

SÉNAT

PREMIERE SESSION ORDINAIRE DE 1985-1986

Annexe au procès-verbal de la séance du 21 novembre 1985.

AVIS

PRÉSENTÉ

au nom de la commission des Affaires sociales (1), sur le projet de loi de finances pour 1986, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE.

TOME II

SANTÉ ET ACTION SOCIALE

Par M. Jean CHÉRIOUX,

Sénateur.

(1) *Cette Commission est composée de : MM. Jean-Pierre Fourcade, président ; Bernard Lemarié, Jean-Pierre Cantegrit, Jean Chérioux, Robert Schwint, vice-présidents ; Hubert d'Andigné, Roger Lise, Hector Viron, Mme Cécile Goldet, secrétaires ; MM. Jean Amelin, José Balarello, Pierre Bastié, Jean-Paul Bataille, Mme Marie-Claude Beaudeau, MM. Henri Belcour, Jean Béranger, Guy Besse, André Bohl, Charles Bonifay, Jean-Marie Bouloux, Louis Boyer, Louis Caiveau, Marc Castex, Jean Cauchon, Henri Collard, Georges Dagonia, Marcel Debarge, Charles Descours, André Diligent, Franz Duboscq, Marcel Gargar, Claude Huriet, Roger Husson, André Jouany, Louis Lazuech, Pierre Louvot, Jacques Machet, Jean Madelain, André Méric, Michel Moreigne, Arthur Moulin, Lucien Neuwirth, Marc Plantegenest, Henri Portier, André Rabineau, Gérard Roujas, Olivier Roux, Edouard Soldani, Paul Souffrin, Louis Souvet, Georges Treille.*

Voir les numéros :

Assemblée nationale (7^e législ.) : 2951 et annexes, 2987 (annexes n° 2 et 3), 2988 (tomes I et II) et in-8° 895.

Sénat : 95 et 96 (annexes n° 1 et 2) (1985-1986).

Loi de finances. — Aide sociale - Hôpitaux - Pauvreté - Santé.

SOMMAIRE

	Pages
TRAVAUX DE LA COMMISSION	5
INTRODUCTION	7
PREMIÈRE PARTIE : PRÉSENTATION DES CRÉDITS SANTÉ-SOLIDARITÉ NATIONALE POUR 1986, QUI TRADUISENT UN DÉSENGAGEMENT DE L'ÉTAT	9
A. — Les modifications de structure du budget santé-solidarité nationale	9
1. <i>Les transferts opérés du budget sur les comptes de la sécurité sociale</i>	9
a) Réforme du financement de la sectorisation psychiatrique	9
b) Prise en charge par la sécurité sociale des cotisations d'assurance maladie des bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (A.A.H.)	10
c) Un nouveau mécanisme de compensation entre les régimes spéciaux de sécurité sociale	11
2. <i>Le jeu d'écritures concernant l'allocation aux adultes handicapés (A.A.H.)</i>	11
B. — Examen des crédits de fonctionnement	12
1. <i>Services généraux</i>	12
2. <i>Subventions d'équipement</i>	13
C. — Le resserrement des dépenses d'intervention sociale	14
1. <i>Une tendance générale</i>	14
2. <i>Des coupes drastiques pour certains secteurs d'action sociale</i>	16
D. — La diminution dramatique des crédits d'intervention et d'équipements dans le domaine sanitaire	18
1. <i>La stagnation des crédits d'intervention sanitaire</i>	18
2. <i>La diminution dramatique des crédits d'équipements</i>	22
DEUXIÈME PARTIE : LA DÉSORGANISATION DES STRUCTURES HOSPI- TALIÈRES QUI RÉSULTE DES MESURES ADOPTÉES DEPUIS 1981	25
A. — Les caractéristiques du dispositif médical français	25
1. <i>La qualité de l'exercice libéral en matière de médecine ambulatoire</i>	25
2. <i>Le rappel des efforts entrepris en matière de politique hospitalière</i>	27

B. — La désorganisation profonde de nos structures médicales depuis 1981	29
1. <i>Rappel des réformes votées depuis 1981 - Un bouleversement sans précédent</i>	29
a) Réformes quant aux professions médicales et para-médicales	29
- Professions médicales	29
- Professions para-médicales	31
b) Réformes quant aux structures hospitalières	31
- La suppression du secteur privé	31
- La départementalisation hospitalière	32
2. <i>Le « garrottage » financier</i>	33
a) La réforme du financement. — L'introduction de la dotation globale de financement	34
b) Les insuffisances quant à la progression de la dotation globale de financement	36
c) Le projet de décret modifiant l'article 40 du décret du 11 août 1983 ..	38
d) La diminution spectaculaire des investissements en matière d'équipements sanitaires	39
TROISIÈME PARTIE : LES INCOHÉRENCES DE LA POLITIQUE MENÉE DEPUIS 1981 EN MATIÈRE D'ACTION SOCIALE	45
A. — Le rappel des mises en garde de votre commission des affaires sociales	45
1. <i>Les inconnues de la décentralisation</i>	45
2. <i>La préservation de l'acquis en matière d'action sociale</i>	45
B. — Depuis 1981 les incohérences de la politique gouvernementale en matière d'action sociale	48
1. <i>La réforme en profondeur des structures participant à l'action sociale et les dangers de cette réforme</i>	48
a) Rappel du contenu de la réforme relative à la répartition des compétences	48
b) Les dangers liés à la réforme	50
2. <i>Les insuffisances de la politique menée en faveur des handicapés</i>	54
a) Le coup de frein aux prestations	54
b) La remise en cause de la politique d'aide à domicile	55
c) Les insuffisances de la politique d'hébergement	55
3. <i>Les incohérences de la politique menée en faveur des personnes âgées</i>	56
a) Les inquiétudes quant à la progression des prestations	56
b) Les limites de la politique du maintien à domicile	57
c) Les inquiétudes quant à la politique d'hébergement	59
C. — Le phénomène de nouvelle pauvreté qui illustre la faillite de notre système de protection sociale	60
a) Bilan du plan d'action arrêté en 1985 et perspectives pour 1986	60
b) Les causes du phénomène de nouvelle pauvreté : la faillite de notre système de protection sociale	63
CONCLUSION	66

TRAVAUX DE LA COMMISSION

Dans sa séance du 19 novembre 1985, sous la présidence de M. Jean-Pierre Fourcade, puis de M. Olivier Roux, la commission a entendu l'avis proposé par **M. Chérioux** sur les **crédits santé-aide sociale** du projet de loi de finances pour 1986. Le rapporteur a tout d'abord présenté l'ensemble des crédits en faisant apparaître les transferts de dépenses du budget de l'Etat sur les comptes de la sécurité sociale : financement de la sectorisation psychiatrique, cotisations d'assurance maladie des bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés, compensation entre les régimes spéciaux de sécurité sociale. Au-delà de ces transferts, on peut noter un resserrement des crédits d'intervention sociale (— 14 % en volume sur deux ans) et une diminution particulièrement dramatique des dépenses d'investissements dans le secteur sanitaire. Les crédits de paiement diminuent de 48 % en ce qui concerne les équipements directs et de 56,9 % en ce qui concerne les subventions. Cette diminution dramatique pèsera lourdement dans l'avenir sur la politique d'équipements hospitaliers.

M. Chérioux a, ensuite, au travers d'un bilan de législation, rappelé les bouleversements qu'avaient connus les structures hospitalières résultant de réformes de structures d'envergure : réforme des études médicales, nouveau statut des praticiens hospitaliers, suppression du secteur privé dans les hôpitaux, départementalisation hospitalière, introduction de la dotation globale de financement. Au-delà de ces réformes, il faut constater l'insuffisante progression de la dotation globale de financement qui à terme remet en cause la qualité de notre système de soins. Le rapporteur a ensuite dénoncé l'incohérence et la régression des mesures adoptées en matière d'action sociale. Ces dispositions succèdent à un train de mesures adoptées dans « l'euphorie » de 1981, et prennent pour cela un caractère d'autant plus inacceptable. Enfin, **M. Chérioux** a illustré son propos en dénonçant la faillite en ce qui concerne le chômage de notre système de protection sociale, ce qui explique l'extension du phénomène de pauvreté.

M. André Bohl est intervenu pour insister sur la double tutelle du département et de l'Etat sur certains établissements sociaux, sur la très faible progression des prix de journée des établissements sociaux et sur l'insuffisance des crédits d'équipements pour les sections de cure médicale.

MM. Boyer, Madelain et Caiveau sont revenus sur les difficultés de fonctionnement des hôpitaux. Pour certains d'entre eux, les ressources financières sont telles que la qualité des soins ne peut être assurée. Dans certains cas, on assiste à des refus de soins dans certains hôpitaux de deuxième et troisième catégories, faute de moyens financiers et techniques adaptés. A terme, ceci aggrave le déficit de la sécurité sociale lorsque les C.H.U. prennent en charge ce surcroît d'activité. **M. Moulin** a insisté sur les problèmes des personnels temporaires des hôpitaux publics et sur l'endettement très lourd vis-à-vis des fournisseurs au-delà de quarante-cinq jours.

De plus, **M. Madelain** s'est inquiété du refus de création de lits de long séjour.

M. Bonifay, sans souscrire aux conclusions du rapporteur, partage l'avis de **M. Chérioux** sur les dangers de la dotation globale de financement.

La commission a alors, sur les conclusions du rapporteur et à la majorité, rejeté les crédits santé-aide sociale pour 1986.

MESDAMES, MESSIEURS,

Cette année l'examen du projet de loi de finances apporte l'occasion, au-delà du strict examen des choix budgétaires arrêtés pour 1986, d'élargir notre réflexion à l'ensemble de la politique menée par le Gouvernement en matière sanitaire et sociale depuis 1981.

Premièrement, force est de constater que les crédits du ministère de la solidarité nationale souffrent de la politique d'austérité. Les choix retenus pour faire apparaître, à tout prix, une diminution des prélèvements obligatoires, vont à très moyen terme peser lourdement sur notre système de protection sociale. De plus, la baisse des crédits d'équipements du ministère de la santé, tant en ce qui concerne les crédits de paiement que les autorisations de programme, est gravement préoccupante pour l'avenir de notre système hospitalier. Cet exemple illustre les dangers pour les années à venir, du désengagement de l'Etat dans le domaine sanitaire et social.

Cette politique d'austérité et le désengagement de l'Etat ont des effets d'autant plus lourds qu'ils succèdent à un train de mesures et de dispositions adoptées dans l'euphorie de 1981, et avec lesquelles ils sont en complète contradiction.

Votre commission, face à ce projet de loi de finances, ne nie pas que le contexte économique actuel impose des mesures de rigueur, voire d'austérité dans certains secteurs.

Mais elle s'élève avec force contre le risque induit par ces dispositions de voir remis en cause le dispositif sanitaire et social que l'actuel Gouvernement a eu à gérer depuis juillet 1981.

Dès l'examen du projet de loi de finances pour 1982, le rapporteur de la commission des affaires sociales avait adressé une mise en garde solennelle aux ministres en exercice. Les premières mesures adoptées au cours de l'été, les déclarations d'intention, les programmes de gouvernement reposaient sur une volonté de rupture par rapport à la politique suivie antérieurement. Ce bouleversement pouvait remettre en cause les acquis fondamentaux de notre système de protection sanitaire et sociale, auquel l'ensemble des Français étaient profondément attachés. Pour mettre en garde contre ce désir de changement brutal, au cours du débat budgétaire qui s'est déroulé en décembre 1981, j'avais rappelé le contenu de notre système de protection.

*
**

Aujourd'hui, je constate que, malheureusement, nos mises en garde se sont révélées fondées. Les mesures adoptées ces dernières années ont désorganisé tant notre système hospitalier que nos mécanismes d'action sociale.

C'est pourquoi j'articulerai le propos de mon rapport autour de trois thèmes.

Tout d'abord, je ferai une présentation des crédits budgétaires consacrés, pour 1986, à la santé et à la solidarité nationale. Je m'attacherai ensuite à montrer comment, en quatre ans, et ce, tant en matière hospitalière qu'en ce qui concerne notre politique d'action sociale, les réformes apportées, les brutales restrictions budgétaires, ont remis en cause les acquis indéniables de notre dispositif sanitaire et social. J'illustrerai mon propos en dénonçant l'échec de notre système de protection sociale qui laisse se développer le phénomène de la nouvelle pauvreté.



PREMIÈRE PARTIE

PRÉSENTATION DES CRÉDITS SANTÉ-SOLIDARITÉ NATIONALE POUR 1986, QUI TRADUISENT UN DÉSENGAGEMENT DE L'ÉTAT

Il importe tout d'abord de rappeler que la structure des budgets du ministère de la solidarité nationale et du secrétariat d'Etat à la santé est profondément modifiée. Au-delà d'un effort de modernisation des administrations sociales, on ne peut que constater le resserrement des dépenses d'intervention sociale et la diminution très préoccupante des crédits sanitaires.

A. — LES MODIFICATIONS DE STRUCTURE DU BUDGET SANTÉ-SOLIDARITÉ NATIONALE

Le budget de la santé et de la solidarité nationale est profondément modifié pour 1986. Ceci résulte de transferts d'une part, et d'un jeu d'écritures d'autre part.

1. Les transferts opérés du budget sur les comptes de la sécurité sociale.

a) *Réforme du financement de la sectorisation psychiatrique (art. 67 du projet de loi de finances).*

En 1985, les crédits d'hygiène mentale étaient de 2.445 millions de francs (chap. 47-14, art. 40).

Désormais, ces crédits seront pris en charge par les régimes d'assurance maladie. Il s'agit du second volet d'une réforme, dont le premier avait été la reconnaissance légale du secteur psychiatrique

par un article de la loi portant diverses dispositions d'ordre social du 17 juillet 1985. A l'occasion du débat parlementaire sur ce texte, la commission avait protesté contre le procédé employé. La gravité du sujet, les problèmes soulevés par l'avenir de la psychiatrie, tant en ce qui concerne ses modalités thérapeutiques, son financement, ou le devenir des personnels, justifiaient la discussion d'un projet de loi d'ensemble, et non pas d'un seul article au sein d'un texte portant diverses dispositions d'ordre social.

Dans le projet de loi de finances pour 1986, l'article 67 prévoit que le financement de l'ensemble des dépenses de lutte contre les maladies mentales sera à la charge des régimes de base de l'assurance maladie.

Cette disposition relève d'une certaine logique, puisqu'elle unifie l'ensemble des dépenses psychiatriques permettant sans nul doute d'harmoniser et de mieux coordonner les différentes thérapeutiques de soins dispensés aux malades. Cependant, on peut s'interroger sur les capacités de l'assurance maladie à prendre en charge financièrement le rôle de prévention et de soins joué par le secteur extra-hospitalier. Ce rôle se traduit par des actions extrêmement variées pour lesquelles il sera très difficile de définir une prise en charge.

Plus généralement, on ne peut que constater que l'Etat se décharge sur les régimes d'assurance maladie, d'une responsabilité financière, et ce, sans aucune compensation pour la sécurité sociale. Est-ce à dire, qu'à terme ce sont les hôpitaux qui supporteront ce transfert ?

Cette réforme « à petits pas » impose l'examen prochain d'un projet de loi arrêtant des dispositions relatives à la compétence des établissements hospitaliers, au statut des personnels départementaux et à la prise en charge par les régimes d'assurance maladie.

Sans attendre ce projet de loi, votre rapporteur aura l'occasion de revenir sur les difficultés de la psychiatrie. L'évolution de ce secteur pourrait peser de façon déterminante sur les finances des collectivités locales, par le biais des dépenses d'aide sociale.

b) *Prise en charge par la sécurité sociale des cotisations d'assurance maladie des bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (A.A.H.).*

Jusqu'à présent la protection de ces personnes impliquait la prise en charge par l'Etat de leurs cotisations d'assurance maladie par le biais d'un remboursement aux régimes d'assurance maladie.

En 1985, cela représentait 1,8 milliard de francs (chap. 46-23).

Désormais les bénéficiaires de l'A.A.H. sont purement et simplement exonérés de cotisation d'assurance maladie. C'est donc un manque à gagner pour l'assurance maladie d'environ 1,8 milliard de francs, et par conséquent une charge nouvelle.

*c) Un nouveau mécanisme de compensation
entre les régimes spéciaux de sécurité sociale.*

● Les nouvelles modalités de ce mécanisme de compensation diminuent les subventions aux divers régimes de protection sociale, d'environ 4 milliards de francs (chap. 47-23).

● C'est en particulier la Caisse nationale des agents des collectivités locales et le régime d'E.D.F. qui prennent en charge cette compensation.

Ces transferts participent à la politique générale de diminution des engagements de l'Etat. Pour ce qui est des crédits santé solidarité nationale, ils entraînent une baisse importante de leur niveau.

Pour compenser cette diminution, il a également été procédé à un jeu d'écritures sur ces mêmes budgets.

2. Le jeu d'écritures concernant l'allocation aux adultes handicapés (A.A.H.).

Les crédits correspondant à la prise en charge par l'Etat de l'allocation aux adultes handicapés, servie par la Caisse nationale des allocations familiales, étaient jusqu'à présent inscrits sur le budget des charges communes (chap. 46-92).

Dans le projet de loi de finances pour 1986, ils sont transférés :

- d'une part, au budget de la solidarité nationale,
- d'autre part, au budget de l'agriculture

Mais globalement cette dotation est reconduite en termes constants par rapport à 1985.

Il faut donc examiner l'évolution des crédits du ministère de la solidarité nationale et du secrétariat d'Etat à la santé, à structures constantes afin d'en apprécier l'évolution réelle de 1985 à 1986.

B. — EXAMEN DES CRÉDITS DE FONCTIONNEMENT

1. Services généraux.

— D'une part, il convient d'examiner les crédits inscrits au fascicule services généraux qui regroupe les moyens de l'administration centrale des ministères des affaires sociales et du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, ainsi que les crédits de fonctionnement de statistiques et d'études générales de leurs services extérieurs respectifs.

Pour 1986, les crédits de cette section évoluent comme suit :

Francs	1985	1986	1986/1985 (en pourcentage)
Budget général D.O.	2.099.297,021	2.329.094,164	+ 10,9
C.P.	58.950,000	46.350,000	— 21,4
Total D.O. + C.P. (1)	2.158.247,021	2.375.644,164	+ 10
A.P. (1)	61.235,000	51.645,000	— 15,6

(1) D.O. : Dépenses ordinaires.

C.P. : Crédits de paiement - A.P. : Autorisation de programme.

Dans l'optique générale définie par le dernier ministre, l'effort de rigueur sera poursuivi en 1986 ; il implique notamment la mise en réserve de 1 % des emplois.

Mais au-delà de cet impératif de rigueur, l'objectif est à la modernisation des administrations sociales.

Un vigoureux effort de productivité sera nécessaire pour mettre en œuvre les directives du Gouvernement : à cet égard, la progression de 2,6 % des dépenses du titre III et de 10 % des crédits de l'ancienne « section commune » devrait permettre aux administrations sociales de faire face à leurs missions.

En matière de personnel, la suppression de 177 postes est l'occasion d'une redistribution des emplois qui permet de maintenir la cohérence de la structure des effectifs, notamment par suppression de corps en voie d'extinction.

Ce vigoureux effort de productivité s'accompagne de la poursuite de la remise à niveau des indemnités attribuées aux agents du ministère.

La modernisation des services devrait être sensible sur le plan informatique : 36 millions de francs de mesures nouvelles lui sont consacrés, dont 10,3 millions de francs pour les services extérieurs. Dans cette optique, l'administration centrale poursuivra sa stratégie bureautique : généralisation du traitement de textes ; implantation d'outils d'aide à la gestion ; enseignement assisté par ordinateur. Par ailleurs, son centre de traitement informatique sera considérablement renforcé. De même le ministère reçoit des moyens nouveaux pour le suivi et le développement de l'informatique hospitalière. Enfin, cette modernisation résolue se traduira, d'une part, par l'installation à Montpellier du laboratoire national de la santé, d'autre part, par la décentralisation à Rèze de la sous-direction des naturalisations.

Au sein des D.D.A.S.S., c'est l'ensemble des fonctions du nouveau service Etat qui sera pris en considération, la priorité étant donnée à l'informatisation du service de la tutelle des établissements sanitaires et sociaux.

2. Subventions d'équipement.

Enfin, on peut noter la progression des subventions de fonctionnement aux institutions suivantes :

— L'école nationale de la santé publique voit sa dotation progresser de 2,69 %. On peut rappeler à ce sujet que l'école de Rennes met en place depuis le 1^{er} janvier 1985 une réforme de la formation en début de carrière des cadres de la santé publique.

— L'I.N.S.E.R.M. (Institut national de santé et de recherche médicale) voit sa dotation progresser de 2,1 %.

L'essentiel des crédits qui lui sont attribués est en réalité inscrit au budget du ministère de la recherche et de la technologie.

La progression est la suivante :

1984 : 2,9 millions de francs ;

1985 : 3 millions de francs ;

pour 1986 : 3,1 millions de francs.

Enfin, les instituts nationaux pour jeunes sourds et aveugles voient également progresser leurs subventions :

1985 : 47,06 millions de francs ;

1986 : 48,66 millions de francs.

C. — LE RESSERREMENT DES DÉPENSES D'INTERVENTION SOCIALE

1. Une tendance générale.

Les instructions générales pour le projet de loi de finances pour 1986 imposent des économies de 15 % sur les crédits d'intervention et d'équipements.

Les économies atteignent ainsi 5,76 milliards de francs pour les interventions sociales.

Toujours en ce qui concerne les crédits d'intervention générale, on peut faire les remarques générales suivantes :

— Les crédits de la troisième partie *action éducative et culturelle* sont reconduits en 1986, au même niveau que celui atteint en 1985.

— A structure constante, les crédits de la sixième partie *action sociale, assistance et solidarité* diminuent de 1,2 % en 1986.

— A structure constante, les crédits de la septième partie *action sociale prévoyance* diminuent de 0,7 %.

EVOLUTION DES DÉPENSES D'INTERVENTIONS SOCIALES

(En milliers de francs.)

Catégories d'interventions	Imputation budgétaire	Crédits 1984	Crédits 1985	1985/1984 (en pourcentage)	Crédits 1986	Crédits 1986/1985 (en pourcentage)
Action sociale	Chapitre 46-41, article 20 : — — Chapitre 46-41, article 20 : Chapitre 47-21 : Programmes d'action sociale (sauf art. 70 et art. 80) Chapitre 47-21, article 70 : Lutte contre la pauvreté Chapitre 47-15 : — Lutte contre la toxicomanie — Dotations antérieures Chapitre 56-20 : Equipement social Chapitre 66-20 : Subventions d'équipement social (sauf art. 50)	14.354,2 526.758,2 » » 4.600 303.929 »	14.354,2 484.406,8 300.259,5 » 241.261,9 3.500 290.500 1.334.282,4	» — 8 » » — 23,9 — 4,4 »	14.354,2 424.406,8 300.259,5 276.861,9 9.000 456.500 1.481.382,4	» — 12,4 » + 14,7 » + 157,1 + 57,1 + 11
Action sociale	Chapitre 46-23, article 10 : Aide médicale Chapitre 46-24, articles 10 à 40 : Aide médicale aux sans domicile Chapitre 46-22 : Remboursement I.V.G. Chapitre 46-23, articles 20 et 40 : Aide sociale obligatoire Chapitre 46-24, articles 50 à 80 : Aide sociale aux sans domicile Chapitre 46-25 : Remboursement aux départements Chapitre 46-41, articles 10 et 30 : Services départementaux d'aide sociale	2.934.400,0 725.800,0 217.842,5 5.509.500,0 430.300,0 180.000,0 » 637.847,5 10.631.690,0	1.852.420,0 845.930,0 177.842,5 5.255.350,0 413.840,0 229.350,0 750.000,0 664.445,8 10.189.178,3	— 36,8 + 16,5 — 18,3 — 4,6 — 3,8 + 27,4 » + 4,8 — 4,1	419.610 850.230 200.000 5.328.645,9 440.940 243.980 798.700 773.715,7 9.055.821,6	— 77,3 + 0,5 + 12,4 + 1,4 + 6,5 + 6,3 + 6,5 + 16,4 — 11,1

(En millions de francs.)

Catégories d'interventions	Imputation budgétaire	Crédits 1984	Crédits 1985	1985/1984 (en pourcentage)	Crédits 1986	Crédits 1986/1985 (en pourcentage)
Formation des professions sociales	Chapitre 43-33 :					
	Formations professions sociales	375.621,3	370.971,3	— 1,2	370.471,3	— 0,1
	Chapitre 66-20 :					
	Subventions d'équipement social (art. 50 : formation)	3.271,0	1.000,0	— 69,4	4.500	+ 350
Formation des professions sociales	Chapitre 43-34 :					
	Bourses d'enseignement (art. 20 : professions sociales)	61.098,5	54.752,9	— 10,3	49.252,9	— 10
	Total	439.990,8	426.724,2	— 3,0	424.224,2	— 0,6
Action sociale en faveur des migrants	Chapitre 47-81 :					
	Travailleurs étrangers	130.483,8	113.623,8	— 12,9	346.187,8	+ 204
	Chapitre 47-82 :					
Migrants nationaux	633,5		»	»	»	
	Total	131.117,3	113.623,8	— 12,9	346.187,8	+ 204
Services extérieurs	Chapitre 43-41 :					
	Congrès et manifestations	227,9	227,9	»	227,9	»
	Total des interventions sociales	12.062.667,4	11.504.716,6	— 4,6	11.307.843,9	— 1,7

2. Des coupes drastiques pour certains secteurs d'action sociale.

● *Chapitre 43-33. — Professions sociales. — Formation :*

— Article 40-03. — Formation permanente des personnels dirigeants des associations : — 74,58 %.

— Article 20-03. — Stages destinés aux personnels apportant leurs concours aux personnes âgées : constants en francs courants, soit — 3,4 % en francs constants (cela témoigne de la limite politique apportée au maintien à domicile).

● *Chapitre 43-34. — Enseignement sanitaire et social. — Bourses diminution de — 3,19 %.*

● *Chapitre 46-23. — Action sociale obligatoire :*

— Article 20 (aide sociale) : + 1,39 % (soit environ — 2 % en francs constants). Les crédits inscrits à cet article semblent notamment destinés à financer le fonctionnement des établissements sociaux relevant de la compétence de l'Etat, en particulier :

- les centres de rééducation professionnelle non pris en charge par la sécurité sociale ;
 - les C.A.T. ;
 - les centres d'hébergement (foyers d'accueil et de réadaptation sociale) pour les personnes en situation d'inadaptation sociale, lesquels centres sont confrontés actuellement à la recrudescence des situations de pauvreté.
- *Chapitre 47-21. — Programme d'action sociale :*

Sur le total du chapitre, on constate une diminution de 9 %.

Tous les articles diminuent pour 1986 (sauf l'article 70-02 relatif au programme de lutte contre la pauvreté qui est stationnaire en francs courants) et plus particulièrement :

- Article 10-02 (action sociale générale) : — 4,40 % (— 2,160 millions de francs).
- Article 20-02 (réadaptation sociale) : — 25,13 % (en 1985, cet article enregistrait déjà une baisse de 32 %).
- Article 30-02 (action sociale en faveur des inadaptés et handicapés) : — 4,2 % (ligne sur laquelle sont financés les emplois d'auxiliaires de vie et les subventions aux C.R.E.A.I.I.).
- Article 40-02 (action sociale en faveur des personnes âgées) : — 25,89 % (en 1985, diminution de 34 %. Ligne budgétaire sur laquelle est financé l'ensemble des aides prévues dans le cadre du P.A.P. 15 et maintenues par la circulaire du 7 avril 1982 (amélioration à l'habitat, subventions de démarrage des services de soins à domicile...).
- Article 50-02 (divers organismes familiaux) : stationnaire.
- Article 60-02 (action sociale en faveur des enfants et des jeunes) : — 26,63 %.

Dans ce contexte de restrictions financières, on peut craindre que les objectifs définis par le IX^e Plan ne puissent être satisfaits et plus particulièrement :

- le développement des actions des comités consultatifs de promotion de la santé ;
- le développement du soutien à domicile en faveur des personnes handicapées ;
- l'adaptation du réseau d'établissements d'hébergement ;
- le soutien aux actions de participation des usagers dans le cadre associatif au développement des services collectifs.

D. — LA DIMINUTION DRAMATIQUE DES CRÉDITS D'INTERVENTION ET D'ÉQUIPEMENTS DANS LE DOMAINE SANITAIRE

Les économies demandées atteignent 3,18 milliards de francs pour les actions de santé.

A structures constantes, c'est-à-dire compte tenu des crédits consacrés à l'hygiène mentale, les dotations qui relèvent du secrétariat d'Etat à la santé diminuent de 23 % en 1986 par rapport à 1985.

1985 : 2,8 milliards de francs.

1986 : 2,1 milliards de francs.

Si les dépenses d'intervention dans le secteur sanitaire (titre IV) sont quasiment reconduites d'une année sur l'autre (— 0,69 %), ce sont les crédits d'équipements qui diminuent très fortement. Cette orientation, votre rapporteur aura l'occasion d'y revenir, pèsera lourdement sur l'avenir et le développement de nos structures hospitalières.

1. La stagnation des crédits d'intervention sanitaire.

• Un rapide survol des différents chapitres consacrés à la prévention et à la protection sanitaire permet de mieux prendre conscience de cette stagnation.

(En millions de francs.)

	1985	1986
Crédits d'intervention (titre IV) (hors hygiène mentale)	1.479,48	1.520,5

PROGRESSION DES INTERVENTIONS DU SECTEUR SANITAIRE
SUR 1984, 1985, 1986

Titre IV. — Interventions publiques en matière sanitaire.	1984	1985	1986	1986/1985 en pourcentage
Chapitre 43-31 : Professions médicales et para-médicales : actions spécifiques de formation	8.518,6	8.238,6	8.238,6	— 3,3
Chapitre 43-32 : Professions médicales et para-médicales : formation	456.702,2	443.702,2	443.702,2	— 2,8
Chapitre 43-34 : Bourses d'enseignement : professions para-médicales	131.420,4	117.927,5	117.927,5	— 10,2
Chapitre 47-13 : Protection et prévention sanitaire	180.694,8	154.194,8	130.374,9	— 27,8
Chapitre 47-14 : Actions et services obligatoires de santé (hors psychiatrie)	751.170	706.868	509.862,6	— 32,1
(Chapitre 47-15 : Lutte contre la toxicomanie)	»	»	(276.861,9)	— 49,4
Chapitre 47-51 : Subventions recherche, interventions pharmacie, médicament	43.795,2	37.276	22.142,5	
Chapitre 47-52 : Equipements hospitaliers et médicaux	12.774,1	11.274,1	11.274,1	— 11,7
Total	1.585.075,3	1.479.481,2	(1.520.384,3) hors transfert du chap.47-15 :	
			1.243.522,4	— 21,5

— Les crédits relatifs à la formation des personnels de santé sont reconduits en 1986, au même niveau qu'en 1985, en particulier, les crédits finançant les bourses. Le montant de ces dernières ne sera pas actualisé en 1986 (il reste fixé à 9.276 F) et leur bénéfice ne pourra donc pas être étendu à d'autres catégories d'étudiants, ce qui est regrettable.

— Le programme de protection et de prévention sanitaire enregistre une forte diminution.

(En millions de francs.)

	1985	1986
Chapitre 47-14	476,78	509,862

Moins 23 %, dont moins 14 % pour les programmes régionaux de prévention dont les crédits devaient servir à renforcer la régionalisation de la prévention assurée par les comités consultatifs régionaux de promotion de la santé et les observations régionaux nouvellement créés.

En ce qui concerne les subventions aux structures participant aux secours d'urgence, les crédits diminuent de 1 million de francs pour être fixés à 34,694 millions de francs pour 1986. Cette diminution est inquiétante au moment même où le Parlement examine le projet de loi relatif aux secours d'urgence et aux transports sanitaires. Est-ce à dire qu'en dépit de ses déclarations d'intention, l'Etat entend progressivement se décharger sur les collectivités territoriales du financement de l'aide médicale urgente ?

A noter que, pour 1985, ce chapitre enregistrait déjà une baisse de 17 % (dont moins 18,45 % pour les programmes régionaux de prévention).

— Les actions obligatoires de santé progressent très légèrement en 1986.

A structure constante, c'est-à-dire comme tenu du transfert des crédits d'hygiène mentale et du regroupement des crédits relatifs à la lutte contre la toxicomanie, la progression du chapitre 47-14 est la suivante :

(En millions de francs.)

	1985	1986
Chapitre 47-13. — Prévention sanitaire ..	161,274	130,874

— Il faut noter, et ce, dans un souci d'efficacité, le regroupement des crédits, hors formation, consacrés à la lutte contre la toxicomanie.

Il a ainsi été décidé d'accroître de 15 millions de francs les crédits en question et de *regrouper dans un même chapitre 47-15* des moyens auparavant dispersés. On peut, à ce sujet, rapporter ici le contenu de la politique d'ensemble proposée par M. Karsenty, président de la mission interministérielle de lutte contre la toxicomanie (M.I.L.T.), lors du Conseil des ministres du 25 septembre 1985.

La principale mesure proposée par la M.I.L.T. pour renforcer cément de l'arsenal répressif, un développement de la prévention et une meilleure prise en charge des toxicomanes.

— *Renforcer la répression.*

La principale mesure proposée par la M.I.L.T. pour renforcer la répression consiste en la création d'une incrimination spécifique permettant la répression du petit trafic. Il s'agit de rendre utilisable la procédure de comparution immédiate qui permettrait au parquet

de traduire sur-le-champ devant le tribunal un prévenu en cas de délit flagrant. Cela ne sera possible que si le délit de fourniture de stupéfiants à des personnes est punissable d'un emprisonnement de un à quinze ans, et non plus de deux à dix ans comme la législation actuelle. La M.I.L.T. souhaite développer le contrôle judiciaire en l'adaptant au mieux au cas des toxicomanes (traitements, cures de désintoxication).

— *Mieux prévenir et mieux prendre en charge.*

Le plan gouvernemental ne se limite pas à renforcer la répression. La majorité des trente et une propositions concerne la prévention.

En juin 1985, l'ouverture de quinze centres d'accueil et d'information à l'usage des parents a été décidée. En 1986, six nouveaux centres devraient être créés. Pour répondre aux difficultés de financements des clubs de prévention résultant de la décentralisation, la loi particulière actuellement en préparation doit définir les modalités de contrôle et de financement de leurs actions. On peut à ce sujet remarquer que si la toxicomanie reste de la compétence de l'Etat, les clubs de prévention qui participent à la lutte contre la toxicomanie sont à la charge des départements. Encore un transfert indu ?

Toujours pour prévenir la toxicomanie, une attention toute particulière doit être portée sur la formation des adultes au contact avec les jeunes. En ce qui concerne les agents de l'éducation nationale, la M.I.L.T. propose que le thème de la toxicomanie soit intégré aux plans académiques de formation.

La mission veut mettre en place des instruments de communication avec les journalistes, les personnes au contact des adolescents et le grand public par des émissions audiovisuelles.

Pour la prise en charge médicale et sociale des toxicomanes, cinq centres d'accueil et de traitement viendront compléter les quatre-vingt-treize déjà ouverts entre 1971 et 1985.

Il existe cinquante établissements de postcure, mais le traitement des mineurs reste un point délicat. Un centre de « crise » pour adolescents toxicomanes d'une capacité de huit lits sera ouvert à Paris. La durée de séjour y sera brève (quinze jours à trois semaines).

La création d'« antenne toxicomanie » dans les principales maisons d'arrêt, sous le contrôle des centres médico-psychologiques régionaux (C.M.P.R.) doit permettre de préparer et d'inciter le toxicomane sevré durant son séjour à une véritable thérapie à sa sortie de prison.

La mission préconise la création de comités départementaux de lutte contre la toxicomanie placés sous la présidence des commissaires de la République.

2. La diminution dramatique des crédits d'équipements.

RÉPARTITION DES CRÉDITS BUDGÉTAIRES EN MATIÈRE D'INVESTISSEMENTS POUR 1984, 1985, 1986

(En milliers de francs.)

	1984		1985		1986		1986/1984 en pourcentage	
	A.P.	C.P.	A.P.	C.P.	A.P.	C.P.	A.P.	C.P.
Titre V.								
Chapitre 56-10 : Equipement sanitaire	13.000	19.000	15.000	15.500	*	8.000	*	— 57,9
Chapitre 56-90 : Etude et contrôle des opérations d'équipement	22.028	22.800	21.500	21.000	21.000	18.800	— 4,6	— 17,5
Titre VI.								
Chapitre 66-11 : Subventions d'équipement sanitaire	920.700	1.294.400	691.800	1.225.600	588.000	528.000	— 36,1	— 59,2
Chapitre 66-50 : Subventions d'équipement à la recherche médicale	15.938	15.576	9.980	9.980	9.000	9.000	— 43,5	— 42,2
Total des dépenses en capital ..	971.666	1.351.776	744.866	1.278.735	618.000	563.800	— 36,4	— 58,3

● En ce qui concerne les équipements sanitaires réalisés directement par l'Etat :

— le montant des autorisations de programme diminue de 100 % ;

— le montant des crédits de paiements diminue de 48 %.

● Les subventions de l'Etat en équipements sanitaires subissent une diminution du même ordre en ce qui concerne les crédits de paiement : — 56,9 %.

Les autorisations de programme diminuent de 15 %.

Ces orientations pèseront lourdement pour l'avenir, sur nos équipements hospitaliers :

— certes les capacités hospitalières n'ont pas à être développées, mais beaucoup d'hôpitaux auraient besoin d'être modernisés ;

— le secteur hospitalier doit améliorer le niveau de son plateau technique. Cet équipement bio-médical est indispensable au bon fonctionnement des hôpitaux français et au maintien de leurs performances.

La dramatique évolution des crédits inscrits au projet de loi de finances fait peser de lourdes menaces sur notre politique d'équipements hospitaliers.

Lorsque nous ferons, dans la suite de notre rapport, le bilan de la politique menée depuis 1981, au regard de ce qu'était notre plateau hospitalier au début de cette législation, nous reviendrons sur l'option arrêtée par le Gouvernement pour 1986. Sous couvert d'austérité et de rigueur, la diminution dramatique des crédits de paiement inscrits aux titres IV et V donne un coup de frein brutal à une politique d'équipements, qui avait permis, il est vrai, de rattraper un certain retard, notamment en ce qui concerne les appareils : scanners, angiographie numérisée, résonnance magnétique nucléaire...

Ce coup de frein qui interviendra dès l'année prochaine va se trouver prolongé dans les années à venir, lorsque l'on constate que les autorisations de programme diminuent également. Combien d'années faudra-t-il pour rattraper ce retard à nouveau créé ?

Ces considérations financières sont d'autant plus alarmantes que le dispositif juridique mis en place en 1984 par le Gouvernement n'a pas été supprimé. Une fois encore nous aurons l'occasion de dénoncer le contenu de la circulaire du 17 juillet 1984 sur les investissements hospitaliers.

La présentation des crédits santé solidarité nationale pour 1986 nous autorise à rappeler les mises en garde que nous aurions faites lors de la discussion du projet de loi de finances pour 1982. Ces mises en garde se sont malheureusement révélées exactes lorsqu'on fait le bilan de cette dernière législature dans le secteur sanitaire et social. Il convient maintenant, dans l'un et l'autre domaine de rappeler les orientations fondamentales auxquelles votre rapporteur était et est toujours profondément attaché et qui sont aujourd'hui remises en cause.



DEUXIÈME PARTIE

LA DÉSORGANISATION DES STRUCTURES SANITAIRES QUI RÉSULTE DES MESURES ADOPTÉES DEPUIS 1981

C'est avec constance que tous les ans, à l'occasion de la discussion du projet de loi de finances, nous avons dénoncé le caractère inutilement traumatisant des réformes de nos structures hospitalières. Nous pouvons redire qu'elles ont bouleversé un secteur qui avait déjà largement fait la preuve de son efficacité et de ses qualités.

Après avoir brièvement rappelé nos craintes émises en 1981 quant à la remise en cause de l'acquis, nous évoquerons les réformes tant structurelles que financières qui désorganisent aujourd'hui notre système.

A. — LES CARACTÉRISTIQUES DU DISPOSITIF MÉDICAL FRANÇAIS

1. La qualité de l'exercice libéral en matière de médecine ambulatoire.

a) Le rôle des médecins libéraux.

Sans attendre les déclarations parfois fracassantes de nos ministres de la santé depuis 1981, on ne peut que rappeler la participation de la médecine libérale à un « service d'intérêt public ». Le cadre conventionnel avait, en effet, permis le développement d'une médecine sociale, prenant en compte les inégalités devant la maladie et les soins.

Les médecins libéraux, bien loin de se cantonner au strict domaine des soins face à la maladie, ont développé des actions de prévention et d'éducation en matière de santé.

A l'automne 1981, on était loin d'une médecine libérale assimilable à une activité purement « marchande », voire « mercantile », comme certains souhaitaient le laisser entendre afin de justifier leurs réformes.

Dans ce contexte, nous ne pourrions que nous inquiéter des premières mesures adoptées, qui relevaient d'une volonté de rupture par rapport au passé.

b) Les premières mesures adoptées.

- Le blocage de toute sélection à l'entrée des études médicales.

La suppression du *numerus clausus* était envisagée, et le ministre de la santé déclarait, en octobre 1981, qu'on manquait de médecins du travail, de P.M.I. (protection maternelle et infantile), de médecins scolaires et de médecins inspecteurs de la santé.

Fort heureusement, le principe du *numerus clausus* a finalement été maintenu. Certes, il pose un certain nombre de problèmes au secteur hospitalier qui doit fonctionner avec un nombre réduit d'étudiants en médecine, notamment d'internes. En effet, la limitation par voie réglementaire du nombre de médecins, au moyen d'un *numerus clausus* à la fin de la première année d'études (P.C.E.M. 1), mise en place à compter de 1972 au niveau de 8 599 étudiants, est maintenue par les pouvoirs publics avec une évolution vers le bas à partir de 1979 pour arriver à 4.754 étudiants en 1984 et 1985 et à 4.500 pour les années ultérieures afin d'arriver à une stabilisation du nombre de médecins au milieu du siècle prochain.

Pour 1990, le nombre de postes d'internes pour les filières « médecine spécialisée », « santé publique » et « recherche » se situerait autour de 1.900 à 2.000, celui des internes en médecine générale autour de 2.500.

Sur ces bases, la densité des omnipraticiens passera de 92 pour 100.000 habitants en 1984 à 109 pour 100.000 habitants en 1989-1990 et à 116 pour 100.000 habitants en 1994. Ces derniers chiffres montrent, à l'évidence, qu'il eut été excessivement dangereux de supprimer cette sélection à l'entrée des études médicales.

- Le développement des centres de santé intégrés.

Ces centres ont pour but de mettre à la disposition de la population des structures pluridisciplinaires regroupant professionnels de santé et travailleurs sociaux.

Force est de constater que les premières réalisations en ce domaine ont été faites dans des régions surmédicalisées, sans consultation des professionnels intéressés.

2. Le rappel des efforts entrepris en matière de politique hospitalière.

Devant les critiques émises en 1981 à l'encontre de notre système hospitalier, la commission n'avait pas manqué de rappeler les efforts sans précédent accomplis en matière d'équipements et d'humanisation de ces structures hospitalières.

La commission pouvait faire ce rappel avec d'autant plus de liberté qu'au cours des années précédentes, elle avait jugé sévèrement certaines mesures drastiques adoptées, tout en reconnaissant qu'une plus grande rigueur dans la gestion budgétaire des hôpitaux était nécessaire.

Aujourd'hui, à l'heure du bilan de cette dernière législature, nous rappellerons l'effort d'équipement accompli jusqu'en 1981.

a) Le développement de nos capacités hospitalières.

C'est à partir de 1954 que furent effectuées les premières réalisations importantes, mais le grand essor date de 1962 et du IV^e Plan (3^e plan d'équipement sanitaire et social).

1962 : 37.000 lits créés.

1966-1970 : 40.000 lits créés.

A partir de 1970, ce sont sur les services médico-techniques que furent portés les efforts, et c'est en 1976 que le VIII^e Plan décidait une stabilisation du nombre de lits.

Au 1^{er} janvier 1981, les hôpitaux publics offraient plus de 440.000 lits et les établissements privés plus de 180.000.

Le tableau ci-dessous permet d'apprécier l'effort d'équipement consenti, et ce, par grande discipline.

**ÉVOLUTION DE LA CAPACITÉ HOSPITALIÈRE, PUBLIQUE ET PRIVÉE,
PAR GRANDE DISCIPLINE, DE 1963 A 1978**

	1-1-1963	1-1-1968	1-1-1973	1-1-1978	Taux d'évolution annuel entre 1963 et 1978
Court séjour :					
Public	188.200	199.100	213.100	218.100	+ 1,0
Privé	69.600	81.900	103.000	113.700	+ 3,3
Total	257.800	284.000	316.100	331.800	+ 1,7
Cancer	2.800	3.500	4.000	4.600	+ 3,3
Moyen-long séjour (1) :					
Public	16.200	17.700	24.900	39.800	+ 6,2
Privé	17.400	23.500	32.000	35.600	+ 4,9
Total	33.600	41.200	56.900	75.400	+ 5,5
Psychiatrie :					
Public	93.100	103.700	111.900	125.000	+ 2,0
<i>dont</i> : sections des hôpitaux généraux ..	(10.100)	(9.700)	(11.900)	(17.000)	+ 3,5
sections des hôpitaux autonomes	(83.300)	(94.000)	(100.000)	(108.000)	+ 1,8
Privé	6.000	10.000	14.100	16.000	+ 6,8
Total	99.100	113.700	126.000	141.000	+ 2,4
Tuberculose :					
Public	22.000	16.000	10.000	4.300	— 10,3
Privé	50.000	43.200	24.000	12.700	— 8,7
Total	72.000	59.200	34.000	17.000	— 9,2
Ensemble (non compris hospices et maisons de retraites publiques) :					
Public	319.500	336.500	359.900	387.200	+ 1,3
Privé	145.800	165.100	117.100	182.600	+ 1,5
Total	465.300	501.600	537.000	569.800	+ 1,4
Hospices et maisons de retraite publics :					
Sections des hôpitaux généraux	131.700	150.200	164.000	156.400	+ 1,2
Etablissements auto- nomes	66.000	72.300	88.400	98.500	+ 2,7
Total	197.700	222.500	252.400	254.900	+ 1,8
Ensemble (y compris hospices et maisons de retraite publics) :					
Public	517.200	559.000	612.300	642.100	+ 1,5
Privé	145.800	165.100	117.100	182.600	+ 1,5
Total	663.000	724.100	789.400	824.700	+ 1,5

(1) Moyen et long séjour à l'exclusion de la psychiatrie, y compris chroniques pour les hôpitaux publics.

b) *L'humanisation des hôpitaux.*

La suppression progressive des lits en salle commune a représenté un effort très important. Elle était quasiment achevée en 1981, sauf en ce qui concerne deux secteurs pour lesquels des efforts doivent encore être consentis : les établissements psychiatriques et les hospices.

A compter de 1970, nous l'avons dit, de gros efforts financiers ont été consentis pour le développement et la modernisation de nos plateaux techniques. Cet effort doit être poursuivi dans les années à venir et justifie notre inquiétude lorsqu'on examine les dramatiques restrictions en ce qui concerne les équipements sanitaires arrêtés par le projet de loi de finances pour 1986.

Le bref rappel des efforts accomplis depuis 1960 permet de constater que les équipements hospitaliers ne présentent pas aujourd'hui de problèmes quantitatifs. La loi du 19 décembre 1979 devait permettre ainsi de réduire certaines capacités excédentaires. Le IX^e Plan, dans cette optique, prévoit la suppression de 16.000 lits. Nul ne conteste le bien-fondé de telles mesures. Mais on peut s'inquiéter lorsque l'on voit remis en cause l'effort qualitatif consenti jusqu'à présent.

**B. — LA DÉSORGANISATION PROFONDE
DE NOS STRUCTURES MÉDICALES DEPUIS 1981**

**1. Rappel des réformes votées depuis 1981.
Un bouleversement sans précédent.**

a) *Réformes quant aux professions médicales et para-médicales.*

— *Professions médicales.*

• La réforme des études médicales résulte de la loi n° 82-1098 du 23 décembre 1982. Elle se fonde sur les principes suivants :

— La régulation du flux des médecins se fait à l'issue de la première année, mais également à la fin du deuxième cycle où se fait la répartition entre généralistes et spécialistes. Ce deuxième cycle est sanctionné pour tous par un examen validant et de plus classant pour les internes de médecine générale.

— Création d'un troisième cycle spécifique pour le médecin généraliste, mais dont l'accès n'est pas sanctionné par un recours.

— La formation des spécialistes résulte désormais d'un internat unique et qualifiant.

— Le troisième cycle de formation est donc composé de quatre filières d'internat :

- médecine générale,
- médecine spécialisée avec quatre options : spécialités médicales, chirurgicales, biologie médicale et psychiatrie,
- recherche,
- santé publique.

Il importe de faire remarquer que si tous les étudiants en troisième cycle ont le titre, seuls ceux ayant choisi les filières médecine spécialisée, recherche ou santé publique ont à passer un concours, en sus de l'examen validant de fin de deuxième cycle.

La contrepartie financière de cette réforme impliquait donc que tous les étudiants « internes », qu'ils aient ou non passé le concours d'internat, soient rémunérés sur les mêmes bases. Face à l'opposition des médecins hospitaliers, un biais fut trouvé sous la forme de rétributions différentes selon la nature des stages effectués.

Il est précisé que les ministres de l'éducation et de la santé fixent chaque année le nombre et la liste des postes dans chacune des filières, compte tenu des besoins de la population. C'est donc le Gouvernement qui est maître du nombre de médecins formés en santé publique. Cette filière peut constituer à l'évidence une menace pour la médecine libérale.

● Enfin, le statut des praticiens hospitaliers et des personnels enseignants et hospitaliers a été profondément modifié par les décrets n° 84-131 et 84-135 du 24 février 1985 et n° 85-384 du 29 mars 1985 relatif aux praticiens exerçant à temps partiel.

● Tous les praticiens hospitaliers seront issus du même concours de praticien hospitalier. Ce concours revêt deux formes : sur titres et épreuves d'une part, ou sur titres seulement d'autre part.

● La procédure de nomination est la suivante : le ministre de la santé prononce la nomination des candidats, après examen de la candidature par la commission nationale statutaire, qui est saisie de l'avis du conseil de département, de la commission médicale consultative (C.M.C.) et du conseil d'administration de l'établissement hospitalier, où le poste est à pourvoir :

● En application de ce nouveau statut, de nouvelles grilles de rémunération ont été établies.

Elles remplacent les grilles hospitalières des chefs de service et des non-chefs de service.

L'évolution des traitements des médecins hospitaliers suivent l'évolution des traitements de la fonction publique.

— En ce qui concerne les médecins à temps partiel, leur nouveau statut est entré en vigueur le 1^{er} avril 1985.

- L'exercice des fonctions sera fait par périodes quinquennales tacitement renouvelables. Le temps de service peut varier de 4,5 à 6,5 journées hebdomadaires. Mais dans les C.H.U. le temps partiel ne peut être exercé que dans certains services.

- La grille de rémunération des praticiens à temps partiel comporte désormais douze échelons.

— La mise en place de ces nouveaux statuts a nécessité l'application de mesures transitoires en 1985. Ceci se poursuivra encore en 1986, afin de permettre l'intégration et le reclassement de tous les médecins en exercice.

— La profession de sage-femme a également été redéfinie par la loi n° 82-413 du 19 mai 1982.

- La profession est désormais ouverte aux hommes.

- La durée de formation est portée à quatre ans.

— *Professions para-médicales.*

- En ce qui concerne les infirmiers, la durée de leurs études a été allongée, passant de 28 à 33 mois.

- Le Parlement examine au cours de cette session le titre IV du statut de la fonction publique. Il s'agit d'une refonte du statut de la fonction publique hospitalière, selon les principes définis dans les titres I, II et III de la fonction publique précédemment adoptés.

b) *Réformes quant aux structures hospitalières.*

- *La suppression du secteur privé à l'hôpital.* — La loi n° 82-916 du 28 octobre 1982 a supprimé de façon brutale l'existence de lits privés d'hospitalisation à compter du 1^{er} janvier 1983.

En ce qui concerne les honoraires médicaux la suppression est plus modulée. D'une part, la faculté d'abandon des consultations privées était ouverte jusqu'au 30 avril 1984 ; d'autre part, la poursuite d'activités privées est ouverte jusqu'au 31 décembre 1986.

Votre rapporteur ne peut que rappeler les mises en garde qui avaient été faites par votre commission lors du vote de cette loi. D'une part, ces mesures entraînaient avec certitude une diminution des recettes hospitalières. D'autre part, il était à craindre qu'une partie de la clientèle ne soit détournée vers l'hospitalisation privée étant donné que le principe d'égalité dans les conditions et les modalités de fonctionnement de ces deux structures n'était plus respecté.

• *La départementalisation hospitalière.* — La loi n° 84-5 du 3 janvier 1984 a eu un retentissement encore plus considérable. En effet, l'article 4 de cette loi arrête le principe du département hospitalier comme unité d'organisation hospitalière. Ce texte de loi assorti du décret du 28 décembre 1984 avait un caractère extrêmement rigide et contraignant.

— La substitution du département aux actuels services était obligatoire pour tous les hôpitaux. Le calendrier de mise en œuvre fixait une date limite à laquelle les commissions de départementalisation constituées devaient soumettre un plan de départementalisation aux conseils d'administration des hôpitaux.

Le département se définit comme « un ensemble de moyens en personnel et en équipements qui assure de façon coordonnée le diagnostic et le traitement des malades ». Il constitue l'unité de base pour « la préparation et la mise en œuvre du budget de l'hôpital ».

Outre le caractère excessivement rigide et global de la procédure, le contenu même de la réforme entraînait un bouleversement sans précédent au sein de l'hôpital. En effet, le département devait être dirigé par un chef de département élu et assisté par un conseil de département lui aussi élu.

Le chef de département sera élu par un collège comprenant des médecins et le personnel non médical. Le conseil de département sera élu selon une procédure analogue.

Ce principe de l'élection reposait, pour les personnels non médicaux, sur un monopole de représentation syndicale, alors qu'il fallait tenir compte des fonctions occupées dans l'hôpital.

De plus, le chef de département, une fois élu, nomme les chefs des unités fonctionnelles qui structurent son département.

Dans leurs rédactions initiales, la loi du 3 janvier 1984 et le décret du 28 décembre 1984 ont soulevé un concert de protestations au sein du monde hospitalier. Bien que la réalité puisse être difficilement appréciée, les commissions de départementalisation n'ont pratiquement pas été réunies. Ainsi se trouvaient confirmés les graves défauts et dangers de cette réforme que votre rapporteur n'avait pas manqué de souligner avec force.

D'une part si l'on pouvait admettre l'intérêt d'un regroupement des moyens en personnel et en équipements, dans le but d'une meilleure coopération au bénéfice du malade, le dispositif de mise en œuvre d'une telle coordination était beaucoup trop rigide et uniforme. Le manque de concertation, le refus d'expérimentations pragmatiques vouaient à l'échec une réforme dont certains principes étaient bons.

D'autre part, et le reproche était là, beaucoup plus grave, cette réforme dans sa volonté de supprimer le « mandarinat » lui substituait un mécanisme autrement plus dangereux reposant sur l'élection. Le département devenait une « circonscription électorale » avec la constitution d'une véritable clientèle autour du chef de département. Le risque était grand, d'assister au cloisonnement interne de nos hôpitaux, alors même que le but de la réforme était inverse.

Les oppositions manifestées au cours de l'hiver 1984-1985 ont, semble-t-il, eu raison du dogmatisme affiché par les auteurs du projet de loi. Les dispositions du décret en cours de préparation et qui doit se substituer à celui du 28 décembre 1984 font preuve de plus de réalisme et de souplesse. Pour ce qu'il est possible d'en dire, il semble que le volontariat devienne le principe de base de la départementalisation. Cette nouvelle organisation pourra ne concerner qu'une partie de l'hôpital. Le calendrier de mise en œuvre n'a plus rien d'impératif. Bien plus, si le chef de département, et le conseil de département restent des instances élues, les chefs d'unités fonctionnelles seront eux nommés en dernier ressort par les commissaires de la République. L'intervention de cette autorité extérieure devrait atténuer le risque de clientélisme.

Votre rapporteur constate que certaines des opinions qu'il défendait lors de l'examen du projet de loi au Sénat semblent désormais partagées par les auteurs du décret d'application. La départementalisation hospitalière est un procédé d'organisation qui n'est pas sans avantages, mais il importe avant tout qu'elle reste souple, facultative, adaptable à la réalité du terrain.

2. Le « garrotage » financier.

Non seulement durant ces dernières années l'hôpital a été le théâtre de réformes de structures très importantes, mais il a également fait l'objet d'une politique d'austérité très sévère. Le propos de votre rapporteur n'est pas de condamner *a priori* toute politique de rigueur. Ce serait là tenir des propos quelque peu démagogiques. Mais comme il a déjà eu l'occasion de le faire en 1979, il lui appartient de dénoncer les conséquences parfois dramatiques que ces mesures peuvent entraîner.

Ce garrotage financier s'est traduit par une réforme du financement des structures hospitalières ; de plus les taux de progression

de la dotation annuelle ont été fortement freinés. Enfin, et nous avons déjà eu l'occasion de le dire dans la première partie de notre rapport, la politique d'investissements en matière d'équipements sanitaires a été sacrifiée. Ceci, à l'avenir, sera lourd de conséquences.

a) *L'introduction de la dotation globale de financement.*

Cette réforme résulte de la loi n° 83-25 du 19 janvier 1983 et du décret n° 83-744 du 11 août 1983.

Le dispositif est entré en vigueur le 1^{er} janvier 1984 pour les centres hospitaliers (C.H.R.) et le 1^{er} janvier 1985 pour les autres établissements hospitaliers.

Ce nouveau mode de financement des établissements hospitaliers publics et privés se substituant au système de prix de journée, a pour objectif, selon les auteurs du texte, de mieux maîtriser les dépenses hospitalières, d'améliorer la trésorerie des établissements, de simplifier les méthodes administratives et les relations avec la sécurité sociale et de renouveler les méthodes de gestion.

Il est encore trop tôt pour dresser un bilan d'application de cette réforme qui n'a concerné en 1984 que 29 C.H.R. métropolitains. Toutefois, on peut indiquer que la mise en œuvre de la dotation globale dans ces établissements s'est traduite par un ralentissement du rythme de progression des versements des caisses primaires aux établissements hospitaliers : + 12,4 % fin mars 1985 ; + 9,9 % fin avril 1985 ; + 8,6 % fin mai 1985.

La réforme du système de financement s'est accompagnée d'une rénovation de la gestion hospitalière et de son suivi. Elle tend à une utilisation optimale des moyens humains et financiers. Elle s'appuie sur l'élaboration d'un nouveau système de l'activité hospitalière.

Les efforts ont porté, dans un premier temps, sur le suivi des effectifs et sur le contrôle des engagements de dépenses (circulaire de mars 1980) et, dans un deuxième temps, à travers la procédure dite « des surcoûts » (circulaire de mai 1980), une attention accrue a été portée aux conséquences des décisions d'investissements sur les coûts d'exploitation ultérieurs des établissements. Le chiffrage de tels coûts a été rendu obligatoire pour les investissements d'un montant supérieur à un million de francs.

Depuis juin 1982, le ministère a élaboré les premiers éléments d'un dispositif d'indicateurs servant à mesurer l'activité hospitalière. Ce système a comporté trois niveaux :

- les centres de responsabilité ;
- la comptabilité analytique ;
- le projet de médicalisation des systèmes d'information (P.M.S.I.).

— *Les centres de responsabilité.*

Le décret n° 83-744 du 11 août 1983 précité prévoit la création de centres de responsabilité qui ont pour objet de mieux mettre en évidence que par le passé les relations existant entre les moyens, les coûts et les activités des établissements hospitaliers. Ils constituent le niveau structurel de coordination des moyens humains et matériels présentant un caractère stable, mis en œuvre sous une autorité unique au bénéfice d'une mission, d'une fonction concernant une ou plusieurs activités. Leur organisation relève de la compétence du conseil d'administration sur proposition du directeur, après avis de la commission médicale consultative.

Chaque responsable de centre devra situer la part qui lui revient en propre dans les coûts de fonctionnement de l'établissement.

— *La comptabilité analytique.*

La préparation budgétaire, le suivi d'exécution et l'analyse des résultats s'appuieront sur un système d'information permettant de comparer le coût de traitements thérapeutiques identiques dans des hôpitaux différents.

Les coûts directs imputables aux centres de responsabilité seront suivis par fonction ; quatre grandes fonctions ont été déterminées :

- fonction administrative,
- fonction hôtelière et technique,
- fonction médicotechnique,
- fonction clinique.

— *Le projet de médicalisation du système d'information (P.M.S.I.).*

Ce projet propose l'utilisation d'une méthode statistique de classification des cas cliniques permettant la constitution de *groupes homogènes de malades* (G.H.M.).

Il s'agit de mettre l'accent sur le contenu médical de l'activité des hôpitaux en répertoriant des groupes de malades comparables par le diagnostic, par les soins prodigués et par les quantités de moyens mobilisés à cet effet, cela rend indispensable la mise au point d'indicateurs pertinents tels que les résumés de sorties standardisés (R.S.S.). Ils contiennent des informations traditionnellement recensées sur les malades (âge, sexe, durée de séjour) et des données médicales inexploitées à l'heure actuelle, les diagnostics traduisant le recours à l'hospitalisation et les principaux actes thérapeutiques effectués.

Les différents aspects de cette nouvelle gestion hospitalière qui viennent de vous être exposés sont encore à des degrés divers d'expérimentation dans les hôpitaux.

La modernisation des systèmes de gestion hospitalière a été très largement abordée par le rapport sur la planification et la gestion des hôpitaux publics établi à la demande du ministère de l'économie et des finances et du ministère des affaires sociales, entre novembre 1984 et mars 1985, par des membres de l'I.G.A.S. (inspection générales des affaires sociales), de l'I.G.F. (inspection générale des finances) et un cabinet d'audit. Ce rapport, s'il concluait à la nécessité de la rigueur pour les années à venir, souhaitait une rigueur sélective qui tienne compte de la situation particulière des établissements hospitaliers. Il recommandait, pour améliorer le fonctionnement des hôpitaux, de recourir à des méthodes en vigueur dans certaines entreprises publiques et privées. Quant aux réformes proposées, certaines pour être essentielles par leur ampleur, ne peuvent être appliquées que sur une longue période : elles concernent en particulier les personnels et les investissements.

Votre rapporteur approuve ces considérations, qui ne font que confirmer ses craintes au sujet de l'évolution des investissements hospitaliers. En ce qui concerne l'introduction de nouvelles méthodes de gestion, il ne peut que rappeler son attachement à des procédés souples et pragmatiques qui tiennent compte des différentes capacités des établissements concernés.

Ceci l'amène à redire qu'en l'état actuel des outils de gestion hospitaliers, de la connaissance de l'activité hospitalière, le principe de la dotation globale est un leurre, puisqu'elle arrête un taux de progression uniforme pour tous les établissements hospitaliers pénalisant ainsi les hôpitaux qui, à la date d'entrée en application de la réforme, pratiquaient déjà une gestion très serrée et rigoureuse.

En ce qui concerne les nouveaux outils de gestion expérimentés, outre le fait que leur généralisation doit être très progressive, il convient de rappeler que ces instruments ne doivent pas devenir des outils supplémentaires de contraintes externes, notamment financières.

*b) Les insuffisances quant à la progression
de la dotation globale de financement.*

● Pour 1984, le taux directeur des dépenses hospitalières était de + 6,6 % alors que la progression des salaires a été de 8,05 % et celle des prix de 7,41 %.

● Pour 1985, la progression était fixée à + 5,7 % dont 0,2 % affecté au financement de déficits antérieurs. L'hypothèse retenue en ce qui concerne les prix était de + 4,5 %.

- Pour 1986, le taux de progression est fixé à + 3,4 % dont 0,1 % de marge.

Dans ce contexte financier très étroit les établissements hospitaliers étaient tenus de dégager des gains de productivité. C'est ce qui a été fait en 1984 et 1985 au prix d'efforts exceptionnels de maîtrise de tous les postes de dépenses hospitalières. A l'heure actuelle, ces efforts ont atteint un point limite au-delà duquel on peut sérieusement craindre que la qualité des soins et la sécurité des malades ne soient remises en cause.

Afin d'éclairer les perspectives financières pour 1986 on peut faire état d'une enquête réalisée par la fédération hospitalière de France sur la situation financière en octobre 1985 des vingt-neuf C.H.R. (centres hospitaliers régionaux) qui assurent 40 % de l'hospitalisation publique. L'enquête repose sur vingt-sept réponses exploitables d'où il ressort que :

- 1 C.H.R. ne s'estime pas en mesure de dire si les crédits seront ou non suffisants ;
- 11 C.H.R. (40,7 %) pensent que leurs crédits de dépenses seront suffisants ;
- 15 C.H.R. (55,5 %) se déclarent en insuffisance de crédit pour faire face aux charges.
- Ces 15 C.H.R. pensent avoir un dépassement compris :
 - entre 0 et 0,5 % des dépenses d'exploitation : 2, soit 13,3 % ;
 - entre 0,6 et 1 % des dépenses d'exploitation : 3, soit 20 % ;
 - entre 1,1 et 2 % des dépenses d'exploitation : 3, soit 20 % ;
 - entre 2,1 et 3 % des dépenses d'exploitation : 0.
 - plus de 3 % des dépenses d'exploitation : 2, soit 13,3 % ;
 - indéterminé : 5, soit 33,3 %.

Parmi les motifs les plus souvent cités en ce qui concerne les dépassements de crédits, on trouve :

- les dépenses médicales et pharmaceutiques dont la croissance n'est que difficilement maîtrisable ;
- les dépenses de sang et le dépistage du S.I.D.A. ;
- les dépenses de personnel et notamment le G.V.T. et les mesures prises ou à intervenir en faveur des catégories C et D ;
- les dépenses liées à l'ouverture de nouveaux établissements ou structures importantes.

Pour ce qui concerne les frais liés aux reclassements des personnels médicaux ou aux traitements des internes, ils ne sont mentionnés que pour mémoire puisqu'ils doivent être intégralement couverts par des crédits hors taux directeur.

Pour rester dans le cadre des autorisations budgétaires les directeurs d'hôpitaux maintiendront une politique de rigueur maximale. Certains se trouveront dans l'obligation de sacrifier des dotations de réserve.

Pour 1986, on peut alors se demander comment pourront être financées les dépenses liées à la réforme de l'internat, les rémunérations médicales, les dépenses d'informatique, les dépenses de sectorisation transférées à compter du 1^{er} janvier 1986 à l'assurance maladie.

*c) Le projet de décret modifiant l'article 40
du décret du 11 août 1983.*

— Les menaces qui pèsent sur la trésorerie des hôpitaux.

- Certes, on peut constater que la généralisation des versements par douzièmes, au titre de la dotation globale, a permis une meilleure régulation des recettes en 1984 et 1985.

— Mais le constat n'est pas entièrement positif :

- il est scandaleux que la procédure de l'article 58 du décret du 11 avril 1983 soit appliquée de façon systématique. Le versement des mensualités de la dotation globale est amputé au titre des recettes sur exercices antérieurs. Ceci peut représenter en moyenne jusqu'à cinquante jours de crédits de fonctionnement,

- la fiabilité des versements par douzièmes dépend uniquement des possibilités de trésorerie des caisses de sécurité sociale. C'est dire qu'elle est incertaine !

— Enfin les menaces pour l'avenir sont plus précises lorsqu'on examine les propositions de « saisonnalisation » du montant des douzièmes. On envisagerait le principe de versements modulés pouvant varier entre 150 % et 50 % du douzième. L'échéancier des versements serait arrêté par les ministres de tutelle et il aurait un caractère national.

Le dispositif proposé, par sa rigidité et son uniformité, ne peut qu'ignorer les situations individuelles des établissements. Il ne s'agit, en fait, par cette procédure que de renforcer la trésorerie des caisses de sécurité sociale au détriment de celles des hôpitaux publics. A terme ce sont les fournisseurs de ces mêmes hôpitaux qui feraient les frais d'une telle réforme.

En revanche, on ne peut nier que la modulation des versements de la dotation globale pourrait avoir des effets bénéfiques, s'il s'agissait par là d'adapter les flux de trésorerie en provenance des caisses pivots aux besoins spécifiques des établissements hospitaliers. Pour cela il faudrait que la procédure se fonde sur un contrat négocié au plan local entre l'hôpital concerné et la caisse pivot, et qui garantisse le versement de la totalité de la dotation globale au cours de l'année.

Si un décret est adopté, qui reprenne le texte actuel des propositions faites aux établissements hospitaliers, ceci aura des répercussions très graves pour les trésoreries des hôpitaux, et votre rapporteur met en garde le Gouvernement contre un tel projet.

d) *La diminution spectaculaire des investissements en matière d'équipements sanitaires.*

L'examen sur les trois dernières années des autorisations de programme inscrites aux titres V et VI du budget des affaires sociales proposé par le tableau ci-après est très inquiétant. Les perspectives retenues pour 1986 et qui vous ont été présentées dans la première partie de ce rapport ne font que confirmer ces inquiétudes.

**AUTORISATIONS DE PROGRAMME
DES ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES ET SOCIAUX**

(En milliers de francs.)

Numéro des chapitres	Articles	Actions - Intitulés	Autorisation de programme			Variation 1983/1984	
			Dotations 1983	Dotations 1984	Dotations pour 1985	Montant	Pourcentage
		Titre V. — Investissements exécutés par l'Etat.					
		<i>Equipements sanitaires.</i>					
56-10	10	Etablissements à caractère sanitaire ..	5.000	1.000	500	— 500	— 50
	40	Secours d'urgence	»	2.000	1.000	— 1.000	— 50
56-20		<i>Equipement social.</i>					
	10	Etablissements à caractère social	3.000	2.700	2.400	— 300	— 11
56-90		<i>Etude et contrôle des opérations d'équipement.</i>					
	10	Etude et contrôle des opérations d'équipement	20.500	22.028	21.500	— 528	— 2,4
		Sous-total chapitre 56	28.500	27.728	25.400	— 2.328	— 8,4
		Titre VI. — Subventions d'investissement accordées par l'Etat.					
		<i>Subventions d'équipement sanitaire.</i>					
66-11	10	Modernisation et humanisation des C.H.R. et des établissements d'intérêt national	625.000	438.000	290.000	— 148.000	— 33,2
	20	Modernisation et humanisation des établissements de soins et de cure	499.820	470.700	390.000	— 80.700	— 17,1
	40	Etablissements de formation de personnels sanitaires	21.000	10.000	800	— 9.200	— 92
	50	Psychiatrie extra-hospitalière (nouveau)	»	»	10.000	+ 10.000	»
	70	Transformation des hospices (opérations antérieures au 31 décembre 1983) ..	327.000	»	»	»	»
66-20		<i>Subventions d'équipement social.</i>					
	40	Etablissements sociaux pour personnes âgées	50.000	62.000	15.000	— 47.000	— 75,8
	90	Transformation des hospices	»	330.000	279.900	— 63.100	— 19,1
		Sous-total chapitre 66	1.522.820	1.310.700	985.100	— 338.000	— 25,8
		Total chapitres 56 et 66 ..	1.551.320	1.338.428	998.100	— 340.328	— 34,2

En effet, de ce tableau qui vous est soumis et qui retrace l'évolution des titre V et VI pour 1983, 1984 et 1985, il ressort que :

— en trois ans, les autorisations de programmes pour les investissements exécutés par l'Etat auront été réduites de 11 % ;

— sur trois ans, les autorisations de programme pour les subventions d'investissements chutent d'environ 36 % ;

- les subventions accordées aux C.H.R. et établissements d'intérêt national sont réduites entre 1985 et 1984. L'année précédente, la baisse des autorisations de programme avait été de l'ordre de 30 %,

- les subventions concernant les établissements sociaux pour personnes âgées sont réduites de plus des trois quarts de leur montant entre 1985 et 1984.

Ces chiffres montrent, à l'évidence, que très peu d'opérations nouvelles pourront être réalisées dans les années à venir, d'autant plus que votre rapporteur peut rappeler le contenu de la circulaire du 17 juillet 1984 du ministère des affaires sociales et de la solidarité nationale. Ce texte arrête deux mesures importantes en ce qui concerne les investissements hospitaliers :

- la nécessité pour investir d'obtenir une subvention de l'Etat et non d'une collectivité locale ou d'un établissement public régional pour toutes les opérations comportant un transfert ou une modernisation des capacités d'hébergement, une restructuration ou une amélioration du plateau technique (soit la totalité des investissements incluant le progrès médical, nécessaires au maintien du patrimoine ou générateurs de gains de productivité) ;

- l'impossibilité de recourir à l'emprunt si cette subvention de l'Etat n'a pas été attribuée.

Je ne ferai que répéter les propos tenus par votre rapporteur lors de l'examen du projet de loi de finances pour 1985.

« Les conséquences de ces mesures sont simples : blocage des investissements en dessous de la demande de remplacement, ce qui se traduit sur le terrain par une perte de compétitivité des hôpitaux (non-intégration du progrès médical et des technologies nouvelles, notamment), un assèchement des ressources financières et un blocage du dispositif budgétaire. Pour la plupart des établissements, ces nouvelles mesures limitent les possibilités d'investissement dans des proportions très inférieures aux programmes précédents. »

« Il est certain que notre parc hospitalier est aujourd'hui performant. Il n'est pas besoin de le développer à l'infini ou de le transformer totalement. Mais les mesures décidées empêchent la

modernisation des équipements et l'utilisation de nouvelles technologies. Ceci est lourd de menaces pour l'avenir. »

Il importera à l'avenir de redéfinir les règles d'investissements en matière d'équipements sanitaires. Ceux-ci devraient être définis au travers d'un contrat de programme, défini par l'établissement hospitalier, tant au plan qualitatif que quantitatif, et approuvé par l'autorité de tutelle. Cette procédure doit permettre la responsabilisation des acteurs hospitaliers et elle devra s'accompagner d'une libéralisation des règles financières.



La conclusion de cette partie consacrée à la politique hospitalière ne peut être que pessimiste. Le secteur hospitalier public a été profondément traumatisé par des réformes qui ont voulu casser des structures, dont tout le monde reconnaissait la qualité et le bon fonctionnement.

En matière financière, tant les réformes que les mesures d'austérité décidées constituent autant de menaces pour la qualité de notre système de soins. On peut, d'ailleurs, noter que l'hospitalisation privée, malgré un discours officiel qui prône, depuis 1981, une égalité de droit et de traitements, voit, à chaque échéance, la progression de ses tarifs être modulée en fonction de variables toujours nouvelles : productivité, augmentation d'activité. Ces critères permettent de différencier les augmentations octroyées au secteur privé de celles accordées au secteur public. Ainsi, en 1985, si la norme de progression pour le secteur public était fixée à 5,2 % + 0,5 % de marge au 1^{er} janvier, elle n'était, pour le secteur privé, que de 4 % + 0,5 % au 1^{er} avril, c'est-dire équivalente à 3,37 % au 1^{er} janvier 1985.

De plus, le système hospitalier privé est soumis à une réglementation qui lui interdit quasiment tout regroupement et qui pèse sur sa politique d'acquisition en équipements lourds. Ainsi, par exemple, sur les huit premiers mois de l'année 1985, 78 % des demandes de scanners ont été refusées, pour 17 % accordées ; 57 % des demandes en hémodialyse ont été refusées pour six appareils autorisés ; 93 % des demandes de résonance magnétique nucléaire (R.N.M.) ont été refusées pour un appareil autorisé.

Ces dispositions financières drastiques, qui visent l'ensemble de notre appareil hospitalier, s'ajoutant aux réformes de structures et aux réformes concernant directement les personnels médicaux, ont en quelque sorte démobilisé notre appareil hospitalier humain, et ceci est très grave. Votre rapporteur en veut pour seule preuve les statis-

tiques qui lui ont été fournies concernant les démissions des praticiens hospitaliers et qu'il vous soumet. Elles se passent de commentaires !

**RÉCAPITULATIF DES DÉMISSIONS DES PRATICIENS HOSPITALIERS
A TEMPS PLEIN EXERÇANT DANS LES HOPITAUX
(C.H.U. ET HOPITAUX LOCAUX EXCLUS) 1981 A 1984**

Disciplines	Chefs de service	Assistants adjoints	Total
Radiologie	29	52	81
Médecine et spécialités médicales	15	74	89
Chirurgie et spécialités chirurgicales ..	32	76	108
Gynécologie-obstétrique	8	24	32
Anesthésie-réanimation	12	52	64
Biologie	3	17	20

TROISIÈME PARTIE

LES INCOHÉRENCES DE LA POLITIQUE MENÉE DEPUIS 1981 EN MATIÈRE D'ACTION SOCIALE

A. — LE RAPPEL DES MISES EN GARDE DE VOTRE COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

1. Les inconnues de la décentralisation.

Lors de l'examen du projet de loi de finances pour 1982, et dans l'attente des projets de décentralisation, votre rapporteur avait tenu à rappeler les grands principes que devrait respecter une telle réforme :

— concilier la notion de décentralisation avec celle de solidarité nationale ;

— réserver l'égalité des citoyens et leurs droits à un minimum uniforme de prestations. La loi doit donc définir le cadre général et les conditions de la protection minimale ;

— il faut envisager le principe d'une péréquation entre collectivités riches et pauvres.

2. La préservation de l'acquis en matière d'action sociale.

Votre commission n'avait pas manqué de souligner que les efforts consentis par la collectivité avaient été très importants en matière d'action sociale. Ils avaient notamment porté sur les équipements pour la petite enfance, sans que ceux-ci cependant ne soient suffisants, et surtout sur l'aide aux personnes âgées.

a) *Les équipements pour la petite enfance.*

Au 1^{er} janvier 1979, les équipements étaient les suivants :

Crèches collectives ..	1.217 établissements	60.533 places
Crèches familiales	480 centres	20.386 assistantes maternelles
Garderies et jardins d'enfants	383 établissements	17.170 places
Halte-garderies	1.027 établissements	

Etant donné le nombre d'enfants dont les deux parents travaillaient (environ 920.000 en 1979) « l'offre » était manifestement inférieure aux besoins.

Il était indispensable de poursuivre cet effort d'équipement, mais votre commission n'avait pas manqué de souligner que cet effort se heurtait à des obstacles financiers importants. Ceux-ci se rencontraient non seulement en ce qui concerne les investissements, mais surtout lors du fonctionnement de ces établissements. Votre commission suggérait alors le développement de formules plus légères et moins coûteuses comme les « jardinières » ou les « crèches parentales ».

Parallèlement votre commission s'interrogeait sur la définition éventuelle d'une prestation familiale nouvelle permettant aux mères d'assumer elles-mêmes la garde de leurs enfants. Il s'agissait d'une allocation versée aux mères élevant elles-mêmes leurs enfants et compensant le manque à gagner du non-exercice d'une profession. De plus, cette allocation pourrait être majorée si la mère garde des enfants autres que les siens.

b) *Les efforts consentis en ce qui concerne les personnes âgées.*

Votre rapporteur tient à rappeler les premières conclusions de la commission du bilan présidée par M. Bloch-Lainé en 1981 :

« Sur le plan de la vieillesse, les années 70 ont été marquées par des avancées décisives ; relèvement très sensible du minimum vieillesse ; amélioration diverses, parfois importantes, des systèmes de pensions ; institution, en 1977, d'une « garantie de ressources-démission » qui permet en fait à tous les salariés ou presque de prendre leur retraite dès soixante ans dans des conditions particulièrement avantageuses (...). En 1978, les personnes âgées de plus de soixante ans qui ne représentaient que 19 % de la population, percevaient cependant — transfert et ressources propres — 22 % du revenu national. Même si une telle donnée recouvre des situa-

tions individuelles extraordinairement diverses, elle interdit désormais d'assimiler, comme on dut le faire trop longtemps, troisième âge et pauvreté. »

Dans ce domaine il était primordial de préserver un acquis éminemment positif, et dont encore une fois votre rapporteur veut rappeler les caractéristiques :

— la politique de la vieillesse est une politique globale tant en ce qui concerne les objectifs poursuivis : amélioration des ressources, habitat, environnement, santé, qu'en ce qui concerne les acteurs publics qui y participent : Etat, collectivités locales, régimes de sécurité sociale, associations... La coordination est donc un élément indispensable de cette politique ;

— l'amélioration des ressources : elle s'est traduite par la généralisation des régimes d'assurance vieillesse et l'augmentation du niveau des retraites notamment grâce aux régimes complémentaires. Les ressources minimales garanties ont été également fortement augmentées, qu'il s'agisse du minimum vieillesse ou de l'allocation de logement ;

— une politique de maintien à domicile. Elle a pour objet de maintenir les personnes âgées dans le tissu social et de retarder l'arrivée des handicaps. Cette politique a fait l'objet d'un programme finalisé dans le cadre du VI^e Plan et du programme d'action prioritaire (P.A.P.) n° 15 dans le VII^e Plan.

Dans le cadre du P.A.P. n° 15, 45.000 logements ont été rénovés, 90.000 logements-foyers ont été construits, et l'aide ménagère a été fortement développée. Le nombre des bénéficiaires est passé entre 1974 et 1979 de 145.000 à 280.000. Les sommes investies ont été multipliées par trois. Enfin, la loi n° 78-11 du 4 janvier 1978 donnait une base juridique aux services de soins à domicile :

— une politique d'hébergement. Il est inévitable, voire inéluctable, qu'à un moment donné l'hébergement d'une personne âgée doive être envisagé. Cet hébergement devra être accompagné d'un suivi médical d'autant plus intensif que la politique de maintien à domicile aura permis de retarder cet hébergement.

B. — DEPUIS 1981, LES INCOHÉRENCES DE LA POLITIQUE GOUVERNEMENTALE EN MATIÈRE D'ACTION SOCIALE

1. La réforme en profondeur des structures participant à l'action sociale et les dangers de cette réforme.

a) Rappel du contenu de la réforme relative à la répartition des compétences.

En matière d'action sociale, il s'agit là d'une réforme d'envergure dont votre rapporteur juge utile de rappeler les principes.

La section 4 du titre II de la loi du 22 juillet 1983 définit deux blocs de compétences distincts, relevant respectivement de l'Etat et du département.

L'Etat a une compétence limitative alors que la compétence du département est en quelque sorte de droit commun, puisqu'il a désormais une compétence générale en matière de prestations d'aide sociale, ainsi qu'en matière de prévention sanitaire et de services sociaux. Cette nouvelle répartition des compétences est entrée en vigueur au 1^{er} janvier 1984, et présente les caractéristiques suivantes :

— Le département a la charge des principales prestations d'aide sociale :

- l'aide médicale prévue par les articles 179 et suivants du code de la famille et de l'aide sociale, à l'exception des prestations que l'Etat prend en charge ;

- l'aide sociale à l'enfance prévue par les articles 45 et suivants du code de la famille et de l'aide sociale. Le président du conseil général est, conformément à l'article 54, compétent pour décider de l'admission des enfants dans ce service, quelle que soit la catégorie dans laquelle ils entrent ;

- l'aide sociale aux familles prévue par les articles 150 et suivants du code de la famille et de l'aide sociale. Compte tenu du niveau atteint par les allocations familiales, ces prestations ne sont versées qu'exceptionnellement en France métropolitaine ;

- l'aide aux personnes âgées prévue par les articles 157 et suivants du code de la famille et de l'aide sociale. Cette forme d'aide concerne l'aide à domicile (aide-ménagère, participation aux frais de repas) ainsi que l'aide financière au placement familial ou en établissement ;

- l'aide aux personnes handicapées. Elle couvre les mêmes aides que celles pour les personnes âgées, à savoir l'aide à domicile et l'aide à l'hébergement, notamment en foyer, ainsi que l'allocation compensatrice qui est versée notamment aux personnes dont le handicap est tel qu'elles ont besoin d'une tierce personne pour accomplir les actes essentiels de la vie.

En second lieu, le département devient responsable du financement des services sociaux suivants :

- le service de l'aide sociale à l'enfance prévu par le chapitre II du code de la famille et de l'aide sociale ;

- le service départemental d'action sociale prévu par l'article 28 de la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

— La compétence de l'Etat, en matière d'aide sociale recouvre trois domaines spécifiques :

- les prestations liées automatiquement à des cotisations de sécurité sociale, c'est-à-dire les cotisations d'assurance maladie des personnes handicapées et les cotisations d'assurance personnelles prises en charge au titre de l'aide médicale ;

- les prestations de subsistance, à savoir l'allocation simple versée aux personnes âgées ne bénéficiant pas du minimum vieillesse, l'allocation différentielle versée aux personnes handicapées qui, avant la loi du 30 juin 1975, bénéficiaient de droits acquis supérieurs à ceux découlant de cette loi, l'allocation aux familles dont les soutiens indispensables accomplissent le service national ;

- les prestations se rattachant à une politique nationale, soit : le remboursement des frais afférents à l'interruption volontaire de grossesse non pris en charge par l'assurance maladie les frais de fonctionnement des établissements de rééducation professionnelle non pris en charge par l'assurance maladie ; les frais de fonctionnement des centres d'aide par le travail ; les dépenses d'aide sociale engagées en faveur des personnes sans domicile de secours ; les mesures d'aide sociale en matière de logement, d'hébergement et de réadaptation pour les personnes en situation d'inadaptation sociale.

— Le transfert de compétences met fin au système de financements croisés. Chacun finance les compétences qu'il a reçues. Pour cela les départements recevront les ressources nécessaires pour faire face aux charges du transfert, à savoir :

- le produit d'impôts d'Etat transférés, tels que la vignette, les droits de mutation à titre onéreux... ;

- une dotation générale de décentralisation revalorisée chaque année.

b) *Les dangers liés à la réforme.*

Votre rapporteur pour avis n'a pas manqué, au cours de ces dernières années, de souligner les risques liés au transfert des compétences en matière d'action sociale. A l'heure où le Parlement va examiner le projet de loi particulière, il convient de brièvement les rappeler :

— Des modalités critiquables du remboursement par l'Etat, des avances consenties par les départements.

Il s'agissait là d'apurer le passé et le système de financements croisés qui amenaient les départements à assumer une charge croissante de trésorerie. L'Etat en effet réglait sous forme d'acomptes, et la régularisation intervenait avec une année de décalage.

En 1983, on pouvait estimer la dette totale de l'Etat à environ 9 milliards de francs. L'article 4 de la loi du 22 juillet 1983 prévoit le remboursement intégral de cette dette, mais seulement à partir du 1^{er} janvier 1985, et sur douze ans. On peut s'interroger sur la raison d'une telle spoliation des départements qui prennent ainsi en charge la dette de l'Etat.

Pour 1985, le chapitre 46-26 du budget solidarité nationale prévoyait un remboursement de 750.000.000 F. Pour 1986, le remboursement sera de 798.700.000 F.

— Pour l'avenir on peut s'inquiéter d'une évolution divergente entre les dépenses d'action sociale et les ressources allouées aux collectivités locales.

Les compétences transférées aux départements ne peuvent connaître qu'une croissance exponentielle, du fait de l'allongement de la durée de vie, de l'humanisation indispensable des établissements sociaux. La crise économique entraîne la multiplication des demandes de prestations. Bien plus, et votre rapporteur pour avis avait eu l'occasion de le dénoncer, le désengagement de l'Etat dans son propre champ de compétences, alourdit inéluctablement le poids des dépenses à la charge des départements. Les options retenues en matière d'hébergement pour adultes handicapés en est une illustration. Plus généralement — et nous aurons l'occasion d'y revenir dans notre dernière partie — la faillite de notre système de protection sociale, notamment face au chômage, implique le relais des politiques d'aide sociale à la charge des départements.

En parallèle, on peut craindre que les ressources allouées aux collectivités locales se révèlent insuffisantes, tant en ce qui concerne les impôts transférés que l'évolution de la dotation générale de décentralisation indexée sur l'augmentation de la T.V.A. Notre collègue, M. Christian Poncelet, l'avait excellemment démontré dans son rapport au nom de la mission décentralisation.

— Pour ce qui est de la participation des communes aux dépenses d'aide sociale, on peut rappeler que le montant de la contribution des communes aux dépenses d'aide sociale, relevant de la compétence des collectivités locales, est fixé par le conseil général dans le respect des dispositions fixées par le décret n° 82-1123 du 23 décembre 1983 relatif à la participation des communes aux dépenses d'aide sociale et de santé des départements, pris en application de l'article 93 de la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 modifiée, relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat.

Pour 1984 et 1985 les dispositions transitoires suivantes ont été arrêtées :

En 1984, la contribution globale des communes et de chacune d'entre elles devait être égale à la contribution due au titre de la gestion 1983, majorée au maximum du taux de croissance des dépenses d'aide sociale et de santé supportées par le département au titre de l'aide légale.

En 1985, la contribution de l'ensemble des communes sera calculée selon le mécanisme décrit ci-dessus. Toutefois, si dans certains départements cette contribution globale ainsi déterminée est inférieure à la moyenne nationale, le conseil général pourra, chaque année, la majorer d'un point de plus.

Pour les exercices 1985, 1986 et 1987, la contribution globale est déterminée selon les modalités suivantes :

— Une première part sera répartie en fonction de la contribution antérieure des communes. Cette part sera égale au moins à 90 % de la contribution totale en 1985 et diminuera chaque année au maximum de 10 % au profit d'une seconde part.

— Une seconde part qui sera égale en 1985 au plus de 10 % de la contribution totale et qui pourra évoluer ultérieurement de 10 % chaque année, sera calculée en fonction de trois catégories de critères :

- dotation globale de fonctionnement, potentiel fiscal de chaque commune ;
- nombre de bénéficiaires ou d'admission à l'aide sociale ;
- structure, par classe d'âge, de la population ; situation de l'emploi.

Aux termes de l'article 123 de la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983, le gouvernement soumettra au Parlement un bilan sur ce dispositif et ce, quatre ans après la date de publication de la loi, c'est-à-dire en 1987.

Il importera alors d'apporter d'éventuelles modifications au dispositif arrêté par le décret du 23 décembre 1983.

— L'application des nouvelles règles en matières de décentralisation impliquait également la partition des services concernés, ainsi que des personnels. Cette participation des services dans les D.D.A.S.S. nécessitait la conclusion de conventions.

A la date du 8 août 1985, soixante conventions ont été approuvées ; trois sont en cours d'approbation et neuf autres examinées par le comité mixte intérieur-affaires sociales, soit pour une première lecture, soit pour une seconde lecture. Certaines conventions ont, en effet, été renvoyées aux signataires pour être modifiées ; vingt-trois d'entre elles ne sont pas encore revenues. Enfin, six départements n'ont encore adressé aucun projet.

De l'ensemble des conventions approuvées, il résulte que 67 % des agents devraient être mis à la disposition des départements alors que 33 % devraient rester au service de l'Etat. Le partage apparaît plus équilibré et même favorable à l'Etat en ce qui concerne les cadres des catégories A et B (46 % pour l'Etat, 54 % pour les départements). Ceci met en évidence les responsabilités nouvelles des services de l'Etat qui auront à remplir, face à la pluralité des décideurs, un rôle accru de concertation et de coordination afin que soit assurée la mission générale de solidarité nationale qui est celle de l'Etat dans le domaine de l'action sociale et de la santé.

De l'examen de ces mêmes conventions, il résulte que 1.770 agents de l'Etat sont mis à disposition des présidents de conseils généraux et 5.369 agents départementaux sont mis à la disposition des commissaires de la République. Ces agents restent soumis au statut qui était le leur au moment de leur mise à disposition ; ils pourront opter, le moment venu, pour le statut correspondant à leur collectivité d'affectation ; ils seront alors intégrés dans un corps de fonctionnaires relevant soit de la fonction publique de l'Etat, soit de la fonction publique territoriale. Jusqu'au partage financier, les rémunérations continuent d'être versées par la collectivité d'origine.

Les principales difficultés rencontrées lors de la négociation des conventions de partage telles que la répartition des cadres A, celle des biens meubles ou immeubles ou le maintien de services communs trop importants ont été résolues relativement facilement dans la majorité des départements.

Deux difficultés demeurent en ce qui concerne la partition des services sociaux. L'une concerne la prise en charge par l'Etat des services de lutte antivectorielle en Corse et dans les départements d'outre-mer. L'autre est de portée plus générale, puisqu'elle concerne les conditions d'utilisation du service départemental d'action sociale. La loi du 22 juillet 1983 a transféré la charge de la totalité de ce

service au département. Or, l'Etat exige aujourd'hui la partition de ce service, avec mise à disposition de l'Etat d'un certain nombre de ses agents. Pour donner une base légale à ce principe, le projet de loi portant diverses dispositions relatives aux collectivités locales, qui doit être soumis prochainement au Parlement, arrête le principe d'une convention entre l'Etat et le conseil régional, mais en laissant entendre que pour ce qui est des compétences de l'Etat au sein de ce service d'action sociale, l'Etat a la compétence de sa compétence...

Ceci ne laisse pas d'être inquiétant pour l'avenir. Les collectivités locales ne disposeront d'aucune base légale pour contrôler l'exercice réel des compétences de l'Etat et statuer ainsi sur une répartition de personnels qui n'entraîne pas un surcoût financier non compensé.

— Il convient de rester vigilant à l'heure où le Parlement doit examiner le projet de loi adoptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétences en matière sanitaire et sociale. Sans empiéter sur un débat qui sera très certainement riche au sein de notre Haute Assemblée, qu'il me soit simplement permis de faire part de mon inquiétude à la lecture de ce projet. Dans leur principe, nous ne pouvons que souscrire à la plupart des objectifs poursuivis : adapter la législation, rechercher une meilleure cohérence des actions sociales de l'Etat et des départements, maintenir les garanties des usagers et des partenaires sociaux, maîtriser les dépenses sociales. Mais en réalité, ces objectifs ne sont pas traduits dans les dispositions législatives. De plus, le texte reste muet sur un certain nombre de points qu'il convenait de préciser : peu de garanties financières pour les départements, pas de disposition sur la coordination départementale, pas de mesures relatives au fonctionnement des C.O.T.O.R.E.P...

*
**

Au-delà de cette réforme fondamentale relative à nos structures d'action sociale, le Gouvernement, depuis 1981, a fait preuve d'une certaine incohérence contre laquelle nous l'avions cependant mis en garde. Non seulement, et nous l'avons rappelé plus haut, nous avons défendu la préservation de l'acquis en matière sociale, mais nous mettions également le Gouvernement en garde sur les effets pervers de l'« état de grâce » et d'un accroissement immodéré des prestations. Nous ne nous trompions guère. L'année 1982 était celle d'une prise de conscience des réalités financières. Nous aurions pu nous réjouir de ce nouveau réalisme qui a marqué depuis 1982 tous les projets de loi de finance, y compris celui que nous examinons aujourd'hui, mais il était à craindre que cet excès de rigueur

n'entraîne une régression sociale inacceptable. Les compressions budgétaires très strictes arrêtées sur de nombreux chapitres portent, en effet, gravement préjudice aux nombreuses institutions et associations du secteur social, qui forment un tissu de solidarité indispensable à notre pays.

Votre rapporteur ne souhaite évoquer aujourd'hui que les caractéristiques des politiques menées, d'une part, en faveur des handicapés et, d'autre part, des personnes âgées.

2. Les insuffisances de la politique menée en faveur des handicapés.

a) *Le coup de frein aux prestations.*

La rigueur succède aux fortes revalorisations octroyées en 1981, en ce qui concerne les prestations.

• Le nombre d'allocataires n'a cessé de progresser, comme le montre le tableau ci-après :

EVOLUTION DU NOMBRE DES ALLOCATAIRES DES PRESTATIONS DE LA LOI DU 30 JUIN 1975

Année	Allocation d'éducation spéciale	Allocation aux adultes handicapés	Allocation compensatrice (1)	Garantie de ressources C.A.T. (2)	Garantie de ressources ateliers protégés	Garantie de ressources milieu ordinaire
1976	25.988	114.000	»	»	»	»
1978	72.282	251.000	32.377	31.500	3.200	4.300
1981	84.184	425.000	102.955	43.500	4.500	8.000
1983	77.121	471.000	142.020	51.000	4.500	10.000
1984	85.054	484.659 (estim.)	178.028 (estim.)	58.000	5.000	10.000

(1) L'accroissement observé entre 1978 et 1980 est dû à la comptabilisation progressive sous cette rubrique des personnes à capacité professionnelle réduite (régime spécifique des salariés agricole).

(2) Les textes d'application relatifs à l'allocation compensatrice et aux centres d'aide par le travail ont été publiés le 31 décembre 1977, ce qui explique le démarrage tardif de ces prestations.

• Mais après avoir connu une forte revalorisation en 1981, l'allocation aux adultes handicapés (A.A.H.) connaît une stagnation. C'est ainsi que pour 1986, le montant des crédits réparti désormais entre la solidarité nationale et l'agriculture, est simplement reconduit

au niveau de 1985. Le montant de l'allocation reste fixé à 70 % du S.M.I.C. alors qu'en 1981 le Gouvernement avait pris l'engagement de le porter à 100 %.

b) La remise en cause de l'aide à domicile.

— Les actions en faveur des moyens de l'aide à domicile, après avoir bénéficié d'un effort certain, sont maintenant plafonnées, au risque d'assister à un désengagement des associations, faute de moyens.

Il en est ainsi des auxiliaires de vie que l'État finance depuis 1985 à raison de 4.600 F par auxiliaire et par mois.

La simple reconduction des crédits n'a pas permis la revalorisation de la subvention depuis le 1^{er} janvier 1984. Il n'y aura, semble-t-il, pas de revalorisation au 1^{er} janvier 1986. On peut se demander dans ces conditions, si les 1.864 auxiliaires de vie en excès pourront poursuivre leur action. Les associations qui gèrent ce service ne peuvent accumuler un déficit d'année en année et les participations demandées aux personnes handicapées ont déjà été fortement augmentées, sans qu'il soit possible de demander davantage.

On ne peut que constater ici le risque de régression sociale résultant d'une excessive rigueur.

c) Les insuffisances de la politique d'hébergement.

Enfin, en ce qui concerne la politique suivie en matière d'hébergement, on ne peut également qu'enregistrer la stagnation des réalisations, après l'effort d'équipement consenti de 1981 à 1983.

**EVOLUTION DES PLACES AUTORISÉES DANS LES ÉTABLISSEMENTS
SPÉCIALISÉS POUR HANDICAPÉS ADULTES**

	1975	1978	1979	1980	1981	1983	1984
C.A.T.	27.600	35.536	38.599	44.500	44.526	53.000	54.400
Ateliers protégés	2.400	3.427	3.696	4.500	4.117	5.000	5.800
Foyers	7.059	22.000	24.000	26.647	»	28.200	»
Maisons d'accueil spécialisées ..	»	323	664	1.007	1.535	2.277	3.614

Or, chacun sait que l'on manque cruellement de places dans les établissements pour personnes adultes handicapées. L'accueil des personnes très lourdement handicapées est nettement insuffisant. Et pour elles, une politique d'insertion en milieu ordinaire n'est pas envisageable. A l'heure actuelle, parvenues à l'âge adulte, les établissements pour enfants ne peuvent les garder au-delà d'une certaine limite, elles retournent dans leurs familles. Ces dernières se trouvent alors confrontées à des situations dramatiques. Il n'est pas possible d'axer toute la politique en faveur des handicapés sur leur insertion en milieu ordinaire. Cette politique abandonnerait toute une catégorie de handicapés. L'année dernière, votre rapporteur, au cours de la discussion budgétaire, avait déjà fait apparaître la responsabilité du Gouvernement sur les orientations de la politique menée. Un désengagement financier dans ce domaine, outre qu'il alourdit les charges des départements, n'apporte pas de réponse satisfaisante pour une partie des personnes handicapées.

De plus, votre rapporteur s'interroge sur les conditions de mise en œuvre de la dotation globale dans les centres d'aide par le travail et les centres d'hébergement, à compter du 1^{er} janvier 1986. Ce principe a été arrêté par la loi du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social. Comme pour les établissements hospitaliers, les conditions de mise en œuvre de cette réforme peuvent faire craindre qu'il ne s'agisse seulement d'un moyen pour l'Etat de bloquer l'évolution des budgets des établissements sociaux. Une fois encore, les établissements ayant pratiqué jusqu'alors une saine gestion rigoureuse seront pénalisés par rapport aux établissements mal gérés. Enfin, d'une année sur l'autre, y aura-t-il les mêmes règles de report d'excédents venant en déduction des versements de la dotation ?

3. Les incohérences de la politique menée en faveur des personnes âgées.

a) Les inquiétudes quant à la progression des prestations.

Sans empiéter sur un secteur qui relève de la compétence de notre collègue, M. Boyer, nous ne pouvons que remarquer qu'après les fortes augmentations accordées au 1^{er} juillet 1981, le Gouvernement a dû prendre en compte les difficultés de la branche vieillesse, fortement aggravées par les mesures relatives à la retraite à soixante ans.

Le déficit de la C.N.A.V. peut être estimé ainsi depuis 1983 :

- 1983 : — 8,8 milliards de francs ;
- 1984 : 1,7 milliard de francs ;
- 1985 : — 9 milliards de francs.

Les mesures adoptées dans l'euphorie rendent d'autant plus nécessaires les mesures de rigueur adoptées aujourd'hui. Cette politique de « stop and go » n'est pas une politique responsable. Il a été ainsi décidé de modifier à compter du 1^{er} juillet 1983 le mode de revalorisation des pensions de retraite et de réversion, comme celui des autres prestations. La revalorisation n'intervient plus en fonction de l'évolution constatée des salaires de l'année précédente, mais en fonction de l'évolution « prévisionnelle » de l'inflation et du coût de la vie, en dehors des indices réels. L'évolution des retraites, de par cette nouvelle méthode de calcul, est déconnectée de l'évolution réelle du coût de la vie. Les mesures de rattrapage *a posteriori* ne compensent pas la perte de pouvoir d'achat accumulée au cours de l'année.

b) *Les limites de la politique du maintien à domicile.*

Après avoir constitué l'axe prioritaire du Gouvernement en ce qui concerne la politique en faveur des personnes âgées, force est de constater que, depuis 1983, le volume des interventions stagne faute de moyens.

Poursuivant les orientations du VII^e Plan, les services d'aide ménagère ont été fortement développés en 1981, 1982, 1983. Ils concernent aujourd'hui plus de 500.000 bénéficiaires et les crédits affectés à cette action sont passés de 1,7 milliard de francs en 1981 à 3,75 milliards de francs en 1984.

Les principaux financeurs sont l'aide sociale et la caisse nationale d'assurance vieillesse.

- Pour ce qui est de l'aide ménagère financée par l'aide sociale, elle relève désormais des collectivités locales. Aucun bilan d'ensemble n'a pu encore être établi. La responsabilité tarifaire de la prestation incombe désormais aux présidents des conseils généraux, qui fixent notamment le taux de participation des bénéficiaires. On peut s'interroger sur les risques d'inégalités face à cette prestation et qui résulteraient d'orientations différentes adoptées par les départements.

- En ce qui concerne la politique menée par la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, on peut présenter le bilan suivant :

EVOLUTION DE L'AIDE MENAGERE A DOMICILE EN METROPOLE

	1980	1981	1982	1983	1984
Nombre de personnes âgées aidées	186.205	211.225	218.672	234.892	259.676
Nombre d'heures réglées au cours de l'année .	23.157.414	25.330.436	25.761.031	25.576.611	27.293.270
Montant des dépenses	584.093.332	760.233.541	949.814.284	1.139.733.392	1.254.718.500
Nombre de communes desservies	29.992	31.169	31.591	33.325	34.879

Mais depuis 1984, le volume des interventions stagne, car le rythme de croissance de cette prestation ne peut plus progresser de manière aussi soutenue. En 1985, le volume d'activité de 1984 ne devra pas être dépassé. D'ores et déjà en juin 1984, le ministère des affaires sociales avait apporté au fonds national d'action sanitaire et sociale en faveur des personnes âgées un supplément de financement de 107 millions de francs. De plus, le prélèvement sur les cotisations d'assurance vieillesse qui finance le fonds d'action sociale a été relevé de 0,86 % à 0,93 %. Ceci afin de permettre à la C.N.A.V. de maintenir au niveau atteint en 1983 les actions aide ménagère pour 1984.

Les premières orientations arrêtées pour 1986 relèvent de la même nécessité : ne pas accroître le coût financier de l'aide ménagère. Il s'agit pour les années à venir de gérer qualitativement un service qui ne devra plus s'accroître quantitativement.

Pour cela, la C.N.A.V. recommande les orientations suivantes :

— adaptation du nombre d'heures attribuées et des services fournis à l'évolution dans le temps de l'état de santé du bénéficiaire ;

— utilisation d'une grille d'évaluation assurant une meilleure adéquation aux situations concrètes des personnes âgées ;

— progression du barème de participation des retraités.

En termes financiers donc, il est incontestable que la politique de maintien à domicile connaît un certain essoufflement depuis deux ans. A cela s'ajoute le fait qu'elle ne constitue pas la solution à tous les problèmes des personnes âgées notamment celles qui sont très âgées et dont le nombre ne cessera de progresser dans les années à venir. Pour elles, on peut s'inquiéter des orientations arrêtées en matière d'hébergement.

c) *Les inquiétudes quant à la politique d'hébergement.*

• Il est certain qu'un effort important a été consenti en matière d'hébergement des personnes âgées tant en ce qui concerne les logements-foyers que les maisons de retraite qui peuvent être soit des hospices soit des établissements autonomes ou privés. Mais cet effort a été limité puisque à l'inverse de la politique de maintien à domicile, il ne constituait pas un axe prioritaire pour le Gouvernement.

• La loi du 4 janvier 1978 permet de créer au sein des maisons de retraite des sections de cure médicale permettant la prise en charge médicale des personnes âgées et évitant le transfert en établissement hospitalier, notamment en long séjour. Là également, les statistiques témoignent du développement de ces structures.

SECTIONS DE CURE MÉDICALE

Date	Nombre de sections de cure médicale	Nombre de lits en section de cure médicale
1 ^{er} octobre 1980	»	9.040
15 mars 1982	»	21.423
31 décembre 1982	»	29.664
30 juin 1983	»	42.007
1 ^{er} janvier 1984	1.617 (7)	52.832 (7)

Le prix de journée de ces établissements médicalisés comprend alors deux éléments : le coût de l'hébergement, qui est à la charge de la personne âgée, de sa famille ou de l'aide sociale, financée désormais par le département ; et un forfait soins, qui est pris en charge par l'assurance maladie.

• Malgré le développement des sections de cure médicale, nos inquiétudes persistent sur plusieurs points.

— Le forfait soins ne tient pas suffisamment compte du degré de dépendance de la personne et de la densité des soins dont elle a besoin.

— Ainsi, il n'est pas possible de définir un forfait soins « maternage » qui devrait être pris en charge par l'assurance maladie. De même, le forfait soins devrait pouvoir évoluer en tenant compte du vieillissement progressif des personnes hébergées. Mais les établissements se heurtent au refus des caisses d'assurance maladie.

— La procédure de déplafonnement des sections de cure médicale si souvent demandée par les établissements pour tenir compte du vieillissement des personnes hébergées est encore trop souvent

refusée par les caisses. Il y a là, manifestement, volonté de freiner de façon abusive les dépenses d'assurance maladie, alors que la prise en charge du forfait soins de cure médicale est beaucoup moins onéreuse que la prise en charge d'un lit de long séjour ou qu'un lit psychiatrique.

• Dans un avenir très proche, se posera le problème de la reconversion des hôpitaux psychiatriques. Dans ces hôpitaux sont à l'évidence hébergées des personnes âgées qui nécessiteront des soins particuliers dans leurs nouveaux lieux d'accueil. Y aura-t-il ainsi reconnaissance d'un secteur géronto-psychiatrique, pris en charge par l'assurance maladie ; sinon, le risque est grand de voir s'accroître la part laissée à l'aide sociale, et donc financée par le département.

C — LE PHÉNOMÈNE DE NOUVELLE PAUVRETÉ ILLUSTRE TRISTEMENT LA FAILLITE DE NOTRE SYSTÈME DE PROTECTION SOCIALE

a) *Bilan du plan d'action arrêté en 1985 et perspectives pour 1986.*

• *Rappel des crédits ouverts en 1985.*

500 millions de francs ont été inscrits au chapitre 47-21, article 70, au titre du programme de lutte contre la pauvreté et la précarité :

— 200 millions de francs en 1984 ;

— 299 millions de francs en 1985 (1 million de francs ayant été utilisé pour le financement d'actions en faveur des populations nomades défavorisées).

Sur cette somme :

— 227 millions de francs, soit 45 % de la dotation, étaient réservés aux offices et associations, sous forme de subventions (art. 70, § 10) ;

— 272 millions de francs, soit 55 % de la dotation, étaient délégués aux préfets, sous forme de crédits déconcentrés (art. 70, § 20.)

Répartition et utilisation des subventions aux offices et associations.

Les associations, après passation d'une convention avec l'Etat, ont reçu 78 millions de francs en 1984 et des dotations complémentaires d'environ 13 millions de francs en 1985. Elles ont consacré 47 % des subventions qui leur ont été affectées à leurs actions traditionnelles d'accueil/hébergement, 24 % allant à l'aide alimentaire et 21 % à l'aide au logement.

Les trois grands offices (O.F.I.V.A.L., ONILAIT et O.N.I.F.-L.H.O.R.) ont bénéficié de 114 millions de francs auxquels il convient d'ajouter les crédits nécessaires au paiement des actions qu'ils ont engagées à la fin du premier semestre 1985 et qui n'ont pas encore été mandatées. Ils ont d'ores et déjà reçu les sommes suivantes :

O.N.I.F.L.H.O.R.	1,5 millions de francs (pommes)
	10 millions de francs (pommes de terre)
	4 millions de francs (pruneaux)
O.F.I.V.A.L.	75 millions de francs (viande)
ONILAIT	24 millions de francs
	114,5 millions de francs.

Répartition et utilisation des crédits déconcentrés.

Lors d'une première dotation, les crédits ont été délégués aux préfets de région en tenant compte de la population et du taux de chômage des régions.

Des dotations complémentaires ont été attribuées aux préfets de département à leur demande, après examen de la réalité des besoins et du mode d'utilisation de la première enveloppe de crédits.

• 24 % des crédits ont été consacrés à *l'accueil/hébergement*. En général, ce sont les bureaux d'aide sociale et les associations locales qui ont servi d'intermédiaires. Dans quelques départements où les capacités étaient insuffisantes, une partie des subventions a servi à financer des dépenses d'équipement ou d'aménagement de centres d'hébergement. On peut estimer à 7.500 le nombre de places supplémentaires créées, soit en asiles de nuit, soit en hébergement.

• 22 % de la dotation ont été utilisés pour *l'aide alimentaire*, la restauration sociale et la fourniture de colis comptant chacun pour 30 % de cette action, l'acquisition de beurre pour 19 % et les frais de stockage et de transports pour 6 %.

- 30 % des subventions ont été à l'aide au logement, 42 départements ont réservé des crédits en vue de la constitution de fonds de garantie, mais la mise en place de ceux-ci est difficile. A noter que les crédits consacrés au remboursement des dettes E.D.F./G.D.F. s'élèvent à plus de 14 millions de francs en majorité sous forme d'aides non remboursables, ce qui correspond quasiment au quart de l'aide au logement.

- Le solde (24 %) se répartit entre d'autres actions (pour l'essentiel, des *secours d'urgence*).

— Pour 1986, les orientations suivantes ont été arrêtées au conseil des ministres du 30 octobre 1985. Le programme est arrêté pour un montant de 1 milliard de francs et devrait permettre de poursuivre les actions déjà entreprises et d'engager de nouvelles initiatives. Quatre objectifs seraient ainsi poursuivis :

- Logement des familles en difficulté :

- les commissaires de la République recevront l'instruction d'examiner personnellement la situation des familles sans ressource menacées d'expulsion,

- des mesures seront prises, en collaboration avec E.D.F.-G.D.F. et après examen de chaque cas par les services sociaux compétents, en vue d'éviter les coupures de gaz et d'électricité pour les particuliers qui se trouvent dans l'impossibilité de payer leurs factures,

- le bénéfice de l'allocation de logement social sera étendu à certaines catégories de chômeurs.

— Les fonds d'aide destinés à permettre aux familles en difficulté temporaire de payer leur loyer seront généralisés afin de couvrir l'ensemble des logements sociaux et de concerner une fraction plus importante des logements privés.

— Des fonds d'aide au relogement seront mis en place au profit des personnes mal logées ou privées de domicile.

— Des mesures visant à alléger pour les plus démunis les formalités nécessaires à l'obtention des aides personnelles au logement et à éviter leur suppression automatique en cas de difficulté pour payer les loyers seront arrêtées dans les prochains jours et entreront en application dès le 1^{er} janvier 1986.

— Enfin, le dispositif d'hébergement d'urgence mis en place en 1984 sera reconduit, et si nécessaire développé, durant l'hiver 1985-1986.

- Réinsertion sociale des personnes les plus défavorisées.

— Les collectivités locales qui décideront de mettre en place des dispositifs de réinsertion professionnelle au profit de personnes

ne disposant pas de ressources permanentes pourront bénéficier d'une aide financière de l'Etat. Ces dispositifs devront comprendre, en alternance, des périodes de formation et des temps d'activité. L'aide de l'Etat sera affectée à la formation et à la protection sociale des personnes concernées. 50 millions de francs seront consacrés à cette action.

— Des actions spécifiques de formation et d'insertion professionnelle seront entreprises en faveur des femmes isolées qui se sont consacrées à l'éducation de leurs enfants et qui se trouvent privées de ressources une fois leurs enfants élevés. Une somme de 167 millions de francs sera engagée à ce titre.

• Distribution de produits alimentaires.

Des distributions de produits alimentaires aux personnes les plus démunies seront organisées par les commissaires de la République en collaboration avec les associations charitables, les producteurs et les commerçants.

— L'accueil d'urgence : dans les grandes agglomérations, des permanences d'accueil fonctionnant vingt-quatre heures sur vingt-quatre pendant la période hivernale seront mises en place afin de répondre immédiatement aux demandes d'urgence.

Afin de veiller à une application rapide et efficace des décisions prises, les cellules de coordination créées en 1984 et rassemblant, autour du commissaire de la République, les partenaires concernés (collectivités territoriales, associations, administrations...) seront reconduites.

b) *Les causes du phénomène de nouvelle pauvreté :
la faillite de notre système de protection sociale.*

La réapparition et l'aggravation de ce dispositif d'assistance est un phénomène grave pour notre société de la fin du xx^e siècle. Les responsables doivent être dénoncés avec d'autant plus de force.

En préalable, je voudrais rappeler une déclaration de Mme Questiaux, qui entendait mettre fin à toute politique d'assistance et accorder, au contraire, la priorité à l'emploi, c'est-à-dire à l'insertion normale de la population.

« La solidarité — a souvent expliqué Mme Questiaux (1) — cela veut dire que les personnes prennent en charge et ensemble, elles-mêmes, leurs affaires, leur sécurité, leurs besoins sociaux, de façon responsable... » « Nous sommes au service des gens qui ont

(1) *Le Monde*, 2 juin 1981.

(2) *Liaisons sociales*, n° 8512, 2 juin 1981.

travaillé, cotisé, conquis des droits... nous faciliterons la prise en charge par les personnes elles-mêmes de leurs problèmes, sans imposer de modèle de vie (2)... »

Ces déclarations d'intention, qui n'avaient rien de révolutionnaire et auxquelles nous ne pouvions que souscrire, sont d'autant plus cruelles à relire aujourd'hui, que c'est ce Gouvernement qui est responsable de la faillite de notre système de protection sociale.

Certes, le phénomène de pauvreté ne date pas de 1981. La crise économique que traversent les pays industrialisés depuis 1973 en est une cause et la France n'a pas été épargnée.

Mais depuis 1981, le Gouvernement n'a pas su maîtriser la montée du chômage. De plus, il n'a pas mis en œuvre une réelle politique de solidarité sociale. Bien plus, certaines mesures arrêtées ont accentué la paupérisation de certaines catégories de personnes. Dans certains domaines, notamment le chômage, il a substitué au régime de protection sociale, fondé sur l'assurance, un régime d'assistance, ce qui constitue une régression sociale intolérable.

Il en est ainsi du décret du 24 novembre 1982 qui fixe une durée maximale d'indemnisation du chômage aux travailleurs privés d'emplois. On ne fera que brièvement rappeler les conséquences de ce texte : accélérer et accroître le nombre des radiations du régime d'indemnisation, raccourcissement des périodes d'indemnisation, faiblesse du régime de solidarité financé par l'Etat et qui, sous certaines conditions, prend le relais.

Ce régime de solidarité, qui résulte désormais des décrets n° 84-1180 du 26 décembre 1980, n° 85-600 du 10 juin 1985 et n° 85-797 du 29 juillet 1985, comprend deux allocations :

— aux jeunes de seize à vingt-cinq ans à la recherche d'un premier emploi, après avoir suivi une formation, effectué le service national ou qui sont soutien de famille, ou sont à la recherche d'un nouvel emploi après avoir travaillé seulement entre trois et six mois.

Pour eux, le montant de l'allocation est de 41,40 F par jour. Le délai de carence est de un ou trois mois ;

— à certaines personnes en situation particulière : femmes seules avec enfant à charge, réfugiés, rapatriés, salariés expatriés, détenus libérés, victimes d'accidents du travail dont le contrat de travail est suspendu et dans l'attente d'un stage de réadaptation.

Le montant de l'allocation est de 43 F par jour.

Les conditions de ressources pour l'attribution de cette allocation sont les suivantes :

Plafond pour bénéficiaire de l'allocation à taux plein :

- 2.580 F pour une personne seule ;
- 6.450 F pour un couple.

Plafond pour bénéficiaire de l'allocation différentielle :

- 3.870 F pour une personne seule ;
- 7.740 F pour un couple.

— l'allocation de solidarité spécifique est versée aux chômeurs ayant épuisé les durées maximales d'indemnisation ou qui n'ont pas obtenu toutes les prolongations prévues par le régime d'assurance chômage.

Pour en bénéficier, il faut justifier de cinq ans d'activité salariale, être âgé de moins de soixante ans, être à la recherche d'un emploi et répondre à certaines conditions de ressources.

— Le montant de l'allocation de solidarité est de 64,50 F par jour.

Il est porté à 86 F par jour pour :

- les allocataires âgés de cinquante-cinq à cinquante-sept ans et demi et justifiant de vingt années d'activité salariée ;
- les allocataires âgés de cinquante-sept ans et plus et justifiant de dix années d'activité salariée.

— L'allocation est versée par périodes de six mois renouvelables et sans limitation de durée.

Il est pratiquement impossible d'avoir des statistiques fiables sur les bénéficiaires de ce régime de solidarité. On ne peut procéder que par estimations, qui sont pour le moins inquiétantes. Les derniers chiffres du chômage montrent qu'il y a 2,5 millions de personnes inscrites à l'A.N.P.E., mais seulement 1,6 million sont indemnisées au titre du régime d'assurance par l'U.N.E.D.I.C. Ce serait donc 900.000 personnes qui relèveraient du régime de solidarité.

Enfin, il faut préciser le montant de la subvention de l'Etat au fonds de solidarité, qui alimente les deux types d'allocations de solidarité :

- pour 1985 : 2,8 milliards de francs ;
- pour 1986 : 5,3 milliards de francs.

Ce quasi-doublement des crédits répond à une double nécessité :

- la subvention décidée pour 1985 était très nettement insuffisante ;

• les modifications décidées en juin et juillet 1985 majorent le montant des allocations, mais on peut se demander si la très forte majoration de la subvention pour 1986 suffira à couvrir les besoins du régime de solidarité.

Les faiblesses du régime de solidarité, les insuffisances des actions menées par l'Etat en ce qui concerne l'action sociale font craindre qu'un surcoût de charges financières ne rejailissent sur les départements au travers des mécanismes d'aide sociale dont ils assument désormais la responsabilité.

Or, les collectivités locales ne peuvent supporter ces nouvelles charges financières. Il est d'autant plus inquiétant de constater que l'Etat s'est désengagé progressivement du financement d'actions dont il avait cependant conservé la compétence. Parallèlement, au travers des plans de lutte contre la pauvreté, il s'en remet aux associations charitables, et préconise le recours à des mesures d'assistance qui ne sont que des palliatifs et traduisent une inacceptable régression pour notre pays.



Après vous avoir présenté ce bilan, qui comporte de graves menaces pour l'avenir de notre pays tant en ce qui concerne notre système hospitalier que notre politique d'action sociale, votre rapporteur vous propose en conséquence de rejeter les crédits consacrés à la santé et à l'action sociale dans le projet de loi de finances pour 1986.

