action sanitaire et sociale, en vue d'améliorer l'efficacité de leurs interventions en liaison avec l'automatisation de leurs procédures administratives.

A la suite de l'enquête effectuée en 1973 un modèle de gestion de ces établissements est en cours d'élaboration.

Information des personnes âgées.

Amélioration des interventions en matière d'information des personnes âgées dans le cadre de la mise en œuvre des Programmes finalisés « Maintien à domicile des personnes âgées ».

Dans le cadre de ce Programme une analyse de l'efficacité des clubs de personnes âgées est en cours.

— Programmation des politiques d'Action sociale.

Développement de la programmation en termes d'équipement et de fonctionnement des politiques d'action sociale qui seront définies dans le cadre de la préparation du Plan.

11. *Exercice des professions de santé dans la perspective de l'application du Traité de Rome.*

Le groupe « médecine » a poursuivi les négociations à Bruxelles, au sein de la Communauté Economique Européenne, en vue de la rédaction de proposition de directives du Conseil :

- concernant la réalisation de la liberté d'établissement et de la libre prestation de services pour les activités non salariées du médecin ;
- visant à la reconnaissance mutuelle des diplômes, certificats et autres titres de médecin ;
- visant à la coordination des dispositions législatives, réglementaires et administratives applicables aux activités non salariées du médecin.

Ces travaux ont abouti à la présentation d'un nouveau document portant la référence : Bruxelles 1478/74 (CES 126) du 19 juillet 1974.

Certaines questions restant en discussion, les pourparlers ne sont pas interrompus mais de l'analyse de ce document, il ressort d'ores et déjà que l'application du Traité de Rome ne devrait pas modifier l'exercice de la profession de médecin.

En effet, les praticiens bénéficiaires de l'application de ces directives seront soumis à la réglementation professionnelle applicable aux nationaux ; ils jouiront des mêmes droits et seront soumis aux mêmes obligations ; ils ne pourront en particulier bénéficier d'aucune aide fournie par leur pays d'origine et qui serait de nature à fausser les conditions d'établissement. De même, aucune modification ne sera à apporter en matière de législation et de réglementation sur les sociétés de médecins.

L'impact principal des directives européennes se situe au niveau de la formation professionnelle, en particulier des médecins spécialistes et à celui de la démographie médicale.

En application de l'article 2 de la troisième directive, l'accès à une spécialisation devra être assuré par une formation à temps plein et, dans le cas où une formation à temps partiel serait jugée nécessaire, la durée totale de la formation spécialisée ne pourra être réduite pour autant. Ces dispositions impliqueront une révision de la réglementation actuelle des Certificats d'Etudes Spéciales et rendront nécessaire pour l'accès à la qualification l'accomplissement d'un temps d'internat pour le plus grand nombre des spécialités.

En ce qui concerne la répercussion que la liberté d'établissement est susceptible d'avoir sur la démographie médicale, rien ne permet de préjuger l'avenir. La seule indication actuellement disponible est fournie par l'étude des dossiers déposés en vue de l'application de la loi n° 72-661

du 13 juillet 1972 relative à certaines conditions d'exercice des professions de médecin, chirurgien-dentiste et sage-femme, modifiant l'article L 356 du Code de la Santé Publique.

A ce jour, le nombre des médecins ressortissants des pays de la Communauté européenne, titulaires de diplômes acquis soit dans leur pays d'origine, soit en France, ou médecins français titulaires de diplômes acquis dans un des pays de la Communauté et qui seraient les premiers bénéficiaires de l'application des directives communautaires s'élève à 59.

En ce qui concerne les autres professions de santé, les directives communautaires les concernant n'en sont qu'à l'état d'ébauches en attendant la rédaction définitive des directives « médecins » et « architectes » dont elles s'inspireront.

III. — Les travaux de la Commission.

La Commission, réunie le 7 novembre, a procédé à l'audition de Mme Veil, ministre de la Santé, sur le présent projet de budget pour 1975 (Santé).

Le Ministre a donné un certain nombre d'indications techniques sur les changements apportés à la nomenclature budgétaire et qui consistent pour l'essentiel dans des transferts importants vers la section « Charges communes » aux ministères sociaux.

L'augmentation réelle de la dotation globale sera de l'ordre de 30 %.

Les documents traditionnels sont accompagnés d'une présentation du budget par programmes permettant une information plus intéressante du Parlement.

Les autorisations de programme augmentent, y compris les fonds à attendre d'un emprunt de 235 millions, de 22 % en moyenne, à raison de 27 % dans le secteur de la Santé et 13,3 % dans le secteur social.

Le Gouvernement entend accentuer de façon importante l'humanisation des hôpitaux ; un effort substantiel sera aussi accompli en faveur des établissements pour handicapés adultes dans le secteur concernant la famille et l'enfance (crèches notamment), et les personnes âgées.

Les dépenses de fonctionnement croîtront aussi dans de fortes proportions avec un taux moyen de 32,3 %.

L'aide aux malades mentaux notamment est appelée à faire l'objet d'un effort particulier, ainsi que la formation de personnels sanitaires (20.000 infirmières par an) et sociaux, la poursuite des programmes finalisés (sécurité routière, maintien à domicile des personnes âgées).

La recherche médicale a également été considérée comme devant faire l'objet d'une action prioritaire pour les années à venir (socio-pathologie, affections dentaires et oculaires).

La dotation de la « Section commune » augmentera d'environ 20 % et se traduira par un sensible renforcement des moyens en personnel de l'administration et des actions dans le domaine informatique.

M. Ribeyre, rapporteur spécial de la Commission des Finances, a indiqué que celle-ci avait enregistré avec satisfaction la progression générale des crédits ; il a attiré l'attention sur l'urgence d'une réforme des règles de la répartition des dépenses d'aide sociale et médicale entre l'Etat et les collectivités locales.

M. Grand, rapporteur pour avis, s'est spécialement félicité des mesures prévues pour tenter de résoudre la crise du personnel infirmier.

M. Méric a, lui aussi, soulevé, après M. Ribeyre, la question de la ventilation des dépenses d'aide sociale et celle de l'aide aux mineurs en danger.

M. Mézard, approuvant dans l'ensemble les propositions budgétaires, et en particulier les actions menées dans le domaine de la périnatalité, a évoqué le problème de l'Institut Pasteur, celui des dépenses de fonctionnement des crèches, celui de la fusion projetée des services extérieurs de l'action sanitaire et sociale et de la sécurité sociale.

M. Schwint, abordant lui aussi le sujet des crèches et celui de l'aide sociale, a mis l'accent sur les insuffisances de certains services d'assistance sociale, dans le secteur rural notamment et sur la nécessité de doter des moyens appropriés les centres de planification ou d'éducation familiale ainsi que les établissements d'information ou de conseil familial.

M. Gravier a souhaité obtenir des précisions sur le problème des prix de journée, qui met souvent la trésorerie des hôpitaux dans une situation critique, sur celui de la modulation des prestations d'aide sociale en faveur des handicapés et sur la lutte contre la myopathie.

M. Maury a déploré les effets encore trop sensibles des insuffisances qu'on constate au niveau de la formation des personnels sanitaires et sociaux, y compris les monitrices des écoles. Il a préconisé la création d'hôpitaux et de maisons de retraite de dimensions raisonnables et attiré l'attention sur les méfaits, croissants à son avis, de l'alcoolisme ; sur ce point, il s'est prononcé en faveur de mesures de retrait du permis de conduire, qui devraient suivre systématiquement les hospitalisations pour accidents imputables à l'alcool.

M. Boyer a insisté sur la crise du personnel infirmier ; la réforme récente du statut des aides soignantes semble devoir, par son perfectionnisme, entraîner une rapide aggravation de la situation dans les hôpitaux ; il a aussi attiré l'attention sur les efforts nécessaires dans le secteur psychiatrique, sur l'opportunité d'assurer une meilleure coordination des secteurs hospitaliers public et privé et de remédier à une certaine dégradation de la qualité de la formation médicale.

M. Hubert Martin a estimé très insuffisante la condition faite aux kinésithérapeutes et aux ergothérapeutes dans les hôpitaux ; l'urgence de doter ceux-ci d'un statut n'est plus à démontrer.

M. Marie-Anne a jeté un cri d'alarme à propos du retard pris dans l'exécution du VI^e Plan, spécialement dans son département et dans les procédures de délégation des crédits de l'aide sociale.

Madame Veil, ministre de la Santé, a répondu aux questions posées en précisant notamment :

- que, si la répartition des dépenses d'aide sociale est à revoir, la part de l'Etat a néanmoins augmenté dans des proportions importantes, atteignant 57 % en moyenne ;
- que le Gouvernement se préoccupait activement d'apporter à la condition des infirmières les aménagements qui permettront d'allonger la durée très anormalement courte de leur carrière administrative (à peine cinq ans actuellement en moyenne) ;
- qu'un nouvel effort important serait fait cette année en faveur de l'Institut Pasteur, aussi bien sur le plan financier que sur celui de la recherche de meilleures solutions administratives à certains problèmes difficiles ;
- que les moyens d'accélérer les procédures de révision des prix de journée hospitaliers étaient à l'étude.

La Commission a procédé, le 20 novembre, à l'examen du présent rapport pour avis.

Le Rapporteur a tout d'abord déploré les effets des modifications trop fréquemment apportées aux structures gouvernementales et administratives des ministères sociaux.

S'agissant de la Section commune, il a principalement relevé l'importante mesure que constituera, en 1975, le rattachement à celle-ci de 11.970 emplois relevant jusqu'à la fin de la présente année des services de la Sécurité sociale (Travail) et de ceux de l'action sanitaire et sociale (Santé) ; il a également évoqué l'augmentation non négligeable des moyens de fonctionnement des services.

A propos des crédits de la Santé, il a indiqué que leur taux moyen de progression à structures comparables, atteindrait environ 30 % par rapport à 1974.

Les dépenses ordinaires croîtront dans la proportion de 32,3 % et les autorisations de programme de 22 %.

M. Grand a ensuite traité de l'action générale du ministère, évoquant successivement l'amélioration des moyens des services de la Santé, l'effort projeté dans le secteur de la formation des personnels sanitaires et sociaux, dans celui des équipements sanitaires et sociaux et dans celui de la recherche médicale.

Il a également consacré une partie de son exposé aux actions considérées comme prioritaires par le Gouvernement : amélioration du sort

des défavorisés, prévention des accidents et des nuisances (protection maternelle et infantile, accidents de la route, défense contre les pollutions), lutte contre l'alcoolisme, régulation des naissances.

Le Rapporteur a ensuite évoqué un certain nombre de problèmes spécifiques :

- crise du personnel de l'administration ;
- exécution du VI^e Plan ;
- aide sociale et médicale ;
- application de la réforme hospitalière ;
- études médicales ;
- politique psychiatrique ;
- personnels paramédicaux ;
- service de santé scolaire ;
- planification familiale ;
- rationalisation des choix budgétaires ;
- exercice des professions de santé dans la perspective européenne.

En conclusion, le Rapporteur pour avis a souligné que, si l'effort général accompli dans le secteur de la santé était réel, il demeurerait insuffisant.

M. Maury a formulé le souhait que, dans la fixation du nombre des élèves et stagiaires de l'École nationale de la santé, il soit tenu un meilleur compte du nombre de ceux qu'on ne peut empêcher de s'orienter ensuite vers le secteur privé.

M. Mézard a estimé très inadaptée aux besoins réels la politique concernant le recrutement des monitrices des écoles d'infirmières.

M. Moreigne s'est inquiété de la crise qui, par ses répercussions sur les problèmes propres aux collectivités locales, risque de résulter de la nouvelle politique psychiatrique ; il a également évoqué la lourde charge financière qui grève le fonctionnement des centres médico-psychopédagogiques.

M. Henriet, de son côté, a évoqué diverses questions :

- incidences de la multiplication, en elle-même souhaitable, des S.A.M.U. (Service d'aide médicale urgente) sur le maintien à un niveau satisfaisant de la fréquentation des hôpitaux autres que les centres hospitaliers régionaux ; M. Maury a, sur ce point, relevé une certaine tendance à faire intervenir abusivement les S.A.M.U. ;

- application et financement insuffisants de la réforme réalisée par Mlle Dienesch, alors Secrétaire d'Etat, pour améliorer les conditions de fonctionnement des maternités ;
- urgence de créer un Institut du Cerveau ;
- nécessité de personnaliser les soins et de lutter contre le gigantisme des établissements, qu'on ne peut dissocier d'une politique d'humanisation des hôpitaux.

Le Rapporteur pour avis et M. Maury se sont déclarés en désaccord avec l'orientation vers un très grand nombre d'équipements neufs et l'abandon corrélatif de certaines opérations de rénovation ou réutilisation à d'autres fins des équipements existants, implicitement préconisée par M. Henriet.

M. Viron a regretté le mauvais état d'exécution du VI^e Plan dans sa région.

La Commission a, à la suite de ces interventions, décidé de donner un avis favorable à l'adoption des crédits de la « Section commune-Travail-Santé » et de la section « Santé » et a adopté, à l'unanimité, le présent avis.

CONCLUSION

Un effort très réel mais à nos yeux encore insuffisant...

Des pesanteurs et des lenteurs administratives qui, trop souvent, freinent l'étude, la mise au point et l'application de la plus modeste réforme...

L'attente d'aménagements nécessaires à la bonne exécution d'une mission et à la mise en confiance des agents qui en ont la charge...

Telles sont, à notre avis, les regrets qu'on peut exprimer à propos de l'action du Ministère dont nous avons à examiner le budget.

Nous avons, à grands traits, vu ce qui a déjà été accompli ; mais il reste beaucoup à faire. Il convient de poursuivre avec persévérance et d'accélérer la réalisation de cette tâche.

Telles sont, Mesdames et Messieurs, les conditions dans lesquelles votre Commission des Affaires sociales a, à l'unanimité, adopté le présent avis et conclu à l'adoption des crédits de la « Section commune » et de la Santé pour 1975.

ANNEXE

LES DÉPENSES D'AIDE SOCIALE ET MÉDICALE

Le tableau ci-dessous donne en indices l'évolution des dépenses d'aide sociale de 1968 à 1975 (prévisions).

FORMES D'AIDE	1968	1969	1970	1971	1972	1973 prévisions	1974 prévisions	1975 prévisions
Aide sociale à l'enfance	100	118,4	135,3	157,9	184,8	212,5	244,4	281
Aide sociale aux infirmes, aveugles et grands infirmes	100	111,9	127	141,9	161,4	183,3	211,2	227,1
Aide sociale aux personnes âgées	100	121,8	140	158,5	190,4	214,5	242,7	279,1
Aide médicale (y compris aide médicale aux tuberculeux et aux malades men- taux)	100	117,5 (1)	106,5 (1)	107,6 (1)	119,4 (1)	137,4 (1)	207,8 (2)	238,9 (2)
Autres formes d'aide (loyers, héberge- ment, famille, réadaptation sociale ..	100	118	131,5	159	142,6 (3)	78,8 (3)	90,6 (3)	104,2 (3)
Ensemble	100	117,2	124	137	156,9	177,7	221,4	251,3

(1) Répercussion de la prise en charge par les Caisses maladie des frais d'hospitalisation pour la plupart des malades mentaux bénéficiaires de l'assurance maladie volontaire.

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

(3) Diminution des dépenses d'allocation de loyer par suite de l'entrée en vigueur à compter du 1^{er} juillet 1972 de la loi n° 71-582 du 16 juillet 1971 relative à l'allocation de logement. Seuls continueront à être supportés par l'aide sociale les frais engagés par les bénéficiaires d'allocation de loyer mentionnés à l'article 134 du Code de la famille et de l'aide sociale.

Source : Ministère de la Santé.

La comparaison des dépenses de l'aide sociale est possible avec celles de la Sécurité sociale en ce qui concerne le seul secteur de la santé.

L'évolution en indices des dépenses globales pour ce risque a été la suivante (budget social de la Nation).

1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974 (prévisions)	1975 (prévisions)
100	122,2	151,5	172,6	200,9	231,2	268,4	314,7

En 1972, les dépenses globales en nature de l'assurance maladie s'élevaient à 48.336 millions.

Le tableau ci-joint montre que les dépenses de l'Etat ont augmenté plus plus fortement que celles des collectivités locales puisque sur la base 100 en 1970 elles se situent à l'indice 149 en 1973 contre 142, 8 pour les collectivités locales.

Cet accroissement est dû à une modification des structures des dépenses d'aide sociale et d'aide médicale caractérisée, à législation constante, par une progression plus rapide des dépenses du Groupe I, notamment pour l'aide sociale à l'enfance que des dépenses des autres groupes et notamment du groupe III par suite de la répercussion sur l'aide médicale de l'extension de l'assurance-maladie.

Dépenses en millions de francs.

DESIGNATION	ETAT				COLLECTIVITES LOCALES			
	1970	1971	1972	1973 Résultats provi- soires	1970	1971	1972	1973 Résultats provi- soires
<i>Dépenses du groupe I.</i>								
— Aide sociale enfance	1.520,8	1.781	2.083,3	2.395,8	349	400,4	469,8	540,2
— Prévention et réadaptation sociale ..	3,5	4,5	5,3	6,7	1,7	2,1	2,4	3
— Hygiène et prévention sanitaire (1) ..	421,1	450,8	561,4	671,7	92	98,9	124,4	148,8
<i>Dépenses du groupe II.</i>								
— Aide médicale tuberculeux	80,1	80,3	81,2	84,2	35,4	36,7	36,2	37,4
— Aide médicale malades mentaux (2) ..	336,6	241,3	269,2	312,3	155,4	103	142,9	165,7
— Centres hébergement	18,7	25	31,4	37	7,6	10,1	11,9	14,1
— Allocation loyer (3)	52,2	61,3	44,8	3,1	30,2	35,1	28,5	1,9
— Frais d'administration et de contrôle	55,2	67,2	77,6	84,3	35,8	48,3	47,6	51,7
<i>Dépenses du groupe III.</i>								
— Aide médicale	483,8	557,1	628,6	727,7	706,7	799,5	857,6	992,7
— Aide sociale famille (4)	5,7	6,8	5,9	6,7	2,6	2,8	2,3	2,7
— Aide sociale personnes âgées	333,1	387,4	455,2	512,7	572,2	637,5	776,3	874,6
— Aide sociale infirmes, aveugles et grands infirmes	514,6	581,5	658,1	747,1	765,4	848,7	968,9	1.099,9
Total dépenses des 3 groupes (a) ..	3.825,4	4.244,2	4.902	5.589,3	2.754	3.017,1	3.468,8	3.932,7
<i>Dépenses à la charge 100 % Etat.</i>								
— Allocations militaires	13,3	10,3	7,7	7,5	>	>	>	>
— Allocations du FNS	226,2	278,8	349,1	460,7	>	>	>	>
Total des dépenses charge 100 % Etat (b)	239,5	289,1	356,8	468,2	>	>	>	>
Total général (a + b)	4.064,9	4.533,3	5.258,8	6.057,5	2.754	3.017,1	3.468,8	3.932,7
<i>Evolution en indices.</i>								
— Sur dépenses des 3 groupes (a)	100	110,9	128,1	146,1	100	109,6	125,9	142,8
— Sur dépenses 100 % Etat (b)	100	120,7	148	195,5	>	>	>	>
— Sur total des dépenses (a + b)	100	111,5	129,4	149	100	109,6	125,9	142,8

(1) Dépenses relevées sur les comptes administratifs.

(2) Répercussion de la prise en charge par les Caisses maladie des frais d'hospitalisation pour la plupart des malades mentaux bénéficiaires de l'assurance maladie volontaire.

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

(4) Dépenses concernant presque exclusivement les départements d'outre-mer.