

N° 102

# SÉNAT

PREMIÈRE SESSION ORDINAIRE DE 1980-1981

Annexe au procès-verbal de la séance du 19 novembre 1980.

## AVIS

PRÉSENTÉ

*au nom de la Commission des Affaires sociales (1), sur le projet de loi de finances pour 1981, adopté par l'Assemblée Nationale.*

TOME II

SANTÉ

Par M. Jean CHÉRIOUX,

Sénateur.

---

(1) Cette commission est composée de : MM. Robert Schwint, président ; André Rabreau, Victor Robial, Louis Beyer, Jean Chérioux, vice-présidents ; Roger Lise, Jacques Bialski, Hubert d'Andigné, Hector Viron, secrétaires ; Jean Azaïs, Mme Marie-Claude Boudreau, MM. Henri Belcoar, Jean Bérange, Noël Berrier, André Bohl, Charles Bonifay, Pierre Bouneau, Philippe de Bourgoing, Jean-Pierre Cantegrik, Marc Castex, Michel Crucis, Georges Dagnolia, Ouy Durbec, Charles Ferrant, Pierre Gamboa, Marcel Gargas, Mme Cécile Goidan, MM. Jean Gravier, André Jorany, Louis Jung, Bernard Lennaris, Pierre Louvet, Jean Madelain, André Méric, Michel Morsigne, Jean Natali, Charles Ornanó, Bernard Pellarin, Raymond Poirier, Ouy Robert, Paul Robert, Gérard Roujas, Pierre Sallenave, Louis Sorvet, René Tourat, Georges Treille, Jean Varlet.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (6<sup>e</sup> législ.) : 1933 (et annexes), 1976 (annexe 31), 1977 (tome XII) et la-8°/152.

Sénat : 97 et 98 (tome III, annexe 33) (1980-1981).

---

Loi de Biométrie. — Aide sociale - Enfants - Hépatites - Personnes âgées - Santé publique.

## SOMMAIRE

	Pages
<b>PRÉSENTATION DES CRÉDITS DE LA SANTÉ POUR 1981</b> .....	4
• Taux de progression.....	4
• Les grandes masses.....	4
• Importance des dépenses obligatoires d'action sociale.....	6
• Les dépenses non obligatoires.....	7
<b>I. LES ORIENTATIONS CHOISIES PAR LE GOUVERNEMENT</b> .....	8
<b>A. La prévention sanitaire</b> .....	8
— Dépenses obligatoires.....	9
— Actions directes.....	9
<b>B. L'action sociale</b> .....	10
— Action sociale volontaire.....	10
— Aide aux familles.....	10
— Action sociale en faveur des handicapés.....	10
— Accueil des réfugiés.....	11
— Personnes âgées.....	11
<b>C. La pharmacie et le médicament</b> .....	12
<b>D. La recherche</b> .....	12
<b>II. — UN BUDGET D'AUSTÉRITÉ QUI SUSCITE DES INQUIÉTUDES</b> .....	13
<b>A. L'arrière plan du budget</b> .....	14
• La nouvelle convention médicale.....	14
• Le rapport de la commission du Plan sur la protection sociale.....	16
<b>B. Les inquiétudes suscitées</b> .....	17
<b>PREMIÈRE PARTIE : LES DIFFICULTÉS DES ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES ET SOCIAUX</b> .....	20
<b>I. — LA RECHERCHE D'UNE ADAPTATION DES CAPACITÉS D'ACCUEIL AUX BESOINS</b> .....	21
<b>A. La limitation des crédits d'équipement</b> .....	21
• Les crédits d'humanisation.....	22
<b>B. La maîtrise des capacités hospitalières : l'application de la loi du 29 décembre 1979</b> .....	22
<b>C. Les problèmes qui demeurent en matière de capacité d'accueil</b> .....	24
1. Hébergement des personnes âgées : la transformation des hospices.....	24
2. La psychiatrie : la nécessaire reconversion des établissements.....	26

<b>II. — LES DIFFICULTÉS DE GESTION FINANCIÈRE.....</b>	<b>29</b>
<b>A. Le rappel des mesures prises en 1979 et 1980.....</b>	<b>29</b>
• Les premiers résultats statistiques.....	30
• Les difficultés rencontrées par les gestionnaires.....	31
<b>B. Les mesures prises pour 1981 et leurs conséquences possibles.....</b>	<b>33</b>
<b>C. De la contrainte à la concertation.....</b>	<b>34</b>
1. Desserrer le garrot et apaiser les inquiétudes inutiles.....	35
2. Des mesures adaptées à la réalité diverse des établissements et décidées en concertation.....	36
3. La révolution silencieuse de la gestion.....	36
• Les expériences de tarification.....	36
• La révolution silencieuse de la gestion.....	38
<b>CONCLUSION DE LA PREMIÈRE PARTIE.....</b>	<b>40</b>
<b>DEUXIÈME PARTIE : LA GARDE DES ENFANTS.....</b>	<b>41</b>
1. Les limites du développement des actuels modes de garde des enfants de moins de 3 ans.....	42
a) Les actions menées en faveur du développement des équipements collectifs. L'obstacle financier.....	42
• Un effort important.....	42
• L'obstacle financier.....	44
b) La rigidité du statut des assistantes maternelles.....	46
2. La recherche d'une voie originale : une prestation familiale nouvelle qui accroît la liberté des mères.....	47
<b>CONCLUSION DE LA DEUXIÈME PARTIE.....</b>	<b>52</b>
<b>CONCLUSION GÉNÉRALE.....</b>	<b>53</b>
<b>TRAVAUX DE LA COMMISSION.....</b>	<b>54</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>64</b>
Annexe 1. — L'équipement hospitalier.....	64
Annexe 2. — Equipement en faveur de la petite enfance.....	70

Mesdames, Messieurs,

Les prévisions budgétaires pour le ministère de la Santé et de la Sécurité sociale et pour le ministère du Travail et de la Participation continuent d'être consignées dans un seul et même document annexé au projet de loi de finances et qui 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 — Sécurité sociale qui englobe les subventions aux régimes de Sécurité sociale.

Le présent avis sera consacré, essentiellement, à l'examen des crédits 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, comme à l'habitude, nos observations sur deux thèmes : les problèmes hospitaliers et un aspect de la politique familiale : la garde des jeunes enfants.

\*  
\* \*

## PRÉSENTATION DES CRÉDITS DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Le projet de budget du ministère de la Santé et de la Sécurité sociale, qui ne correspond qu'à une faible part (environ 1/7) des dépenses totales de santé et d'action sociale, s'élève pour 1981, à **32,13 milliards de francs**.

### • Taux de progression

Le **taux de progression des crédits est de moins de 11 %**, inférieur donc à celui de l'inflation, alors qu'il est, pour l'ensemble des crédits budgétaires, de **16,4 %**, dont **14,57 %** pour les seules dépenses civiles.

— Le ralentissement de la croissance de ce budget s'accroît donc, puisqu'elle était de :

- 21,8 % en 1978
- 18,10 % en 1979
- et de 13 % en 1980

— Le décalage amorcé l'an passé entre cette progression et celle, plus générale, des dépenses publiques s'accroît ainsi davantage.

	Progression du budget de l'Etat	Progression du budget Santé
1978	12,47 %	21,8 %
1979	15,20 %	18,10 %
1980	14,3 %	13,7 %
1981	14,57 %	10,9 %

### • Les grandes masses

Les crédits sont composés, à plus de **95 %** de dépenses ordinaires et à moins de **5 %** de dépenses en capital, soit pour les premières une

progression de 12,3 % mais, pour les secondes, une diminution de 11,3 % par rapport aux crédits votés en 1980, qui ne tient d'ailleurs pas compte de la dépréciation monétaire.

La part du budget consacrée à l'investissement continue donc, sauf en ce qui concerne les subventions d'équipement à la recherche médicale, à régresser. Comme l'indique le ministère, et comme le pense également votre rapporteur, cette régression traduit, tout au moins en ce qui concerne le domaine hospitalier, une satisfaction relative des besoins, après le formidable effort d'équipement effectué depuis 20 ans. Mais des modernisations, des reconstructions et surtout des actions d'humanisation restent nécessaires. Les dotations d'équipement, qui devraient leur être consacrées en priorité, ne pourront permettre d'y faire face dans leur totalité.

### L'ÉVOLUTION DES GRANDES MASSES BUDGÉTAIRES

#### Le projet de budget pour 1981

Dépenses	Dépenses ordinaires + Crédits de paiement	Autorisations de programmes
<b>I. — Présentation par nature de charges :</b>		(en millions de F.)
Section commune : fonctionnement Santé.....	23,83	
Section Santé : fonctionnement.....	1 993,64	
Section Santé : interventions publiques.....	28 598,34	
<b>A. Dépenses ordinaires.....</b>	<b>30 615,81</b>	
Section commune : équipement Santé.....	11,06	11,99
Section Santé :		
— équipement sanitaire.....	971,00	1 042,24
— équipement social.....	220,00	203,96
— recherche médicale.....	314,39	333,90
<b>B. Dépenses en capital .....</b>	<b>1 516,45</b>	<b>1 594,09</b>
<b>TOTAL I.....</b>	<b>32 132,26</b>	<b>1 594,09</b>
<b>II. — Présentation sous forme de budget de programme :</b>		
Intervention en matière de Santé.....	7 378,82	1 038,24
Intervention en matière sociale.....	21 658,90	198,96
Professions sanitaires et sociales.....	778,20	8,00
Services extérieurs et actions diverses.....	1 284,67	5,00
Etudes et recherche médicales.....	1 021,37	334,95
Administration centrale et IGAS (partie).....	10,30	8,94
<b>TOTAL II.....</b>	<b>32 132,26</b>	<b>1 594,09</b>

• **La part des dépenses obligatoires d'action sociale**

Une fois de plus, se constate l'importance des dépenses à caractère obligatoire, qui représentent cette année encore, plus de 90 % des dépenses ordinaires et plus de 27 milliards se répartissant ainsi :

— 17,8 milliards pour les dépenses obligatoires d'aide sociale et médicale,	soit 57,1 %	du budget
• dont 8,3 milliards d'aide sociale à l'enfance	27,25 %	»
— 2,367 milliards pour les dépenses obligatoires de santé	soit 7,7 %	»
<b>Total</b>	<b>64,85 %</b>	<b>»</b>
auxquels s'ajoutent : 7,1 milliards de subvention à divers régimes de protection sociale		
	soit 23,8 %	»
<b>Total</b>	<b>88,65 %</b>	<b>»</b>

Il s'agit là de dépenses qui échappent très largement à la maîtrise de l'Etat puisqu'elles sont engagées par les collectivités locales et que les crédits correspondants sont provisionnels.

Leur accroissement, d'une année sur l'autre, reste variable et largement inférieur globalement à la moyenne des dépenses budgétaires. Il n'est que de 10,53 % pour les dépenses d'aide médicale, mais de 14,98 % pour les dépenses de santé. Parmi les dépenses d'aide sociale, l'aide à l'enfance qui en constitue presque la moitié, progresse de 14,2 %, l'aide aux personnes âgées de 24,25 % et l'aide aux grands infirmes de 6,9 % seulement.

Notons que la progression des crédits reste globalement moins forte cette année que l'année précédente.

	1980-1979	1981-1980
Aide sociale et médicale	16,8 %	12 %
• médicale	+ 7,45 %	+ 10,53 %
• sociale	+ 19,8 %	+ 14,98 %
Enfance	+ 14,07 %	+ 14,27 %
Personnes âgées	+ 7,4 %	+ 24,25 %
Infirmes	+ 40,7 %	+ 6,9 %

Cette légère inflexion en baisse peut certes signifier une meilleure maîtrise des dépenses, du fait notamment des actions menées en faveur

du maintien en milieu ordinaire, du contrôle de la création des établissements sociaux, de la lutte contre la médicalisation excessive de certains d'entre eux, du contrôle des rémunérations (agrément nécessaire des conventions collectives), des prix de journée et des frais de gestion, enfin de l'analyse de gestion des dépenses. La direction de l'action sanitaire et sociale joue dans cette recherche d'une plus grande rigueur financière, un rôle moteur. Mais cette baisse de progression globale peut aussi traduire une sous-estimation des crédits et des besoins qui rendront nécessaires des ajustements en cours d'année.

Quoi qu'il en soit, compte tenu des sommes en cause, la marge de manœuvre restant au ministère pour mener des actions volontaristes demeure étroite. C'est une observation dont nous sommes coutumiers.

• **Les dépenses ordinaires, autres que les dépenses obligatoires et les dépenses de fonctionnement** ne constituent en effet qu'une faible masse : 1,8 milliard, soit moins de 6 % se répartissant ainsi :

— moyens des services (hors dépenses de personnel).....	66,5 millions
— programmes d'action sanitaire et sociale.....	361,1 millions
— actions de formation.....	732,1 millions
— recherche et pharmacie.....	698 millions

• Quant **aux dépenses en capital**, dont nous avons dit qu'elles étaient en diminution, elles sont constituées, pour la plus grande part, de subventions :

— les subventions d'équipement sanitaire diminuent de 21 % et ne représentent que 938,8 millions,

— les subventions d'équipement social régressent de 2,1 % et représentent 210 millions,

— les subventions à la recherche médicale sont seules à progresser (+ 25,9 %) et représentent 314,39 millions.

\*  
\* \*

Le budget qui nous est présenté est donc pour l'essentiel un budget de rigueur et d'économie. Il n'exclurait pas, selon les termes mêmes du Ministre de la Santé, « les innovations » et les actions sélectives. **Mais permettra-t-il de répondre aux besoins réels et d'assurer le bon fonc-**



tionnement de notre appareil sanitaire et social ? C'est la question que se pose avec inquiétude votre commission, qui craint que ne soient ainsi remis en cause les acquis de notre système de soin et d'action sociale, particulièrement si cette austérité devait se prolonger.

Elle partage certes et avec beaucoup d'autres, le souci d'économie manifesté par les pouvoirs publics dans la conjoncture actuelle et globalement la volonté que soit mieux maîtrisée la croissance des dépenses de santé.

Mais il ne saurait pour elle, y avoir d'économies durables sans que soient effectués des choix et sans que soient remises en question un certain nombre de notions acquises qui peuvent être à la source même des dépenses excessives.



## I. — LES ORIENTATIONS ANNONCÉES PAR LE GOUVERNEMENT

C'est très sélectivement et très parcimonieusement, compte tenu des contraintes imposées aux crédits publics, qu'ont été choisies par le Ministère les quelques actions qui bénéficient de l'octroi de moyens supplémentaires. Elles appartiennent essentiellement aux domaines de la **prévention sanitaire**, de l'**action sociale** et du **médicament**, ainsi qu'à la **recherche médicale**.

Votre commission se félicite de l'effort effectivement accompli pour le médicament et la recherche, mais elle regrette que les moyens dont dispose le Ministère ne lui permettent guère d'accorder aux autres secteurs mentionnés les améliorations de crédits à la mesure des ambitions exprimées.

### A. — La prévention sanitaire

C'est depuis longtemps un domaine que chacun s'accorde à vouloir développer. Or l'effort prévu par le présent projet de budget con-

cerne essentiellement l'accroissement des crédits destinés au financement du dispositif départemental de prévention sanitaire — et à un moindre degré les actions « directes ».

• Les crédits affectés aux **dépenses obligatoires** de santé mises en œuvre par les départements (et remboursées à 82 % par l'Etat) augmentent de 23,5 % et atteignent 2 367 millions. Ils concernent les dépenses de protection générale de la santé publique (507 millions) et celles de prévention sanitaire et lutte contre les fléaux sociaux (1860 millions).

La croissance apparaît particulièrement forte pour les actions visant à prévenir les risques importants.

C'est ainsi que les moyens de la lutte contre la toxicomanie sont accrus de 41,2 %.

Ceux des centres de planification familiale sont multipliés par 3,5 ; ceux de la sectorisation psychiatrique et la lutte contre l'alcoolisme s'accroissent de 22,2 % ; ceux de la protection maternelle et infantile de plus de 20 %.

• Les **actions directes** de prévention sont toutefois beaucoup moins importantes. Elles ne se voient consacrer que moins de 100 millions et ne bénéficient globalement que d'un accroissement de 14 %. Certaines actions sont cependant privilégiées, et notamment :

— les actions **spécifiques de détection et de prévention**, dont les crédits passent de 3,2 à 5,5 millions (+ 70 %). Le supplément dégagé devrait permettre de développer l'un des éléments de la lutte contre le cancer à savoir l'étude et l'analyse des produits pouvant présenter des risques cancérigènes.

— l'information **toxicologique d'urgence** et la prévention des accidents thérapeutiques dont les crédits passent de 2,4 à 4,7 millions, afin de financer le centre national de toxicovigilance.

A côté de cela, les accroissements prévus ne sont guère notables et souvent inférieurs à l'évolution même du coût de la vie, l'éducation sanitaire ne se voit gratifiée que d'1,7 million supplémentaire, soit à peine 6 % ; les secours d'urgence de 2 millions en plus, soit de 7,9 % supplémentaires.

Les crédits consacrés aux problèmes de la naissance ou de la périnatalité augmentent de moins de 10 %, ce qui permettra à peine le maintien des actions au niveau actuel.

Si la volonté est affirmée de donner une priorité à la prévention, elle ne transparait guère dans l'examen du présent budget.

Notons enfin que parmi les actions de prévention, le Ministère situe le renforcement des moyens de la formation médicale continue qui passent de 2 à 4,6 millions et devraient essentiellement contribuer à la promotion du médecin de famille.

## B. — L'action sociale

Elle est également affirmée comme une priorité et comme « l'expression de la solidarité nationale » ; en fait, en dehors des dépenses obligatoires d'action sociale déjà mentionnées, les crédits qui lui sont destinés (environ 260 millions) n'augmentent guère au total que de 10 %, ce qui autorise toutefois quelques renforcements spécifiques d'actions pour prévenir ou combattre l'inadaptation et l'exclusion sociale. On retiendra surtout :

- **La prévention par l'action sociale volontaire.** 7 millions supplémentaires (25,6 %) sont accordés pour soutenir la vie associative et encourager l'innovation sociale à partir des capacités et potentialités locales.

- **L'aide aux familles.** 5 millions de plus (+ 8,9 %) devraient favoriser l'aide aux vacances des familles à faible revenu et aider au financement des centres sociaux de quartier.

- **L'action sociale en faveur des handicapés.** Plus de 9 millions (+ 47 %) sont prévus pour améliorer l'aide accordée aux associations, réorganiser le secteur de l'impression en Braille, développer les services intéressant les sourds, etc.

Notons à cet égard que le premier rapport quinquennal qui, d'après l'art. 61 de la loi d'orientation du 30 juin 1975 devait être soumis au Parlement, ne lui a pas encore été présenté.

Il devait retracer le bilan des actions entreprises et des résultats obtenus. Nous espérons qu'il sera publié incessamment et que l'année

prochaine, qui sera consacrée aux handicapés, permettra de résoudre les problèmes qui demeurent.

Beaucoup de textes d'application en effet ont été publiés mais d'autres ne le sont pas encore ; certains enfin sont interprétés plus restrictivement que ne le prévoyait le législateur.

En outre, il nous semble qu'un effort notable pourrait être apporté en ce qui concerne les priorités d'emploi, le reclassement en milieu ordinaire de travail et globalement l'application de toutes les mesures relatives à l'insertion des handicapés. Un effort tout particulier doit être tenté en faveur de ceux qui perçoivent actuellement des prestations moindres que celles qu'ils recevaient avant la loi de 1975.

- Autre secteur privilégié de l'action sociale, l'accueil des réfugiés enfin, en provenance du sud-est asiatique qui bénéficie d'une mesure nouvelle de 3 millions de francs (+ 11 %).

Les autres programmes : réadaptation sociale, action en faveur des personnes âgées, etc. voient seulement maintenus les crédits votés en 1980, ce qui peut signifier en réalité, une diminution des possibilités réelles d'action.

- En ce qui concerne les **personnes âgées**, notons que le programme d'action prioritaire n° 15 (maintien à domicile des personnes âgées) paraît avoir été convenablement réalisé ; le taux d'exécution budgétaire a été d'environ 80 %.

Les secteurs nouveaux ont été créés à un rythme plus soutenu que prévu.

La loi du 4 janvier 1978 complétée par trois circulaires (20 mars 1978 — 29 décembre 1978 et 12 février 1980) a permis par ailleurs on s'en souvient le développement de services de soins à domicile par le biais d'une prise en charge forfaitaire plafonnée actuellement à 68 F, des frais de soins paramédicaux par les organismes d'assurance maladie.

Au 1<sup>er</sup> juillet 1980, 59 services de soins à domicile seulement fonctionnaient, regroupant 1762 places. Treize services devraient être mis en place prochainement.

Pour l'avenir, il importe de poursuivre, parallèlement aux services d'aide ménagère, le développement de ces services de soins qui devraient constituer — au moins en partie une alternative à l'hébergement.

### C. — La pharmacie et le médicament

C'est dans le présent budget un des secteurs les plus favorisés.

La mise en œuvre du programme gouvernemental arrêté au début de l'année 1980 se traduit par des crédits nouveaux destinés à promouvoir l'**environnement scientifique** de ce secteur, et à sensibiliser les prescripteurs aux problèmes économiques qui se posent.

Plus de 5 millions de francs supplémentaires sont prévus et destinés :

— à financer le démarrage de **départements hospitaliers** de pharmacologie clinique ;

— à aider au développement d'une information plus indépendante des laboratoires ;

— au doublement de la subvention à l'Association pour le développement de recherches appliquées pharmaceutiques, qui permet d'améliorer la circulation de l'**information** médicale pharmaceutique.

### D. — La recherche

Elle figure également parmi les priorités annoncées et paraît effectivement bénéficier d'un accroissement substantiel des crédits. Globalement, les études et recherches médicales dépassent en montant de crédits un milliard.

Des créations d'emplois publics, non budgétaires sont prévus (dont 90 à l'INSERM).

Les subventions au service central de protection contre les rayonnements ionisants progressent de 15,1 % pour le fonctionnement et sont reconduites pour l'équipement.

Les crédits destinés à l'INSERM s'accroissent également sensiblement : + 20,7 % en fonctionnement et + 23,7 % en équipement.

Les subventions d'équipement aux organismes privés de recherche, comme l'Institut Pasteur de Paris, d'outre-mer et de Lille et l'Institut Curie progressent de même.

Les établissements et organismes de recherche reçoivent également, hors enveloppe recherche, des subventions de fonctionnement pour les autres activités de service public qu'ils mènent.

Il faut enfin signaler l'application aux dotations de l'enveloppe recherche, de la 6<sup>e</sup> directive européenne portant harmonisation des règles d'assujettissement à la TVA, 101,6 millions sont prévus à cet effet pour ne pas obérer les ressources réelles des bénéficiaires de subventions. Mais cette somme diminue d'autant l'importance de l'effort réel consenti en faveur de la recherche qui se trouve ramené de 36 % à 22 %.

\*  
\* \*

Trois autres mesures, enfin, sont à signaler :

1. Au profit des D.O.M. et T.O.M. et en application de décisions gouvernementales de décembre 1979, est ouvert un crédit de 55 millions au titre de la contribution de l'Etat à la protection sociale des travailleurs non salariés de Polynésie et de Nouvelle-Calédonie ;

2. Dans le cadre de la réforme des études d'assistant de service social, 9 millions sont prévus pour l'attribution de vacations forfaitaires aux monitrices de stages et le versement d'une indemnité forfaitaire aux élèves ;

3. Enfin, en matière de formation des étudiants en médecine, 12,2 millions de francs sont transférés du ministère des Universités, par souci d'unification et de clarté budgétaire.

## **II. — UN BUDGET D'AUSTERITE QUI SUSCITE, DANS LE CONTEXTE ACTUEL, QUELQUES INQUIETUDES**

Examinant ce projet de budget, votre commission ne peut négliger le contexte dans lequel il se situe.

## A. — L'arrière-plan du budget

L'effort de maîtrise des dépenses sociales, amorcé il y a quelques années déjà, s'est poursuivi cette année avec une volonté réaffirmée, non exempte de brutalité. Outre une action sur les coûts, elle a porté, on le sait, sur la réduction de l'offre de soins. Nous examinerons plus loin les moyens mis en œuvre pour limiter, voire réduire, les capacités hospitalières. Mais on ne peut ici passer sous silence les actions entreprises pour maîtriser les dépenses liées à la médecine ambulatoire.

Une première orientation a consisté à endiguer le flux de la démographie médicale en posant le principe du numerus clausus. La réforme des études médicales, dont les décrets d'application ne sont pas encore tous publiés, va dans ce sens en organisant la réduction des effectifs d'étudiants et la diminution de nombre des spécialistes. Il n'en reste pas moins que nous aurons à faire face, dans les dix années à venir, à un nombre croissant de jeunes médecins, ce qui ne sera pas sans conséquence sur le développement des dépenses de santé. On prévoit en effet le doublement du corps médical entre 1975 et 1985, et un effectif probable de 150 000 médecins au terme du VIII<sup>e</sup> Plan.

• Le second élément notable à signaler en ce domaine est la signature de la nouvelle convention entre les médecins et les caisses d'assurance maladie. On ne rappellera pas les difficultés qui ont entouré sa négociation et auxquelles votre commission n'a cessé de s'intéresser. On regrettera seulement qu'elle n'ait été signée que par une organisation minoritaire.

Depuis sa publication au Journal Officiel (6 juin 1980) la nouvelle convention nationale s'applique donc à l'ensemble des médecins. Le praticien n'a eu à répondre à la notification des caisses que s'il désirait ne pas être soumis aux dispositions conventionnelles ou s'il souhaitait dépasser le tarif négocié tout en respectant les clauses relatives à l'auto-discipline et à la maîtrise concertée des dépenses de soins (2<sup>e</sup> secteur). De fait, près de 99 % des médecins relèvent de la convention, 95 % d'entre eux ayant choisi d'exercer dans le respect des tarifs conventionnels.

Ce nouveau régime conventionnel, on le sait, n'a pas manqué de soulever l'inquiétude d'une grande partie du corps médical et de l'opinion, en raison de « l'enveloppe globale » instituée de fait, et des risques de « double secteur ».

Un lien, en effet, est établi entre la situation financière de l'assurance maladie, les conditions de réalisation des objectifs de dépense et le niveau de revalorisation des honoraires.

Les parties signataires se fixent annuellement, de façon concertée, des objectifs de dépenses portant et sur les honoraires et sur les prescriptions, compatibles avec les recettes disponibles de l'assurance maladie. En cas d'écarts négatifs entre les objectifs et la réalité, une solution est trouvée soit dans une meilleure utilisation du système de soins, soit dans le niveau des revalorisations successives des honoraires.

Le risque est donc réel de voir la profession, ou tout au moins ceux des médecins qui se seront placés dans le « 1<sup>er</sup> secteur », supporter sur leurs honoraires l'évolution de la morbidité, du progrès technique ou des progrès sociaux et être ainsi tentés d'opter pour la liberté des prix des consultations.

Malgré les critiques nombreuses et les inquiétudes justifiées, il semble que, sur le terrain, se mettent toutefois progressivement en place les instances paritaires locales chargées de faire respecter les objectifs de dépenses en assurant le suivi des tableaux statistiques d'activité (T.S.A.P.)

Votre commission, toutefois, ne peut manquer de rester circonspecte quant à l'évolution de ce régime conventionnel qui risque de faire peser sur le corps médical des contraintes très fortes.

L'éventuel blocage des honoraires, au cas où ne serait pas endiguée la croissance des prestations pourrait avoir pour effet d'inciter un grand nombre de médecins à se réfugier dans le secteur à honoraires libres, au détriment des malades disposant de faibles moyens.

On ne peut certes que souhaiter que soit réellement possible l'autodiscipline mais il est illusoire de penser que le médecin dispose d'une liberté totale dans le choix de ses prescriptions et excessif donc d'en faire le seul responsable de l'évolution de la consommation médicale.

La convention doit, pour votre commission, n'être qu'un cadre général, dont le bon fonctionnement ne saurait résulter que de la participation active et volontaire des différents acteurs du système.

Le « discernement » des uns dans l'usage de l'enveloppe globale, le « tact et la mesure » des autres dans le montant des honoraires et de leurs prescriptions, pourront seuls permettre de préserver ce qui demeure une des meilleures médecines du monde.



• **Retraçant le « décor »** dans lequel se situe ce présent budget, votre rapporteur ne peut manquer de saluer l'effort de réflexion entreprise par la commission du Plan chargée du rapport sur la protection sociale et la famille. Son analyse des causes des difficultés actuelles et des moyens d'y remédier par **une régulation concertée des dépenses de santé** mérite une lecture très attentive.

Les trois idées forces retenues pour cette politique de régulation concertée méritent d'être citées ne serait-ce que parce qu'elles correspondent à ce que votre commission des Affaires sociales a exprimé depuis de nombreuses années :

1. **La nécessité du perfectionnement de notre appareil statistique et de la diffusion des techniques d'évaluation de la qualité et de l'efficience des soins dispensés ;**

2. **La mise en place d'un projet à long terme.** Ce projet sauvegarderait **le pluralisme** de notre système de soins mais veillerait à sa meilleure articulation par une lutte contre **l'hyperspécialisation**, la révision du mode d'organisation hospitalière fondée trop exclusivement sur la notion de **service**, le développement des liens entre l'hôpital et la médecine de ville, une plus large place laissée aux échelons primaires de soins et une redéfinition du champ hospitalier.

Sur ce point, la commission reprend les thèmes aujourd'hui acceptés par tous : la réduction des capacités hospitalières excédentaires, un meilleur contrôle des investissements, dont le financement pourrait être assuré au niveau régional par un fond d'équipement associant pour sa gestion les représentants des établissements, de la Sécurité sociale et de l'Etat, enfin la maîtrise du recours à l'hospitalisation, par le contrôle notamment de la validité des admissions et des durées de séjour à l'hôpital et le développement de formules alternatives à l'hospitalisation (soins à domicile, consultations externes, hôpitaux de jour...).

Enfin plusieurs directions sont proposées pour mieux articuler **prévention et politique de soins** :

- **Mise en place d'une politique globale de prévention ;**
- **Meilleure insertion de la prévention dans l'exercice médical ;**
- **Atténuation de la coupure entre préventif et curatif ;**
- **Définition des priorités, notamment en faveur de la lutte contre l'alcoolisme ;**
- **Recherche enfin de financements appropriés ;**

**3. La troisième orientation proposée est la recherche d'une meilleure définition et sanction des responsabilités de chacun.**

Plusieurs lignes d'action sont proposées en ce sens, qui méritent effectivement d'être suivies :

— **La réforme de l'enseignement de la médecine**, dans le sens d'une meilleure initiation des médecins à leurs responsabilités économiques, mais aussi en développant les connaissances cliniques et surtout le bon sens et les contacts humains entre le médecin et ses malades. Il ne s'agit certes pas de se priver des moyens techniques actuels mais de mieux les utiliser par la mise en place d'une médecine de haut niveau scientifique et de grande qualité humaine, qui aurait en outre le mérite d'éviter le gaspillage.

— **La rationalisation du fonctionnement de l'hôpital**, par une modification du mode de tarification, une association plus étroite des organismes de Sécurité sociale à la détermination du budget des hôpitaux publics et un contrôle de leur fonctionnement, une meilleure articulation entre les aspects médicaux et administratifs de la gestion, la lutte encore contre l'hyperspécialisation, enfin une meilleure utilisation des appareils ;

— **Un aménagement de l'exercice médical libéral**, par la poursuite de la politique conventionnelle et un meilleur partage de l'activité des praticiens.

— **Une répartition plus rationnelle des compétences entre les Pouvoirs publics et la Sécurité sociale**, qui devrait permettre d'éviter que les organismes nationaux ne développent un pouvoir quasi réglementaire.

Telles sont les orientations tracées par le rapport sur la protection sociale et qui correspondent très largement aux vœux déjà émis par votre commission.

## **B. — Les inquiétudes suscitées par le présent budget**

Votre rapporteur a procédé, pour l'examen de ce projet de budget, à de nombreuses auditions. Il a reçu également diverses correspondances qui ont attiré son attention sur les conséquences des économies décidées.

Il a pu ainsi constater, tout d'abord, l'inquiétude des milieux hospitaliers publics et privés, ainsi que celle des responsables d'établissements sociaux qui craignent que l'équilibre de la Sécurité sociale ne s'établisse sur leur propre déséquilibre.

Nous accorderons un large développement aux problèmes des hôpitaux mais il convient ici de souligner les risques, quant au développement de l'action sociale, de la rigueur budgétaire.

Nous avons souligné l'importance des crédits d'aide sociale (près de 14 milliards) mais on doit en même temps s'interroger sur le point de savoir s'ils seront suffisants pour couvrir les besoins, étant entendu que les dépenses engagées par les collectivités locales, que ces crédits viennent partiellement rembourser, peuvent déjà être prévues au niveau départemental avec une excessive rigueur et impliquer en conséquence une multiplication de reports sur les années ultérieures.

Il reste que ces crédits doivent permettre le versement d'avances à valoir sur la participation de l'Etat, pour l'année en cours, et le règlement des soldes restant dus pour l'année précédente.

Mais les crédits nécessaires pour régler la participation de l'Etat restent toujours difficiles à évaluer avec exactitude car les propositions pour 1981 sont établies, dès la fin de 1979, à un moment où sont seulement connues les dépenses réelles de 1978.

Une loi de finances rectificative reste donc souvent nécessaire. Soulignons toutefois que pour 1980, c'est moins de 300 millions pour l'ensemble des chapitres d'aide sociale qui seront vraisemblablement demandés, ce qui représente seulement 1,7 % de la masse totale des crédits d'Aide sociale.

En tout état de cause, même si la dette de l'Etat peut être correctement calculée, le problème ne s'en trouve pas résolu pour autant au niveau départemental, où, nous l'avons dit, ils peuvent être conçus avec une rigueur excessive compte tenu des besoins existants.

\*  
\* \* \*

Il n'est pas possible, enfin, de passer sous silence les craintes manifestées notamment :

— par les **centres sociaux** qui voient leurs moyens de fonctionnement se réduire ;

— par les écoles de formation d'assistants de service social dont la progression budgétaire autorisée risque d'empêcher une bonne mise en place de la récente réforme ;

— par les associations de handicapés, également, qui regrettent la lenteur de la mise en application de la loi d'orientation de 1975.

Votre commission enfin tient à regretter également la minceur des crédits consacrés aux foyers de jeunes travailleurs alors même que se pose le problème de l'aide à leur financement, par l'Etat.

C'est l'ensemble de l'action sociale qui paraît ainsi amenuisée voire menacée, au moment même où les difficultés de la conjoncture économique la rendent plus nécessaire.

\*  
\*   \*  
\*

Pour finir cette rapide présentation des crédits du Ministère de la Santé, votre commission souhaiterait mentionner le problème de la réalisation des programmes d'actions prioritaires du VII<sup>e</sup> Plan, qui s'achèvent à la fin de cette année 1980.

Un certain nombre d'entre eux étaient consacrés aux problèmes sanitaires et sociaux particulièrement :

- le P.A.P. n° 14 : la nouvelle politique de la famille ;
- le P.A.P. n° 15 : Favoriser le maintien à domicile des personnes âgées ;
- le P.A.P. n° 16 : Développer la prévention et l'action sociale volontaire ;
- le P.A.P. n° 19 : Humaniser les hôpitaux.

Ces P.A.P. ont été pour la plupart convenablement réalisés, même si leur taux d'exécution budgétaire est inférieur à 100 %. Pour le P.A.P. n° 14, il n'est que de 70 %, pour le P.A.P. n° 15 de 80 %, pour le P.A.P. n° 16 de 107,8 % et le P.A.P. n° 12 à 71,5 %

Il reste à souhaiter que ce qui avait été défini comme **priorités** demeure, pour autant que les problèmes ne sont pas résolus — mais peuvent-ils l'être ? — des objectifs de l'action gouvernementale.

Les personnes âgées, la famille, l'humanisation de l'hôpital doivent demeurer des finalités sociales auxquelles des moyens importants sont consacrés. Nous y veillerons pour notre part.

## PREMIÈRE PARTIE

### LES DIFFICULTES DES ETABLISSEMENTS SANITAIRES ET SOCIAUX

Nous avons déjà, lors de notre dernier avis budgétaire, consacré un long développement aux problèmes hospitaliers tels qu'ils se posaient à la suite des décisions gouvernementales prises le 25 juillet 1979.

La rigueur des décisions prises pour freiner les dépenses hospitalières nous avait alors inspiré l'image du « **garrot** » qui, s'il se justifie pour stopper une hémorragie, ne saurait être durablement maintenu, au risque d'achever le malade.

Nous en appelions alors à une **thérapeutique adéquate** qui saurait sauvegarder la qualité des soins et maintenir, autant que possible, l'autonomie des Conseils d'administration.

Il ne semble pas que cette thérapeutique ait été encore définie et appliquée ; les craintes que nous manifestions ne peuvent, en conséquence, que s'aviver. Il n'en est que plus urgent de passer de la **contrainte à la concertation**.

Nous examinerons successivement deux points, le problème des capacités d'accueil et celui de la gestion financière.

Les vingt dernières années ont permis on le sait de rattraper un retard considérable en matière d'équipement et de personnel. Nos hôpitaux par leur quantité et leur qualité se situent parmi les meilleurs des sociétés industrielles. Il reste cependant environ 60 000 lits à humaniser, des hôpitaux à reconstruire, une meilleure répartition entre lits actifs, moyen séjour et long séjour à opérer.

**Après cette phase intense de construction et de reconstruction, c'est une seconde étape qu'il faut aborder aujourd'hui, celle de la gestion.**

## I. — LA RECHERCHE D'UNE ADAPTATION DES CAPACITÉS D'ACCUEIL AUX BESOINS

C'est essentiellement par le biais des crédits d'équipement qu'est concerné, à travers le présent budget, le système hospitalier.

La politique poursuivie aujourd'hui, en matière d'équipement vise globalement trois objectifs :

- l'humanisation des conditions d'hébergement ;
- le renforcement corrélatif des **moyens techniques** des établissements ;
- enfin, une meilleure intégration des différentes fonctions des hôpitaux dans le dispositif de santé.

L'activité de soins à l'hôpital s'est, en effet, progressivement dissociée de celle d'hébergement avec le développement des consultations externes, l'apparition de l'hôpital de jour et l'organisation de services de soins à domicile, ce qui entraîne la nécessité impérieuse d'une réflexion nouvelle sur la place et le rôle de l'hôpital dans l'ensemble du système de soins, fondée sur des considérations qui ne sont pas seulement financières. C'est ce qu'a tenté, nous l'avons dit, la commission de la protection sociale du VIII<sup>e</sup> Plan dans son remarquable rapport.

### A. — La limitation des crédits d'équipement

Comme pour tous les départements ministériels, les autorisations de programme ont subi pour 1981 un abattement de 20 %.

Mais votre commission, s'agissant de l'équipement hospitalier, admet que cette diminution des crédits correspond à une satisfaction globale des besoins, qui n'exclut certes pas un effort d'adaptation et de meilleure orientation des capacités existantes.

La restriction des investissements ne devrait pas toutefois toucher les opérations d'humanisation qui, strictement parlant, ne concernent que la suppression des salles communes. Elle retardera toutefois un

certain nombre de rénovations et de modernisations, pourtant souhaitables, puisqu'il semble, qu'une cinquantaine d'établissements soient présentement à rénover ou à reconstruire.

### *Les crédits d'humanisation*

La poursuite du programme d'humanisation reste donc prioritaire ; mais le maintien des crédits à leur montant de l'année précédente constitue, en fait, une diminution en francs courants de plus de 12 %.

Les programmes pour 1981 devraient comprendre pour 382 millions au total :

- des réévaluations et équipements de matériel et mobilier (90 M.) ;
- une amélioration des plateaux techniques liés à l'humanisation (50 M.) ;
- des opérations nouvelles de suppression de salles communes (242 M.)

Ces crédits ne permettent donc pour l'essentiel que le maintien du programme d'humanisation au sens strict du terme, à savoir la suppression des chambres de plus de 4 lits, alors que s'imposerait souvent la reconstruction totale d'un bâtiment. Si celle-ci entraîne inévitablement un accroissement du prix de journée de l'établissement, elle s'accompagne aussi, dans presque tous les cas, d'une réduction du nombre des lits hospitaliers, ce qui correspond à un objectif très largement partagé.

Au 1<sup>er</sup> janvier 1981 pour finir, il restera 13 000 lits à humaniser dans les hôpitaux généraux. L'humanisation devrait donc s'achever progressivement, réalisant ainsi le programme d'action prioritaire n° 19 du VII<sup>e</sup> Plan.

Un crédit nouveau de 150 millions pour humaniser les hospices amorce l'humanisation des établissements sociaux.

### **B. — La maîtrise des capacités hospitalières : l'application de la loi du 29 décembre 1979**

Une circulaire du 1<sup>er</sup> août 1977 prévoyait déjà de stabiliser la capacité en lits des hôpitaux publics au niveau atteint le 31 décembre 1976. Elle n'a guère trouvé d'application.

La loi plus récente du 29 décembre 1979 tend, quant à elle, pour l'essentiel, à réduire les capacités excédentaires ou à entraîner tout au moins un nouveau classement des lits.

Si l'on ne peut qu'approuver cette volonté de maîtriser les équipements hospitaliers, c'est sous réserve que soit réellement opérationnelle la planification hospitalière et que les mesures prises le soient avec discernement, à la suite d'études approfondies et de concertations réelles. Or, si la carte du court séjour est à peu près complète, celle du moyen séjour, comme du long séjour et celle du domaine psychiatrique sont seulement en cours d'élaboration.

D'après le rapport précité de la commission de la protection sociale du VIII<sup>e</sup> Plan, toutes les régions seraient actuellement excédentaires au regard des besoins définis par la carte hospitalière, seuls quelques secteurs présentant un déficit.

En 1979, cet excédent aurait été de 45 000 lits en médecine, de 15 700 en chirurgie et de 7 700 en gynécologie-obstétrique, soit, au total 68 400 lits actifs sur 337 000.

- L'application effective de la loi du 29 décembre 1979 devrait permettre par le jeu des procédures de mise en demeure, la résorption de ces excédents dans le secteur public.

Au premier semestre de cette année, des études ont donc été faites au niveau des services du ministère pour examiner les zones excédentaires. Plus de 60 départements ont été concernés. Les préfets ont été invités en conséquence à demander leur avis aux conseils d'administration des établissements. Puis ont ensuite été réunies les commissions régionales de l'équipement sanitaire et la commission nationale.

C'est au vu de ces divers avis que le ministre de la Santé a averti les présidents de Conseil d'administration de son intention de demander une suppression de lits ou leur reconversion. Les conseils ont eu ou auront un délai de quatre mois pour accepter ou refuser la demande. Ce délai permettrait, selon le ministère, une large discussion. Une concertation approfondie devrait permettre d'obtenir, dans toute la mesure du possible, l'accord des conseils d'administration sur les suppressions de lits recherchées et demandées dans l'intérêt et pour la sécurité des malades en cas de fonctionnement insuffisant de l'hôpital.

Au total, les résultats attendus des premières demandes faites entre mai et juillet concernent une dizaine de milliers de lits : 4 000 lits de médecine seraient reconvertis et 5 000 lits de médecine, chirurgie ou gynécologie-obstétrique seraient purement et simplement fermés.



• Rappelons pour terminer les mesures prises en matière d'investissements.

Après celle du 4 septembre 1979, c'est une circulaire du 27 mai 1980 qui réglemeute les possibilités d'investissements nouveaux, en fonction des surcoûts qu'ils peuvent entraîner sur les budgets futurs d'exploitation.

Il semble que l'application de ces instructions n'ait pas entraîné de retards importants dans l'engagement des crédits d'investissements dans la mesure où les études qu'elles prescrivait ont pu être conduites parallèlement à l'instruction technique des dossiers. Une série d'économies aurait même résulté de l'examen des dossiers, qui porteraient sur le nombre de lits prévus, les surfaces des locaux techniques ou la redistribution de personnels possible à l'intérieur des établissements.

### C. — Les problèmes qui demeurent en matière de capacité d'accueil

Outre diverses inquiétudes éprouvées par les gestionnaires du service public hospitalier quant à une application à la fois partielle et rigoureuse de la loi de 1979, les textes récents laissent subsister un certain nombre de problèmes. Votre commission n'en retiendra que deux qui lui tiennent particulièrement à cœur.

#### 1. *L'hébergement des personnes âgées et la transformation des hospices*

La politique en faveur des personnes âgées avait été l'un des thèmes du précédent avis budgétaire de votre commission. Nous y décrivions en détail les mesures propres à assurer le maintien à domicile, par le biais notamment des aides ménagères et des services de soins dont nous avons vu qu'ils s'étaient développés cette année. Nous abordions également la délicate question de l'hébergement, telle qu'elle se pose surtout lorsque la personne âgée perd son autonomie de vie.

L'éventail des formules existantes est, on le sait, très large, mais il n'est pas toujours adéquat, et son articulation n'apparaît pas encore satisfaisante.

C'est ainsi qu'en 1976, les quelques 400 000 personnes âgées de plus de 60 ans hébergées, l'étaient dans des conditions très diverses en

hospices, maisons de retraite, logements foyers, maisons de cure médicale, unité d'hospitalisation de long séjour, services de chronique, unités de moyen séjour, hôpitaux psychiatriques, services de médecine des hôpitaux locaux... On retrouvait à peu près, dans la plupart de ces établissements, la même clientèle de valides, semi-valides et invalides.

Au 1<sup>er</sup> janvier 1978, on comptait environ 150 000 lits dans les sections d'hospices des hôpitaux généraux, 102 000 lits dans les hospices et maisons de retraite publics.

Dans le secteur privé, 102 000 lits étaient recensés au 31 décembre 1976, nombre qui n'aurait pas évolué depuis lors.

Il convient d'ajouter à ces capacités d'hébergement la construction de logements-foyers sur lesquels nous n'avons pu obtenir de statistiques précises.

Les efforts les plus récents ont tendu à médicaliser dans une certaine mesure les établissements sociaux par le biais essentiellement des sections de cure médicale limitées à 25 % de la capacité globale de chaque établissement. Au 15 mai 1980, existaient 371 sections regroupant 8 226 lits.

Dans un autre sens, ont été recherchés les moyens d'éviter la médicalisation excessive des établissements destinés à recevoir des vieillards qui ont perdu leur autonomie. Ont été ainsi remises en cause certaines constructions pour long séjour de conception trop « hospitalière ».

Beaucoup reste à faire en ce domaine. La **révision des modes de tarification** apparaît à tous le préalable à toute redéfinition des établissements concernés, la mauvaise prise en charge actuelle des soins de long séjour provoquant des glissements vers les établissements certes peu coûteux pour le vieillard et sa famille, mais fort dispendieux pour la collectivité.

Globalement la couverture des besoins pour les personnes valides apparaît satisfaisante — au moins en quantité — mais celle des besoins des vieillards devenus invalides continue de laisser grandement à désirer.

La loi du 4 janvier 1978 est venue apporter quelques améliorations en prévoyant notamment un **forfait-soins** pris en charge par l'assurance maladie (modéré dans les secteurs de cure médicale des maisons de retraite, plus élevé dans les maisons de cure médicale) et un nouveau classement des établissements ou unités de long et moyen séjours. Mais les décrets d'application n'en sont pas tous publiés, ce qui explique

sans doute la réticence des caisses d'assurance-maladie, tentées d'imposer leur propre réglementation.

38 000 lits de long séjour bénéficieraient actuellement du forfait prévu par la loi et, on l'a dit, 8 226 lits de section de cure médicale, soit au total 46 000 lits.

**Le problème le plus mal résolu reste donc sans doute celui du passage de l'autonomie à la dépendance. La spécialisation de l'établissement en fonction du degré du handicap de la personne âgée ne paraît pas une solution satisfaisante dans la mesure où elle risque d'entraîner un changement fréquent de structures.**

La carte de long séjour que nous réclamons depuis plusieurs années et qui devrait être à la fois sanitaire et sociale, n'a toujours pas vu le jour, mais plusieurs mesures récentes sont à noter :

— d'abord le nouveau classement des établissements intervenu par décret du 27 avril 1980, en application de la loi du 4 janvier 1978 ;

— ensuite les modalités de la transformation des hospices décrites par une circulaire du 16 juin 1980. C'est sur ce point que nous insisterons.

• L'article 23 de la loi du 30 juin 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales, posait le principe de la suppression des hospices avant 1985 et le reclassement des personnes âgées, soit en établissements sociaux avec ou sans section de cure médicale, soit en centres ou unités de long séjour, le cas échéant en unités d'hospitalisation.

La circulaire du 16 juin prise pour son application, prévoit en règle générale la transformation des hospices en maisons de retraite à caractère social, avec, éventuellement section de cure médicale, les transformations en long séjour médicalisé devant être l'exception. Trois arguments sont avancés pour justifier cette orientation :

— le nombre total de lits de long séjour apparaît suffisant ;

— les maisons de retraite, orientées vers l'animation et les activités sociales constituent un cadre de vie plus proche des besoins de l'ensemble des personnes âgées ;

— enfin, la transformation en maison de retraite, médicalisée ou non, représente sur le plan des contraintes financières, une solution mieux adaptée.

Cette circulaire, pour intéressante qu'elle soit, apparaît toutefois trop rigide dans ces choix en privilégiant à l'excès la formale de la maison de retraite.

L'humanisation des hospices nous paraît en effet devoir se poursuivre par la transformation aussi bien en maison de retraite médicalisée, qu'en établissements de long séjour.

L'augmentation constante du nombre des personnes de plus de 80 ans, l'accroissement également de l'âge d'admission dans les établissements, ainsi que le fait que cette admission est de plus en plus déterminée par le handicap ou la maladie, conduisent à penser que la maison de retraite ne constitue pas toujours en effet le mode d'hébergement le plus adéquat.

Les pensionnaires actuels des hospices sont en effet pour la moitié d'entre eux, de grands vieillards, totalement ou très dépendants au plan physique ou psychique, qui relèvent à l'évidence du long séjour médicalisé.

En outre, la population des maisons de retraite conçues au départ pour les valides — se perturbe avec l'âge. La très grande majorité de ces établissements ne comporteront plus qu'une petite minorité de pensionnaires autonomes et un nombre croissant de personnes relevant en fait du long séjour. Les sections de cure se trouveront vite dépassées et leurs attributions se confondront avec celles du long séjour.

Une solution plus rationnelle consisterait à convertir, comme le propose d'ailleurs la commission du VIII<sup>e</sup> Plan, des maisons entières en établissements de long séjour.

En outre, afin d'éviter des transferts inutiles, devraient pouvoir coexister dans une même unité d'hospitalisation, des lits actifs et des lits de moyen et long séjour.

En tout état de cause s'impose, nous l'avons déjà mentionné, une modification du mode de tarification du long séjour.

On peut valablement admettre qu'un forfait « hébergement » pour la partie hôtelière, soit laissé à la charge des intéressés, tenant compte de leurs revenus et du coût réel de l'hébergement. La Commission du VIII<sup>e</sup> Plan mentionne comme raisonnable une participation de 40 F. Nous n'en discuterons pas. Mais ce qui paraît essentiel, c'est que l'assurance maladie prenne en charge l'intégralité des soins et donc de la différence entre le prix de journée réel et le forfait hôtelier.

Il convient de rappeler sur ce point que votre commission a proposé, et le Sénat a bien voulu la suivre, lors de la discussion du projet de loi relatif au développement des responsabilités des collectivités locales, la prise en charge par l'assurance maladie du « maternage », cela afin de diminuer le coût de l'hébergement. Souhaitons que l'Assemblée Nationale poursuive dans cette voie.

## 2. La psychiatrie : *une reconversion nécessaire des établissements*

Votre commission a toujours accordé beaucoup d'intérêt à l'évolution du secteur psychiatrie et aux actions menées en ce domaine.

Elle lui avait consacré de long développement dans son avis pour les crédits de 1979.

Elle avait ainsi constaté qu'au sous-équipement de notre pays face aux normes de l'OMS, a succédé un suréquipement mal maîtrisé par les pouvoirs publics, et pourtant prévisible du fait de l'évolution des thérapeutiques et de l'application de la politique de sectorisation.

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

Les capacités d'hébergement des hôpitaux psychiatriques se sont avérées en conséquence excédentaires. Moins de malades sont hospitalisés, la durée de leur séjour baisse, la baisse du taux d'occupation grève les prix de journée. Il était dès lors permis de s'interroger sur l'avenir de l'hôpital psychiatrique. C'est ce qu'a tenté votre commission, en remarquant que l'évolution en cours ne pouvait que s'accroître. Elle avait globalement proposé :

— l'élaboration d'une carte hospitalière psychiatrique prospective ;

— l'encouragement à la reconversion des équipements excédentaires, voire à la fermeture de certains lits ;

— la prise de mesures pour la reconversion des personnels.

La presse s'est faite récemment l'écho des conclusions d'une étude du Ministère sur les mêmes sujets et qui concluait en ce sens.

Votre commission a été d'abord choquée que le législateur n'ait pas été informé du contenu d'un tel rapport. Il lui a toutefois été précisé qu'il ne s'agissait que d'un document de travail dont les orientations allaient dans le sens souhaité par votre commission.

Diverses consultations sont encore nécessaires avant que des conclusions définitives, pouvant servir de base à des actions éventuelles, puissent être tirées.

Votre commission demeure en conséquence attentive à toute mesure prise en la matière.

## II. — LES DIFFICULTES DE GESTION FINANCIERE

### A. — Le rappel des mesures prises

Les principales dispositions adoptées en 1979 et 1980 au niveau ministériel, en vue de limiter les dépenses hospitalières ont été les suivantes :

— récupération des avances de trésorerie faite par les Caisses primaires aux établissements financés par l'Assurance maladie.

— fixation d'une norme maximale de progression pour les budgets hospitaliers, égale à la croissance du produit intérieur brut en valeur, le dépassement de ces normes pouvant toutefois être autorisé par les autorités de tutelle dans certains établissements, à condition qu'il soit compensé par la moindre évolution du budget d'autres établissements du même département (circulaire des 15 septembre et 20 octobre 1980) ;

— strict respect des budgets primitifs approuvés et interdiction subséquente des budgets supplémentaires (circulaire du 15 septembre 1979, confirmée par celle du 17 septembre 1980) ;

— mise en place, dans les établissements hospitaliers, de plus de 200 lits (y compris ceux de moyen et long séjour) ou plus de 100 lits dans les disciplines actives d'un contrôle de l'engagement des dépenses (circulaire du 29 mars 1979 et du 7 mars 1980) ;

— contrôle des investissements : toute construction ou modernisation des services médicaux ou médico-techniques d'un hôpital devra aboutir à une diminution des lits à la charge de l'assurance maladie représentant au moins 10 % des lits en service avant l'opération ; les créations d'emploi éventuelles devront être compensées par des suppressions ailleurs et le surcoût réel induit par l'investissement devra être inférieur à 5 % des coûts de fonctionnement originels, des exceptions pouvant être autorisées par les préfets pour les investissements d'humanisation (circ. du 27 mai 1980).

Par ailleurs, des travaux concernant l'analyse et l'évaluation de l'activité médicale hospitalière, ont débuté en novembre 1977, à l'ini-

tiative de la Direction des Hôpitaux et de la Division organisation et méthode et informatique du Ministère de la santé et de la Sécurité sociale ; et ils ont été d'abord circonscrits à une action de sensibilisation à travers l'organisation de séminaires de recherche dans le cadre de l'I.N.S.E.R.M. et de certains C.H.R.U. ; ils se sont élargis, depuis 1978, par la constitution de groupes de travail. Ces derniers s'emploient actuellement à définir un système d'informations médicales hospitalières et à prévoir les bases de comparaisons quantitatives et qualitatives relatives à la production des soins dans différents établissements.

Dans le même temps, une cellule d'analyse de gestion s'est attachée au sein du Ministère de la Santé à définir des densités médicales et à suivre leur évolution dans le temps.

En 1979, certains établissements hospitaliers disposant d'importants moyens informatiques ont mis en place des systèmes expérimentaux d'évaluation de la qualité des soins permettant de déterminer les mesures appropriées pour améliorer les résultats médicaux sans négliger les conséquences économiques des options prises.

Enfin rappelons qu'en janvier 1980, le ministre de la santé a adressé une lettre à tous les présidents de commission médicale consultative, leur demandant de poursuivre et d'étendre ce type d'actions, qui restent naturellement dans le cadre des responsabilités médicales.

Face à ces efforts, quels résultats ont été obtenus si tant est que les actions entreprises puissent déjà se traduire dans les statistiques financières ?

\*  
\* \* \*

### *Les premiers résultats statistiques*

Il ressort de l'évolution récente des dépenses hospitalières publiques une légère **décélération** insuffisante encore aux yeux du gouvernement, mais dont la faiblesse serait aisément explicable. Elle résulterait pour l'essentiel d'une accélération des facturations.

Votre commission toutefois demeure réservée à l'égard de tout « triomphalisme » affiché s'agissant de la maîtrise des dépenses de santé.

Les résultats connus tout d'abord ne permettent pas de mesurer l'impact exact des mesures prises, trop récentes pour pouvoir se traduire dans les statistiques fournies.

L'amélioration constatée, que l'on ne peut en conséquence mettre avec certitude au crédit du plan gouvernemental de juillet 1979, ne traduit pas en outre nécessairement une amélioration réelle de la trésorerie et plus encore des méthodes de gestion des établissements.

Un certain nombre de mesures ont entraîné une « bouffée d'air », notamment la diminution des cotisations de retraite, elles ont une portée par nature provisoire.

Les résultats fournis, quelle que soit la tendance qu'ils décèlent, ne permettent donc guère d'apprécier avec exactitude la situation financière des établissements, d'où la prudence et la circonspection de votre commission.

### *Les difficultés rencontrées par les gestionnaires*

En 1980, les budgets primitifs ont été approuvés dans une grande majorité des cas, sur la base des 11,80 % de majoration prévus par la circulaire interministérielle, fondée sur l'hypothèse d'une hausse des prix de 9,80 %, alors même que les propositions des gestionnaires prévoyaient une majoration minimale de 13,92 % à activités et effectifs constants.

535 établissements, toutefois, ont bénéficié d'une dérogation, la moyenne des augmentations budgétaires autorisée s'établissant à 14,40 %.

La restitution des avances aux caisses de sécurité sociale — à hauteur globalement de 1,5 milliard — n'aurait pas, d'après les services du Ministère, entraîné de difficultés notables sur la trésorerie des établissements du fait de la fixation plus précoce du prix en journée en 1980 (un à deux mois) et de l'accélération des facturations et par conséquent des paiements des caisses.

D'après les mêmes sources, les délais de paiement des fournisseurs n'auraient pas notablement varié en 1980, mais il est à craindre que d'autres postes comptables aient eu à souffrir de cette diminution de disponibilités notamment les fonds de roulement et les provisions pour travaux. Il n'en reste pas moins que certains centres hospitaliers ont



des retards de paiement de plusieurs mois et ne peuvent faire face à certaines dépenses.

D'après les responsables que votre rapporteur a pu rencontrer, l'exécution du budget 1980 se serait ainsi résumée, alors qu'était globalement enregistrée une réduction générale du nombre de journées, de l'ordre de 3 à 6 % des prévisions initiales ;

— dans de nombreux établissements, les admissions ont continué de progresser, de 2 à 5 % ;

— par contre, la durée moyenne de séjour a continué à baisser dans tous les hôpitaux et toutes les disciplines ;

— c'est donc un gain de productivité qu'aurait enregistré le secteur public hospitalier. Mais la réduction sensible des journées par rapport aux prévisions des budgets primitifs devrait se traduire, pour les établissements, par une perte non négligeable des recettes d'hospitalisation, dont le total ne gagera pas les crédits de dépenses prévus dans le budget prévisionnel. D'où la revendication d'une révision des prix de journée.

Au niveau des dépenses, les chiffres arrêtés à la fin de juillet font apparaître une progression des dépenses salariales de l'ordre de 14 % en année pleine, par rapport au budget primitif de 1980, correspondant à une augmentation de 4,5 % des crédits de personnels, charges comprise, soit, en fait, un dépassement de 3 % environ de l'ensemble des crédits de dépenses du budget primitif.

Cette progression résulte de l'application de l'accord salarial de la fonction publique, lui-même indexé sur l'indice INSEE du coût de la vie, se situant autour de 14 % au lieu des 9,80 % retenus par l'instruction ayant servi de base à l'approbation des budgets hospitaliers.

Certes, la réduction de 18 à 12 % de la cotisation de retraite à la CNRACL réduira d'environ 2 % la masse des dépenses au niveau du budget primitif, mais il resterait sur ce poste « personnel » un découvert de l'ordre de 1 %.

Au titre des autres dépenses, soit 30 % du budget, l'incidence directe de l'accroissement du coût de la vie (autour vraisemblablement de 14 %) entraînerait une insuffisance de crédits de l'ordre de 4 % par rapport aux prévisions initiales, soit une insuffisance budgétaire de 1,2 %.

Dans ces conditions, c'est un déficit de 2 % qui est prévisible pour l'exercice 1980, même en tenant compte de la réduction de la cotisation retraite.

Ce déficit prévisible pose un double problème :

— celui de son **imputation** tout d'abord : on peut douter en effet que les fonds de roulement permettent d'y faire face et il ne serait pas sain d'en prévoir l'incorporation systématique dans les prix de journée ultérieurs ;

— celui de son **renouvellement** ensuite, car de telles difficultés risquent de se reproduire, en aggravant dangereusement la situation actuelle.

Aucune mesure ne paraît présentement envisagée pour résoudre cette difficulté.

Une instruction interministérielle du 17 septembre 1980, relative au respect des budgets primitifs des établissements sanitaires et sociaux, reconnaît certes la croissance plus forte que prévue des salaires et des prix, mais elle n'en continue pas moins d'estimer que les dépenses de l'exercice 1980 doivent être contenues dans la limite des autorisations initiales.

La règle posée en 1979 de l'interdiction du Budget supplémentaire ou de la révision du prix de journée, est donc réaffirmée rigoureusement. De même que celle suivant laquelle la baisse d'activité comme source du déséquilibre financier, n'est prise en considération que si elle est supérieure de 3 % aux prévisions initiales.

\*  
\* \* \*

### **B. — Les mesures prises pour 1981 et leurs conséquences possibles**

Les estimations faites par les gestionnaires, à effectifs et activité constants, sont de l'ordre de 13,40 % auxquels s'ajouteront en l'absence de rattrapage du dérapage économique de 1980, + 2 %.

Les instructions ministérielles du 2 octobre 1980 prennent pour base quant à elles une progression prévisionnelle de la PIB de 12,30 %, soit :

— une évolution des salaires de 11,20 % ;

— une inflation de 10,5 % pour une progression des masses budgétaires de 11 à 12,30 %, auxquelles peuvent s'ajouter deux majorations complémentaires de respectivement :

- 0,40 % pour l'incidence de la majoration de 12 à 13 % de la cotisation retraite pour 1981
- 0,27 % pour la dernière tranche des « 13 heures » soit environ + 13 % à effectifs et activité constants, applicables au total des crédits ouverts du budget primitif.

Ce pourcentage global ne permet pas d'incorporer le déficit de l'année 1980.

Le risque est donc grand de voir se dégrader plus encore la trésorerie des établissements sanitaires et sociaux. Certains postes budgétaires comme le fonds de roulement ou les provisions sur travaux « feront les frais » d'une politique de rigueur fondée sur des prévisions irréalistes.

S'il est nécessaire — et votre commission partage ce souci — d'éviter tout gaspillage, de faire des économies et de freiner la croissance des dépenses hospitalières, ces économies ne sauraient être durables que si elles se fondent sur des réformes en profondeur, entreprises en concertation avec les gestionnaires responsables.

### C. — De la contrainte à la concertation

Plus que jamais, il s'agit en effet de passer des mesures conjoncturelles à une réforme profonde, dont l'adoption suppose la remise en cause des modes de gestion, une concertation réelle et la volonté de « responsabiliser » les acteurs du système de santé.

Nul ne conteste la nécessité d'une plus grande rigueur pour parvenir au meilleur emploi des ressources et maintenir dans des limites raisonnables l'effort social du pays.

Il n'apparaît pas possible pour autant de donner un caractère définitif à des choix provisoires établis — comme on l'a écrit — « pour parer au plus pressé, et qui semblent résoudre les problèmes épineux par des pis-aller » sans rechercher les moyens de rendre l'organisation des soins et l'action sociale plus efficaces.

La recherche de la rigueur doit, pour votre rapporteur, être faite avec le souci :

— d'éviter les mesures brutales qui par leur caractère trop général et trop abstrait, risquent de compromettre la qualité des prestations ;

— de ne pas bloquer un appareil de soins et d'action sociale qui a besoin d'évoluer, notamment par le développement de structures et de formes d'intervention plus souples et plus légères, qui seront moins onéreuses et mieux adaptées aux besoins.

### **1. Desserrer le « garot » et apaiser les inquiétudes inutiles**

Dans les nombreux contacts qu'il a eus lors de la préparation de cet avis, votre rapporteur a pu constater le degré d'inquiétude dans lequel vivaient les responsables du secteur sanitaire et social tant public que privé.

Inquiétude fondée non seulement sur l'absence de réalisme des prévisions et sur la difficulté d'établir un vrai dialogue, mais aussi sur des projets de réformes les plus divers.

Les incessantes critiques qui entourent la gestion actuelle de l'hôpital nourrissent les bruits les plus nombreux.

Devant diverses instances, le Ministre de la Santé et son Secrétaire d'Etat, ont mentionné la possibilité d'une modification de la composition des Conseils d'administration. Est également invoqué un changement du mode de désignation ou de recrutement des directeurs.

Interrogé sur ce point par votre commission, M. Jacques Barrot a nié qu'il existait un quelconque projet de réforme ; il a mentionné seulement qu'une réflexion était menée à ce sujet, qui pouvait concerner en même temps que la présence plus ou moins affirmée des représentants de la Sécurité sociale dans les Conseils d'administration, l'opportunité d'un statut spécifique des CHU.

Votre commission, pour sa part, tend à réaffirmer sa volonté de voir garanti et assuré le principe d'autonomie des Conseils d'administration et son souci d'éviter une désignation trop technocratique des directeurs d'hôpitaux.

Il lui semble qu'en outre, un bouleversement institutionnel n'apporterait pas de solution réelle à un problème qui exige avant tout la remise en cause des modes habituels de gestion.

## ***2. Des mesures adaptées à la réalité diverse des établissements et décidées en concertation***

Les décisions gouvernementales frappent uniformément les établissements quelle que soit leur nature, quelle que soit leur structure. Elles pénalisent plus encore ceux que le souci d'une gestion rigoureuse menait à établir des budgets déjà très serrés. Elles constituent un encadrement autoritaire alors qu'elles devraient résulter d'un effort concerté et mené établissement par établissement. La contrainte financière peut inciter à la rigueur, elle peut aussi entraîner la paralysie. Là aussi, là surtout, s'imposent le discernement et la mesure.

Il serait temps désormais de passer du stade de l'uniformité aveugle à celui du dialogue lucide et réaliste basé sur la confiance réciproque et destiné à « responsabiliser » gestionnaires et corps médical.

En ce sens, les expériences actuelles de nouvelles tarifications n'ont de sens que si elles traduisent cette volonté de concertation et de responsabilité.

## ***3. La révolution silencieuse de la gestion***

### ***• Les expériences actuelles de tarification***

On en résumera l'essentiel :

La loi n° 78-11 du 4 janvier 1978 a autorisé, on le sait, le gouvernement à expérimenter, pour une période de deux ans les deux formules, dont le décret n° 78-450 du 24 mars 1978 est venu préciser les modalités d'application et les établissements expérimentateurs.

Il s'agit d'une part de la formule dite du « prix de journée éclaté » et d'autre part de celle dite du « budget global » :

Le « prix de journée éclaté » repose on le rappelle sur le double principe d'un « éclatement » du prix de journée en trois éléments déterminés selon la nature des coûts (frais d'admission, hébergement, soins) et d'une facturation des prestations individualisées (produits sanguins, prothèses...)

Cette formule devrait apporter à l'établissement hospitalier une meilleure individualisation des coûts, un contrôle de gestion plus performant, une simplification du financement, et éventuellement un assouplissement de la gestion.

Elle a été expérimentée dans l'hôpital Antoine Bécclère à Clamart (Assistance publique de Paris), le centre hospitalier de Chartres, et le centre de traumatologie et d'orthopédie à Nancy.

Le « budget global » consiste quant à lui à assurer sur la base de prévisions d'activité et de moyens le financement direct par les organismes tiers payeurs de l'hôpital — chacun à proportion de ses ressortissants — au moyen du versement de dotations mensuelles.

La procédure budgétaire comportant la participation — prévue par l'article 23 de la loi du 31 décembre 1970 — du corps médical à la fixation des objectifs médicaux devrait faire apparaître les contraintes économiques et financières reliant les dépenses à l'activité.

Cette formule a été expérimentée au centre hospitalier de Saint-Germain-en-Laye, à l'Hôtel-Dieu de Paris (Assistance Publique de Paris), et à l'Institut Gustave Roussy, centre anticancéreux à Villejuif.

Il a été constaté à ce jour que la simplification de certaines procédures administratives (incorporation des masses des honoraires médicaux au budget, allègement de la facturation), la participation des médecins à la gestion, et, surtout, l'existence d'un suivi de gestion permettaient aux deux nouveaux modes de tarification et de financement hospitalier de répondre aux objectifs fixés pour la réforme.

S'agissant de l'objectif principal, à savoir une meilleure maîtrise des dépenses d'hospitalisation, il apparaît difficile aux services de la Santé, après une année seulement d'expérience réelle, d'affirmer qu'une des deux formules expérimentées serait supérieure à l'autre dans ce domaine.

L'expérimentation a d'ailleurs été prolongée pour une période complémentaire de deux ans, par la loi n° 79-1129 du 28 décembre 1979.

Quatre établissements supplémentaires participent à l'expérimentation de la formule dite du « budget global » : le centre hospitalier régional de Saint-Etienne, le centre hospitalier général de Sarrebourg, le centre hospitalier spécialisé « Bel Air » à Charleville Mézières, et la Fondation Bergonié, centre anticancéreux à Bordeaux.

Une formule nouvelle, proche du prix de journée éclaté est depuis peu en cours d'expérimentation. Son originalité consiste dans la distinction entre dépenses fixes et dépenses variables et la détermination de principe de révision de ces dépenses, en fonction de l'activité (pour les seules dépenses variables) et des variations de prix et de salaires (pour l'ensemble des dépenses), et par le mécanisme d'affectation des déficits ou des excédents qui, selon les cas, peuvent être repris au budget suivant ou portés à un fonds de compensation entre déficits et excédents, destiné à réguler la variation des prix de journée.

Cette formule sera mise en œuvre dans le centre hospitalier régional de Tours, les centres hospitaliers d'Argenteuil et de Gonesse, le centre hospitalier spécialisé « Charles Perrens » à Bordeaux et l'hôpital de Marmande.

Elle a plus que les deux précédentes, la faveur de votre commission qui avait suggéré une solution comparable dans son précédent avis.

Elle tient cependant à affirmer que la réforme du mode de tarification ne pourra apporter de résultat réel que si elle repose sur la participation et l'implication des gestionnaires et du corps médical.

Cette responsabilité des administrateurs et des médecins doit être impliquée dès l'élaboration du budget et se poursuivre lors de son exécution.

Aucune réforme réelle ne saurait en effet être imposée autoritairement et de l'extérieur au monde hospitalier comme à l'ensemble des institutions sanitaires et sociales, publiques et privées.

Elle suppose toutefois un minimum d'instruments comptables et un changement d'état d'esprit. Cette participation, qu'il s'agit d'instaurer, doit aboutir à la révolution silencieuse de la gestion.

#### • *La révolution silencieuse de la gestion*

Il est inconcevable de penser que de nombreux établissements ne disposent pas encore du minimum d'instruments comptables leur permettant de connaître avec précision leur situation financière.

D'après certains responsables, les règles actuelles de gestion permettraient à peine de distinguer nettement une bonne d'une mauvaise gestion.

C'est un état d'esprit nouveau, proche de celui des chefs d'entreprise, qu'il convient aussi d'insuffler dans nos établissements, notamment publics, tant auprès des personnels administratifs que médicaux.

Il semble d'ailleurs que les jeunes médecins hospitaliers soient de plus en plus « réceptifs » à ces préoccupations nouvelles de gestion.

C'est en quelque sorte un second souffle qu'il s'agit de trouver après l'immense effort de construction de modernisation et d'humanisation qui a été accompli. Ce n'est qu'aujourd'hui sans doute que notre système hospitalier, modernisé et répondant globalement aux besoins, est mûr pour une bonne gestion, pour autant qu'il disposera d'instruments le permettant.

---



## CONCLUSION DE LA 1<sup>re</sup> PARTIE

---

En conclusion, votre commission manifeste à nouveau son vœu :

- que soit poursuivie la modernisation des équipements sanitaires et sociaux ;
- que soient achevées les cartes sanitaires du moyen et du long séjour qui devra englober le secteur médicalisé et les structures relevant de la loi sur les institutions sociales et médico-sociales, ainsi que celles du secteur psychiatrique ;
- que l'humanisation des hospices se termine par la création aussi bien d'établissements de long séjour que de maison de retraite avec section de cure médicale et par l'assouplissement de la réglementation ;
- que soient modifié le mode de prise en charge de long séjour pour ne laisser aux intéressés que le coût du seul hébergement dans la limite de leur seules possibilités contributives, les soins et le maternage étant pris en charge par l'assurance maladie ;
- que soit étudiée la reconversion progressive des établissements psychiatriques et de leurs personnels ;
- qu'en matière de gestion des hôpitaux, la contrainte fasse place à la concertation et que soit préférée, à un bouleversement institutionnel, une modification profonde des modes de gestion afin d'impliquer davantage tous les responsables, de l'élaboration du budget à son exécution ;
- que soient mieux définis les instruments comptables permettant d'assurer une saine gestion et que soient également développées les techniques d'évaluation quantitative et qualitative des soins.

## DEUXIÈME PARTIE

### UN ASPECT DE LA POLITIQUE FAMILIALE : LA GARDE DES ENFANTS

Débordant le strict problème de la **santé**, votre Commission souhaiterait cette année axer particulièrement son attention sur un problème qui n'est pas seulement individuel ou familial, mais un véritable problème de société : celui de la **garde des enfants en bas âge**.

Votre rapporteur a eu l'occasion, lors de débats récents, d'exprimer le principe qui sous-tend et sa réflexion et son action : **la recherche et le respect d'une vraie liberté de choix pour la mère de famille**.

Or, il constate dans la conjoncture actuelle, que dans une famille ayant de jeunes enfants, il n'existe pas pour la mère de réelle possibilité d'opter entre l'exercice d'une profession à l'extérieur du foyer ou l'éducation chez elle de ses enfants.

La nécessité financière d'un second salaire, pour couvrir les charges de logement et de l'équipement de la maison, particulièrement en ville, **prive la mère de toute liberté de choix**. Elle doit travailler et donc faire garder ses enfants.

Pour les responsables politiques que nous sommes, deux actions sont donc ouvertes :

- développer les modes de garde existants ;
- donner les moyens à la mère d'éduquer elle-même ses enfants tout en lui permettant de faire face à ses obligations financières.

Les obstacles auxquels se heurte la première orientation nous conduiront à approfondir notre réflexion sur la seconde.

### 1. *Les limites du développement des actuels modes de garde des enfants de moins de trois ans*

Globalement la garde des jeunes enfants telle qu'elle est présentement assurée n'est pas satisfaisante.

Fin 1978, la répartition des 914 000 enfants de moins de 3 ans dont les deux parents travaillaient était, selon leur mode de garde, la suivante (1) :

— Crèches collectives.....	56 000
— Crèches familiales.....	26 000
— Garderies et jardins d'enfants (2).....	17 000
— Assistantes maternelles agréées.....	305 000
— Assistantes maternelles non agréées.....	220 000
— Ecole maternelle.....	120 000
— Garde au domicile des parents par du personnel employé de maison.....	70 000
— Garde par des parents.....	100 000

La **diversité** des solutions est en soi une bonne chose puisqu'elle permet en théorie d'offrir aux familles une solution adaptée à leurs besoins. Encore faut-il qu'existe entre elles une certaine neutralité financière et que leur développement ne se heurte pas à des difficultés trop grandes pour la collectivité.

#### *a) Les actions menées en faveur du développement des équipements collectifs — l'obstacle financier*

#### • Un effort important

Si le nombre de crèches collectives ou familiales et des places qui y sont affectées apparaît, vu l'ampleur des besoins, relativement limité, il serait injuste de nier l'effort accompli et le coût qu'il représente pour l'Etat et les collectivités locales. Le nombre de places en crèches collectives n'a cessé de croître depuis la fin de la guerre :

---

(1) Source : Rapport au Parlement sur la politique familiale présentée en application de l'art. 15 de la loi du 12 Juillet 1977.

(2) Ces services sont progressivement intégrés à l'enseignement pré-scolaire par transformation en classe de maternelle.

1946 : 12 000

1961 : 18 000 pour 491 établissements

1971 : 31 756 pour 697 établissements

1978 : 56 260 pour 1 127 établissements.

Il faut noter l'accroissement sensible du nombre de crèches entre 1971 et 1977, qui a été rendu possible grâce à l'action de la CNAF, autorisée à prélever deux fois 100 millions sur le fonds d'action sanitaire et sociale, en 1971 et 1974, en vue de la construction, de l'aménagement et de l'agrandissement des crèches.

De même entre le 1<sup>er</sup> janvier 1976 et le 1<sup>er</sup> janvier 1979, les crèches collectives ont progressé de 33 %, passant de 45 600 berceaux à 60 533 et les crèches familiales de 25 %, passant de 25 100 enfants gardés à 31 500.

Au 1<sup>er</sup> janvier 1979, d'après les éléments statistiques fournis par le Ministère de la Santé, 1 217 crèches collectives offraient un peu plus de 60 000 places, 480 crèches familiales regroupaient plus de 20 000 assistantes maternelles, 383 garderies et jardins d'enfants rassemblaient 17 000 places. Enfin étaient ouvertes plus de 1 000 haltes garderies (cf. annexes).

Ces dernières structures, haltes-garderies, jardins d'enfants et plus récemment « jardineries », sont des structures très légères et peu coûteuses, mais qui ne peuvent, dans la situation actuelle, apporter d'aide qu'aux femmes qui ne travaillent pas et dont les enfants ne sont plus de tout jeunes bébés. Elles offrent en effet, surtout des possibilités de garde temporaire et momentanée.

Les formules légères sont celles aussi qui suscitent le plus d'innovations sociales ; il semble également qu'elles puissent connaître dans l'avenir un développement plus large.

L'essor de la télématique devrait en effet multiplier les nouveaux modes d'organisation du travail qui pourront intéresser particulièrement les femmes.

Le travail à domicile — sans les inconvénients qu'il a jusqu'à maintenant présentés — pourrait être ainsi facilité.

Dans cette hypothèse, les formules souples et temporaire; de garde que nous avons mentionnées, pourraient trouver à se développer.

- Les **gestionnaires** des équipements lourds que nous avons cités sont pour l'essentiel les collectivités locales.

S'agissant des **crèches collectives**, les départements gèrent à peu près 27 % des places et les municipalités et bureaux d'aide sociale 42 %. Les caisses d'allocations familiales ne sont gestionnaires que pour 1 % des lits, diverses associations pour 14 % et les entreprises et centres hospitaliers pour un peu plus de 14 % également.

Pour ce qui est des **crèches familiales**, elles sont à près de 80 % gérées par les municipalités, 5 % l'étant par les Centres d'allocations familiales et les 15 % restant par des associations de la loi de 1901.

\*  
\* \* \*

— Malgré un doublement en vingt ans du nombre de places en crèches collectives, étant donné les besoins dénombrés, l'équipement reste très **insuffisant**. Il demeure en outre inégalement distribué selon les régions et les départements.

- **L'obstacle financier**

En tout état de cause, le développement de ce type d'équipement se heurte à un problème de **coût**, tant des dépenses d'investissements que de fonctionnement, et ce, en grande partie en raison des normes existantes qui paraissent en beaucoup de points, excessives.

— **Le financement des investissements** est assuré à 40 % de la dépense subventionnable par l'Etat, dans la limite également de 40 % par la Caisse Nationale d'Allocations Familiales, le solde restant à la charge des promoteurs, le plus souvent les collectivités locales, éventuellement sur emprunt auprès des grands organismes de crédits.

La participation financière de l'Etat est assurée au moyen d'une partie de crédits déconcentrés mis à la disposition de préfets.

— **Les dépenses de fonctionnement** sont pour les collectivités locales, les plus coûteuses. Ce qui fait que même si les dépenses de construction sont prises en charge à 100 %, elles sont très réticentes pour accepter ce cadeau qu'elles considèrent comme « empoisonné ».

Les dépenses de fonctionnement sont partiellement couvertes par une prestation de service versée par la CNFA et égale au 1<sup>er</sup> janvier 1980 :

à 28 F par jour pour les crèches collectives

à 19,40 F pour les crèches familiales

à 9,70 F pour les haltes garderies.

La participation des parents est fonction de leur revenu et varie de 15 à 47,50 F par jour, soit une moyenne de 30 F.

Le reste est compensé globalement par subvention des municipalités.

Si l'on sait que le prix de revient journalier, d'ailleurs variable d'un gestionnaire à l'autre, dépasse souvent 130 F pour une crèche collective et 80 F pour une crèche familiale, on imagine le coût pour les collectivités. Encore note-t-on que ce prix de revient n'est pas un prix « vérité » puisque bien souvent, certains services (entretien des locaux, chauffage) sont pris en charge directement par le gestionnaire, et que les amortissements mobilier et immobilier ne sont pas comptabilisés.

Dans ce coût de fonctionnement, les frais de personnel représentent entre 80 et 85 % du prix de revient du fait de normes quantitatives et qualitatives souvent excessives et bien supérieures à celles en vigueur à l'étranger.

La part des gestionnaires, le plus souvent, on l'a dit, les collectivités locales, dans les frais de fonctionnement des crèches est donc souvent égale ou supérieure à 50 % des dépenses, ce qui peut expliquer les réticences de certaines collectivités à promouvoir ce type d'équipement.

Parmi les actions récentes menées par le Gouvernement, soulignons l'effort tenté pour réduire les coûts, en allégeant notamment certaines contraintes de fonctionnement.

En ce sens, il avait été demandé en 1975 d'inscrire dans les crèches collectives, les enfants en léger surnombre afin d'augmenter le taux de fréquentation des établissements.

En février 1979, de même, a été allégée la réglementation sur les haltes-garderies par la suppression de normes relatives aux locaux et par la possibilité donnée aux préfets de permettre à des personnes d'expérience, mais non obligatoirement diplômées, d'en assurer la direction.

Une prochaine étape à laquelle votre Commission souscrit totalement, devrait conduire à réduire les normes d'encadrement des crèches collectives.

b) *La rigidité du statut des assistantes maternelles*

Autre mode de garde « traditionnel », les assistantes maternelles dont le nouveau statut a été fixé par la loi du 17 mai 1977 et ses textes d'application.

C'est ainsi que des circulaires sont venues en décembre 1979 préciser les conditions de leur formation et agrément, et les aspects propres du statut applicables aux assistantes de l'Aide sociale à l'enfance.

Par ailleurs, un régime fiscal plus favorable a été institué pour tenir compte des sujétions de cette profession : la loi de finances rectificative pour 1979 a créé un abattement sur le revenu des assistantes maternelles égal à quatre ou trois fois le montant horaire du SMIC par jour et par enfant selon que les intéressés perçoivent ou non la majoration pour sujétions exceptionnelles. Une instruction de la Direction Générale des Impôts a précisé les modalités d'application de ce régime fiscal.

En outre, et pour répondre à de nombreuses suggestions faites notamment par les parlementaires, le Conseil d'Administration de la Caisse Nationale des Allocations familiales a décidé de verser aux parents employant une assistance maternelle agréée, une allocation spéciale d'action sociale d'un montant de 400 F par trimestre et par enfant. Le bénéfice de cette mesure qui est entrée en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> juillet 1980 est subordonné au paiement par les parents des cotisations sociales qu'ils doivent en tant qu'employeurs.

Un décret concernant l'allocation pour perte d'emploi des assistantes maternelles employées par une personne morale de droit public est également en préparation conjointement avec les différents Ministères concernés.

Dans l'attente de cette publication, les assistantes concernées perçoivent l'allocation pour perte d'emploi et l'aide publique selon les modalités fixées par une circulaire du Ministère du Travail du 18 février 1980.

Malgré ces améliorations et cet « assouplissement » le statut des assistantes reste trop rigide et constitue un frein au développement de cette profession. De nombreuses femmes qui souhaiteraient garder des

enfants répugnent à demander un agrément qui implique des contrôles nombreux et l'imposition de leurs revenus.

Pour les parents, le prix payé varie de 30 à 60 F par jour, ce qui est plus élevé que la crèche collective, auquel s'ajoute d'ailleurs le montant des charges sociales, compensé il est vrai, mais depuis peu, par la prestation mentionnée plus haut des caisses d'allocations familiales.

Il n'est pas étonnant dans ces conditions que le nombre de nourrices « clandestines » soit aussi élevé que celui des assistantes agréées.

## *2. La recherche d'une voie originale : une prestation familiale nouvelle*

Il serait injuste de nier que les pouvoirs publics suivant en cela un rapport récent de l'Inspection Générale des Affaires sociales de 1977-1978, tentent présentement d'encourager des expériences novatrices en ce domaine. La garde des jeunes enfants demeure un champ privilégié de l'innovation sociale, qu'il s'agisse de compléter les structures actuelles ou d'y substituer des structures plus légères et plus proches associant plus étroitement les parents à la gestion des modes de garde. Mais les équipements lourds, quels qu'ils soient, si l'on se place dans la perspective du choix à respecter de la mère, ne résolvent — et toujours partiellement — que les problèmes de celle qui choisit de travailler.

Pour favoriser le **libre choix** par les mères de leur mode de vie, une autre orientation s'impose : elle doit permettre d'offrir à celles qui souhaitent s'occuper elles-mêmes de leurs enfants, la possibilité de le faire tout en faisant face aux multiples charges financières qui pèsent sur un jeune foyer.

Plusieurs voies sont ouvertes en ce sens, qui ne sauraient, dans la conjoncture actuelle, être valablement proposées au risque de menacer plus encore nos finances publiques. L'une d'elles, le salaire maternel, mérite toutefois de rester un objectif à réaliser dans l'avenir.

Sur l'initiative répétée et insistante de notre ancien collègue HENRIET, le Sénat, pour sa part, a voté, en juin 1980, une proposition de loi tendant à la rémunération du congé parental d'éducation. Le parent qui suspend son contrat de travail pour bénéficier de ce congé libère un emploi qu'un demandeur d'emploi pourra occuper à son tour. Les ASSÉDIC, faisant l'économie du versement d'une allocation de chômage, pourront, en contrepartie, verser au parent en congé une indemnité compensatrice.



Pour intéressante qu'elle soit, cette initiative suscite, dans son application, quelques difficultés ; elle se situe en outre à l'intérieur du régime juridique du **congé parental d'éducation** qui suppose :

— la suspension, donc l'existence préalable d'un contrat de travail ;

— la possibilité de bénéficier de ce congé, ce qui, dans le droit actuel, ne concerne que les salariés des entreprises de plus de 200 salariés.

C'est vers une solution plus ample que va la préférence de votre commission, et dont l'intérêt serait de permettre à la mère qui souhaite garder elle-même son enfant de le faire moyennant une prestation familiale qui compenserait au moins en partie le manque à gagner du fait du non-exercice d'un métier. Elle tendrait ainsi à l'encourager parallèlement à garder d'autres enfants.

Ainsi, serait satisfait le choix de la femme d'éduquer elle-même son enfant, et développé l'éventail offert à toutes les familles de la gamme des modes de garde.

- La proposition de votre commission consiste à verser à une femme qui garderait chez elle trois enfants de moins de trois ans, y compris le ou les siens, et sans qu'elle ait à exciper du statut d'assistante maternelle, une prestation familiale égale au SMIC, soit environ 2 500 F par mois.

- Une femme décidant d'élever son enfant elle-même, percevrait une allocation égale à 40 % du SMIC — soit environ 1 000 F — y compris le complément familial, dont le montant est actuellement de 455 F. Pour chaque enfant supplémentaire qu'elle s'engagerait à garder, l'allocation serait de 30 % du SMIC, soit environ 750 F (ou 34 F par jour ouvrable).

Cette prestation, qui améliorerait très sensiblement le complément familial, ne serait évidemment pas imposable et resterait limitée dans dans le temps.

Elle serait soumise aux mêmes conditions de ressources que le complément familial auquel, en cas d'absence d'activité professionnelle, elle se substituerait.

Il convient de rappeler que le plafond de ressources pour le complément familial est actuellement, pour un ménage n'ayant qu'un seul revenu et un seul enfant, de 44 725 F net imposables. S'il existe deux revenus, de 52 585 F.

Pour les caisses d'allocations familiales, l'accroissement du complément familial (1 000 F — 455 F soit 545 F) serait partiellement compensé par l'économie de la prestation de service qui aurait été versée si l'enfant avait été placé dans une crèche collective ( $22 \times 28$  F soit 616 F) ou familiale ( $22 \times 19,40$  F soit 440 F).

La solution présente aussi l'avantage de constituer une économie non négligeable pour les collectivités locales.

Pour la mère, le manque à gagner par rapport à son éventuel salaire net antérieur peut n'être pas substantiel. Elle fait en effet l'économie des frais de garde (soit en moyenne  $22 \times 30$  F = 660 F), des frais de transport et des diverses charges liées à l'exercice d'une activité professionnelle, enfin de la partie d'impôt qu'entraînait un second salaire. La prise en compte de ce second salaire pouvait d'ailleurs priver le jeune ménage du droit au complément familial.

**La mesure proposée par votre commission peut être plus incitative encore si la jeune femme s'engage à garder un ou deux autres enfants en sus du sien. Elle percevrait alors pour chacun d'eux une allocation complémentaire égale à 30 % du SMIC, soit 750 F ou 34 F par jour ouvrable.**

• **Le coût de ces allocations ne paraît pour la collectivité ni excessif ni hors d'atteinte.**

Les parents en effet, dont les enfants seraient ainsi gardés, verseraient à la caisse d'allocations familiales une contribution comparable à celle qu'ils versent dans une crèche familiale, soit environ 30 F par jour.

Les caisses récupéreraient ainsi une partie de la prestation versée puisque :

1° elles percevraient la participation des parents  
soit  $22 \text{ jours} \times 30 \text{ F} : 660 \text{ F}$  pour 1 enfant  
1 320 F pour 2 enfants

2° elles économiseraient la prestation de service qu'elles verseraient à une crèche familiale pour le ou les enfants gardés,  
soit  $22 \text{ jours} \times 20 \text{ F} : 440 \text{ F}$  pour 1 enfant  
880 F pour 2 enfants

En ce qui concerne la **protection sociale**, la jeune femme bénéficierait, en tant qu'ayant-droit de son mari, de l'assurance maladie ; elle pourrait aussi, sous réserve d'une condition de ressources, être affiliée gratuitement à l'assurance vieillesse des mères de famille.

Globalement, le coût de ce mode de garde s'avère plus économique que tout autre, non seulement parce qu'il revient pour un seul enfant à 45 F, pour deux à 40 F et pour trois à 38 F par jour, ce qui est loin des 130 F de la crèche collective et des 80 F de la crèche familiale, mais encore parce qu'il entraîne de très sérieuses économies pour les collectivités locales.

\*  
\* \*

Certes, un certain nombre de problèmes demeurent, notamment, celui du **degré de contrôle** nécessaire pour s'assurer que la jeune femme est capable physiquement et mentalement de se voir confier un ou deux enfants en plus du sien.

Votre commission, soucieuse de constater que l'exigence des normes a toujours des effets négatifs, marque sa préférence pour un contrôle souple assuré par les services de la PMI, en coordination avec les caisses d'allocations familiales.

Un « accompagnement » léger également devrait offrir un soutien à la jeune femme, en même temps qu'il valoriserait la fonction exercée.

\*  
\* \*

Votre commission en proposant cette prestation nouvelle, souhaite ouvrir un large débat.

Il s'agit, pour elle, de lancer une idée propre à susciter des initiatives, et tout au moins une réflexion.

Chacun d'entre nous connaît des jeunes femmes qui, entre une vie totalement consacrée à leur famille et l'exercice d'une profession, choisiront au prix d'un certain héroïsme de tenter la conciliation entre ces deux types d'activité, non seulement pour des raisons financières mais aussi parce que l'une et l'autre peuvent s'enrichir mutuellement et qu'une femme peut légitimement se consacrer à des tâches extérieures sans pour autant négliger ses enfants.

Mais chacun, également, connaît des mères épuisées de fatigue à la suite de journées de travail et de transports harassantes et qui regrettent amèrement de ne pouvoir se consacrer pleinement à l'éducation de leurs enfants.

C'est à celles-ci que votre commission a pensé en suggérant cette nouvelle prestation, qui permettrait, à ses yeux, de réaliser une liberté de choix effective.

Son vœu le plus profond est d'étendre à toutes les femmes qui souhaiteraient en bénéficier le versement de cette prestation nouvelle. Compte tenu des contraintes financières actuelles, elle se résoud à une mise en place progressive de ce nouveau système. Elle se borne donc en premier lieu à demander au gouvernement de la mettre à l'étude **dans le cadre du complément familial**, avec toute la portée et les limites que comporte cette prestation.

Par là s'amorcera peut-être la création d'un environnement plus favorable à la réalisation des projets familiaux, et la possibilité plus réelle d'une alternance entre vie professionnelle et tâches familiales.

---

## CONCLUSION DE LA DEUXIÈME PARTIE

**En conclusion, votre commission, soucieuse de voir s'instaurer un libre choix réel pour les mères de famille qui travaillent, souhaite :**

- outre le développement des équipements collectifs de garde,**
  - l'institution d'une prestation familiale qui viendrait — pour les femmes qui décideraient d'élever elles-mêmes leur enfant — porter à 40 % du SMIC le montant du complément familial. Il s'y ajouterait pour tout enfant supplémentaire de moins de 3 ans gardé, dans la limite de 2, une élévation complémentaire de 30 % du SMIC.**
-

## CONCLUSION GÉNÉRALE

**Votre commission des Affaires sociales insiste une fois de plus sur l'inquiétude que lui inspire la diminution de la croissance du projet de budget du Ministère de la Santé pour 1980.**

**En ce qui concerne l'équipement hospitalier, elle souhaite que la diminution des crédits ne retarde pas les humanisations et modernisations nécessaires, ainsi que les transformations dans les conditions les meilleures des hospices en établissements de long séjour ou en maisons de cure médicalisées.**

**Elle renouvelle son vœu que soient parachevées les cartes sanitaires de moyen et de long séjour ainsi que celles de la psychiatrie.**

**Comme l'an passé et s'agissant de la gestion hospitalière, elle propose de passer de la contrainte à la concertation et de mettre en œuvre des moyens nouveaux pour parvenir à une gestion moderne des établissements fondée sur la participation des gestionnaires et des médecins.**

**En ce qui concerne la *politique familiale*, elle propose d'instituer une prestation familiale nouvelle tendant à favoriser un réel libre choix de la mère de famille.**

\*  
\* \*

**C'est sous réserve de ces diverses observations que votre commission vous propose de donner un avis favorable à l'adoption des crédits du ministère de la Santé inscrits dans le projet de loi de finances pour 1981.**

## **TRAVAUX DE LA COMMISSION**

I. — Audition du Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale et de ses Secrétaires d'Etat (6 novembre 1980).

II. — Présentation et adoption du rapport pour avis, le 20 novembre 1980.

### **I. — AUDITION DU MINISTRE DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ SOCIALE ET DE SES SECRÉTAIRES D'ÉTAT**

La commission sénatoriale des Affaires sociales s'est réunie le 6 novembre 1980, sous la présidence de M. Robert Schwint, président, pour entendre M. Jacques Barrot, ministre de la Santé et de la Sécurité sociale, accompagné de MM. Jean Farge et Remy Montagne, Secrétaires d'Etat, sur le budget de leur département pour 1981.

Le ministre en a rappelé les orientations essentielles qui se résument ainsi :

- accroître l'effort de prévention et de recherche ;
- confirmer et prolonger les solidarités en faveur notamment des handicapés, des familles et des personnes âgées ;
- améliorer la formation des responsables et le développement des responsabilités afin de garantir l'efficacité de notre système sanitaire et social.

Si le présent budget, préparé compte tenu des préoccupations générales actuelles a été élaboré avec une grande rigueur, il ne sacrifie rien de l'avenir.

M. Jean Farge a énoncé, pour sa part, quelques chiffres. En 1980, le total des dépenses nettes de l'ensemble des régimes de sécurité sociale s'est élevé à 515 milliards de francs, soit plus de 21 % du produit intérieur brut. Pour 90 %, cette somme a été consacrée à des dépenses de prestations. 45 % ont concerné la vieillesse, 40 % la maladie et 15 % la famille. Le montant de l'effort social a été financé, à plus de 82 %, par des cotisations.

Le Secrétaire d'Etat a rappelé les objectifs essentiels de la politique de redressement menée par le gouvernement et les moyens mis en œuvre pour parvenir à la modération des dépenses de santé prises en charge par l'assurance maladie. Au 30 septembre 1980, il apparaît, selon M. Farge que la trésorerie du régime général, non seulement a été rétablie mais est encore créditrice et rémunératrice. D'autre part, on constate, dans le rythme annuel d'accroissement des dépenses de santé, et notamment des dépenses hospitalières, une décélération de 4 à 5 points.

L'action menée par le gouvernement a concerné tant l'offre que la demande de soins.

S'agissant de la médecine ambulatoire, la convention nouvellement négociée a rallié près de 99 % des médecins libéraux, 80 % d'entre eux ayant choisi d'exercer dans le premier secteur. Le régime conventionnel a donc pu être maintenu tout en s'adaptant à une conjoncture nouvelle.

En ce qui concerne la médecine hospitalière, la décélération, réelle, demeure insuffisante. Elle est marquée par les particularités qui unissent les dépenses de la sécurité sociale aux recettes et, à travers elles, aux dépenses des hôpitaux. Toute recherche d'équilibre de la trésorerie de la sécurité sociale entraîne inévitablement des conséquences sur la trésorerie hospitalière. L'action du gouvernement a consisté à encadrer la croissance des budgets primitifs et à interdire les budgets supplémentaires. Il reste à adapter les capacités des hôpitaux aux besoins réels et à améliorer l'organisation et les méthodes de gestion par le biais notamment d'un système d'évaluation des soins. Le problème essentiel demeure celui de la définition du rôle et de la place de l'hôpital dans le système de soins.

Le Secrétaire d'Etat a enfin tracé les perspectives pour 1981. S'agissant de l'assurance maladie, non seulement le besoin de finance-



ment de 23 milliards portant sur les trois exercices, 1978, 1979, 1980, a été résorbé mais un excédent de 1,3 milliard a pu être dégagé. Pour 1981, le déficit prévisible de l'assurance maladie est de 2,3 milliards. La branche « famille » devrait, la même année et pour la première fois, accuser un déséquilibre de 1,1 milliard, compensé d'ailleurs par un excédent du même montant pour 1980. Ce déséquilibre traduit le souci du gouvernement d'utiliser les ressources existantes pour mener une politique familiale active.

Pour M. Farge, les voies d'un équilibre durable de la sécurité sociale sont désormais ouvertes pour autant que continueront de s'imposer trois nécessités : la prolongation de l'effort de modération des dépenses sans compromission de la qualité des soins, l'amélioration de l'équilibre démographique qui demeure à la base de l'équilibre financier et enfin le renforcement des solidarités financières entre les différents régimes.

A la suite de ces deux exposés, M. Jean Chérioux, rapporteur pour avis des crédits de la Santé, a souligné l'importance, en ce secteur, des dépenses obligatoires et la faible part laissée en conséquence aux actions volontaristes, les crédits inscrits ne représentant eux-mêmes qu'un faible pourcentage de l'ensemble des dépenses de santé. Il a fait part de certaines inquiétudes devant le fonctionnement du système de santé. L'équilibre financier de la sécurité sociale, obtenu par le gouvernement, peut cacher d'autres déséquilibres, notamment dans la gestion hospitalière. Il demeurera nécessaire de financer les déficits qui résulteraient de la gestion actuelle.

Il a manifesté son souhait que des mesures à long terme soient prises qui amélioreraient le mode de gestion hospitalière, par le biais notamment d'une réforme de la tarification.

M. Jean Chérioux s'est enquis des projets envisagés en ce domaine. Il a également interrogé le ministre sur le maintien des actions d'humanisation ainsi que sur les conclusions du rapport d'étude effectué sur la psychiatrie. Il s'est également inquiété de la décélération de l'augmentation des dépenses d'aide sociale et a manifesté sa crainte qu'elle ne cache une insuffisance des crédits primitifs à compléter ensuite par lois de finances rectificatives et, si ce n'était pas le cas, un risque de remise en cause de notre appareil social.

Le rapporteur pour avis a enfin rappelé les difficultés que connaissent les centres sociaux, les écoles de formation des assistants de service social et les foyers de jeunes travailleurs.

Après s'être interrogé sur les conditions dans lesquelles le Parlement serait amené à délibérer sur les crédits de la sécurité sociale, M.

Louis Boyer, rapporteur pour avis (Sécurité sociale), a insisté sur la relative précarité des résultats, par ailleurs très satisfaisants, obtenus dans le cadre du plan de redressement de juillet 1979. Il a ainsi demandé au ministre de lui indiquer les mesures structurelles qu'il entendait mettre en œuvre. Après avoir évoqué les difficultés financières de la branche des prestations familiales, M. Louis Boyer s'est interrogé sur les dangers de la politique envisagée par les pouvoirs publics en matière de médicaments « génériques ».

En réponse aux rapporteurs, M. Jacques Barrot a noté que les contraintes budgétaires n'avaient pas exclu les innovations ; aucune réforme de la gestion des hôpitaux n'est présentement envisagée mais une réflexion pourrait être menée à cet égard. Les crédits d'humanisation ont été maintenus dans le secteur sanitaire, a-t-il précisé, avec la volonté nouvelle d'étendre l'effort aux établissements sociaux. Quant à la psychiatrie, le ministre s'est déclaré prêt à faire part à la commission, quand elles seront établies, des conclusions consécutives aux enquêtes menées à sa demande.

En ce qui concerne l'utilisation des crédits d'aide sociale, M. Jacques Barrot a mentionné que la gestion des établissements sociaux n'était pas toujours assez rigoureuse et que certaines contraintes financières restaient soutenables. Des négociations sont par ailleurs engagées pour régler les problèmes de gestion des centres sociaux et s'assurer de la bonne utilisation des crédits ouverts.

Le ministre a apporté quelques précisions sur la mise en place de la convention médicale, la création d'un fonds de prévention financé par la Sécurité sociale et la mutualité, ainsi que sur la politique du médicament, enjeu national de première importance. Il a rappelé les récentes mesures prises par le gouvernement en matière de prix afin de tenir compte de l'effort de recherche mené, et l'intérêt que présente la vente de médicaments génériques.

M. Rémy Montagne a expliqué la décélération des dépenses d'aide sociale par l'amélioration de la gestion des établissements et par l'importance des actions de maintien à domicile qui diminuent les charges de l'hébergement. Il a précisé la situation financière des écoles de formation d'assistants du service social et exposé les raisons des difficultés actuelles des foyers de jeunes travailleurs.

M. Farge a, pour sa part, justifié l'écart en matière de dépenses hospitalières publiques entre les chiffres de la sécurité sociale et ceux des hôpitaux, essentiellement par le fait de l'accélération de la facturation qui, en soi, est une bonne chose.

Il a exposé son souci de voir se prolonger la maîtrise des dépenses hospitalières et les voies qui s'ouvrent pour permettre l'encadrement des recettes et des dépenses : fixation de normes pour la progression des budgets des hôpitaux, stérilisation des recettes supplémentaires, remise en cause de la règle de l'intégration automatique des déficits dans les comptes des exercices ultérieurs.

M. Jean Chérioux a approuvé ces orientations en insistant sur la nécessité d'une responsabilisation des chefs de service dès l'élaboration des budgets.

M. Farge a observé, à cet égard, que les contraintes financières imposées obligeaient à une meilleure organisation et entraînaient une responsabilité croissante des gestionnaires. Il a précisé que l'état des réflexions en ce qui concerne la prise en charge des accidents corporels par l'assurance privée n'était pas encore suffisant pour que soient élaborés des projets en la matière.

M. Noël Berrier, quant à lui, a appelé l'attention du ministre de la Santé sur la recherche et la nécessité de limiter l'usage de certaines techniques de pointe dans la pratique quotidienne. Il a souligné l'intérêt d'améliorer la formation et le sens des responsabilités des jeunes médecins, dont la formation clinique laisse à désirer et qui n'ont aucune connaissance en économie de la santé. Il a enfin insisté sur la nécessité d'apporter une réponse satisfaisante au problème de la responsabilité médicale.

M. Pierre Gamboa a demandé que soient étudiées les inégalités de consommation médicale suivant les catégories socioprofessionnelles et que soient empêchés les refus de soins opposés aux malades du fait d'une insuffisance de capacités hospitalières. Après avoir rappelé les difficultés des centres sociaux, il a fait état de l'accroissement récent des échecs aux examens du certificat d'études spécialisées (C.E.S.) qui prive de nombreux médecins généralistes de la possibilité d'accéder aux professions de spécialistes.

M. Guy Durbec a interrogé le ministre sur l'opportunité d'assurer un plus grand développement des centres d'accueil pour les toxicomanes.

M. Charles Bonifay, quant à lui, a insisté, d'une part sur l'intérêt d'une clarification des responsabilités entre l'Etat et les caisses nationales en matière de gestion des régimes sociaux, d'autre part sur la nécessité de résoudre durablement le problème du financement de la sécurité sociale.

M. Robert Schwint, président, a abordé enfin la question de l'application de la loi d'orientation sur les handicapés de 1975, certains décrets indispensables n'étant toujours pas publiés, et souhaité qu'au moment où s'achève la mise en application réglementaire, on s'attaque sans retard aux difficultés pratiques qui, sur le « terrain » demeurent nombreuses, notamment au niveau du fonctionnement des COTOREP.

M. Jacques Barrot, en réponse aux intervenants, a tout d'abord énoncé la parution prochaine d'un décret sur la responsabilité médicale et le développement d'actions pour améliorer l'information objective des médecins. Il a ensuite souligné qu'il n'existait pas d'inégalités en matière de consommation médicale, même si continuent de se poser des problèmes d'éducation et de formation. Il a enfin marqué son hostilité à un « hospitalocentrisme » qui dénaturerait l'organisation de notre système de soins.

Quant à M. Farge, il a exposé que le partage actuel des responsabilités entre l'Etat et les organismes de sécurité sociale constituait le moins mauvais des compromis, et souligné qu'au point de vue financier le montant actuel des prélèvements ne pouvait être augmenté sous peine de bouleverser fondamentalement la forme même de notre société.

Pour terminer, M. Rémy Montagne a apporté des précisions sur l'application de la loi d'orientation en faveur des handicapés et annoncé que les textes relatifs à l'appareillage pourraient être prochainement publiés. Il a souligné l'effort considérable fourni par les COTOREP qui ont examiné, en 1979, plus de 300.000 dossiers.

A M. Guy Durbec, qui s'inquiétait des freins financiers existant en matière d'hospitalisation à domicile, s'agissant notamment de dialyse, M. Jacques Barrot a précisé qu'un rapport avait été établi sur ce thème. La connaissance de ses conclusions devrait prochainement permettre d'envisager la levée des obstacles financiers qui demeurent en ce domaine.

## **II. — PRÉSENTATION ET ADOPTION DU RAPPORT POUR AVIS LE 20 NOVEMBRE 1980**

C'est au cours de sa réunion du jeudi 20 novembre 1980 que la commission a entendu le rapport pour avis de M. Jean Chérioux sur les crédits du ministère de la Santé et de la Sécurité sociale.

Le rapporteur pour avis a rappelé les grandes masses du budget qui s'élève à 32,13 milliards de francs et ne progresse que de 10,9 % par rapport à 1980.

Les crédits sont composés à plus de 95 % de dépenses ordinaires et à moins de 5 % de dépenses en capital, soit, pour les premières, une progression de 12,3 %, mais, pour les secondes, une diminution de 11,3 % qui ne tient pas compte de la dépréciation monétaire.

La part du budget consacrée à l'investissement, sauf en ce qui concerne les subventions d'équipement à la recherche médicale, continue à régresser. La part des dépenses obligatoires d'action sociale représente, cette année encore près de 90 % des dépenses ordinaires et plus de 27 milliards. Elle progresse globalement moins que l'an passé, ce qui peut, certes, signifier une meilleure maîtrise des dépenses mais aussi une sous-estimation des crédits et des besoins.

La marge de manœuvre restant au ministère pour mener des actions volontaristes demeure, en tout état de cause, étroite. Les dépenses ordinaires autres que les dépenses obligatoires et les dépenses de fonctionnement ne constituent en effet qu'une faible masse : 1,8 milliard.

Le présent budget est, pour l'essentiel, un budget de rigueur et d'économie mais qui risque de remettre en cause les acquis de notre système de soins et d'action sociale, si cette austérité devait se prolonger.

Le rapporteur a ensuite présenté les principales orientations choisies par le gouvernement et qui relèvent, pour l'essentiel, de la prévention sanitaire, de l'action sociale, du médicament ainsi que de la recherche médicale. Il s'est félicité de l'effort mené en matière de recherche mais a regretté que les moyens dont dispose le ministère ne lui permettent guère d'accorder aux autres secteurs mentionnés les améliorations de crédits à la mesure des ambitions exprimées.

Ce budget d'austérité suscite quelques inquiétudes dans le contexte actuel. M. Jean Chérioux a rappelé à cet égard les grandes lignes de la convention entre médecins et assurance maladie et exprimé sa circonspection quant au bon fonctionnement du système conventionnel. Il a également résumé l'essentiel de la réflexion de la commission du VIII<sup>e</sup> Plan sur la protection sociale et la famille, qui rejoint très largement les préoccupations de la commission.

Il a enfin fait part des inquiétudes qui se sont exprimées, s'agissant notamment de l'action sociale.

Après cette présentation des crédits, le rapporteur a abordé plus précisément deux problèmes : les difficultés des établissements sanitaires et sociaux et la garde des enfants.

Sur le premier point, il a examiné successivement les capacités d'accueil et les problèmes qui demeurent en ce qui concerne notamment l'hébergement des personnes âgées et la psychiatrie et, secondement, la gestion financière rendue difficile par les mesures prises pour le redressement de la Sécurité sociale.

C'est un déficit de 2 % qui est prévisible en 1980 pour la plupart des établissements sanitaires et sociaux, ce qui menace grandement la trésorerie des établissements.

Il importe désormais de passer de la contrainte à la concertation, et, pour cela de desserrer le « garrot » et d'apaiser les inquiétudes inutiles, d'adopter des mesures adaptées à la réalité diverse des établissements, enfin d'aboutir à la « révolution silencieuse de la gestion ».

M. Jean Chérioux a ensuite abordé le second thème de son avis : la garde des enfants. Il a observé l'absence réelle de choix dont disposent les mères de famille, obligées le plus souvent d'exercer une activité professionnelle pour des raisons financières.

Il a rappelé les limites du développement des actuels modes de garde des enfants de moins de trois ans. Les actions accomplies en faveur du développement des équipements collectifs se heurtent, en effet, à un obstacle financier réel. D'autre part, le nouveau statut des assistantes maternelles s'avère par trop rigide ; d'où, pour le rapporteur, l'intérêt de rechercher une voie originale, par le biais d'une prestation familiale nouvelle.

La proposition de M. Chérioux consiste à verser à une femme qui garderait chez elle trois enfants de moins de trois ans, y compris le ou les siens, et sans qu'elle ait à exciper du statut d'assistante maternelle, une prestation égale au SMIC. Une femme décidant d'élever son enfant elle-même percevrait une allocation égale à 40 % du SMIC, y compris le complément familial. Pour chaque enfant supplémentaire qu'elle s'engagerait à garder, l'allocation serait de 30 % du SMIC.

Pour terminer, et sous réserve des observations formulées, le rapporteur pour avis a proposé de donner un avis favorable aux crédits du ministère de la Santé inscrits dans le projet de loi de finances pour 1981.

A l'issue de ce rapport, M. Charles Bonifay a souligné l'intérêt de la solution proposée par M. Jean Chérioux en ce qui concerne la garde des enfants. Il l'a rejoint également sur l'inquiétude manifestée quant à la gestion hospitalière. Il lui apparaît en effet dangereux de maintenir une rigueur financière excessive au risque d'asphyxier notre appareil de soins.

M. Pierre Gamboa a exprimé qu'il avait été sensible à certaines critiques formulées par le rapporteur pour avis et à la portée de ses réflexions. Il a estimé intéressante la prestation familiale nouvelle proposée mais a manifesté sa crainte qu'elle n'aboutisse à dégrader le tissu social.

M. Jean Chérioux a répondu qu'il revenait à la commission saisie pour avis des crédits de la santé de ne pas se contenter d'exposer le bilan des mesures prises mais de formuler des observations et des propositions qui pourraient être retenues par le gouvernement.

M. Henri Belcour a attiré l'attention de la commission sur les difficultés que pouvaient ressentir certains centres hospitaliers contraints à des retards de paiement de fournisseurs de huit ou neuf mois.

Certains centres locaux ne sont pas en mesure de pratiquer des examens faute de pouvoir acquérir les matériels et équipements nécessaires.

Il a également manifesté son accord sur la solution proposée par le rapporteur en matière de garde d'enfants.

M. André Bohl a, pour sa part, exprimé sa surprise de voir les majorations de prix de journées concerner uniformément tous les établissements quelle que soit leur nature. Il a souhaité que les malades puissent avoir connaissance du prix de leur hospitalisation et a regretté que l'hospitalisation à domicile laisse à la charge du malade les frais de certains aliments spécifiques.

Il a insisté sur les problèmes de démographie médicale et de recyclage des médecins.

M. Victor Robini, enfin, a manifesté son scepticisme quant à une possible réduction des dépenses hospitalières. Si l'austérité est de mise au niveau ministériel, les services du ministère, par leur perfectionnisme, aboutissent à faire s'accroître les dépenses. Selon lui, même avec une amélioration de la gestion, les progrès techniques et l'importance des frais de personnel empêcheraient que puissent être dégagées des économies réelles. Les fermetures de lits, si elle peuvent être néces-

saires, ne sauraient être décidées qu'en concertation. Il a enfin témoigné également son accord sur la proposition formulée par M. Jean Chérioux, d'une nouvelle prestation familiale.

Pour terminer, l'avis de M. Jean Chérioux a été approuvé par la majorité des membres de la commission, certains se déclarant hostiles aux conclusions favorables proposées par le rapporteur.

---



## ANNEXES



### ANNEXE I

#### L'ÉQUIPEMENT HOSPITALIER

*(Source : Ministère de la Santé)*

#### I. — RÉPARTITION RÉGIONALE DES LITS HOSPITALIERS PUBLICS ET PRIVÉS

On recense actuellement en FRANCE 164 336 lits de médecine dont 34 092 lits privés, soit 21 %.

En chirurgie, on compte 139 906 lits dont 68 611 lits privés, soit 49 %.

En gynécologie-obstétrique, il existe 32 940 lits dont 14 060 lits privés, soit 43 %. La répartition régionale de ces équipements est donnée par le tableau ci-après :

RÉPARTITION PUBLIC — PRIVÉ PAR RÉGIONS

Régions	Médecine				Chirurgie				G. O.			
	Pub.	Priv.	Total	%	Pub.	Priv.	Total	%	Pub.	Priv.	Total	%
ALSACE.....	5 884	1 726	7 610	77 %	3 002	1 882	4 824	61 %	760	239	999	76 %
AQUITAINE.....	5 467	2 386	7 853	70 %	2 994	3 515	6 509	46 %	836	668	1 504	56 %
AUVERGNE.....	3 492	321	3 813	92 %	1 709	1 503	3 212	53 %	489	259	748	65 %
BOURGOGNE.....	4 415	788	5 203	85 %	2 295	1 652	3 947	58 %	642	323	965	57 %
BRETAGNE.....	6 573	681	7 254	91 %	3 084	3 007	6 091	51 %	793	716	1 509	53 %
CENTRE.....	4 948	793	5 641	86 %	2 687	1 939	4 626	58 %	821	263	1 084	76 %
CHAMP. ARDEN.....	4 010	312	4 322	93 %	2 330	1 307	3 637	64 %	635	272	907	70 %
FRANCHE-COMTÉ.....	2 741	148	2 889	95 %	1 538	817	2 355	65 %	482	322	804	60 %
LANG. ROUSSILLON.....	5 138	1 624	6 762	76 %	2 283	2 880	5 163	44 %	403	601	1 004	40 %
LIMOUSIN.....	1 736	250	1 986	87 %	1 124	605	1 729	65 %	261	139	400	65 %
LORRAINE.....	6 228	2 011	8 239	75 %	3 103	3 779	6 882	45 %	914	789	1 703	53 %
MIDI-PYRÉNÉES.....	5 565	2 174	7 739	72 %	3 029	2 928	5 957	51 %	671	650	1 321	51 %
CORSE.....	621	198	819	76 %	274	442	716	38 %	97	94	191	51 %
NORD.....	7 369	1 272	8 641	85 %	4 544	3 569	8 113	56 %	1 322	997	2 319	57 %
BASSE-NORMANDIE.....	4 007	363	4 370	92 %	2 310	1 087	3 397	68 %	732	191	923	79 %
HTE-NORMANDIE.....	4 027	617	4 644	87 %	2 019	1 654	3 673	55 %	618	296	914	68 %
PAYS DE LOIRE.....	6 056	1 014	7 070	86 %	3 000	2 919	5 919	51 %	996	735	1 731	58 %
PICARDIE.....	3 718	352	4 070	91 %	2 550	1 059	3 609	71 %	770	238	1 008	76 %
POITOU. CHAR.....	3 211	86	3 297	97 %	2 255	1 316	3 571	63 %	595	315	910	65 %
PROV. COTE D'AZUR.....	9 750	5 696	15 446	63 %	5 874	6 114	11 988	49 %	1 102	1 124	2 226	50 %
RHONE-ALPES.....	13 553	3 040	16 593	82 %	7 393	5 562	12 955	57 %	1 991	1 172	3 163	63 %
ILE-de-FRANCE.....	21 835	8 240	30 075	73 %	11 868	19 105	30 973	38 %	2 950	3 657	6 607	45 %
TOTAL NATIONAL.....	130 244	34 092	164 338	79 %	71 265	68 641	139 906	51 %	18 880	14 060	32 940	57 %

En moyen séjour, il existe actuellement 86 165 lits ; au niveau national les statistiques actuellement disponibles ne permettent pas de différencier les lits publics des lits privés dans ces disciplines.

Le tableau ci-après retrace la répartition régionale par disciplines de moyen séjour.

MOYEN SÉJOUR

Régions	Read. fonctionnelle	Repos, régime, con.	Lutte anti tuberculeuse	Total M.S.
ALSACE.....	219	1 634	487	2 340
AQUITAINE.....	908	2 205	2 405	5 518
AUVERGNE.....	373	1 237	246	1 856
BOURGOGNE.....	318	1 641	158	2 117
BRETAGNE.....	1 499	2 601	661	4 761
CENTRE.....	518	1 911	850	3 287
CHAMP. ARDENNES.....	221	503	--	724
FRANCHE-COMTE.....	153	1 129	42	1 324
LANG. ROUSSILLON.....	2 229	2 038	918	5 185
LIMOUSIN.....	90	546	280	916
LORRAINE.....	263	1 707	321	2 891
MIDI-PYRÉNÉES.....	1 165	2 334	212	3 711
NORD-PAS-DE-CALAIS.....	1 591	2 356	1 924	5 871
BASSE-NORMANDIE.....	300	723	201	1 224
HAUTE-NORMANDIE.....	454	654	50	1 158
PAYS-de-LOIRE.....	576	2 455	472	3 503
PICARDIE.....	512	1 625	368	2 505
POITOU-CHARENTES.....	250	691	188	1 129
PROV. COTE D'AZUR.....	1 974	8 877	2 174	13 025
RHONE-ALPES.....	1 831	7 464	1 614	10 909
ILE-de-FRANCE.....	1 020	9 535	1 656	12 211
TOTAL NATIONAL.....	17 064	53 874	15 227	86 165

En psychiatrie, les dernières statistiques disponibles font état de 137 785 lits dont 13 088 lits privés, soit 9 %.

**PSYCHIATRIE — ÉQUIPEMENT PUBLIC ET PRIVÉ — 1978**

Régions	Lits publics	Lits privés	Total des lits
ALSACE.....	4 035	64	4 099
AQUITAINE.....	5 932	1 026	6 958
AUVERGNE.....	4 172	268	4 440
BOURGOGNE.....	3 905	320	4 225
BRETAGNE.....	9 669	783	10 452
CENTRE.....	4 695	1 944	6 579
CHAMPAGNE-ARDENNES.....	2 741	36	2 777
FRANCHE-COMTÉ.....	3 327	10	3 337
LANGUEDOC-ROUSSILLON.....	5 591	1 391	6 982
LIMOUSIN.....	2 729	76	2 805
LORRAINE.....	7 311	158	7 469
MIDI-PYRÉNÉES.....	7 458	1 119	8 577
NORD.....	6 886	129	7 015
BASSE-NORMANDIE.....	3 748	—	3 748
HAUTE-NORMANDIE.....	2 089	—	2 089
PAYS-DE-LOIRE.....	6 021	294	6 315
PICARDIE.....	5 466	125	5 591
POITOU-CHARENTES.....	3 270	53	3 323
PROVENCE, COTE D'AZUR.....	7 167	1 853	9 020
CORSE.....	389	—	389
RHONE-ALPES.....	9 748	1 590	11 388
ILE-DE-FRANCE.....	18 408	1 799	20 207
TOTAL.....	124 697	13 088	137 785

• **Long séjour autre que psychiatrique**

En ce qui concerne l'équipement en lits long séjour, on recense actuellement au niveau national 38 536 lits.

Cet équipement est essentiellement public.

La répartition régionale est donnée par le tableau ci-dessous :

Régions	Lits	Régions	Lits
ALSACE.....	875	MIDI-PYRÉNÉES.....	488
AQUITAINE.....	1 622	NORD-PAS-DE-CALAIS.....	2 282
AUVERGNE.....	1 110	BASSE-NORMANDIE.....	968
BOURGOGNE.....	1 505	HAUTE-NORMANDIE.....	1 846
BRETAGNE.....	3 200	PAYS-DE-LOIRE.....	3 717
CENTRE.....	2 108	PICARDIE.....	1 239
CHAMPAGNE-ARDENNES...	614	POITOU-CHARENTES.....	1 234
FRANCHE-COMTÉ.....	684	PROV.-COTE D'AZUR.....	1 020
ILE-DE-FRANCE.....	4 089	RHONE-ALPES.....	6 548
LANGUEDOC-ROUSSILLON.	975		
LIMOUSIN.....	1 550		
LORRAINE.....	932		

**II. — RÉPARTITION ENTRE COURT, MOYEN ET LONG SÉJOUR**

En 1980, sur un total de 599 670 lits hospitaliers, on distingue :

• **Court séjour :**

- 164 338 lits de médecine.
- 139 906 lits de chirurgie.
- 32 940 lits de gynécologie-obstétrique.

Soit pour l'ensemble des disciplines court séjour 337 184 lits, soit 56 % de l'équipement total.

• **En moyen séjour :**

- 17 064 lits de réadaptation fonctionnelle.
- 53 874 lits de repos, régime, convalescence.
- 15 227 lits de lutte anti-tuberculeuse.

Soit 86 165 lits qui représentent 14 % de l'équipement total.

• **En long séjour :**

- 137 785 lits psychiatriques.
- 38 536 lits long séjour.

Soit 176 321 lits qui représentent 29 % de l'équipement total.

### III. — ÉVOLUTION DU NOMBRE DE LITS HOSPITALIERS AU COURS DES DIX DERNIÈRES ANNÉES

Entre 1971 et 1980, le nombre de lits hospitaliers est passé de 532 500 toutes catégories confondues à 599 670 soit une augmentation de 12,6 %.

Cette augmentation est de 7,5 % pour les disciplines de court séjour. (Médecine, chirurgie, gynécologie-obstétrique), le nombre de lits dans ces 3 disciplines étant passé de 313 700 à 337 184.

Elle est de 23,6 % pour le moyen et le long séjour, le nombre de lits pour ces deux disciplines étant passé de 100 900 à 124 701. Cette augmentation s'explique en grande partie par la transformation de lits d'hospice, qui n'étaient pas considérés comme des lits d'hospitalisation en lits de long séjour médicalisés.

Elle est de 16,9 % en psychiatrie, le nombre de lits étant passé de 117 900 à 137 785.

ANNEXE II

ÉQUIPEMENT EN FAVEUR DE LA PETITE ENFANCE

TABLEAU N° 1

CRÈCHES COLLECTIVES - SITUATION AU 1<sup>er</sup> JANVIER 1979

REGIONS ET DEPARTEMENTS	NOMBRE D'ETABLISSEMENTS	NOMBRE DE PLACES
75 - Ville de Paris .....	152	8 187
77 - Seine-et-Marne .....	9	410
78 - Yvelines .....	18	847
91 - Essonne .....	20	1 140
92 - Hauts de Seine .....	117	6 508
93 - Seine-Saint-Denis .....	100	5 544
94 - Val-de-Marne .....	82	4 569
95 - Val d'Oise .....	16	901
<b>ILE DE FRANCE</b> .....	<b>514</b>	<b>28 106</b>
09 - Ardennes .....	4	170
10 - Aube .....	9	395
51 - Marne .....	20	1 391
52 - Haute-Marne .....	4	176
<b>CHAMPAGNE-ARDENNES</b> .....	<b>37</b>	<b>2 132</b>
02 - Aisne .....	2	65
60 - Oise .....	12	426
80 - Somme .....	5	230
<b>PICARDIE</b> .....	<b>19</b>	<b>721</b>
27 - Eure .....	6	273
76 - Seine-Maritime .....	13	551
<b>HAUTE-NORMANDIE</b> .....	<b>19</b>	<b>824</b>

REGIONS ET DEPARTEMENTS	NOMBRE D'ETABLIS- SEMENTS	NOMBRE DE PLACES
18 - Cher .....	2	100
28 - Eure-et-Loir .....	8	440
36 - Indre .....	—	—
37 - Indre-et-Loire .....	10	614
41 - Loir-et-Cher .....	8	380
45 - Loiret .....	18	809
<b>CENTRE</b> .....	46	2 343
14 - Calvados .....	16	851
50 - Manche .....	2	74
61 - Orne .....	1	14
<b>BASSE-NORMANDIE</b> .....	19	939
21 - Côte d'Or .....	10	384
58 - Nièvre .....	4	197
71 - Saône-et-Loire .....	6	250
89 - Yonne .....	4	185
<b>BOURGOGNE</b> .....	24	1 016
59 - Nord .....	32	1 501
62 - Pas-de-Calais .....	10	439
<b>NORD-PAS-DE-CALAIS</b> .....	42	1 940
54 - Meurthe-et-Moselle .....	18	958
55 - Meuse .....	3	200
57 - Moselle .....	4	150
88 - Vosges .....	9	327
<b>LORRAINE</b> .....	34	1 635
67 - Bas-Rhin .....	10	595
68 - Haut-Rhin .....	8	469
<b>ALSACE</b> .....	18	1 064
25 - Doubs .....	8	430
39 - Jura .....	4	130
70 - Haute-Saône .....	2	38
90 - Territoire de Belfort .....	7	319
<b>FRANCHE-COMTÉ</b> .....	21	917



REGIONS ET DEPARTEMENTS	NOMBRE D'ETABLIS- SEMENTS	NOMBRE DE PLACES
44 - Loire-Atlantique .....	12	621
49 - Maine-et-Loire .....	8	374
55 - Mayenne .....	6	289
72 - Sarthe .....	3	105
85 - Vendée .....	3	190
<b>PAYS-DE-LA LOIRE</b> .....	32	1 579
22 - Côtes du Nord .....	1	28
29 - Finistère .....	8	420
35 - Ille-et-Vilaine .....	5	269
56 - Morbihan .....	7	320
<b>BRETAGNE</b> .....	21	1 037
16 - Charente .....	12	555
17 - Charente-Maritime .....	3	145
79 - Deux-Sèvres .....	7	235
85 - Vienne .....	5	150
<b>POITOU-CHARENTES</b> .....	27	1 085
24 - Dordogne .....	11	584
33 - Gironde .....	21	1 053
40 - Landes .....	6	246
47 - Lot-et-Garonne .....	5	260
64 - Pyrénées-Atlantiques .....	6	274
<b>AQUITAINE</b> .....	49	2 417
09 - Ariège .....	—	—
12 - Aveyron .....	2	129
31 - Haute-Garonne .....	15	770
32 - Gers .....	—	—
46 - Lot .....	2	60
65 - Hautes-Pyrénées .....	6	222
81 - Tarn .....	5	244
82 - Tarn-et-Garonne .....	2	78
<b>MIDI-PYRENEES</b> .....	32	1 503
19 - Corrèze .....	4	135
23 - Creuse .....	2	80
87 - Haute-Vienne .....	9	429
<b>LIMOUSIN</b> .....	15	644

REGIONS ET DEPARTEMENTS	NOMBRE D'ETABLIS- SEMENTS	NOMBRE DE PLACES
01 - Ain .....	1	12
07 - Ardèche .....	—	—
26 - Drôme .....	6	297
36 - Isère .....	21	905
42 - Loire .....	10	264
69 - Rhône .....	43	1 568
73 - Savoie .....	2	105
74 - Haute-Savoie .....	2	90
<b>RHONE-ALPES</b> .....	<b>85</b>	<b>3 241</b>
03 - Allier .....	2	80
15 - Cantal .....	3	153
43 - Haute-Loire .....	—	—
63 - Puy-de-Dôme .....	10	627
<b>AUVERGNE</b> .....	<b>15</b>	<b>860</b>
11 - Aude .....	4	203
30 - Gard .....	9	440
34 - Hérault .....	14	674
48 - Lozère .....	2	77
65 - Pyrénées-Orientales .....	6	244
<b>LANGUEDOC-ROUSSILLON</b> .....	<b>35</b>	<b>1 638</b>
04 - Alpes-de-Haute-Provence .....	1	40
05 - Hautes-Alpes .....	2	160
06 - Alpes-Maritimes .....	16	947
13 - Bouches-du-Rhône .....	75	3 031
83 - Var .....	9	340
84 - Vaucluse .....	8	376
<b>PROVENCE-COTE D'AZUR</b> .....	<b>111</b>	<b>4 894</b>
20 - Corse du Sud .....	1	20
96 - Haute-Corse .....	1	30
<b>CORSE</b> .....	<b>2</b>	<b>50</b>
<b>FRANCE ENTIERE</b> .....	<b>1 217</b>	<b>60 533</b>

TABLEAU N° 2

**CRÈCHES FAMILIALES - SITUATION AU 1<sup>er</sup> JANVIER 1979**

REGIONS ET DEPARTEMENTS	NOMBRE DE CENTRES	NOMBRE D'ASSIS- TANTES MATER- NELLES
75 - Ville de Paris .....	8	249
77 - Seine-et-Marne .....	16	416
78 - Yvelines .....	38	1 693
91 - Essonne .....	33	1 424
92 - Hauts de Seine .....	25	1 025
93 - Seine-Saint-Denis .....	9	269
94 - Val-de-Marne .....	12	435
95 - Val d'Oise .....	28	1 104
<b>ILE-DE-FRANCE</b> .....	<b>169</b>	<b>6 615</b>
08 - Ardennes .....	2	48
10 - Aube .....	9	225
51 - Marne .....	5	130
52 - Haute-Marne .....	3	84
<b>CHAMPAGNE-ARDENNES</b> .....	<b>19</b>	<b>487</b>
02 - Aisne .....	3	171
60 - Oise .....	11	458
80 - Somme .....	1	19
<b>PICARDIE</b> .....	<b>15</b>	<b>648</b>
27 - Eure .....	5	220
76 - Seine-Maritime .....	3	62
<b>HAUTE-NORMANDIE</b> .....	<b>8</b>	<b>282</b>
18 - Cher .....	1	119
28 - Eure-et-Loir .....	4	192
36 - Indre .....	1	70
37 - Indre-et-Loire .....	7	251
41 - Loir-et-Cher .....	2	61
45 - Loiret .....	6	418
<b>CENTRE</b> .....	<b>21</b>	<b>1 111</b>

REGIONS ET DEPARTEMENTS	NOMBRE DE CENTRES	NOMBRE D'ASSIS- TANTES MATER- NELLES
14 - Calvados .....	4	201
50 - Manche .....	4	242
61 - Orne .....	2	130
<b>BASSE-NORMANDIE</b> .....	10	573
21 - Côte d'Or .....	4	103
58 - Nièvre .....	—	—
71 - Saône-et-Loire .....	10	632
89 - Yonne .....	2	76
<b>BOURGOGNE</b> .....	16	811
59 - Nord .....	5	196
62 - Pas-de-Calais .....	6	208
<b>NORD-PAS-DE-CALAIS</b> .....	11	404
54 - Meurthe-et-Moselle .....	4	256
55 - Meuse .....	—	—
57 - Moselle .....	1	101
98 - Vosges .....	2	177
<b>LORRAINE</b> .....	7	534
67 - Bas-Rhin .....	6	273
68 - Haut-Rhin .....	1	25
<b>ALSACE</b> .....	7	298
25 - Doubs .....	8	280
39 - Jura .....	3	89
70 - Haute-Saône .....	2	61
90 - Territoire de Belfort .....	1	42
<b>FRANCHE-COMTÉ</b> .....	14	472
44 - Loire-Atlantique .....	—	362
49 - Maine-et-Loire .....	5	198
55 - Mayenne .....	2	54
72 - Sarthe .....	1	28
85 - Vendée .....	2	55
<b>PAYS-DE-LA LOIRE</b> .....	17	697

REGIONS ET DEPARTEMENTS	NOMBRE DE CENTRES	NOMBRE D'ASSIS- TANTES MATER- NELLES
22 - Côtes du Nord .....	2	109
29 - Finistère .....	5	260
35 - Ille-et-Vilaine .....	8	434
56 - Morbihan .....	1	20
<b>BRETAGNE</b> .....	16	832
16 - Charente .....	2	83
17 - Charente-Maritime .....	3	227
79 - Deux-Sèvres .....	—	—
85 - Vienne .....	10	244
<b>POITOU-CHARENTES</b> .....	15	554
24 - Dordogne .....	2	69
33 - Gironde .....	18	1 050
40 - Landes .....	—	—
47 - Lot-et-Garonne .....	2	47
64 - Pyrénées-Atlantiques .....	2	450
<b>AQUITAINE</b> .....	24	1 616
09 - Ariège .....	—	—
12 - Aveyron .....	2	62
31 - Haute-Garonne .....	18	717
32 - Gers .....	2	62
46 - Lot .....	1	25
65 - Hautes-Pyrénées .....	2	18
81 - Tarn .....	2	285
82 - Tarn-et-Garonne .....	—	—
<b>MIDI-PYRENEES</b> .....	27	1 169
19 - Corrèze .....	4	176
23 - Creuse .....	—	—
87 - Haute-Vienne .....	2	70
<b>LIMOUSIN</b> .....	6	246
01 - Ain .....	3	107
07 - Ardèche .....	2	106
26 - Drôme .....	7	207
38 - Isère .....	13	341
42 - Loire .....	2	40
69 - Rhône .....	9	305
73 - Savoie .....	3	209
74 - Haute-Savoie .....	10	375
<b>RHONE-ALPES</b> .....	49	1 690

REGIONS ET DEPARTEMENTS	NOMBRE DE CENTRES	NOMBRE D'ASSIS- TANTES MATER- NELLES
03 - Allier .....	2	133
15 - Cantal .....	2	74
43 - Haute-Loire .....	1	60
63 - Puy-de-Dôme .....	7	280
<b>AUVERGNE</b> .....	12	547
11 - Aude .....	1	38
30 - Gard .....	1	36
34 - Hérault .....	3	191
48 - Lozère .....	—	—
65 - Pyrénées-Orientales .....	2	87
<b>LANGUEDOC-ROUSSILLON</b> .....	7	352
04 - Alpes-de-Haute-Provence .....	—	—
05 - Hautes-Alpes .....	1	57
06 - Alpes-Maritimes .....	1	90
13 - Bouches-du-Rhône .....	5	177
83 - Var .....	1	25
84 - Vaucluse .....	2	99
<b>PROVENCE-COTE D'AZUR</b> .....	10	448
20 - Corse du Sud .....	—	—
96 - Haute-Corse .....	—	—
<b>CORSE</b> .....	—	—
<b>FRANCE ENTIERE</b> .....	480	20 386

TABLEAU N° 3

GARDERIES, JARDINS D'ENFANTS, HALTES GARDERIES

SITUATION AU 1<sup>er</sup> JANVIER 1978

REGIONS ET DEPARTEMENTS	GARDERIES ET JARDINS D'ENFANTS		HALTES GARDERIES
	Etablissements	Places	
75 - Ville de Paris .....	62	3 315	25
77 - Seine-et-Marne .....	3	158	10
78 - Yvelines .....	3	80	47
91 - Essonne .....	2	30	28
92 - Hauts de Seine .....	21	939	33
93 - Seine-Saint-Denis .....	11	600	22
94 - Val-de-Marne .....	13	746	14
95 - Val d'Oise .....	10	340	23
<b>ILE DE FRANCE</b> .....	125	6 208	202
08 - Ardennes .....	1	40	1
10 - Aube .....	1	25	4
51 - Marne .....	6	115	16
52 - Haute-Marne .....	—	—	1
<b>CHAMPAGNE-ARDENNES</b> .....	8	180	22
02 - Aisne .....	1	88	2
60 - Oise .....	8	263	15
80 - Somme .....	2	70	6
<b>PICARDIE</b> .....	11	421	23
27 - Eure .....	1	60	6
76 - Seine-Maritime .....	—	—	46
<b>HAUTE-NORMANDIE</b> .....	1	60	52
18 - Cher .....	2	85	3
28 - Eure-et-Loir .....	—	—	4
36 - Indre .....	3	200	6
37 - Indre-et-Loire .....	—	—	8
41 - Loir-et-Cher .....	—	—	3
45 - Loiret .....	4	109	17
<b>CENTRE</b> .....	9	394	41

REGIONS ET DEPARTEMENTS	GARDERIES ET JARDINS D'ENFANTS		HALTES GARDERIES
	Etalissements	Places	
14 - Calvados .....	3	150	14
50 - Manche .....	1	13	9
61 - Orne .....	—	—	4
<b>BASSE-NORMANDIE</b> .....	4	163	27
21 - Côte d'Or .....	10	250	19
58 - Nièvre .....	—	—	3
71 - Saône-et-Loire .....	3	100	14
89 - Yonne .....	3	75	9
<b>BOURGOGNE</b> .....	16	425	45
59 - Nord .....	7	393	27
62 - Pas-de-Calais .....	1	30	8
<b>NORD-PAS-DE-CALAIS</b> .....	8	423	35
54 - Meurthe-et-Moselle .....	6	160	6
55 - Meuse .....	2	24	2
57 - Moselle .....	7	250	29
88 - Vosges .....	14	401	—
<b>LORRAINE</b> .....	29	835	37
67 - Bas-Rhin .....	22	1 691	9
68 - Haut-Rhin .....	16	653	20
<b>ALSACE</b> .....	38	2 344	29
25 - Doubs .....	2	70	15
39 - Jura .....	1	40	3
70 - Haute-Saône .....	—	—	1
90 - Territoire de Belfort .....	—	—	2
<b>FRANCHE-COMTE</b> .....	3	110	21
44 - Loire-Atlantique .....	—	—	22
49 - Maine-et-Loire .....	1	120	14
55 - Mayenne .....	—	—	2
72 - Sarthe .....	1	25	10
85 - Vendée .....	—	—	1
<b>PAYS DE LA LOIRE</b> .....	2	145	49



REGIONS ET DEPARTEMENTS	GARDERIES ET JARDINS D'ENFANTS		HALTES GARDERIES
	Etablissements	Places	
22 - Côtes du Nord .....	—	—	6
29 - Finistère .....	1	526	9
35 - Ille-et-Vilaine .....	1	35	19
56 - Morbihan .....	1	15	7
<b>BRETAGNE</b> .....	3	576	41
16 - Charente .....	3	65	1
17 - Charente-Maritime .....	—	—	1
79 - Deux-Sèvres .....	2	66	—
85 - Vienne .....	—	—	3
<b>POITOU-CHARENTES</b> .....	5	131	5
24 - Dordogne .....	1	20	4
33 - Gironde .....	5	320	18
40 - Landes .....	2	90	1
47 - Lot-et-Garonne .....	2	42	2
64 - Pyrénées-Atlantiques .....	3	110	8
<b>AQUITAINE</b> .....	13	582	33
09 - Ariège .....	—	—	2
12 - Aveyron .....	—	—	3
31 - Haute-Garonne .....	2	85	17
32 - Gers .....	—	—	1
46 - Lot .....	—	—	2
65 - Hautes-Pyrénées .....	2	46	5
81 - Tarn .....	1	20	11
82 - Tarn-et-Garonne .....	—	—	3
<b>MIDI-PYRENEES</b> .....	5	151	44
19 - Corrèze .....	2	100	3
23 - Creuse .....	1	46	—
87 - Haute-Vienne .....	1	45	1
<b>LIMOUSIN</b> .....	4	191	4
01 - Ain .....	—	—	10
07 - Ardèche .....	—	—	4
26 - Drôme .....	4	282	11
38 - Isère .....	8	230	36
42 - Loire .....	2	85	26
69 - Rhône .....	9	283	88
73 - Savoie .....	—	—	10
74 - Haute-Savoie .....	—	—	11
<b>RHONE-ALPES</b> .....	23	880	196

REGIONS ET DEPARTEMENTS	GARDERIES ET JARDINS D'ENFANTS		HALTES GARDERIES
	Etablissements	Places	
03 - Allier .....	—	—	5
15 - Cantal .....	—	—	—
43 - Haute-Loire .....	—	—	—
63 - Puy-de-Dôme .....	1	180	5
<b>Auvergne</b> .....	1	180	10
11 - Aude .....	—	—	1
30 - Gard .....	3	60	10
34 - Hérault .....	3	125	12
48 - Lozère .....	—	—	—
65 - Pyrénées-Orientales .....	11	279	4
<b>LANGUEDOC-ROUSSILLON</b> .....	17	464	27
04 - Alpes-de-Haute-Provence .....	1	20	1
05 - Hautes-Alpes .....	1	40	2
06 - Alpes-Maritimes .....	16	719	10
13 - Bouches-du-Rhône .....	14	658	51
83 - Var .....	18	595	11
84 - Vaucluse .....	—	—	6
<b>PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR</b> .....	50	2 032	81
20 - Haute-Corse .....	3	75	2
20 - Corse du Sud .....	5	200	1
<b>CORSE</b> .....	8	275	3
<b>FRANCE METROPOLITAINE</b> .....	383	17 170	1 027