

# SÉNAT

PREMIERE SESSION ORDINAIRE DE 1978-1979

---

Annexe au procès-verbal de la séance du 21 novembre 1978.

---

## AVIS

PRÉSENTÉ

au nom de la Commission des Affaires sociales (1), sur le projet  
de loi de finances pour 1979, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE  
NATIONALE.

TOME II

SANTE

Par M. Jean CHÉRIOUX,

Sénateur.

---

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

Voir les numéros :

Assemblée Nationale (6<sup>e</sup> législ.) : 540 et annexes, 570 (annexe 29), 571 (tome XII) et in-8° 79.  
Sénat : 73 et 74 (tome III, annexe 34) (1978-1979).

---

Loi de finances. — Aide sociale - Santé publique - Hôpitaux psychiatriques.

## SOMMAIRE

	Pages.
<b>Introduction</b> .....	4
<b>PREMIERE PARTIE : Présentation du budget</b> .....	5
I. — <i>Les grandes masses :</i>	
— un taux d'augmentation satisfaisant .....	5
— un budget grevé par les dépenses obligatoires .....	5
II. — <i>Les lignes de force</i> .....	6
1. Renforcer la solidarité nationale : aide sociale et action sociale .....	6
2. Poursuivre la politique sanitaire et mieux maîtriser les dépenses de santé .....	8
a) La prévention .....	8
b) L'amélioration de l'appareil de soins .....	9
c) La maîtrise des dépenses de santé .....	10
3. La recherche médicale et la politique du médicament .....	11
III. — <i>Les moyens de l'administration</i> .....	12
1. Les personnels .....	12
2. La restructuration des services extérieurs .....	12
<b>DEUXIEME PARTIE : Observations sur l'aide sociale</b> .....	15
I. — <i>Structures et facteurs d'évolution des dépenses d'aide sociale</i> .....	16
1. L'augmentation des dépenses : un constat .....	18
2. Les facteurs de hausse .....	19
3. L'élargissement du champ d'intervention de la sécurité sociale : des effets incertains sur les dépenses d'aide sociale .....	20
4. Les écarts d'un département à l'autre dans les coûts par assisté .....	22
II. — <i>Les efforts de rationalisation des dépenses entrepris par les Pouvoirs publics</i> .....	23
1. L'orientation des interventions vers la prévention et le maintien à domicile .....	23
a) Aide sociale à l'enfance .....	24
b) Aide aux personnes âgées .....	26
2. La maîtrise des équipements : la « loi sociale » .....	26
3. Le contrôle des coûts de fonctionnement .....	26
a) L'agrément des conventions collectives .....	26
b) Le plafonnement des hausses de prix de journée .....	28
c) Les guides de gestion .....	28

	Pages.
III. — <i>Les défauts du système d'aide sociale au regard de l'efficacité de la gestion</i> .....	28
1. Au niveau national : des moyens d'information et de contrôle insuffisants .....	29
2. Au niveau local : la situation inconfortable des directions départementales .....	29
3. Les recours trop fréquents à l'admission d'urgence.....	29
4. Au niveau des établissements : des normes trop rigides.....	30
IV. — <i>Les inconvénients du système d'aide sociale au regard de la satisfaction de la population assistée</i> .....	31
1. Un système qui permet la personnalisation des aides.....	31
2. ... mais qui repose sur la mise en œuvre de procédures lentes...	31
3. ... et engendre des disparités de traitement difficilement justifiables sur le plan de l'équité.....	32
V. — <i>Les aménagements à rechercher</i> .....	33
1. Renforcer les moyens en personnel et les moyens informatiques de l'administration.....	33
2. Simplifier les procédures et tendre à uniformiser les pratiques.	34
3. Mieux lier financement et gestion, dans le cadre d'une redistribution des compétences entre l'Etat et les collectivités locales .....	36
<b>TROISIEME PARTIE : Observations sur les hôpitaux psychiatriques</b> .....	39
I. — <i>Les hôpitaux psychiatriques se vident</i> .....	39
1. L'évolution des thérapeutiques.....	40
2. La sectorisation.....	40
3. L'ouverture récente de capacités d'accueil nouvelles.....	42
4. Les conséquences financières.....	42
II. — <i>L'avenir de l'hôpital psychiatrique</i> .....	43
1. Une évolution qui ne peut que s'accroître.....	43
a) La sectorisation est appelée à progresser.....	43
b) Une partie de sa clientèle traditionnelle tend à échapper à l'hôpital psychiatrique.....	44
2. Les mesures à prendre.....	46
a) Elaborer une carte hospitalière psychiatrique prospective..	46
b) Favoriser la reconversion des équipements excédentaires, et même fermer certains lits.....	46
c) Prévoir la reconversion des personnels.....	47
<b>Examen en commission</b> .....	49
<b>Conclusion</b> .....	51

Mesdames, Messieurs,

Comme chaque année, les prévisions budgétaires pour le Ministère de la Santé et de la Famille et pour le Ministère du Travail sont consignées dans un seul et même document « bleu » annexé au projet de loi de finances.

Ce document comporte trois parties :

— la section commune, qui regroupe les services placés sous l'autorité conjointe des deux ministres (Direction de l'administration générale, du personnel et du budget, Inspection générale des affaires sociales, Service des études et prévisions, Division des relations internationales) ;

— la section travail ;

— la section santé, qui englobe les subventions aux régimes de sécurité sociale.

Le présent avis sera consacré à l'examen des crédits de la section commune et de la section santé, à l'exception des subventions aux régimes sociaux, analysés par notre collègue Boyer dans le cadre de son avis relatif à la sécurité sociale.

Après une brève présentation du budget, nous centrerons nos observations sur deux thèmes : l'aide sociale et les hôpitaux psychiatriques.

## PREMIERE PARTIE

### PRESENTATION DU BUDGET

Laissant à la Commission des finances le soin d'examiner les crédits dans le détail, nous indiquerons le montant des grandes masses budgétaires, puis nous tenterons de présenter les lignes de force du budget pour 1979 ; enfin nous examinerons les moyens nouveaux mis à la disposition de l'administration.

#### I. — LES GRANDES MASSES

Les crédits du budget du Ministre de la Santé et de la Famille augmenteront, en 1979, de 18,10 %. Ce taux est, comme l'an passé (+ 21,80 %), supérieur à l'augmentation moyenne du budget de l'Etat (15,20 %).

Les crédits de la santé s'élèvent au total à 25,6 milliards de francs, dont 5,8 sont destinés à subventionner divers régimes de sécurité sociale. Sur ce total, les dépenses en capital s'élèvent à 1,85 milliard de francs.

Les crédits de la section commune représentent 777 millions de francs.

Une lourde contrainte continue de peser sur le budget de la santé, que nous avons déjà soulignée au cours des années passées. Il s'agit de l'importance de la masse de crédits destinés à couvrir les dépenses obligatoires : aide médicale et sociale, participation de l'Etat à la protection générale de la santé publique et à la prévention sanitaire. Les crédits évaluatifs correspondants s'élèvent au total à 15 milliards de francs.

Si l'on y ajoute les subventions aux régimes de Sécurité sociale, on constate que les dépenses obligatoires grèvent le budget pour 78 % de son montant.

La marge de manœuvre dont dispose le ministère de la Santé pour mener des actions de caractère volontariste est donc réduite. Les choix ne peuvent s'exercer que sur 22 % des crédits.

Encore convient-il, pour avoir la mesure exacte des possibilités d'initiatives offertes au Gouvernement par le budget, de retirer de ce pourcentage les mesures acquises et même, parmi les mesures nouvelles, celles qui, compte tenu des transferts, des virements et des « ajustements » aux besoins, permettent seulement la continuation des actions passées. Les véritables mesures nouvelles ne représentent en fait que 0,70 % des dépenses ordinaires.

## II. — LES LIGNES DE FORCE DU BUDGET

L'analyse du budget de 1979 laisse apparaître une continuité dans la mise en œuvre des actions prioritaires définies au cours des années passées.

Ces actions s'ordonnent autour de trois grands axes : le renforcement de la solidarité nationale, la politique sanitaire et la maîtrise des dépenses de santé, enfin la recherche médicale et la politique du médicament.

### 1. Renforcer la solidarité nationale : aide sociale. et action sociale.

Nous laisserons de côté les problèmes de sécurité sociale pour centrer nos observations sur les orientations qui relèvent plus particulièrement de l'action sociale.

Le renforcement de la solidarité nationale apparaît tout d'abord à travers l'augmentation des *crédits d'aide médicale et sociale*, qui progressent en 1979 de 21,8 % par rapport à la dernière loi de finances. Nous aurons l'occasion de revenir ultérieurement sur les problèmes soulevés par l'alourdissement des dépenses d'aide sociale, auxquelles la plus grande partie de ce rapport sera consacrée.

Trois catégories de la population continuent de faire l'objet de la préoccupation des Pouvoirs publics : les personnes âgées, les familles et les handicapés.

L'action en faveur des *personnes âgées* se traduit tout d'abord par l'augmentation du minimum vieillesse, qui atteindra, en 1979, 40 francs par jour (1). Par ailleurs, la poursuite de la politique de maintien à domicile reste prioritaire : création de 130 nouveaux

---

(1) La charge en est supportée par les régimes d'assurance vieillesse (prestations de base) et par le budget des Charges communes (allocation supplémentaire du Fonds national de solidarité).

secteurs d'actions gérontologique, de clubs, extension des installations téléphoniques, développement de l'aide ménagère et des services de soins à domicile. Les crédits d'actions sociales en faveur des personnes âgées passent de 46,4 à 71,4 millions. Les sommes supplémentaires ainsi dégagées (25 millions de francs) sont prises en compte au titre du PAP n° 15 du VII<sup>e</sup> Plan « favoriser le maintien à domicile des personnes âgées ».

La *politique familiale* passe tout d'abord par la voie de l'amélioration des prestations familiales et de la protection de la maternité. Les aspects de la politique familiale qui concernent le domaine de la Sécurité sociale seront étudiés dans le rapport de notre collègue Boyer. L'action sociale en faveur des familles bénéficie, pour 1979, d'un crédit supplémentaire de 10 millions de francs. Plusieurs types d'intervention s'affirment en 1979 :

— le soutien aux maisons familiales des vacances, dans le cadre du PAP n° 14 « Nouvelle politique de la famille » ;

— le développement des interventions des travailleuses familiales ;

— l'éducation conjugale et familiale ;

— la mise en œuvre de moyens diversifiés de garde des jeunes enfants.

En ce qui concerne les *handicapés*, les structures prévues par la loi d'orientation, commissions d'orientation des enfants handicapés et COTOREP (1), ont maintenant été mises en place. 60 000 familles reçoivent l'allocation d'éducation spéciale, 176 000 adultes la garantie de ressources. Mais on attend encore la parution de décrets d'application importants, notamment relatifs à l'allocation compensatrice, aux établissements de l'article 46 (pour les handicapés adultes) et à ceux de l'article 47 (pour les malades mentaux). Pour assurer le fonctionnement des COTOREP, 13,5 millions de francs de crédits sont inscrits au budget.

Les crédits d'action sociale en faveur des handicapés (22,5 millions), qui ne changent pas par rapport à 1978, sont principalement destinés à améliorer les possibilités de loisirs des handicapés et à élaborer un guide pratique d'information qui leur permettra de mieux connaître leurs droits.

\*  
\* \*

Au total, les *crédits d'action sociale*, masse disponible pour une action volontariste, augmentent de 27,2 %, taux notablement plus élevé que celui du budget de la santé. Entre 1975 et 1979, ces crédits auront presque été multipliés par trois.

---

(1) Commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel.

Mais ces crédits ne représentent, en 1979, que 209 millions de francs. Une telle somme reste dérisoire si on la compare aux 13 milliards de francs de crédits d'aide médicale et sociale.

A ce propos, il convient de souligner combien les sommes affectées au financement des *programmes d'action prioritaire* dans le domaine social sont marginales par rapport aux 25 milliards de francs de crédits inscrits au budget de la Santé et de la Famille :

PAP n° 14 (Nouvelle politique de la famille) : 266 millions de francs ;

PAP n° 15 (Maintien à domicile des personnes âgées) : 86 millions de francs ;

PAP n° 16 (Développer la prévention et l'action sociale volontaire) : 960 millions de francs.

## **2. Poursuivre la politique sanitaire et mieux maîtriser les dépenses de santé.**

La politique sanitaire reste orientée vers le développement de la prévention et l'amélioration de l'appareil de soins.

### *a) La prévention.*

En matière de **prévention**, l'accent est mis tout d'abord sur l'*éducation sanitaire*. Les crédits doublent en 1979. Le Comité français d'éducation pour la santé reprendra les thèmes prioritaires du tabagisme, de la nutrition et de l'hygiène buccodentaire en les orientant particulièrement vers les enfants. En outre, des thèmes nouveaux devraient être lancés : le bon usage des médicaments et l'alcoolisme.

La politique de *périnatalité* engagée résolument depuis plusieurs années a abouti à des résultats très positifs : de 1964 à 1977, le taux de mortalité périnatale a baissé de 28,7 % à 19,7 %. Des progrès peuvent être encore obtenus, si l'on en croit l'exemple de la Suède. Les crédits affectés à la périnatalité et aux problèmes de la naissance augmentent de 50 % en 1979.

Pour l'amélioration du dispositif de secours d'*urgence*, autre priorité, cinq millions de francs supplémentaires sont prévus au profit du fonctionnement des SAMU. La mise en service du « 15 » (numéro d'appel téléphonique) est toujours à l'étude, mais en bonne

voie. Le Ministère suit de très près les modalités de l'organisation locale des secours d'urgence, qui, dans des villes comme Lyon, Grenoble et Rouen, reposent sur la coopération entre les hôpitaux publics, les établissements privés et la médecine libérale, ce que votre commission considère comme tout à fait souhaitable. Ces expériences paraissant satisfaisantes, le Ministère a renoncé à régler le problème de l'urgence par voie législative, préférant laisser libre cours aux initiatives locales.

Au total, les programmes de protection et de prévention sanitaire augmentent notablement, puisqu'ils passent de 49,77 millions de francs en 1978 à 75,4 millions de francs en 1979, soit une progression de 50 %. Mais, là encore, il s'agit de masses de faible montant par rapport à l'ensemble du budget.

Il faut évoquer, dans le cadre de la prévention, la *médecine scolaire*. Malgré les moyens nouveaux mis à sa disposition (création de soixante-dix emplois nouveaux, revalorisation des indemnités des médecins contractuels, augmentation des crédits de vacation), le sort de la médecine scolaire reste incertain. L'administration poursuit les études devant aboutir à sa réorientation, qui n'avancent pas vite. Il ne semble pas, et votre commission continue de le déplorer, que le Ministère de la Santé soit persuadé de l'utilité de cette forme de médecine préventive pourtant irremplaçable.

#### b) *L'amélioration de l'appareil de soins.*

En matière d'**amélioration de l'appareil de soins**, l'effort porte au premier chef sur l'*humanisation des hôpitaux*, qui suit son cours. La suppression des salles communes devrait être achevée en 1981 dans les services actifs des hôpitaux généraux. Le processus est plus lent dans les hospices et en psychiatrie. Toutefois, les opérations d'humanisation ont porté, en 1977, sur 23 établissements psychiatriques. Les crédits destinés à l'humanisation s'élèvent à 400 millions de francs en 1979. Une partie sera affectée à la modernisation des plateaux techniques, ce qui n'était pas prévu à l'origine dans le PAP n° 19 « Humaniser les hôpitaux » et nécessitera sa révision.

Globalement, les autorisations de programme en matière d'équipement hospitalier atteignent 1,2 milliards de francs.

La poursuite des efforts en matière de formation des *personnels sanitaires* contribue également à l'amélioration de l'appareil de soins. Grâce à ces efforts, et grâce aux améliorations statutaires dont ont bénéficié les *personnels infirmiers*, la situation n'est plus celle de pénurie grave des années passées. Le personnel est plus

stable. Mais il subsiste encore, localement, des emplois à pourvoir pour que les établissements hospitaliers puissent fonctionner convenablement. Les crédits budgétaires seront notamment consacrés à la majoration des bourses d'études.

Il convient de noter une innovation dans le budget pour 1979 : 2 millions de francs seront affectés à la formation permanente des médecins.

c) *La maîtrise des dépenses de santé.*

Ayant passé ainsi brièvement en revue les principales priorités de la politique sanitaire que traduit le budget, il convient d'évoquer les mesures prises par le Ministère en vue d'assurer une meilleure **maîtrise des dépenses de santé.**

Le Ministère, tout d'abord, se préoccupe de contrôler l'évolution de la *démographie médicale*, à travers le flux des étudiants en médecine. L'objectif fixé est une diminution annuelle de 5 % du nombre d'étudiants. Aucune mesure n'est actuellement envisagée pour diriger les étudiants vers les disciplines où les besoins se font ressentir, ni pour les inciter à s'installer dans les régions encore sous-médicalisées. Le Ministère tend à considérer que les intéressés s'orientent d'eux-mêmes vers les spécialités comme vers les localités où ils seront à même d'exercer leur profession dans des conditions financières favorables.

En ce qui concerne la maîtrise des *dépenses hospitalières*, il est encore trop tôt pour juger les résultats de la réforme expérimentale des modes de tarification dans les établissements publics légalisée par la loi du 4 janvier 1978, selon deux formules différentes : le prix de journée éclaté et le budget global. Pour votre rapporteur, la première semble, *a priori*, offrir les meilleures chances de clarification des coûts, et a l'avantage de permettre des comparaisons avec le secteur hospitalier privé.

A ce propos, votre commission tient à souligner l'urgence d'une révision des *tarifs appliqués aux cliniques privées*, dans le sens d'une meilleure adéquation de ces tarifs aux prix de revient réels. Il faut d'ailleurs constater sur ce point que dans le secteur privé non lucratif, les difficultés financières nées de l'application des tarifs actuellement en vigueur a contraint un certain nombre d'établissements à renoncer au système de la convention de clinique privée pour adopter celui de la convention d'hôpital privé. Ce système repose sur la détermination de prix de journée dans des conditions similaires à celles qui président à la tarification des hôpitaux publics, dont il n'est pas besoin de souligner les défauts.

### 3. La recherche médicale et la politique du médicament.

L'ensemble de l'effort public en matière de recherche biomédicale, à travers les budgets des différents ministères concernés, atteindra 1,4 milliard de francs en 1979.

Les crédits inscrits au budget du Ministère de la Santé s'élèvent à 651,3 millions de francs, soit une progression de plus de 19 % par rapport à 1978.

L'*Institut national de la santé et de la recherche médicale* en absorbe la plus grande partie. Ses moyens seront développés par la création de 130 emplois nouveaux, dont 60 chercheurs. L'immunologie, la microbiologie, la génétique, la cancérogénèse chimique, le génie biologique et médical, la psychiatrie et l'obstétrique seront les secteurs de recherche favorisés.

Un soutien financier sera alloué à l'*Institut Pasteur* pour ses activités de service public et le développement de son potentiel scientifique.

Les crédits serviront également à financer des interventions dans le domaine de la pharmacie et du médicament.

Il convient, à ce propos de rappeler les grandes orientations de la politique suivie par le Gouvernement en matière de *médicament*, définie par Mme Veil au Conseil des Ministres du 21 juin 1978.

Première orientation : l'amélioration constante du contrôle technique portant sur les produits et leur utilisation. A cette fin, une nouvelle Commission des autorisations de mise sur le marché des produits pharmaceutiques a été constituée. L'organisation du contrôle pharmacologique, en particulier sur les effets adverses des médicaments, a été renforcée. Le contrôle approfondi de la publicité et de l'information médicale répond au même souci.

Deuxième orientation : la limitation de la progression de la consommation pharmaceutique. La campagne d'information sur le bon usage des médicaments entre dans cette perspective.

Troisième orientation : l'adaptation de la politique des prix, notamment pour tenir compte des efforts de recherche de l'industrie pharmaceutique. Les produits de grande qualité, mais dont les prix sont peu élevés, seront encouragés.

Le ministère se préoccupe également de la qualité des *analyses de biologie médicale*. Le contrôle de qualité des analyses est prévu par l'article L. 761-14 du Code de la Santé publique, introduit par la loi n° 75-626 du 11 juillet 1975.

Il est mis en œuvre et coordonné par le Laboratoire national de la santé.

L'Etat prend à sa charge les dépenses de personnel afférentes à l'organisation de ce contrôle à l'échelle nationale. Mais le Gouvernement estime que les frais directement liés à l'exécution technique du contrôle doivent être supportés directement par les laboratoires.

C'est pourquoi **l'article 80 du projet de loi de finances** institue une redevance forfaitaire annuelle à laquelle seraient assujettis tous les laboratoires publics ou privés d'analyse de biologie médicale. Le montant de la redevance devrait être fixé à 1 300 F et réduit de moitié pour les laboratoires modestes.

### III. — LES MOYENS DE L'ADMINISTRATION

#### 1. Les personnels.

La nécessité d'assurer le contrôle de la gestion de l'appareil sanitaire et social exige une administration efficace, disposant d'un *personnel* suffisamment nombreux et de qualité.

En 1978, 79 emplois nouveaux ont été créés à l'Administration centrale. Huit administrateurs civils, un inspecteur à l'Inspection générale des affaires sociales et 38 attachés d'administration y ont été affectés.

Pour 1979, 40 créations d'emplois sont proposées, dont 21 pour les services informatiques.

Dans les services extérieurs, la création de 420 postes nouveaux est envisagée, dont 60 seront affectés aux COTOREP. En outre, 132 vacataires seront titularisés.

#### 2. La restructuration des services extérieurs.

La *réorganisation des services extérieurs*, entreprise depuis avril 1977, est également de nature à contribuer à permettre une meilleure maîtrise de l'évolution des dépenses sociales en renforçant la cohésion des interventions.

La fusion de la direction régionale de la sécurité sociale, du Service régional de l'action sanitaire et sociale et de l'Inspection régionale de la santé, au sein d'une Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS), a été réalisée dès 1977 dans six régions : Ile-de-France, Auvergne, Pays de la Loire, Aquitaine, Provence-Alpes-Côte-d'Azur et Corse.

La réforme s'est poursuivie en 1978 dans les régions du Centre, de Haute-Normandie, de Basse-Normandie, du Languedoc-Roussillon, de Bourgogne et de Bretagne.

De nouvelles DRASS devraient être créées en 1979 dans quatre autres régions : Rhône-Alpes, Lorraine, Alsace et Champagne-Ardennes.

Resteront alors six régions à couvrir : le Poitou-Charentes, le Limousin, le Nord-Pas-de-Calais, la Picardie, la Franche-Comté et le Midi-Pyrénées.

Selon le Ministère de la Santé, les premiers résultats de la réforme sont positifs. La mise en place de la nouvelle organisation n'a pas consisté en une simple juxtaposition mais dans une véritable refonte des services, avec création, à côté des inspections techniques de la santé et de la pharmacie, de trois services respectivement chargés de la planification sanitaire et sociale, des missions de contrôle, enfin de l'application des législations de sécurité sociale.

Au niveau des départements, la réforme a eu pour effet d'élargir la vocation des DDASS à l'ensemble des systèmes de protection sociale. Les DDASS portent désormais le nom de Directions départementales des affaires sanitaires et sociales.

\*  
\* \*

Ces restructurations, accompagnées du renforcement des moyens en personnel des DDASS, répondent aux préoccupations exprimées par votre commission dans la seconde partie du présent avis, consacrée aux problèmes posés par l'évolution des dépenses d'aide sociale, que nous allons maintenant aborder.

## DEUXIEME PARTIE

### OBSERVATIONS SUR L'AIDE SOCIALE

Les crédits budgétaires d'aide médicale et sociale s'élèvent, dans la loi de finances pour 1979, à plus de 13 milliards de francs.

Ce montant représente, à lui seul, plus de la moitié du budget total du Ministère de la Santé et de la Famille.

L'importance des sommes en jeu a attiré l'attention de votre commission sur cette masse « inerte » de crédits évaluatifs destinés à couvrir la participation de l'Etat aux dépenses d'aide sociale légale exposées par les départements et les communes.

Chaque année, à l'occasion de la discussion du budget de la Santé, les rapporteurs des commissions des deux Assemblées, ainsi que de nombreux parlementaires, déplorent la lourdeur des charges que fait peser le financement de l'aide sociale sur les budgets départementaux et communaux et demandent instamment la révision des barèmes de répartition des dépenses entre l'Etat et les collectivités locales. Ont-ils enfin été entendus ?

Le budget pour 1979 devrait représenter un progrès dans la mesure où les dépenses d'aide sociale qui y sont inscrites ont, paraît-il, été évaluées convenablement.

Si les prévisions initiales de dépenses sont correctes, l'Etat devrait être en mesure de rembourser dans de meilleurs délais les sommes engagées pour son compte par les collectivités locales au titre de l'aide sociale.

Quant au barème de répartition, fixé comme on le sait par un décret de 1955, sa révision n'est toujours pas envisagée ; mais le Gouvernement s'engagerait dans une voie plus audacieuse tendant à redistribuer complètement les responsabilités financières en matière d'aide sociale entre l'Etat, les départements et les communes ; les modalités, encore à l'étude, seront débattues par le Parlement à l'occasion du projet de loi-cadre sur les collectivités locales, dont le dépôt a été annoncé. Des solutions se profilent donc à l'horizon.

Le coût de l'aide sociale pour les collectivités locales est, certes, un problème aussi lancinant que mal résolu et sur lequel il convient d'attirer sans relâche l'attention du Gouvernement.

Mais la simple observation des sommes considérables « engouffrées » chaque année par notre système d'aide sociale appelle d'autres réflexions. Pourquoi l'aide sociale, malgré l'amélioration du niveau de vie et la généralisation de la sécurité sociale, reste-t-elle si onéreuse ? Le service rendu, autrement dit la satisfaction des usagers, est-il à la mesure des sommes dépensées ? Ne convient-il pas, à l'heure où l'on parle de rigueur budgétaire, de tenter de maîtriser des dépenses considérées *a priori*, peut-être à tort, comme obligatoires ? On parle de maîtriser les dépenses de santé, pourquoi pas les dépenses d'aide sociale ? Peut-on améliorer la gestion ? Doit-on promouvoir des réformes dans les modes d'attribution de l'aide, dans les modes de financement, qui aillent dans le sens d'un meilleur rapport coût/efficacité ?

Les quelques développements qui vont suivre ne sauraient apporter de réponses claires à ces multiples questions. La matière est trop vaste, les formes d'aides trop multiples, la réglementation trop complexe, les pratiques trop méconnues dans leur diversité pour faire l'objet d'une étude complète dans le cadre modeste du présent rapport.

Notre propos se limitera à présenter quelques observations et à évoquer quelques axes de réflexion autour des thèmes suivants : structure et facteurs d'évolution des dépenses, efforts de rationalisation déjà engagés par les pouvoirs publics, freins à la bonne gestion et freins à la satisfaction, aménagements à rechercher. Nous aurons ainsi l'occasion d'évoquer à nouveau le projet de réforme de la répartition des charges de l'aide sociale entre l'Etat et les collectivités locales.

## I. — STRUCTURES ET FACTEURS D'ÉVOLUTION DES DÉPENSES D'AIDE SOCIALE

Les crédits inscrits au budget du Ministère de la Santé et de la Famille ne donnent qu'une mesure partielle de l'effort des collectivités publiques en matière d'aide sociale obligatoire. Ils ne représentent, en effet, que la contribution de l'Etat.

Les dépenses sont engagées au niveau des collectivités locales (départements et communes) qui se retournent ensuite vers l'Etat pour obtenir le remboursement de sa part.

La masse globale des dépenses d'aide sociale est égale à près du double des crédits budgétaires.

Rappelons que le taux de la participation de l'Etat varie non seulement d'un département à l'autre, selon le barème fixé en 1955, mais également selon les formes d'aide, qui se répartissent en trois grands groupes. La composition des trois groupes a été modifiée en dernier lieu par le décret n° 77-582 du 23 mai 1977.

Le groupe I, pour lequel la participation de l'Etat est la plus élevée (83 % en moyenne), comprend les dépenses relatives à la protection de la mère et de l'enfant : aide sociale à l'enfance, hygiène et prévention sanitaire, contraception.

Dans le groupe II, on trouve l'aide aux tuberculeux et aux malades mentaux, l'aide aux mal logés (allocation de loyer), aux inadaptés (centres d'hébergement et de réadaptation sociale), ainsi que la charge de certaines cotisations d'assurance maladie particulièrement lourdes : pour les malades hospitalisés depuis plus de trois ans et pour les handicapés adultes. La contribution de l'Etat s'élève à 70 % environ.

Enfin, le groupe III englobe les autres formes d'aide sociale, essentiellement l'aide aux handicapés, l'aide aux personnes âgées et l'aide médicale pour lesquelles la solidarité locale (départements et communes) supporte la majorité du financement.

Les communes ne participent pas aux dépenses du groupe I.

**Répartition des dépenses d'aide sociale  
d'après leur nature et selon la collectivité débitrice.**  
(Gestion 1976, dernière gestion connue en totalité.)

	PART de l'Etat.	PART des départe- tements.	PART des communes.
(En millions de francs.)			
Aide sociale à l'enfance.....	4 397,1	974,3	>
Prévention et réadaptation sociale.....	6,9	2	>
Aide médicale aux tuberculeux.....	96,4	28,4	9,1
Aide médicale aux malades mentaux.....	933	284,3	91,9
Allocation de loyer.....	0,17	0,04	0,02
Centres d'hébergement.....	341,6	22,9	7,6
Interruption volontaire de grossesse.....	3,6	1,1	0,4
Aide à la famille.....	10	1,4	1,7
Aide sociale aux personnes âgées.....	869,7	880,5	615,6
Aide sociale aux infirmes, aveugles et grands infirmes.....	1 295,9	1 102	917,4
Aide médicale.....	1 241,2	837,2	645,8
Aide médicale en matière de contraception...	0,5	0,1	>
Frais d'administration et de contrôle.....	148,3	74	16,2
	<b>9 344,37</b>	<b>4 208,24</b>	<b>2 305,72</b>

Source : Ministère de la Santé et de la Famille.

### 1. L'augmentation des dépenses : un constat.

Le tableau ci-dessous indique le montant des dépenses exposées, par catégories d'aides, au cours des années 1973 à 1977.

**Evolution des dépenses d'aide sociale.**  
Métropole et DOM.

FORME D'AIDE	1973	1974	1975	1976	1977 (chiffres provisoires)
	(En millions de francs.)				
Aide sociale à l'enfance.....	3 002,6	3 609,4	4 453,5	5 371,4	6 087
Prévention et réadaptation sociale.....	7,7	9,3	11,1	8,9	11,6
Aide médicale aux tuberculeux.....	109,3	110	118,7	133,9	135,9
Aide médicale aux malades mentaux.....	287,4	(1) 816,7	1 211,6	1 309,2	1 361,5
Allocation de loyer.....	4,7	1,2	0,3	0,2	0,3
Centres d'hébergement.....	51,9	75,9	(2) 160,3	372,1	409,6
Interruption volontaire de grossesse.....	>	>	0,5	5,1	9,6
Aide à la famille.....	8,3	7,5	12,1	13,1	8,1
Aide sociale aux personnes âgées.....	1 322,2	1 547,3	1 929,5	2 365,8	2 739,1
Aide sociale aux infirmes, aveugles et grands infirmes.....	1 788,4	2 109,9	2 627,8	3 315,3	3 555,3
Aide médicale.....	1 709,1	1 997,4	2 284,6	2 724,2	3 002,8
Aide médicale en matière de contraception.....	>	>	>	0,6	0,6
Frais d'administration et de contrôle.....	135	168,2	200,4	238,5	329,4
<b>Total des dépenses.....</b>	<b>8 426,6</b>	<b>10 452,8</b>	<b>13 010,4</b>	<b>15 858,3</b>	<b>17 650,8</b>
Part de l'Etat.....	4 807,7	6 023,3	7 615,8	9 344,2	10 424,8
Différence.....					
		- 25,28 %	+ 26,44 %	+ 22,69 %	- 11,56 %

(1) Prise en charge par l'aide sociale à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1974 des cotisations majorées pour les hospitalisés permanents depuis plus de 3 ans.

(2) Y compris hébergement réfugiés, notamment de la péninsule indochinoise.

Source : Ministère de la Santé et de la Famille.

Le montant global des dépenses d'aide sociale, passé, au cours de cette période de cinq ans, de 8,4 milliards à 17 milliards, soit une progression de 110 %, a donc plus que doublé.

Le rythme annuel de hausse (9,6 % en 1973) a augmenté très notablement en 1974 (24 %) et en 1975 (24,5 %) pour baisser sensiblement ensuite (21,9 % en 1976 et, sous toute réserve, 11,9 % en 1977).

Pendant le même temps, la part de l'Etat s'est accrue de 117 % par l'effet de l'augmentation plus rapide des dépenses du groupe I (aide sociale à l'enfance notamment) et des dépenses effectuées dans les départements d'outre-mer pour lesquelles la solidarité nationale apporte une forte contribution.

La forme d'aide qui a connu le taux de progression le plus élevé est constituée par les centres d'hébergement (+ 690 % de 1973 à 1977), compte tenu notamment des dépenses occasionnées par les rapatriés et réfugiés de la péninsule indochinoise. Mais cette forme d'aide reste très marginale puisqu'elle ne représente que 2 % des dépenses en 1977.

Les dépenses d'aide sociale à l'enfance ont progressé de 102,7 % de 1973 à 1977. L'aide sociale à l'enfance représente à elle seule le tiers de l'ensemble des dépenses et la moitié des crédits budgétaires d'aide sociale.

Les dépenses d'aide médicale aux malades mentaux ont évolué irrégulièrement. Elles ont diminué de 1971 à 1973 par suite de la prise en charge par les caisses d'assurance maladie, sans contrepartie, des frais de traitement des malades hospitalisés depuis plus de trois ans bénéficiaires de l'assurance volontaire. Puis elles ont augmenté rapidement depuis 1974, l'aide sociale ayant alors pris en charge le versement de cotisations à la sécurité sociale. Chaque malade coûte ainsi à l'aide sociale 28 000 francs par an. Le niveau atteint en 1977 est supérieur de 37 % au niveau de 1975.

L'aide sociale aux personnes âgées a augmenté de 107 %, l'aide aux infirmes de 99 %, l'aide médicale de 105 %.

Comment s'explique globalement l'augmentation très rapide des dépenses d'aide sociale, malgré la hausse du niveau de vie et l'extension du champ d'application de la Sécurité sociale ?

## 2. Les facteurs de hausse.

Plusieurs éléments entrent en considération. Tout d'abord, le *seuil de pauvreté* augmente au fur et à mesure du développement de la société. Les inégalités paraissent d'autant plus insupportables que le niveau de vie moyen s'élève. Les besoins de sécurité et de consommation évoluent. De plus, les transformations rapides de la société engendrent de nouvelles formes d'inadaptation. Dès lors, le niveau des prestations d'aide sociale est revalorisé en conséquence et le nombre de bénéficiaires potentiels ne diminue pas.

Second élément : le *progrès des techniques médicales* qui a prolongé la durée de la vie humaine et permet désormais la survie de grands handicapés alourdit d'autant les charges de la collectivité.

Le troisième facteur entrant en ligne de compte, bien connu, et sur lequel il est inutile de s'étendre longuement, est le *relâchement des liens familiaux*, lié à l'urbanisation, qui entraîne des clivages entre générations et conduit la solidarité collective à

prendre le pas sur la solidarité familiale. L'effet est très net sur l'aide sociale à l'enfance, où il se traduit notamment par l'augmentation des recueils temporaires, et sur l'aide aux personnes âgées et aux handicapés, à travers une tendance à la limitation du recours aux débiteurs d'aliments.

Enfin, quatrième et dernière série de facteurs : la *qualification croissante des personnels sociaux*, le *recours à des personnels sanitaires*, la *sophistication des équipements*, liés à l'évolution des techniques d'intervention, renchérissent les coûts de l'aide sociale.

A ces différents facteurs qui jouent sur la hausse des dépenses en longue période, s'est ajoutée une certaine tendance à la prodigalité que rendait possible jusqu'aux années récentes la forte croissance économique et le climat de prospérité ambiant. Il faut du temps pour modifier les habitudes.

### **3. L'élargissement du champ d'intervention de la Sécurité sociale : des effets incertains sur les dépenses d'aide sociale.**

Peut-on attendre de l'élargissement du champ d'intervention de la Sécurité sociale, dans des domaines réservés jusqu'alors à l'aide sociale, des transferts de charges qui auront pour effet d'alléger les dépenses de l'aide sociale ? La réponse à cette question doit être nuancée.

Plusieurs des réformes en matière de Sécurité sociale intervenues au cours des années récentes devraient avoir un effet restrictif sur le volume des dépenses d'aide sociale.

Ainsi, la loi d'orientation de 1975 en faveur des handicapés a mis à la charge de l'assurance maladie les frais d'hébergement des enfants handicapés ; elle a remodelé les allocations versées aux handicapés adultes dans le sens d'un accroissement des responsabilités financières des caisses d'allocations familiales.

L'institution de l'allocation de parent isolé, selon un mécanisme de revenu minimal garanti qui s'apparente davantage aux techniques de l'aide sociale qu'à celles de l'assurance, devrait avoir une incidence sur le volume des allocations d'enfants secourus accordées dans le cadre de l'aide sociale à l'enfance.

La loi de généralisation de la Sécurité sociale devrait retirer à l'aide médicale la clientèle des bénéficiaires qui, jusqu'alors, n'étaient pas couverts par un régime d'assurance maladie.

La loi du 4 janvier 1978 relative à la tarification hospitalière a mis à la charge de la Sécurité sociale le coût médical de l'hébergement des personnes âgées dans les établissements de long séjour, sanitaires et sociaux, jusqu'alors supporté par l'aide sociale.

Votre rapporteur a été surpris — et déçu — de constater que, semble-t-il, aucune évaluation précise de ces transferts de charges de l'aide sociale sur la sécurité sociale n'a été encore tentée par le ministère de la santé. C'est pourtant là une œuvre de clarification qu'il convient de mener à bien pour comprendre et maîtriser convenablement l'évolution des dépenses. Il est vrai que la plupart des réformes évoquées ci-dessus n'ont pas encore produit tous leurs effets. En tout état de cause, il n'est pas possible d'avancer des chiffres précis.

Tout juste peut-on penser, avec la prudence qui s'impose faute d'étude sérieuse, que *les économies à attendre pour l'aide sociale ne sont pas aussi importantes qu'on pourrait le supposer a priori.*

La loi sur les handicapés, par exemple, comporte également des dispositions de nature à aggraver les charges de l'aide sociale, puisqu'elle a supprimé le recours aux débiteurs d'aliments, aussi bien pour les allocations aux enfants et aux adultes servies par les caisses d'allocations familiales que pour les compléments d'allocations assumés par l'aide sociale. Peut-être ce manque à gagner compense-t-il les allègements apportés par ailleurs.

La généralisation de l'assurance maladie devrait entraîner, pour l'aide sociale, plutôt une modification dans la structure des dépenses qu'une économie réelle : même si les dépenses des soins doivent être désormais couvertes par l'assurance maladie, l'aide sociale devra payer les cotisations d'assurance personnelle pour les nouveaux assurés démunis de ressources ; elle devra également assumer le coût du ticket modérateur, essentiellement pour les soins de ville, les médicaments et les hospitalisations de moins de trente jours, car il est probable que bien des nouveaux assurés n'auront pas les moyens d'adhérer à une mutuelle.

Enfin, s'agissant du coût médical de l'hébergement des personnes âgées dans les établissements de long séjour, votre commission a eu l'occasion, lors de l'étude de la loi du 4 janvier 1978, de formuler les plus expresses réserves quant aux incidences financières réelles de la réforme sur les budgets des collectivités locales qui, de toute façon, subiront le contrecoup de l'amélioration des équipements à travers les hausses prévisibles des prix de journée d'hébergement.

Compte tenu de ces différentes données, il ne faut pas escompter une régression des dépenses d'aide sociale : celles-ci sont appelées à croître. Mais elles peuvent certainement augmenter selon des taux moins élevés que ceux de 1974 ou de 1975.

*Pour cela, il faut veiller à maîtriser la dépense tout en assurant le meilleur service à la population aidée. Il est indispensable que les sommes déboursées soient utilisées de la manière la plus rationnelle compte tenu des besoins à pourvoir, avec le souci de l'efficacité sociale maximum.*

#### **4. Les écarts d'un département à l'autre dans les coûts par assisté.**

Les écarts constatés dans les coûts de l'aide sociale d'un département à l'autre laissent penser que cette préoccupation n'est pas partout unanimement partagée avec la même intensité. A cet égard, les indications fournies par la Cour des Comptes, dans son rapport de 1976, sont significatives. L'étude, qui portait sur onze départements de la moitié Nord de la France, révèle en effet qu'en 1972 « le coût d'un assisté oscillait entre 2 680 F (Manche) et 9 295 F (Haut-Rhin) pour l'aide sociale à l'enfance ; 2 910 F (Meurthe-et-Moselle) et 17 000 F (Manche) pour l'aide aux tuberculeux ; 1 100 F (Cher) et 2 260 F (Haut-Rhin) pour l'aide médicale générale ; 7 000 F (Manche) et 11 000 F (Seine-Maritime) pour l'aide aux vieillards ; 4 500 F (Aisne) et 12 000 F (Haut-Rhin) pour l'aide aux infirmes ; 4 000 F (Ardennes) et 6 250 F (Haut-Rhin) pour l'aide aux grands infirmes ».

Ces écarts, relatifs au coût par assisté, ne sauraient être imputés à des différences objectives dans les besoins divers des départements. Ils s'expliquent sans doute en partie, comme le suppose la Cour des Comptes, « par un défaut d'homogénéité dans les pratiques comptables ou par des différences de prix de journée tenant à l'importance et à la qualité des équipements médico-sociaux ». Mais, surtout, ils reflètent les politiques différentes des directions départementales de l'action sanitaire et sociale en ce qui concerne les conditions d'admission à l'aide sociale et les modes d'intervention. Or, il n'est nullement démontré que les formes d'aide les plus coûteuses, notamment le placement en établissement, soient aussi les plus efficaces sur le plan social et humain.

Ainsi, l'augmentation des dépenses sociales est sans doute inéluctable en ce qu'elle traduit l'adaptation toujours nécessaire de l'effort de la solidarité nationale aux besoins nouveaux des plus défavorisés.

Mais, compte tenu de la lourde charge, pour la collectivité, des sommes en jeu, il importe de rechercher les moyens de rationaliser la dépense de façon à atteindre la meilleure satisfaction sociale. La constatation d'écart importants dans les coûts d'un département à l'autre conduit à penser que des améliorations peuvent être apportées à notre système d'aide sociale en vue de le rendre plus efficace.

Cette préoccupation est aussi celle du ministère de la Santé, comme nous allons le voir maintenant en passant brièvement en revue les efforts de rationalisation déjà engagés par les pouvoirs publics.

## II. — LES EFFORTS DE RATIONALISATION DES DEPENSES ENTREPRIS PAR LES POUVOIRS PUBLICS

Le Ministère de la Santé est animé du souci d'améliorer le rapport coût/efficacité de l'aide sociale. Cette préoccupation apparaît à travers un certain nombre d'orientations générales et de mesures plus ponctuelles, prises avec l'aide du Parlement lorsqu'une loi était nécessaire.

### 1. L'orientation des interventions vers la prévention et le maintien à domicile.

Au niveau des grandes orientations de la politique d'aide, et plus généralement d'action sociale, l'accent a été mis depuis déjà longtemps sur deux priorités : la *prévention* et le *maintien à domicile*. L'intervention précoce est, en matière sociale, en tous points préférable, humainement et financièrement, à l'intervention tardive qui exige des moyens plus lourds avec des chances réduites de succès.

Quant au maintien à domicile préconisé chaque fois que le placement en établissement peut être évité, il est à la fois moins coûteux pour la collectivité et, en général, moins perturbant pour l'individu.

C'est en matière d'enfance et de personnes âgées que la politique du ministère a été la plus affirmée dans les deux directions qui viennent d'être évoquées.

a) *Aide sociale à l'enfance.*

Les orientations de la politique d'aide sociale à l'enfance ont été définies à la suite des travaux de la commission présidée par M. Dupont-Fauville, inspecteur des finances, dont les conclusions ont été publiées en 1972. Elles ont été confirmées à plusieurs reprises par voie de circulaires ministérielles.

Pour l'essentiel, il s'agit de renforcer les actions préventives de nature à éviter les placements inutiles et de privilégier, dans la mesure du possible, le placement dans des familles d'accueil plutôt qu'en établissement.

Plusieurs mesures ont été prises dans ce sens : le renforcement des équipes de travailleurs sociaux pour développer l'action éducative en milieu ouvert ; la prise en charge par l'aide sociale de l'intervention de travailleuses familiales, grâce à la loi du 27 décembre 1975 ; la revalorisation du statut des nourrices à travers la loi du 17 mai 1977 relative aux assistantes maternelles. Des instructions ont été données aux directions départementales de l'action sanitaire et sociale pour que les aides financières allouées aux familles (allocations d'enfants secourus) soient d'un montant suffisant pour éviter la dégradation des situations qui pourraient conduire, à terme, au placement. En la matière, l'administration considère à juste titre que mieux vaut une aide substantielle de courte durée qu'une aide modique sur une plus longue période.

La politique de prévention a commencé à porter ses fruits. Le nombre d'enfants aidés a diminué, passant de 653 000 au 1<sup>er</sup> janvier 1979 à 547 000 au 1<sup>er</sup> janvier 1977.

Un certain nombre de foyers de l'enfance ont pu être fermés. Les crédits inscrits aux budgets départementaux en 1978, pour financer l'intervention de travailleuses familiales, sont en augmentation de 90 %.

Le tableau ci-après, qui indique le nombre d'enfants aidés par type d'intervention, en 1973 et en 1976, fait apparaître une augmentation des effectifs qui ont bénéficié d'une action de prévention et une diminution du nombre d'enfants placés en établissement.

Evolution du nombre d'enfants aidés par type d'intervention.

	1973	1976
1° Actions de prévention. (Admis dans l'année.)		
a) Allocations mensuelles et secours.....	165 000	222 000
b) Action éducative en milieu ouvert.....	25 000	33 400
2° Enfants placés. (Présents au 31 décembre.)		
a) Dans des familles d'accueil.....	115 779	99 726
b) Dans des maisons d'enfants à caractère social .....	23 951	22 655
c) Divers (internats scolaires, FJT, chambres et salles, établissements pour handicapés .....	83 652	58 435
3° Enfants adoptés.....	2 403 (estimations).	2 385 adoptés — 2 882 placés en vue d'adoption.

Source. Ministère de la Santé et de la Famille.

Cependant, le maintien des enfants dans leur famille naturelle ne peut toujours être évité. Dans ce cas, le placement dans des familles d'accueil n'est pas nécessairement la meilleure solution. Il en est ainsi si le placement doit être de courte durée, si l'enfant est trop gravement perturbé ou s'il n'y a pas d'assistantes maternelles en nombre suffisant à proximité du domicile de l'enfant, ce qui est le cas notamment dans les régions fortement urbanisées. Il est souhaitable, en effet, afin de ne pas rompre les liens avec la famille naturelle, que l'enfant n'en soit pas trop éloigné. Le recours aux maisons d'enfants reste alors la seule possibilité.

Des mesures ont été prises en vue d'améliorer le sort des enfants placés, telles que la suppression des magasins de vêtements ou, plus récemment, la relance du parrainage.

Enfin, le ministère se préoccupe de faciliter l'adoption d'enfants pour lesquels, jusqu'alors, on ne trouvait guère de familles pour les accueillir en raison de leur âge, d'un handicap physique ou mental ou de telles ou telles autres particularités.

### b) *Aide aux personnes âgées.*

En ce qui concerne les *personnes âgées* les moyens et les limites de la politique de maintien à domicile, engagée depuis plusieurs années, qui fait d'ailleurs l'objet d'un programme d'action prioritaire du VII<sup>e</sup> Plan, sont trop connus pour nécessiter de longs développements. Rappelons que répondent à cet objectif des mesures telles que le développement des services de soins à domicile, la suppression de l'obligation alimentaire pour le recours aux aides ménagères, ou l'installation gratuite du téléphone.

## 2. **La maîtrise des équipements : la loi « sociale ».**

Parallèlement aux orientations de la politique d'aide sociale vers la prévention et le maintien à domicile, est apparue aux pouvoirs publics la nécessité de *mieux maîtriser les équipements*, afin d'adapter l'offre aux besoins.

Le Parlement, en votant la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, dite « loi sociale », a donné à l'administration des moyens nouveaux. Aucun établissement ne peut désormais être créé ou agrandi sans autorisation administrative. L'autorisation est accordée en fonction des besoins locaux ou nationaux, appréciés selon le cas par les commissions régionales (CRIS) ou par la Commission nationale des institutions sociales et médico-sociales. Le dispositif en place depuis 1977 est l'instrument d'une véritable coordination des équipements sociaux de toutes sortes, tant publics que privés.

## 3. **Le contrôle des coûts de fonctionnement.**

Soucieuse de contrôler l'équipement, l'administration entend également agir sur les *éléments constitutifs des coûts de l'aide sociale*.

### a) *L'agrément des conventions collectives.*

Parmi ces éléments, les *frais de personnel* sont un facteur d'augmentation des prix de journée des établissements. Depuis l'intervention de la loi sociale de 1975, les conventions collectives des personnels des établissements sanitaires et sociaux à but non

lucratif sont soumises à l'agrément du Ministère de la Santé qui dispose ainsi d'un moyen de contrôle sévère des rémunérations et avantages servis. Les décisions du Ministère en la matière obéissent au souci de maintenir des évolutions comparables dans le secteur public et dans le secteur privé.

Il s'agit ainsi de contenir les coûts dans des limites acceptables, mais aussi d'éviter que le secteur privé ne draine le personnel qualifié au détriment du secteur public. Les comparaisons sont d'ailleurs rendues difficiles par les différences de statut. Le personnel privé bénéficie de rémunérations plus élevées dans l'ensemble. Mais le personnel public est bien entendu avantagé en matière de stabilité de l'emploi et de régime des pensions. Selon des informations recueillies par votre rapporteur, les établissements privés n'attireraient pas particulièrement les personnels publics en provenance d'établissements de même nature, mais plutôt certains personnels médicaux — médecins scolaires par exemple — ou employés par les directions départementales de l'action sanitaire et sociale.

Les deux principales conventions collectives en vigueur dans le secteur social sont celle de 1966 relative à l'enfance inadaptée, et celle de 1951 qui couvrait, au départ, les établissements d'hospitalisation, mais a été étendue à certains établissements sociaux, notamment aux maisons d'enfants à caractère social.

La convention de 1966 est à durée indéterminée. Seuls les avenants conclus depuis 1976, année d'entrée en application de la loi sociale, sont donc soumis à agrément. La convention de 1951, en revanche, est à durée déterminée, ce qui donne des pouvoirs de contrôle plus étendus à l'administration, la convention elle-même et tous ses avenants pouvant être révisés chaque année.

L'application de la procédure d'agrément n'a donné lieu à des difficultés notables, dans le secteur social, qu'à propos des rémunérations des directeurs d'établissements relevant de la convention de 1951.

En principe, lorsque tout ou partie d'un accord n'est pas agréé, les frais de personnel correspondants ne sont pas pris en charge dans le prix de journée remboursé par l'aide sociale. L'agrément est donc un moyen de pression très efficace pour le Ministère de la Santé, à condition toutefois qu'il soit utilisé à bon escient, afin de ne pas pénaliser inopportunément et injustement les personnels en cause. Tout abus risquerait d'engendrer des mécontentements et des désordres préjudiciables à la crédibilité de l'administration et surtout à la qualité du service rendu.

b) *Le plafonnement des hausses de prix de journée.*

Par ailleurs, le Ministère attire l'attention des DDASS et des préfets sur la nécessité de tenir les prix de journée. La circulaire la plus récente limite à 13 % pour 1978 le taux maximum de hausse des prix de journée dans les établissements sociaux, les dépassements n'étant autorisés en principe qu'à titre exceptionnel s'ils sont justifiés par des modifications dans la thérapeutique des personnes hébergées.

Ce taux de 13 %, rigoureux, est inférieur à l'augmentation du pouvoir d'achat dans l'industrie. A titre de comparaison, les prix de journée des établissements sociaux avaient augmenté de 19.4 % en 1976.

c) *Les guides de gestion.*

Enfin, le Ministère a mis au point des guides de gestion destinés aux directions départementales de l'action sanitaire et sociale et aux gestionnaires d'établissements.

\*  
\* \*

Ainsi, on ne saurait minimiser les efforts fournis par l'Administration centrale pour rationaliser les dépenses d'aide sociale au niveau des modes d'intervention promus, des équipements et des coûts. Ces efforts, comme nous l'avons souligné à propos de tel ou tel point, sont suivis d'effets non négligeables. Mais les résultats sont très inégaux selon les départements, du point de vue de l'efficacité de la gestion, mais aussi en matière de service rendu à la population assistée.

### III. — LES DEFAUTS DU SYSTEME D'AIDE SOCIALE AU REGARD DE L'EFFICACITE DE LA GESTION

La gestion de l'aide sociale est décentralisée puisque le montant prévisionnel des dépenses est fixé par les conseils généraux dans le cadre des budgets départementaux, même pour les formes d'aide financées à 80 % par l'Etat.

### **1. Au niveau national : des moyens d'information et de contrôle insuffisant.**

De ce système, il résulte que les orientations définies par le pouvoir central sont inégalement suivies d'effet dans les départements. *Le Ministère*, tout d'abord, semble insuffisamment informé des pratiques locales. Il manque de moyens de contrôle sur les directions départementales de l'action sanitaire et sociale, même en matière d'aide sociale à l'enfance.

### **2. Au niveau local : la situation inconfortable des directions départementales.**

*Au niveau des DDASS*, la bonne volonté ne fait pas défaut. Mais il est parfois difficile de remettre en cause les comportements acquis depuis de nombreuses années. Les services extérieurs se trouvent dans une situation inconfortable, pris entre les directives du Ministère et les aspirations des élus locaux, soucieux à juste titre, de développer les moyens d'intervention sociale dans le département.

Le souci d'économie au niveau local n'est pas toujours prépondérant, surtout lorsque le financement de la dépense est garanti en majorité par un financement national. Sur le terrain, il faut faire face à des difficultés concrètes qui font hésiter à prendre des choix parfois douloureux qui s'imposeraient : faut-il aller jusqu'à la fermeture des établissements qui se vident ? Que faire des personnels ? Des réticences se manifestent pour développer l'action éducative en milieu ouvert, qui implique le recours à des personnels considérés, sans doute à tort, comme plus difficiles à encadrer. Les moyens en personnel des DDASS sont insuffisants pour permettre l'exercice efficace de la tutelle sur les établissements.

La conjonction de ces différents facteurs explique le relatif immobilisme de certains départements.

### **3. Les recours trop fréquents à la procédure d'urgence.**

Il faut signaler également, comme peu conforme à une gestion rigoureuse, le recours de plus en plus fréquent à l'*admission d'urgence* en matière d'aide médicale, dénoncé par la Cour des Comptes, notamment dans son rapport de 1976 cité plus haut.

L'admission d'urgence, certes bénéfique et commode pour le malade, « crée des situations de fait sur lesquelles les commissions

d'admission peuvent ensuite difficilement revenir », écrit la Cour, qui ajoute : « Elle réduit, en outre, l'importance de la participation des bénéficiaires ou de l'ensemble des tiers payants dans la mesure où des dépenses sont engagées préalablement à tout accord amiable sur les modalités de leur répartition. »

#### ‡. **Au niveau des établissements : des normes trop rigides.**

Au niveau des établissements, la hausse des rémunérations du personnel, liée au coût de la vie, contribue à grever les prix de journée. Nous avons vu que les conventions collectives sont maintenant soumises à agrément. Mais cela n'empêche pas les augmentations de rémunération dues à l'ancienneté des personnels, particulièrement stables dans les petits établissements. En outre, les établissements congréganistes qui doivent faire appel de plus en plus à un personnel salarié, voient leurs charges s'alourdir.

D'autres éléments que les rémunérations entrent en ligne de compte. Ainsi, dans les maisons d'enfants à caractère social, l'augmentation des prix de journée est, pour partie, la conséquence de la politique de prévention et le signe même de sa réussite : il y a moins d'enfants placés et ce sont des cas sociaux de plus en plus lourds.

Ces différents facteurs de hausse des coûts paraissent incompressibles. Il serait possible, en revanche, d'agir sur les *normes en personnel éducatif ou sanitaire*. Ces normes sont parfois imposées par les caisses d'assurance maladie ou par le médecin inspecteur de la santé lors de l'agrément de l'établissement au titre de la sécurité sociale ou de l'aide sociale. Certes, la fixation de ces normes répond aux modes nouveaux de prise en charge, de plus en plus médicalisés, de la population hébergée. Mais elles ne doivent être ni maximalistes ni trop rigides au point d'entraîner des frais de fonctionnement aussi inutiles qu'insupportables. L'exemple des crèches est, à cet égard, probant.

\*  
\* \*

Ainsi, la politique de rationalisation des dépenses trouve ses limites dans la nature même du système d'aide sociale, dans lequel la responsabilité de la gestion est dissociée de la responsabilité du financement, ce qui rend parfois difficile, tant au niveau du département qu'à celui des établissements, la prise de conscience de la nécessité de rechercher le meilleur rapport coût-efficacité de l'aide.

Mais le système d'aide sociale présente également des inconvénients au regard de la satisfaction des bénéficiaires et du service rendu.

#### IV. — LES INCONVENIENTS DU SYSTEME D'AIDE SOCIALE AU REGARD DE LA SATISFACTION DE LA POPULATION ASSISTEE

Notre système d'aide sociale est conçu de manière à permettre l'adaptation aussi exacte que possible de la nature, du montant et de la durée de l'aide à chaque cas particulier.

##### 1. Un système qui permet la personnalisation des aides...

En règle générale, la demande est déposée au bureau d'aide sociale municipal qui instruit le dossier et recueille les informations nécessaires sur la situation des demandeurs. Le dossier est transmis à la direction départementale de l'action sanitaire et sociale qui l'étudie et formule des propositions. Le pouvoir de décision revient aux commissions locales d'admission, présidées par un magistrat et où siègent des fonctionnaires et des élus locaux. Les commissions d'admission disposent des pouvoirs les plus larges pour apprécier la situation financière et sociale des demandeurs, déterminer les modalités de recours aux débiteurs d'aliments pour les formes d'aides où ce recours subsiste, c'est-à-dire essentiellement l'aide médicale et l'hébergement des personnes âgées, et fixer le montant et la durée de l'aide.

En matière d'aide médicale, aucun barème de ressources national ne s'impose aux commissions. De même, il n'existe aucun critère national relatif à la mise en œuvre de l'obligation alimentaire. Certaines DDASS ont mis au point des grilles indicatives conjuguant les ressources, le montant et la durée de versement des aides. Mais, outre que ces grilles diffèrent d'un département à l'autre, elles ne lient pas les commissions.

Très souple, ce système offre l'avantage de permettre de personnaliser l'aide au maximum. Mais il engendre des insatisfactions dues à la lourdeur, donc à la lenteur des procédures mises en œuvre, et aux disparités de traitement dont fait l'objet la population aidée, d'un département à l'autre, mais aussi à l'intérieur d'un même département.

##### 2. ... mais qui repose sur la mise en œuvre de procédures lentes...

La durée des procédures, c'est-à-dire la longueur des délais qui s'écoulent entre le dépôt de la demande et la décision de la commission d'admission, est extrêmement variable. Nuls lorsque

s'applique l'admission d'urgence (hospitalisation), relativement brefs en matière d'admission à l'aide sociale à l'enfance, les délais peuvent atteindre plusieurs mois dans les autres cas. La durée de la procédure dépend du degré d'encombrement des commissions, de la fréquence de leurs réunions, de l'urgence des priorités qu'elles fixent dans l'ordre des situations à résoudre. Il faut du temps pour déterminer les droits des assistés en fonction de leurs ressources, et pour mettre en jeu les règles de l'obligation alimentaire. La recherche des débiteurs d'aliments et l'appréciation de leurs capacités contributives sont d'autant moins aisées que la famille est plus désunie. Avant que ne soit supprimée l'obligation alimentaire en matière d'aide ménagère, l'instruction de ce type de dossiers demandait six mois en moyenne. En outre, dans un certain nombre de cas marginaux, la recherche du domicile de secours peut retarder la procédure, la commission saisie se déclarant incompétente.

Ainsi la machine est lente. Mais, ce qui est plus difficilement admissible, le fonctionnement du système aboutit à des différences dans la manière dont sont traitées les personnes assistées pourtant dans des situations comparables.

### **3. ... et engendre des disparités de traitement difficilement justifiables au plan de l'équité.**

Ces différences sont particulièrement notables en ce qui concerne la *sélection des bénéficiaires*. Ainsi, la proportion des demandes écartées, qui tend dans l'ensemble à diminuer, varie considérablement d'un département à l'autre. Selon la Cour des Comptes, les commissions ont refusé en 1972 l'admission de 18 % des demandes en Seine-Maritime, 20 % dans l'Aisne et 54 % dans les Ardennes. Par contre, les dix-sept commissions du Haut-Rhin n'ont rejeté que 5,8 % des dossiers.

Les conditions d'établissement et de présentation des dossiers expliquent en partie ces écarts, mais elles ne sauraient en constituer l'élément déterminant qui réside dans la plus ou moins grande sévérité des commissions qui prennent les décisions, mais aussi des DDASS qui les préparent.

En ce qui concerne la *dette d'aliment*, les pratiques observées sont également fort disparates, tant lorsque est utilisée une procédure amiable que dans le cas d'évaluation par une commission.

Il est permis de se demander si de telles divergences sont acceptables. On attend en effet d'un système d'aide sociale obligatoire qu'il bénéficie à l'ensemble de la population dans des conditions aussi équivalentes que possible.

## V. — LES AMENAGEMENTS A RECHERCHER

Bien entendu ces lourdeurs, ces disparités dans la gestion, dans les modes d'intervention, dans les conditions d'admission, sont inhérentes à la nature même de notre système d'aide sociale très décentralisé. Il n'est sans doute pas opportun d'envisager le bouleversement complet d'un dispositif qui, somme toute, a fait ses preuves et, malgré ses défauts, assure un service personnalisé.

Mais il serait certainement aussi souhaitable que possible d'y apporter un certain nombre d'aménagements. Le fonctionnement de l'aide sociale devrait être amélioré dans trois directions : le renforcement des moyens d'information et de contrôle de l'administration centrale, mais aussi des DDASS ; la limitation des disparités locales ; enfin la recherche d'une meilleure adéquation des responsabilités financières avec les responsabilités de gestion.

### 1. Renforcer les moyens en personnel et les moyens informatiques de l'administration.

Pour faire appliquer la politique définie au niveau national, il conviendrait que l'*Administration centrale* soit en mesure de mieux connaître et de mieux contrôler les pratiques locales. Elle n'a les moyens actuellement, ni de faire les études générales, ni de mener les enquêtes sur place qui s'imposeraient.

La rationalisation des coûts de l'aide sociale exigerait donc que l'administration, aussi bien au niveau du ministère que dans les services extérieurs, dispose d'un *personnel plus nombreux et plus qualifié*.

Elle passe également par le développement des *moyens informatiques*. La centralisation des informations sur la population assistée permettrait une plus grande rapidité dans le traitement des dossiers. Certes, la constitution de fichiers nationaux ou départementaux informatisés, présente un risque pour les libertés publiques dans un domaine aussi délicat que celui de l'aide sociale, où la vie privée est si directement en cause. Il faut veiller à ce que les fichiers ne soient pas utilisés à des fins autres que le strict service rendu aux assistés dans le cadre de l'aide sociale. Mais si la prudence est de rigueur, elle ne doit pas pour autant conduire l'administration à se priver des méthodes d'information perfectionnées que la technique met à sa disposition.

Bien entendu, le renforcement des moyens en personnel et l'informatisation représentent un certain coût, qui est loin d'être négligeable. Aussi paradoxal que cela paraisse, la rationalisation de la gestion coûte cher. Mais ce coût doit être payé pour permettre une maîtrise convenable de dépenses appelées à croître dans l'avenir, et pour assurer un service plus efficace.

## **2. Simplifier les procédures et tendre à uniformiser les pratiques.**

Peut-on simplifier les procédures d'admission, uniformiser les pratiques afin de réduire les disparités entre départements, sans pour autant remettre en cause la philosophie même de notre système d'aide sociale ?

Il convient tout d'abord de s'interroger sur le rôle réel des commissions d'admission. Votre rapporteur aurait souhaité savoir quelle était la proportion de dossiers pour lesquels les commissions se limitent à entériner les propositions des DDASS. Il n'existe aucune donnée valable pour l'ensemble du territoire. Cependant des éléments d'information partiels dont votre rapporteur a pu disposer, laissent penser que cette proportion est élevée. Pourrait-on faire, pour les dossiers simples, l'économie d'un passage devant les commissions d'admission, ce qui aurait pour effet d'alléger d'autant la procédure ? La question mérite d'être posée. Mais il faut y répondre avec prudence. Dans un tel système, le demandeur garderait bien entendu la possibilité de faire appel de la décision de la DDASS devant une instance de recours. Ses droits seraient donc garantis. Mais comment faire *a priori* la distinction entre les dossiers litigieux et les autres ? Est-il certain que les dossiers seraient aussi bien instruits par les DDASS qui n'auraient plus à redouter la sanction d'un passage systématique en commission ? Faut-il prendre le risque de multiplier ainsi les recours contentieux, qui retardent encore bien plus considérablement l'aboutissement de la procédure, au détriment finalement des demandeurs ?

Dans un autre ordre d'idées, il serait opérant de s'orienter vers la voie de la généralisation de grilles indicatives fixant les conditions d'attribution des aides. De telles grilles devraient être constituées dans chaque département après discussion avec les élus locaux. La pratique actuelle de bien des commissions d'admission, qui se réfèrent à une jurisprudence plus ou moins fermement établie et conservée plus par la coutume que par écrit, ne semble pas de nature à garantir l'uniformité des interventions.

Il conviendrait que ces grilles soient autant que possible harmonisées, peut-être grâce à la publication par l'Administration centrale d'une grille type, et portées à la connaissance des services du Ministère.

En matière d'*obligation alimentaire*, il paraît même possible et souhaitable d'aller plus loin et de fixer pour l'ensemble du territoire un plancher de ressources en deçà duquel le débiteur d'aliment serait assuré qu'aucune contribution ne lui serait demandée. Ceci aurait l'avantage de faciliter l'instruction des dossiers, de permettre aux demandeurs de savoir a priori s'ils risquent ou non de mettre en cause les revenus de leurs enfants, et surtout de mettre fin à des pratiques inadmissibles qui consistent à procéder à la récupération de sommes parfois dérisoires mais pourtant trop lourdes eu égard aux faibles ressources des débiteurs d'aliments.

Faut-il aller jusqu'à supprimer complètement l'obligation alimentaire pour les formes d'aide où elle subsiste, c'est-à-dire essentiellement l'aide médicale et la prise en charge de l'hébergement social des personnes âgées ? Votre commission n'est pas de cet avis, pour des raisons financières tout d'abord. La participation des débiteurs d'aliments représente environ 4 % du financement de l'hébergement des personnes âgées. Ce montant peut paraître peu élevé. Mais il ne donne pas la mesure exacte de ce que coûterait en plus à l'aide sociale la suppression de l'obligation alimentaire pour cette forme d'aide. En effet, il faut tenir compte de l'augmentation du nombre de demandes qui s'ensuivrait.

Au-delà des aspects strictement financiers, il ne paraît pas souhaitable de favoriser le recours à l'hébergement ce qui serait contraire à la politique de maintien à domicile préconisée par ailleurs.

Enfin et surtout, des raisons d'ordre moral s'opposent à la suppression complète de l'obligation alimentaire. Le principe essentiel de l'aide sociale demeure le caractère subsidiaire de l'intervention des collectivités publiques par rapport à la solidarité familiale, laquelle repose juridiquement sur une réciprocité des droits entre ascendants et descendants. Toute suppression de la dette d'aliment reviendrait donc à favoriser, parmi les débiteurs, ceux qui s'y dérobent au détriment de ceux qui s'en acquittent.

Cependant, peut-être serait-il possible d'assouplir la mise en jeu de l'obligation alimentaire, de façon à éviter aux personnes âgées, dont le placement dans une maison de retraite ou un logement-foyer paraît de toute évidence opportun, d'avoir à attendre trop longtemps. Ne pourrait-on, dans une telle hypothèse, admettre le vieillard en établissement avant d'avoir intégralement réglé les modalités de recours aux débiteurs d'aliment ?

### 3. Mieux lier financement et gestion, dans le cadre d'une redistribution des compétences entre l'Etat et les collectivités locales.

Différents aménagements peuvent donc être apportés aux systèmes d'aide sociale de façon à la rendre plus juste et plus efficace pour un coût supportable par la collectivité.

Sans doute faut-il aller plus loin dans les réformes dans la voie d'une *meilleure adéquation des responsabilités du financement et de la gestion*. Cela impliquerait que la même collectivité gère, c'est-à-dire ordonne la dépense, et qu'elle supporte directement et intégralement la charge financière des interventions dont elle prend l'initiative, moyennant une *nouvelle répartition des compétences et des charges de l'aide sociale entre l'Etat, les départements et les communes*.

Cette idée a été retenue par la commission présidée par M. Guichard qui a étudié la réforme du financement des collectivités locales. Dans son chapitre 16 consacré à l'action sanitaire et sociale, le rapport Guichard propose, en substance, que les dépenses relatives à l'enfance et à la famille soient prises en charge totalement par l'Etat ; que les collectivités locales reçoivent, par contre, pleine et exclusive compétence en matière d'aide sociale aux personnes âgées ; enfin que le secteur de l'aide médicale soit transféré progressivement aux caisses de Sécurité sociale, les dépenses pouvant « s'apparenter aux types de celles qui sont actuellement couvertes par la Sécurité sociale ».

Sur la base de ces orientations, les Ministères compétents — Intérieur, Finances, Santé et Famille — travaillent actuellement à la mise au point d'une réforme.

Il serait prématuré de se prononcer sur une réforme dont les modalités sont encore indéfinies et qui en tout état de cause fera l'objet d'une discussion devant notre Assemblée au cours des prochains mois.

Toutefois, votre commission voudrait dès maintenant faire quelques observations à propos des hypothèses formulées dans le rapport Guichard.

Elle n'est pas *a priori* hostile à ce que l'aide sociale à l'enfance relève désormais de la compétence exclusive de l'Etat qui finance d'ores et déjà plus de 80 % de la dépense. Il y a encore beaucoup à faire pour améliorer le sort des enfants les plus défavorisés, surtout au point de vue affectif et moral, pour rendre la vie des enfants

placés aussi semblable que possible à celle des autres, et pour assurer dans les meilleures conditions leur intégration au corps social afin d'en faire des adultes équilibrés. La tâche est difficile. Elle est d'envergure nationale. La politique suivie en la matière doit être homogène.

Il faut en finir avec des divergences de pratiques injustifiables, par exemple en ce qui concerne les conditions d'attribution des allocations d'enfants secourus. Toutes les familles et tous les enfants doivent être traités à égalité.

En revanche, votre commission est plus réservée sur le projet qui consiste à laisser aux collectivités locales la responsabilité de l'aide sociale aux personnes âgées, étant donné ses incidences financières. Certes, comme le souligne le rapport Guichard, « personne mieux que les communes, les communautés et les départements, ne peut veiller à l'insertion de cette population dans la vie de la cité, être attentif à ses besoins, connaître ses aspirations ». Certes également, l'enjeu est moins lourd pour l'avenir de la Nation qu'en matière de politique de l'enfance. De plus, « il ne s'agit pas de faire supporter la totalité des charges des personnes âgées aux collectivités locales » : l'Etat garderait « ses responsabilités actuelles dans le maintien et l'accroissement du revenu des intéressés ».

Mais il est bien évident que les besoins des collectivités, variables en fonction du nombre de personnes âgées qu'elles abritent, ne sont pas nécessairement en rapport avec leurs capacités financières et leurs moyens d'hébergement. Dès lors, le risque est grand de voir aggravées plutôt que réduites les disparités de traitement, étant donné la richesse très variable des collectivités. Ce risque serait d'autant plus à craindre si de larges compétences étaient données aux communes plutôt qu'aux départements.

Il serait donc indispensable de prévoir des mécanismes de compensation. Mais dès lors, la réforme qui a notamment pour objet de développer la responsabilité financière des collectivités gestionnaires ne perdrait-elle pas de son intérêt ? Par ailleurs, on peut se demander si l'application de la règle du domicile de secours ne donnerait pas lieu à des problèmes délicats.

Quant à l'aide médicale, l'idée d'en transférer la gestion aux organismes de sécurité sociale est séduisante. Mais on voit mal comment elle pourrait être mise en pratique. Signifie-t-elle que les régimes d'assurance maladie, dont l'équilibre est déjà plus que précaire, en supporteront la charge, ou faudra-t-il que l'Etat les subventionne ? Envisage-t-on de supprimer le ticket modérateur pour les assurés sans ressources ? de ne plus exiger d'eux le

versement d'aucune cotisation ? Sur tous ces points, le rapport Guichard n'apporte aucune réponse. Peut-être devrait-on s'orienter vers d'autres solutions telles que la prise en charge des cotisations par l'Etat et celle du ticket modérateur par les collectivités locales. C'est certainement dans le domaine de l'aide médicale que les solutions à trouver sont les plus délicates.

Plus généralement, la réforme va poser dans le concret de difficiles problèmes de rattachement de certains personnels à telle ou telle collectivité, et risque d'entraîner parfois la remise en cause de leur statut.

Enfin, il ne faudrait pas qu'elle ait pour effet de multiplier les interlocuteurs auxquels la population assistée doit s'adresser pour faire valoir ses droits, tantôt comme parents, tantôt comme personne âgée, tantôt comme malade ou handicapé.

Comme on le voit, derrière une réforme attrayante dans ses grandes lignes, se cachent bien des difficultés à résoudre et bien des écueils à éviter.

*Quelles que soient finalement les solutions que retiendra le Gouvernement et qu'il proposera au Parlement, il est fondamental non seulement que la réforme n'aboutisse pas à alourdir les charges des collectivités locales, mais encore qu'elle se traduise par un allègement.*

..

Au cours de ces quelques développements, votre commission s'en est tenue au cadre qu'elle s'était fixé : le rapport coût/efficacité de l'aide sociale. Il n'a pas poussé sa réflexion sur des thèmes qui, quoique s'y rapportant indirectement, dépassaient ce cadre strict, tels que les rapports entre l'aide sociale obligatoire et l'aide sociale facultative, ou bien la coordination, éminemment souhaitable, de l'aide sociale avec l'action sanitaire et sociale des caisses de sécurité sociale.

*Votre commission a davantage souligné les défauts du système d'aide sociale qu'elle n'a proposé de solution pour y remédier. Beaucoup de questions, d'importance inégale, parfois contradictoires, ont été soulevées. Elle souhaiterait obtenir de Mme le Ministre de la Santé et de la Famille quelques réponses à ces questions et, plus généralement, connaître son point de vue sur l'avenir de l'aide sociale.*

## TROISIEME PARTIE

### **OBSERVATIONS SUR LES HOPITAUX PSYCHIATRIQUES**

L'équipement hospitalier est, dans l'ensemble, suffisant. La France dispose d'assez de lits pour faire face aux besoins de la population.

Dans certaines disciplines médicales, il y en a même trop. C'est le cas de la pédiatrie et de l'obstétrique, par suite de la diminution de la natalité. C'est également le cas de la psychiatrie. Les hôpitaux psychiatriques, héritage d'une conception aujourd'hui dépassée, qui consistait à mettre à l'écart les malades mentaux, se vident. Cette tendance est appelée à s'accroître. L'avenir des hôpitaux psychiatriques est donc en question. Il convient que les pouvoirs publics s'attaquent de front à ce problème et recherchent les moyens de reconverter des établissements qui répondront de moins en moins aux nécessités nouvelles du traitement des maladies mentales et aux besoins de notre temps.

Bien des obstacles sont à surmonter. Il faut de l'énergie, de l'imagination et du temps. Mais, à l'heure où le Gouvernement s'inquiète de l'aggravation des charges sociales, on doit éviter à la France de se trouver, dans un avenir plus ou moins proche, obligée de supporter des dépenses aussi inutiles que lourdes, en subventionnant des établissements inoccupés. L'exemple passé, bien connu, des sanatoriums, suffit à convaincre de l'urgence d'agir avant qu'il ne soit trop tard.

#### **I. — LES HOPITAUX PSYCHIATRIQUES SE VIDENT**

On pensait encore, au début des années 60, que la France se trouvait dans un état de sous-équipement grave en matière de lits psychiatriques. Non seulement la qualité des lits laissait à désirer — ce qui est, hélas, toujours exact tant que la politique d'humanisation n'aura pas été menée à son terme — mais leur nombre semblait insuffisant, au regard des normes fixées par l'Organisation mondiale de la santé, qui étaient d'un lit pour 3 000 habitants.

Vingt ans plus tard, malgré l'extension du champ de la maladie mentale, imputable, entre autres causes plus conceptuelles, aux difficultés de la vie contemporaine pour les personnalités fragiles, il est devenu évident que ces normes étaient excessives pour notre pays. Les hôpitaux psychiatriques se vident.

Ce passage du sous-équipement au suréquipement, mal maîtrisé par les pouvoirs publics, était pourtant prévisible en conséquence de l'évolution des thérapeutiques et de la politique de sectorisation. Le suréquipement s'est trouvé aggravé par la création de lits nouveaux à l'époque où l'on pensait encore que les besoins hospitaliers étaient insuffisamment couverts.

### 1. L'évolution des thérapeutiques.

Les *thérapeutiques* appliquées à la maladie mentale ont considérablement évolué depuis la guerre. Nous n'entrerons pas ici dans des développements détaillés sur une matière qui fait d'ailleurs l'objet de controverses entre les spécialistes. Il suffit de rappeler que l'usage de médicaments chimiques agissant sur le comportement des malades s'est généralisé, ce qui a complètement bouleversé les modes de prise en charge thérapeutiques. Il est devenu possible de laisser le malade au contact de son milieu naturel en limitant d'autant le recours à l'hospitalisation de longue durée, notamment sous la forme de l'internement d'office ou volontaire, selon les modalités prévues par la législation de 1938 aujourd'hui largement dépassée.

Les interventions ont été orientées, en amont de l'hospitalisation, vers la prévention et, en aval, vers la réadaptation à la vie normale. Des structures d'accueil moins rigides que l'hôpital psychiatrique ont été développées.

### 2. La sectorisation.

Cette évolution des thérapeutiques s'est traduite, sur le plan administratif, par la *sectorisation*.

Rappelons que la politique de sectorisation a été lancée dès 1960 par une circulaire du Ministère de la Santé qui en a défini les modalités. Il s'agit, en recourant à un dépistage précoce de la maladie et à des techniques nouvelles de soins, d'éviter, si possible, l'hospitalisation du patient ou, au moins, d'en raccourcir la durée ; pour minimiser les risques de rechute, il importe de suivre le convalescent et de favoriser sa réinsertion sociale.

Pour remplir ces objectifs, la sectorisation repose sur le principe de la division du territoire en secteurs géographiques regroupant environ 70 000 habitants. La responsabilité du secteur incombe à une équipe médico-sociale unique, chargée, sous la direction d'un médecin psychiatre hospitalier, de veiller à la santé mentale de la population et de suivre tous les malades depuis le dépistage jusqu'à la convalescence.

Cette équipe s'appuie sur un support hospitalier mais est aussi appelée à recourir à un ensemble d'organes de prévention et de post-cure: hôpitaux de jour, dispensaires d'hygiène mentale, foyers de post-cure, services divers.

Il a fallu attendre plus de dix ans pour que la sectorisation entre effectivement en application, et pour cela surmonter des obstacles psychologiques et juridiques.

La situation des médecins psychiatres, tout d'abord, a dû être clarifiée et améliorée. Depuis la loi du 31 juillet 1908, les médecins des hôpitaux psychiatriques sont assimilés à ceux des hôpitaux généraux. En contrepartie, ils sont appelés à procéder au dépistage dans les dispensaires d'hygiène mentale et à assurer la post-cure. Un arrêté interministériel de 1971 a autorisé le classement en premier groupe des hôpitaux et services psychiatriques répondant aux trois conditions suivantes: appliquer la politique de sectorisation, participer à la lutte contre l'alcoolisme et la toximanie, disposer de services mixtes accueillant hommes et femmes. Le classement en premier groupe a apporté des améliorations à la situation des médecins psychiatres.

Mais la sectorisation n'a pu entrer en vigueur qu'après la publication, en 1972, d'un arrêté qui en a fixé l'organisation administrative. Chaque préfet a été invité à prendre un règlement relatif à l'équipement des secteurs et fixant les modalités administratives, techniques et financières de fonctionnement des services spécialisés. La plupart des règlements départementaux ont été élaborés depuis lors.

**Sectorisation : développement du nombre et de l'activité des dispensaires et points de consultation.**

	1971	1974	1976
Nombre de points de consultation.....	1 043	1 750	2 232
Nombre de consultants.....	303 000	394 000	443 000
Dont sortant des établissements psychiatriques.	85 000	119 000	149 000
Nouveaux .....	136 000	147 000	153 000

Si l'hôpital psychiatrique reste au cœur du secteur, dont il est l'élément central, il est évident que la politique de sectorisation devait contribuer à diminuer le nombre de ses occupants.

Or, en dépit de ces effets prévisibles, des lits de psychiatrie nouveaux ont été créés au cours des années récentes.

### **3. L'ouverture récente de capacités d'accueil nouvelles.**

Certains lits ont été créés dans des hôpitaux généraux, ce qui correspond à l'intention délibérée et souhaitable de rapprocher autant que possible les équipements des malades. On sait, en effet, que les hôpitaux psychiatriques traditionnels ont souvent été construits à l'écart des agglomérations. Leur localisation les rend peu propices aux formules de traitement ambulatoire, notamment en hôpital de jour, aujourd'hui préconisées. De plus, l'intégration dans l'hôpital général, qui favorise la collaboration de praticiens appartenant à diverses disciplines médicales, répond aux conceptions actuelles de la thérapeutique. On ne saurait donc faire grief aux pouvoirs publics de s'être engagés dans cette voie, qui est celle de l'avenir, et qui s'imposait dans le cadre de la sectorisation.

En revanche, il faut regretter que des hôpitaux psychiatriques entiers, conçus selon les normes pavillonnaires traditionnelles de l'hôpital-village, situés hors des villes, aient encore été construits et ouverts au moment même où la sectorisation prenait son essor. Il est vrai que ces opérations d'investissement ont été engagées au cours des IV<sup>e</sup> et V<sup>e</sup> Plans, à une époque où des lits nouveaux étaient indispensables pour contribuer à résorber un encombrement incompatible avec les nécessités d'une bonne thérapeutique et le souci du bien-être des malades. Mais les promoteurs ont vu trop grand et ont eu tort de recourir à un type d'équipement devenu inadapté.

### **4. Les conséquences financières.**

Ainsi, ces trois facteurs conjoints, transformation des thérapeutiques, développement de la sectorisation, séquelles d'une politique d'investissement qui n'a pas pu être freinée à temps, contribuent à rendre excédentaire la capacité d'hébergement des hôpitaux psychiatriques.

Moins de malades sont hospitalisés. La durée de leur séjour diminue. La baisse du taux d'occupation des lits grève les prix de journée. Le coût du traitement des malades mentaux pèse

lourd sur la collectivité, à travers la Sécurité sociale et l'aide sociale, car elle doit financer le fonctionnement de l'hôpital psychiatrique, même s'il est partiellement inutilisé, et payer en plus le coût de la sectorisation, qui est fort onéreuse pour le budget des Collectivités locales.

Dès lors, on ne peut manquer de s'interroger sur l'avenir de l'hôpital psychiatrique.

### Hôpitaux psychiatriques.

*Evolution des éléments principaux depuis 1975 (valeurs estimées pour 1977).*

	1975	1976	1977
Nombre de lits.....	103 400	116 620	116 739
Effectifs en personnel.....	76 560	81 753	83 776
Taux d'occupation des lits (pourcentage).....	91	80	78
Taux d'augmentation du prix de journée (pourcentage) .....		17,9	9,5
Dépenses couvertes par l'aide sociale (en mil- lions de francs).....	1 211,6	1 309,2	1 361,5
Masse des crédits d'humanisation affectés aux hôpitaux psychiatriques (en millions de francs) .....	(1) 39,3	21,3	29,3

(1) Y compris plan de soutien à l'économie.

## II. — L'AVENIR DE L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE

### 1. Une évolution qui ne peut que s'accroître.

Il est peu probable que la situation des hôpitaux psychiatriques s'améliore. Tout au contraire, l'évolution actuelle ne pourra que s'accroître et ce pour deux raisons essentielles : la progression de la sectorisation, qui n'est pas encore en plein régime, et le développement d'institutions spécialisées destinées à accueillir des catégories de personnes qui étaient jusqu'alors hébergées dans les hôpitaux psychiatriques.

a) *La sectorisation est appelée à progresser.*

Un des facteurs qui contribue encore, à l'heure actuelle, à freiner la sectorisation est le problème de son *financement* qui n'est pas encore convenablement réglé. Les dépenses entrent dans le groupe I de l'aide sociale, au titre de l'hygiène mentale. Près de 20 % du coût est donc à la charge des départements.

Il est question — et cela paraît justifié — que la sécurité sociale participe au financement. L'obstacle principal réside dans le fait que les régimes d'assurance maladie considèrent que les dépenses de sectorisation ressortent non de la thérapeutique mais de la prévention. Toutefois, les négociations avec la Sécurité sociale, en cours depuis plusieurs années, devraient aboutir. Le problème pourrait être réglé moyennant le recours à une formule originale du même type que celle qui a été mise en œuvre en ce qui concerne la prise en charge par l'assurance maladie des services de soins à domicile aux personnes âgées : celle du forfait, qui pourrait se traduire par une subvention globale de la sécurité sociale au département, avec, peut-être, un système de caisse pivot.

Lorsque cet obstacle financier aura été surmonté, la sectorisation connaîtra sans doute de nouveaux développements.

b) *Une partie de sa clientèle traditionnelle tend à échapper à l'hôpital psychiatrique.*

Autre facteur contribuant à vider l'hôpital psychiatrique : toute une partie de sa clientèle est appelée à lui échapper grâce au développement d'institutions spécifiques mieux adaptées à ses besoins.

Tel est le cas, depuis longtemps déjà, *des enfants handicapés*, accueillis dans les nombreux instituts médico-psychopédagogiques.

Des établissements spécialisés se créent également pour les *handicapés adultes*. La loi d'orientation du 30 juin 1975 relative aux handicapés ouvre, en la matière, des perspectives nouvelles puisqu'elle prévoit la prise en charge par la Sécurité sociale des dépenses exposées dans les établissements d'hébergement destinés aux handicapés adultes « n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants » (art. 46) et dans « les établissements recevant des malades mentaux dont l'état ne nécessite plus le maintien en hôpital psychiatrique mais qui requièrent temporairement une surveillance médicale et un encadrement en vue de leur réinsertion sociale » (art. 47).

Les décrets d'application de ces dispositions sont toujours attendus, avec impatience, par les associations de parents d'enfants inadaptés, qui déplorent le retard dans l'application de la loi d'orientation. Elle aurait dû, en effet, entrer intégralement en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 1978. Ces décrets devraient être publiés à brève échéance.

On sait que les hôpitaux psychiatriques abritent encore un grand nombre de *vieillards séniles*, plus ou moins dérangés, qui représentent encore une proportion importante de la population hébergée.

Deux raisons principales motivaient, jusqu'à présent, cet état de fait : tout d'abord, les maisons de retraite et les hospices, bien souvent, refusaient la présence de pensionnaires susceptibles de perturber, même temporairement, la tranquillité des autres. De plus, l'hébergement en hôpital psychiatrique offre l'avantage d'être pris intégralement en charge par la Sécurité sociale sans retenue sur la pension de l'intéressé et sans recours aux débiteurs d'aliments. Pourtant, les personnes âgées légèrement atteintes mentalement ne relèvent pas réellement de l'hôpital psychiatrique, qui offre des conditions de traitement trop sophistiquées et trop coûteuses pour leur état, et dont il est permis de se demander si l'environnement général n'est pas plutôt défavorable à l'amélioration de leur santé. La situation devrait évoluer, grâce à la médicalisation des maisons de retraite où les soins sont désormais pris en charge par la Sécurité sociale en application de la loi du 4 janvier 1978, et grâce au développement d'institutions spécialisées de gérontopsychiatrie, plus légères, dont notre collègue Robini a d'ailleurs maintes fois eu l'occasion de souligner l'intérêt devant notre commission.

Enfin, dernier élément tendant à vider les hôpitaux psychiatriques dans l'avenir : une circulaire récente du Ministère de la Santé en date du 28 mars 1978 préconise le traitement des *alcooliques*, qui ne souffrent pas seulement de troubles mentaux, dans les services de médecine des hôpitaux généraux.

\*  
\* \*

Bien entendu, ces évolutions ne seront pas radicales ; elles seront lentes à produire leurs effets. Il faudra des années. Il convient même de les freiner, à la fois pour sauvegarder l'équilibre financier des hôpitaux psychiatriques et pour prendre le temps de tester la valeur des formules de remplacement, pour certaines encore au stade expérimental.

Mais il semble que l'hôpital psychiatrique traditionnel soit condamné à plus ou moins long terme.

## 2. Les mesures à prendre.

Il importe donc que les pouvoirs publics se préparent convenablement à cette perspective et prennent les mesures nécessaires pour que la mutation de l'hôpital psychiatrique se fasse progressivement.

### a) *Elaborer une carte hospitalière psychiatrique prospective.*

Tout d'abord, il est urgent d'élaborer une carte hospitalière psychiatrique, non pas rigide mais évolutive, nécessaire pour définir le cadre des interventions souhaitables, intégrée dans la carte hospitalière générale. Ainsi, sera évité l'engagement d'opérations d'humanisation qui seraient inutiles si elles devaient porter sur des capacités d'hébergement excédentaires.

### b) *Favoriser la reconversion des équipements excédentaires, et même fermer certains lits.*

Ensuite, il faut rechercher les moyens de reconvertir progressivement tout ou partie des services des hôpitaux psychiatriques vers des activités différentes de leur vocation originelle. Des mesures dans ce sens ont d'ailleurs déjà été prises, telles que la création d'un service de neurochirurgie à l'hôpital Sainte-Anne à Paris.

Bien entendu, la reconversion soulève de nombreuses difficultés.

Quels types d'activités peut-on implanter dans l'enceinte de l'hôpital psychiatrique ?

Plusieurs solutions sont envisageables. Les possibilités de transformation en services actifs non psychiatriques sont limitées par le fait que les besoins en la matière sont, comme on l'a vu, pratiquement couverts. On peut cependant utiliser les équipements à la création de services de longs ou de moyens séjours, par exemple en gériopsychiatrie. Mais on connaît les réticences de la population à s'adresser à l'hôpital psychiatrique. L'érection éventuelle des services nouveaux en unités autonomes suffirait-elle à réduire ces réticences ?

**Autre inconvénient : la localisation excentrée de certains hôpitaux psychiatriques ne facilite pas leur reconversion..**

**Compte tenu de ces données, il faudra sans doute aller jusqu'à des solutions plus radicales et fermer certains lits et même certains établissements.**

*c) Prévoir la reconversion des personnels.*

Qu'il s'agisse de la reconversion ou de la fermeture des équipements, les problèmes les plus graves concernent le sort du personnel, très spécialisé. Que faire notamment des infirmiers psychiatriques qui, comme on le sait, ont un statut particulier ? L'effectif s'élevait, au 1<sup>er</sup> janvier 1977, à 47 000. Plus de 13 000 élèves sont encore actuellement en cours de formation. Comme on le sait, le recrutement des infirmiers psychiatriques est difficile.

Pour le favoriser et pour répondre en même temps aux besoins, toujours importants étant donné la relative instabilité de ces personnels, les élèves infirmiers sont formés au sein même de l'hôpital psychiatrique, participent au service et perçoivent une rémunération au cours de leurs études.

Ce système doit-il être remis en cause ? Il est avantageux tant pour les hôpitaux que pour les intéressés. Le métier reste d'ailleurs, malgré les progrès des thérapeutiques, particulièrement ardu, et les infirmiers psychiatriques font preuve d'un dévouement qui mérite d'être souligné. Mais il faut prévoir le moment où, peut-être, ces personnels seront trop nombreux et devront, eux aussi, comme les équipements, être « reconvertis ».

Ce moment n'est pas encore venu car les services extra-hospitaliers développés dans le cadre de la sectorisation offrent des débouchés. Cependant, il serait souhaitable d'envisager dès maintenant des modalités de passage au statut dont bénéficient les infirmiers diplômés d'Etat en donnant aux infirmiers psychiatriques les moyens de compléter si besoin leur formation. Il serait même opportun d'élargir leur formation de base.

Les obstacles sont donc aussi nombreux que difficiles à surmonter. Ce n'est pas une raison, cependant, pour refuser de voir la réalité en face. Plus les pouvoirs publics attendront pour faire les choix qui s'imposent, plus la mutation de l'hôpital psychiatrique se fera dans de mauvaises conditions, dommageables pour les personnels et pour les deniers publics.

*Au terme de ces brefs développements, votre commission demandera à Mme le Ministre de la Santé et de la Famille quelles mesures elle entend prendre pour répondre à la nécessité d'accompagner convenablement une évolution inéluctable et d'ailleurs conforme aux intérêts de la santé publique.*

## EXAMEN EN COMMISSION

Votre commission a procédé, le mardi 24 octobre 1978, à l'audition de Mme Simone Veil, Ministre de la Santé et de la Famille, et de M. Daniel Hoeffel, Secrétaire d'Etat.

Elle a examiné le présent avis dans sa séance du mercredi 15 novembre.

Après l'exposé de votre rapporteur, M. Moreigne a mis en cause la rigidité excessive de certaines commissions régionales des institutions sociales et médico-sociales (CRIS) qui tendent à freiner l'équipement social neuf. Il a souhaité que leur composition fasse une plus large place aux élus locaux.

M. Bohl a souligné la qualité du travail fourni par les Commissions d'admission à l'aide sociale. La gestion décentralisée de l'aide sociale emporte nécessairement des disparités qui ne justifieraient pas cependant le bouleversement des structures actuelles. En tout état de cause, compétences et moyens financiers doivent être du ressort de la même collectivité.

M. Touzet, comme le rapporteur, s'est déclaré favorable au maintien de l'obligation alimentaire.

Pour Mme Perlican, le budget ne résout pas les inégalités en matière de santé ; certaines régions comme le Nord - Pas-de-Calais restent sous-équipées ; les personnels sont mal rémunérés et insuffisants en nombre pour faire face aux besoins, notamment à la demande d'interruption volontaire de grossesse.

Elle ne votera donc pas les crédits de la Santé et s'est montrée, par voie de conséquence, plus que réservée sur l'avis de M. Chérioux, dans la mesure où il ne tient pas suffisamment compte, à son point de vue, de ces préoccupations.

M. Gamboa a fait état du sous-équipement hospitalier dans certaines zones de la région parisienne.

M. Talon s'est inquiété de la situation financière du secteur hospitalier privé dont les difficultés pour se moderniser sont considérables et qui connaît des problèmes de trésorerie par suite notamment des retards de paiement des caisses de sécurité sociale.

M. Mézard a demandé des précisions sur la politique familiale notamment en matière de crèches et sur la médecine scolaire.

Il a aussi déploré les divergences de pratiques des commissions d'admission à l'aide sociale qui, cependant, fonctionnent bien dans l'ensemble en milieu rural.

M. Boyer a attribué les abus en matière d'admission d'urgence au fait que les demandes ne peuvent être prises en considération que lorsqu'elles sont présentées dès l'entrée à l'hôpital.

Pour la psychiatrie, il a approuvé les conclusions du rapporteur, soulignant que le développement de la sectorisation sans que soit entreprise la reconversion des établissements existants, aboutissait à la constitution onéreuse de deux structures parallèles.

M. Moreigne a regretté la dégradation du niveau de la recherche psychiatrique ; faute de moyens, la France perd progressivement son rang international traditionnel en la matière. Appuyé par M. Mézard, il a souhaité que des moyens nouveaux soient affectés à la lutte contre la myopathie. A propos de l'aide sociale, il a estimé que les problèmes du maintien à domicile des personnes âgées ne se posaient pas dans les mêmes termes en milieu rural ou urbain. Enfin, il a déploré la « démédiçalisation » du personnel du Ministère de la Santé.

M. Robini a fortement approuvé ces propos et apporté son soutien aux conclusions du rapporteur en matière de rationalisation des dépenses sanitaires et sociales. Il a insisté sur la nécessité d'éviter la dispersion des équipements lourds.

Pour M. Henriet, l'organisation des services d'urgence doit reposer sur la coordination entre secteur public et privé actuellement très insuffisante selon lui. Il a souhaité que le Ministre de la Santé présente le bilan des recherches effectuées sur le cerveau et rappelé avoir lui-même demandé la création d'un Institut du cerveau. Il a insisté sur la nécessité, mise en avant par le rapporteur pour avis, de réformer la tarification des cliniques privées.

Enfin, il a suggéré qu'une commission d'experts, présidée par un haut fonctionnaire, soit chargée par le Gouvernement d'étudier les problèmes de l'aide sociale.

A l'issue de cet échange de vues, la commission s'est prononcée pour l'adoption de l'avis de M. Chérioux et des crédits de la Santé pour 1979.

## CONCLUSION

*Pour conclure, votre commission recommande instamment au Gouvernement :*

*— de faire aboutir sans retard la réforme de la tarification des hôpitaux publics ; d'aménager les règles de tarification des établissements privés dans le sens d'une plus juste adéquation aux prix de revient ;*

*— de procéder à l'étude des conditions de fonctionnement des différentes formes d'aide sociale en vue d'une éventuelle réforme de celles-ci, en vue d'améliorer le rapport coût/efficacité de ce secteur ; en attendant, de fixer au plan national des planchers de ressources en deçà desquels l'obligation alimentaire ne pourrait être mise en jeu ;*

*— de faire l'étude prospective des besoins en matière d'hospitalisation psychiatrique, et d'élaborer un plan de reconversion éventuelle des établissements et des personnels en cause.*

\*  
\* \*

Sous le bénéfice des observations présentées dans le présent avis, votre commission donne un avis favorable aux crédits de la Santé pour 1979 et à l'article 80 du projet de loi de finances.