

N° 71

SENAT

PREMIERE SESSION ORDINAIRE DE 1986-1987

Annexe au procès-verbal de la séance du 17 novembre 1986.

AVIS

PRESENTE

au nom de la commission des affaires sociales (1) sur le projet de loi de finances pour 1987, ADOPTE PAR L'ASSEMBLEE NATIONALE.

TOME II

SANTE ET ACTION SOCIALE

Par M. Louis BOYER,

Sénateur.

(1) *Cette commission est composée de : MM. Jean-Pierre Fourcade, président; Louis Souvet, Bernard Lemarié, Henri Collard, Charles Bonifay, vice-présidents; André Rabineau, Charles Descours, Hector Viron, José Balareello, secrétaires; MM. Jean Amelin, Jean Barras, Jean-Paul Bataille, Mme Marie-Claude Beaudeau, MM. Henri Belcour, Georges Benedetti, Guy Besse, Jacques Bimbenet, Marc Bœuf, Louis Boyer, Louis Brives, Jean-Pierre Cantegrit, Marc Castex, Jean Cauchon, Jean Chérioux, Jean Clouet, François Delga, Franz Duboscq, Claude Huriet, Roger Husson, Louis Lazuech, Henri Le Breton, Roger Liss, François Louisy, Pierre Louvot, Jacques Machet, Jean Madelain, Jean-Luc Mélenchon, André Méric, Mme Hélène Missoffe, MM. Michel Moreigne, Arthur Moulin, Guy Penne, Henri Portier, Guy Robert, Mme Nelly Rodi, MM. Gérard Roujas, Olivier Roux, Franck Sérusclat, Paul Souffrin, Raymond Tarcy, Georges Treille, François Trucy.*

Voir les numéros :

Assemblée nationale (8° légial.) : 383 et annexes, 395 (annexes n° 4 et 5), 396 (tomes III et IV) et T.A. 43.

Sénat : 66 et 67 (annexes n° 2 et 3) (1986-1987).

Lois de finances. - Aide sociale - Hôpitaux - Pauvreté - Santé.

SOMMAIRE

	Page
Travaux de la commission	5
Introduction	9
Première partie - Présentation générale des crédits consacrés à l'action sociale et à la santé	10
1. Présentation des crédits section commune et section affaires sociales	10
2. Présentation des modifications de structure et incidence de la décentralisation	11
a) Modification des structures budgétaires	11
b) Incidence de la décentralisation en matière d'action sociale et de santé	12
3. Examen des crédits de personnel et des dépenses de fonctionnement	15
a) La diminution des dépenses de personnel	15
b) La progression des crédits de fonctionnement	17
Deuxième partie - Un recentrage des crédits budgétaires sur des actions jugées prioritaires en matière sociale	19
A. L'ajustement des dépenses en fonction de besoins et de critères d'efficacité	20
1) Ajustement des crédits en fonction des dépenses constatées	20
2) Maintien des crédits affectés aux actions relevant de la compétence de l'Etat	21
a) Majoration des crédits consacrés aux personnes sans domicile de secours	21
b) Majoration des dépenses du Fonds National de Solidarité en faveur des ressortissants de l'aide sociale	21
c) Maintien des crédits affectés à la formation des professionnels	21
B. Définition de priorités en ce qui concerne l'action sociale volontaire, selon des critères d'efficacité et de rationalisation du rôle de l'Etat	22
1) Un recentrage des actions gouvernementales en matière de lutte contre la pauvreté	23
a) Appréciation du phénomène de la nouvelle pauvreté et bilan des programmes entrepris en 1946	23

	Page
b) Un recentrage des actions gouvernementales en ce qui concerne la lutte contre la pauvreté	26
2) Un recentrage des actions du Gouvernement en faveur des personnes âgées et des handicapés	29
a) Une très nette diminution des crédits de l'action sociale aux personnes âgées	29
b) Les priorités arrêtées en ce qui concerne la politique d'action sociale auprès des handicapés	33
Troisième partie - Analyse des crédits budgétaires consacrés à la santé et orientations retenues par le Gouvernement en matière hospitalière	36
A. Présentation des crédits affectés à la santé	36
1) Les économies décidées en matière d'interventions sanitaires.....	38
a) Formation des professions de santé	38
b) Programmes de prévention	39
2) Les priorités concernent pour l'essentiel la lutte contre la toxicomanie et les subventions d'investissement sanitaire	40
a) Les priorités retenues en ce qui concerne la lutte contre la toxicomanie	40
b) L'effort en ce qui concerne les subventions d'investissement et l'aménagement de ses modalités d'octroi	43
B. Les orientations gouvernementales dans le domaine hospitalier et les difficultés restant à résoudre	44
1) Les orientations retenues par le Gouvernement en matière de réforme hospitalière	44
2) Les difficultés qui pèsent encore sur le système hospitalier français.....	48
a) Les difficultés financières	48
b) Les difficultés de fonctionnement	51
Conclusion	52

TRAVAUX DE LA COMMISSION

La commission des Affaires sociales s'est réunie le mercredi 19 novembre 1986 sous la présidence de M. Jean-Pierre Fourcade, président, pour entendre M. Louis Boyer présenter son avis sur les crédits consacrés, dans le projet de loi de finances pour 1987, à l'action sociale et à la santé.

Le rapporteur a tout d'abord indiqué que les crédits d'intervention en matière sanitaire et sociale s'élevaient à 35,8 milliards de francs et étaient stables par rapport à 1986 (- 0,9 %).

Il a présenté très brièvement les différentes modifications affectant la structure même du budget des affaires sociales, en particulier celle résultant des lois de décentralisation.

En ce qui concerne l'action sociale, le rapporteur a rappelé qu'un certain nombre d'économies décidées étaient des économies constatées (remboursement de l'I.V.G., financement de l'allocation aux adultes handicapés, allocation différentielle). Pour ce qui est des programmes d'actions sociales, les économies décidées traduisent la volonté du Gouvernement de rationaliser son action en évitant tout saupoudrage et double emploi.

M. Louis Boyer, en s'appuyant sur l'exemple des actions menées dans le cadre de la lutte contre la pauvreté et des actions en faveur des personnes âgées ou handicapées, s'est inquiété de ce que ce mouvement de rationalisation aboutirait en réalité à un transfert de charges pour les autres collectivités publiques. Dans les années à venir, il importera surtout de coordonner très étroitement les actions menées par les différentes collectivités responsables.

Abordant l'examen des crédits gérés par le ministère de la santé -1,98 milliard de francs-, M. Louis Boyer a fait état des économies décidées en ce qui concerne la formation des professions de santé et les programmes régionaux de prévention ; en outre, il a présenté les axes prioritaires de la politique gouvernementale en matière sanitaire, à savoir la lutte contre la toxicomanie et la relance des investissements sanitaires, par une augmentation des crédits affectés aux subventions et un assouplissement des modalités d'octroi de ces dernières. Présentant enfin brièvement les orientations retenues en ce qui concerne la réforme hospitalière, M. Louis Boyer a rappelé les graves difficultés qui pèsent encore sur l'hôpital et qui sont tant financières que fonctionnelles : répartition des personnels non médicaux, nombre de médecins en formation...

Au cours de la discussion générale qui a suivi et à laquelle ont participé MM. Michel Moreigne, Paul Souffrin, Charles Descours, Franck Sérusclat, Claude Huriet, Henri Collard, Guy Robert, Jean Chérioux, Louis Souvet, Jean Madelain, Mme Hélène Missoffe et M. Jean-Pierre Fourcade, président, M. Louis Boyer a apporté des précisions concernant le niveau des crédits consacrés à la formation des professions de santé, à la lutte contre la toxicomanie, aux programmes régionaux de prévention et aux programmes spécifiques de prévention et les nouvelles modalités d'octroi des subventions d'équipements sanitaires.

En ce qui concerne le programme gouvernemental de lutte contre la pauvreté, les commissaires se sont interrogés sur les modalités de son financement. La participation du département à l'allocation de revenu social à hauteur de 60 % devrait pouvoir être modulée selon les capacités du département. Les commissaires ont insisté sur l'aspect positif de cette allocation fournie en contrepartie d'un travail, qui constitue une amorce de réinsertion. L'exemple de l'Ille-et-Vilaine est à cet égard encourageant.

En ce qui concerne les actions menées auprès des handicapés, la coordination entre collectivités publiques est indispensable. Il faudrait pour permettre aux départements de financer ces équipements, modifier la base de calcul de la D.G.D. (dotation globale de décentralisation) et présenter des dossiers en ce sens à la commission d'évaluation des comptes. Le problème des établissements pour personnes adultes handicapées reste un problème majeur pour les années à venir.

Pour ce qui est de l'hébergement des personnes âgées, il est bien certain qu'il faut revoir et harmoniser le financement des différentes structures d'hébergement existantes et opérer un redéploiement des lits selon les besoins constatés. De plus, dans le cadre d'une loi générale sur la psychiatrie, il conviendra de réfléchir aux problèmes spécifiques de la gérontopsychiatrie.

A propos des projets de réforme hospitalière, les commissaires se sont interrogés sur le bien-fondé d'un post-internat pour pallier le manque de médecins, notamment dans les hôpitaux généraux. Un tel dispositif ne devrait durer qu'un an et permettrait de recevoir une formation pratique complémentaire. Parallèlement, il serait nécessaire de développer le temps partiel en milieu hospitalier.

A l'issue de ce débat, la commission des Affaires sociales a émis un avis favorable à l'adoption des crédits consacrés à l'action sociale et à la santé.

INTRODUCTION

Mesdames, Messieurs,

Au sein du budget des Affaires sociales, qui s'élève pour 1987 à 104 milliards de francs, les crédits consacrés à l'action sociale et à la santé représentent 34 milliards de francs.

Ceci veut dire qu'à structure constante ils sont stables. Il conviendra donc dans un premier temps de faire état des différentes modifications intervenues dans les structures du ministère et qui pour la plupart sont dues à la décentralisation.

Deuxièmement, l'analyse détaillée des différentes missions exercées par le Gouvernement en matière sanitaire et sociale, montre que ce dernier, dans un contexte économique et budgétaire rigoureux, a procédé à un réexamen des différentes actions entreprises et fixé des priorités. On pourra s'interroger sur les conséquences éventuelles du recentrage de l'action gouvernementale pour les finances des autres collectivités publiques.

Enfin, en matière sanitaire, on ne peut se contenter du strict examen des crédits budgétaires. Ceux-ci doivent être replacés au sein de la politique hospitalière du Gouvernement qu'il conviendra donc de présenter à l'occasion de ce débat budgétaire.

PREMIERE PARTIE - PRESENTATION GENERALE DES CREDITS CONSACRES A L'ACTION SOCIALE ET A LA SANTE

1. Présentation des crédits section commune et section affaires sociales

Le projet de budget pour 1987 des affaires sociales, comporte trois sections.

Les crédits consacrés à l'action sociale et à la santé sont répartis pour partie dans la section I pour ce qui est des crédits de personnel et pour partie dans la section II pour ce qui est des crédits afférents aux interventions et aux investissements en matière sanitaire et sociale.

Mais pour pouvoir examiner utilement ces crédits et leur affectation, il convient de faire état des modifications de structure importantes intervenues et de l'incidence de la décentralisation sur les crédits de personnel et de moyens.

En effet, les deux tableaux suivants permettent de suivre l'évolution de ces crédits budgétaires à structure apparente puis à structure constante, en ce qui concerne les sections I et II du budget des affaires sociales.

A structure apparente :

(D.O. + C.P., en millions de francs)	1986	1987	Évolution
Section commune	2.375	2.693	+ 13,4 %
Section aff. sociales	35.721	34.404	- 3,7 %

A structures constantes (net des transferts) :

(D.O. + C.P., en francs)	1986	1987	Évolution
Section commune	2.375	2.533	+ 6,6 %
Section aff. sociales	35.721	35.388	- 0,9 %

A structure constante donc, les crédits d'intervention en matière sanitaire et sociale s'élèvent à 35,38 milliards de francs et sont donc reconduits à un niveau quasi identique à celui atteint en 1986 (- 0,9 %).

Il importe avant d'analyser plus en détail l'affectation de ces crédits d'intervention, de présenter les modifications de structure intervenues et d'analyser brièvement les moyens en personnel et en matériel mis à la disposition du ministère des affaires sociales.

2. Présentation des modifications de structure et incidence de la décentralisation

a) Modification de structures budgétaires

En ce qui concerne le strict domaine de l'action sociale et de la santé, quatre modifications importantes sont apportées au projet de budget pour 1987.

* Les crédits afférents au service des rapatriés sont rattachés aux services du premier ministre. Ils s'élèvent à 71 millions de francs.

* Les crédits destinés à l'Institut national d'études démographiques (INED) sont transférés à la Recherche. Ils s'élèvent à 50 millions de francs.

* A l'inverse, sont désormais imputés au budget des affaires sociales les crédits concernant la condition féminine, antérieurement inscrits au budget des services généraux du premier ministre.

Les crédits de fonctionnement s'élèvent à 36,8 millions et sont rattachés à la section I - Section commune. Il s'agit d'une stricte reconduction. Parallèlement, 101 emplois sont rattachés au ministère des affaires sociales.

Les crédits d'intervention inscrits à la section II - Affaires sociales, s'élèvent à 72 millions de francs. En diminution par rapport à 1986 (100 millions de francs), ils traduisent la volonté du Gouvernement d'opérer un recentrage des actions menées en fonction de critères d'efficacité.

* Proviennent également du budget des services généraux du Premier ministre, les crédits affectés au Haut Comité d'Etude et d'Information sur l'Alcoolisme.

Ces crédits de subventions pour 1987 s'élèvent à 2,55 millions de francs et sont inscrits au chapitre 47-13 de la section affaires sociales. Quatre emplois de contractuels sont ainsi rattachés aux affaires sociales.

b) Incidence de la décentralisation en matière d'action sociale et de santé

La mise en oeuvre des diverses lois de décentralisation a eu notamment des conséquences très importantes concernant le fonctionnement des services extérieurs du ministère des Affaires sociales.

En 1985, a eu lieu le partage fonctionnel des directions départementales sanitaires et sociales, sanctionné par des conventions signées par les préfets et les présidents de conseils généraux, et approuvées par arrêté des ministres de l'Intérieur et des Affaires sociales. Il est intéressant de présenter le bilan de ces conventions de partition.

*** Partage fonctionnel des D.D.A.S.S.**

A la date du 1er août 1986, le partage des services était pratiquement achevé puisque 98 conventions étaient approuvées. Le point de blocage qui empêchait l'approbation des deux dernières conventions porte sur l'absence d'individualisation des travailleurs sociaux mis à disposition de l'Etat dans le cadre du partage du service départemental d'action sociale. Dans un premier temps, pour éviter le recours à la procédure autoritaire prévue par la réglementation en vigueur qui apparaît disproportionnée par rapport à la difficulté rencontrée, les présidents des conseils généraux ont été invités à procéder à cette désignation de manière à permettre une approbation de la convention sur la base contractuelle qu'ils ont arrêtée avec les commissaires de la République.

En termes d'effectifs ont ainsi été répartis environ 52 556 emplois (équivalents temps plein) à raison de 28 % dans les services de l'Etat et 72 % dans les services des départements. Sur cette même base, le nombre d'emplois de l'Etat mis à disposition des départements s'élève à environ 2 711 et le nombre d'emplois départementaux mis à disposition de l'Etat à 7 940 environ. Compte tenu de la mise à disposition des établissements hospitaliers des personnels exerçant une activité de lutte contre les maladies mentales à compter du 1er janvier 1986, le nombre d'emplois départementaux (équivalents temps plein) mis à disposition de l'Etat se situe à environ 5 600.

L'article 10 de la loi n° 86-29 du 9 janvier 1986, en levant toutes les interrogations d'ordre légal sur le partage du service départemental d'action sociale, a permis de résoudre une des principales difficultés rencontrées lors de la négociation des conventions. La formule retenue tend à concilier le partage et la répartition des agents avec le maintien de la polyvalence du travail social. Ainsi l'opération se traduit, de même que pour les autres parties de la direction départementale, par la répartition des agents entre les deux collectivités, en fonction des compétences de chacune. Cependant, compte tenu du caractère polyvalent de l'action sociale, le service demeure un service public unique et les agents exercent leur activité indifféremment au profit de l'Etat et du département selon des modalités qui seront définies par convention particulière.

L'article 10 a donné en outre une énumération non limitative des attributions relevant de l'Etat. En règle générale, le partage a conduit à mettre 10 à 12 % des assistantes sociales polyvalentes ainsi que quelques secrétaires médico-sociales, à la disposition de l'Etat.

*** Partage financier à compter du 1er janvier 1987**

Cette partition fonctionnelle des directions départementales des affaires sanitaires et sociales doit maintenant être complétée par un partage des dépenses de personnel, de fonctionnement et d'équipement afin de rendre chaque collectivité pleinement autonome financièrement, permettant ainsi à l'Etat et aux départements d'assurer les missions qui leur ont été confiées par le législateur en application des lois de décentralisation.

Cette nécessaire clarification des relations financières entre l'Etat et les départements s'effectuera selon les dispositions de la loi du 11 octobre 1985 relative à la prise en charge par l'Etat, les départements et les régions des dépenses de personnel, de fonctionnement et d'équipement des services placés sous leur autorité.

Les titres I et II de cette loi dont les dispositions ont été appliquées dès le 1er janvier 1986 aux services préfectoraux doivent en effet être étendus aux services extérieurs de l'Etat dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat pris en application de l'article 26 de la loi.

Un projet de décret, en cours d'élaboration, fixe au 1er janvier 1987 l'application de ces dispositions aux services d'action sociale et de santé placés respectivement sous l'autorité de l'Etat et des départements.

- Les dépenses de personnel seront transférées progressivement au fur et à mesure que seront constatées les vacances des emplois mis à disposition ou qu'il sera fait droit aux demandes d'option des fonctionnaires concernés. A dater du 1er janvier 1987, l'Etat et les départements ne seront plus tenus de s'assurer réciproquement le remplacement des agents mis à disposition de plein droit conformément à l'article 125 de la loi du 26 janvier 1984.

A cet égard, on peut rappeler que le droit d'option pour les personnels des services extérieurs entre statut Etat et statut

départemental existe jusqu'en 1989, et ce indépendamment de la nature des fonctions occupées.

Le chapitre 37-12 -dépenses de personnel- sera modifié en conséquence par inscription de crédits, soit au chapitre 31-01, si le statut Etat est choisi, soit à la DGD si le statut local est choisi.

- Les dépenses de fonctionnement et d'équipement seront partagées quant à elles au 1er janvier 1987. A cette date, il sera mis fin au maintien des prestations réciproques prévues par l'article 30 de la loi du 2 mars 1982.

Le projet de loi de finances pour 1987 prend en compte l'incidence budgétaire de ce partage par virement des crédits correspondants du budget de l'Intérieur (chapitre 41-56 relatif à la dotation générale de décentralisation) au budget des Affaires sociales et de l'Emploi (divers chapitres de fonctionnement et d'équipement).

En définitive, sont ajoutés au budget des Affaires sociales 495 millions de francs correspondant aux crédits de fonctionnement et d'équipement des directions départementales de l'action sanitaire et sociale mis à la charge de l'Etat.

A l'inverse, des dotations pour frais communs des services départementaux de l'action sanitaire et sociale et pour les cotisations d'assurance personnelle sont transférées à la dotation générale de décentralisation pour 1,188 milliard.

3. Examen des crédits de personnel et des dépenses de fonctionnement

a) La diminution des dépenses de personnel

Il convient de rappeler qu'il s'agit de dépenses communes aux secteurs sanitaire et social, et qu'elles se retrouvent dans les première et troisième parties du titre III.

A structure constante, les crédits de personnel diminuent d'environ 2,36 % pour s'établir à 1,659 milliard de francs.

Cette diminution traduit la politique de gel des emplois menée par le ministère des Affaires sociales depuis 1984 par un abattement forfaitaire de 1,5 %.

- De plus, 339 emplois avaient été supprimés dans le projet de loi de finances rectificatives pour 1986 ;

- 190 emplois seront supprimés en 1987, contre seulement trois créations de postes.

Les effectifs ainsi employés dans le secteur sanitaire et social s'élèveront à 12 455 en 1987 contre 12 981 au 1er janvier 1986.

A ce sujet, il importe de faire une distinction entre la politique du personnel menée en administration centrale, et celle menée dans les services extérieurs.

En ce qui concerne l'administration centrale, il est certain que des gains de productivité peuvent être réalisés et que l'on peut procéder à un redéploiement des personnels selon les taux d'activité des différents services.

En revanche, dans les services extérieurs, la politique de gel des emplois sur la base d'un sur deux a atteint, semble-t-il, ses limites.

La suppression des emplois réservés restreint la marge de manoeuvre des services extérieurs et ceci est d'autant plus durement ressenti que la D.D.A.S.S.-Etat est peu nombreuse. C'est pourquoi, il importe qu'en cas de vacance d'un poste relevant de la compétence du département mais occupé par un agent de l'Etat, la règle du gel d'un poste sur deux ne soit pas appliquée dès lors que l'Etat remplace ce poste. A compter du 1er janvier, en tout état de cause, il n'y aura plus obligation de remplacement, mais transfert de l'emploi et de son financement, comme indiqué plus haut.

* Enfin, on peut indiquer que le Gouvernement entend poursuivre ses actions de formation auprès des personnels, essentiellement par la formation continue. Dans ce cadre, un effort très important sera mené en matière de formation informatique, en liaison avec le plan de modernisation du ministère. En ce qui concerne les services extérieurs, les mêmes options ont été arrêtées par le biais de stages de perfectionnement. Dans les directions générales, les priorités porteront sur la comptabilité (générale, hospitalière, publique) et l'informatique.

b) La progression des crédits de fonctionnement

Pour l'ensemble du ministère un effort très important est consenti pour la modernisation des services. Cet effort se concentre sur l'équipement informatique et la bureautique.

Le chapitre 34-95 qui regroupe désormais toutes ces catégories de dépenses progresse de + 42 % pour s'établir à 210,9 millions de francs.

Les objectifs pour 1987 pour le secteur sanitaire et social sont les suivants :

- pour l'administration centrale, la généralisation de la bureautique et de la petite informatique, et la constitution progressive de réseaux de transmission de données entre services;

- pour les services extérieurs des affaires sanitaires et sociales, outre l'équipement en matériel de bureautique, la poursuite de l'automatisation des services de tutelle hospitalière, le développement de l'automatisation de gestion, du traitement des dossiers de contentieux techniques et de la gestion des concours hospitaliers, sanitaires et sociaux dans les DRASS.

**DEUXIEME PARTIE - UNE RECENTRAGE DES
CREDITS BUDGETAIRES SUR DES ACTIONS JUGEES
PRIORITAIRES EN MATIERE SOCIALE**

Concernant le seul secteur social, le projet de budget pour 1987 traduit une diminution globale de 1,28 % pour s'établir à 29,162 milliards de francs. Il peut être ventilé selon le tableau ci-joint.

Crédits consacrés à l'action sociale

	1986	1987	Pourcentage			
Titre III :						
Chapitre 36-21 : Etablissements nationaux à caractère social	54.257.486	54.532.486	+ 0,51			
Titre IV :						
Chapitre 43-33 : Prof. sociales - Formation ...	376.471.309	375.200.142	- 0,34			
Chapitre 43-34 : Bourses (art. 20)	49.252.918	46.541.638	- 5,5			
Chapitre 46-22 : Remboursement I.V.G.	200.000.000	175.000.000	- 12,5			
Chapitre 46-23 : Action sociale obligatoire (à structure constante)	5.318.965.476	5.557.367.856	+ 4,49			
Chapitre 46-24 : Personnes sans domicile de secours	1.291.770.000	1.438.704.291	+ 11,37			
Chapitre 46-25 : Fonds national de solidarité (F.N.S.)	243.980.000	265.480.000	+ 8,81			
Chapitre 46-92 : Allocations adultes handicapés	12.850.000.000	12.500.000.000	- 2,72			
Chapitre 47-15 : Toxicomanie (art. 20)	14.261.961	11.409.569	- 20			
Chapitre 47-21 : Programmes d'action sociale (à structure constante)	755.028.701	500.076.320	- 33,77			
Chapitre 47-22 : Majoration rentes anciens combattants	66.000.000	71.900.000	+ 8,94			
Chapitre 47-23 : Subventions à divers régimes sociaux	7.734.620.000	7.684.220.000	- 0,65			
Chapitre 47-81 : Travailleurs migrants (à structure constante)	117.187.822	107.233.303	- 8,50			
Total Titre IV	29.071.795.673	28.787.665.605	- 0,98			
	Autorisations de programme	Crédits de paiement	Autorisations de programme	Crédits de paiement	Autorisations de programme	Crédits de paiement
Titre V :						
Chapitre 56-20 : Equipement	15.060.000	9.000.000	8.500.000	5.000.000	- 43,56	- 44,44
Titre VI :						
Chapitre 66-20 : Subventions d'équipement ...	333.430.000	461.000.000	430.700.000	370.000.000	+ 29,17	- 19,74
Total affaires sociales	29.541.795.673	29.162.665.605			- 1,28	

On peut remarquer que les crédits inscrits au titre IV, c'est-à-dire finançant les interventions publiques, ne diminuent que de - 0,98 % alors même que la ligne budgétaire générale demandait un effort d'économies de 20 % sur ce titre.

Bien entendu, ce chiffre global recouvre des évolutions divergentes selon le type de dépenses, et il convient de les analyser en détail. En tout état de cause, ces évolutions traduisent la volonté du Gouvernement de rationaliser la dépense d'intervention sociale par une appréciation de son efficacité. On ne peut nullement conclure à la disparition de la politique du Gouvernement en ce qui concerne l'action sociale.

La rationalisation de l'intervention gouvernementale en matière sociale passe par un ajustement des dépenses et par un recentrage des actions autour de priorités.

A. L'ajustement des dépenses en fonction de besoins et de critères d'efficacité.

1) Ajustement des crédits en fonction des dépenses constatées

Un certain nombre de crédits budgétaires diminuent parce qu'il a été constaté que les dépenses réelles sur ce poste étaient inférieures à ce qui avait été demandé.

Il en est ainsi :

. des crédits de remboursement de l'IVG (Interruption Volontaire de Grossesse) inscrits au chapitre 46-22 et qui diminuent de 12 % pour être fixés à 175 millions de francs ;

. des crédits affectés à la contribution de l'Etat au financement de l'allocation aux adultes handicapés. Ils diminuent de 2,72 % par rapport à la loi de finances initiale, pour être fixés à 12,5 milliards de francs. Un premier ajustement avait été opéré en loi de finances rectificative pour 1986. Depuis 1985, en effet, on enregistre un ralentissement de la progression du nombre de bénéficiaires, due pour l'essentiel à

la priorité affirmée des avantages vieillesse et handicapés sur l'A.A.H. (Allocation aux Adultes Handicapés).

. des crédits concernant l'attribution de l'allocation différentielle.

2) Maintien des crédits affectés aux actions relevant de la compétence de l'Etat.

L'effort d'économies demandé a amené le Gouvernement à revoir certaines de ces actions, sans pour autant se désengager sur les secteurs qui restent de sa compétence.

a) Majoration des crédits consacrés aux personnes sans domicile de secours

Le chapitre 46-24 qui regroupe les différentes aides sous deux articles -aide médicale et aide sociale- progresse de + 11 %. Les crédits inscrits s'élèvent à 1,49 milliard de francs.

b) Majoration des dépenses du Fonds National de Solidarité en faveur des ressortissants de l'aide sociale

Les dépenses inscrites au chapitre 46-25 progressent de 8,81 % pour être fixées à 265,4 millions de francs. Il ne s'agit là que d'une faible part des crédits du F.N.S. (Fonds National de Solidarité). La majeure partie est inscrite au budget des charges communes.

c) Maintien des crédits affectés à la formation des professions sociales

. Les crédits inscrits au titre de la formation sont reconduits à un niveau quasi-identique, et s'élèvent à 375,2 millions de francs. Pour l'essentiel, ces crédits financent les centres de formation des travailleurs sociaux.

Au 1er janvier 1986, 20 713 élèves étaient en formation. Le niveau de ces effectifs est stabilisé depuis 1982.

. Les crédits inscrits au chapitre 43-34 pour le financement des bourses est en diminution de 5,5 % (46,5 millions de francs pour 1987).

. Enfin, en ce qui concerne les subventions d'investissement attribuées sur le chapitre 66-20, on peut noter une nette diminution des crédits de paiement alors que les autorisations de programme progressent de + 40 % (1,4 million de francs) afin de permettre les opérations de restructuration dans le cadre de regroupements d'écoles.

B. Définition de priorités en ce qui concerne l'action sociale volontaire, selon des critères d'efficacité et de rationalisation du rôle de l'Etat

Lorsque l'on examine les crédits inscrits au chapitre 47-21 intitulé "Programmes d'action sociale", on peut s'inquiéter de ce que, à structure constante, les crédits inscrits enregistrent une diminution de 33,77 % pour être fixés à 500,076 millions de francs.

Ces économies traduisent la volonté du Gouvernement de rationaliser ses interventions, afin d'éviter les effets de saupoudrage et de double emploi, trop souvent rencontrés dans le domaine social.

Néanmoins, cet effort de rationalisation ne doit pas faire oublier que, pour certaines catégories de personnes bénéficiaires de l'action sociale, beaucoup reste encore à faire. Le seul exemple des personnes âgées ou des handicapés donne à réfléchir pour l'avenir. De plus, les nouvelles règles issues des lois de la décentralisation ne contribuent pas à clarifier la situation. L'action sociale menée tant auprès des handicapés que des personnes âgées fait intervenir plusieurs collectivités publiques : Etat - départements - communes. Ces actions pour être efficaces doivent être coordonnées. Il ne faudrait pas, de plus, que la rationalisation du rôle de l'Etat dans ce domaine, pèse, à terme, sur les finances locales.

C'est pourquoi il convient d'analyser l'ajustement de ces crédits à l'aide de trois exemples :

- la lutte contre la pauvreté,
- l'action sociale envers les personnes âgées,
- les programmes d'action sociale envers les handicapés.

1) Un recentrage des actions gouvernementales en matière de lutte contre la pauvreté

a) Appréciation du phénomène de la nouvelle pauvreté et bilan des programmes entrepris en 1986

*** Appréciation du phénomène**

Le débat sur la pauvreté porte autant sur la notion de pauvreté que sur son étendue et les moyens à mettre en oeuvre pour la combattre. La distinction déjà ancienne entre pauvreté et grande pauvreté a fait place à de nouveaux concepts : précarité, nouveaux pauvres, insécurité sociale.

Le nombre de pauvres varie selon les experts ainsi que leurs caractéristiques. Cependant, l'ensemble des études menées dans ce domaine montre l'évolution qui a pu être enregistrée dans ces populations. Aux catégories sociales en situation de pauvreté déjà connue, clochards des métros parisiens, habitants des cités de transit, etc... se sont ajoutées les victimes de la crise économique et de l'emploi ainsi que celles résultant d'un éclatement de la cellule familiale : chômeurs qui ne sont pas ou plus indemnisés, personnes isolées adultes, parents isolés sans droit à prestations sociales, veuves ou divorcées ne bénéficiant pas d'une pension.

Ces populations se caractérisent en général par un rajeunissement statistique dû essentiellement à la quasi disparition dans la tranche des plus défavorisées des personnes âgées, à la précarisation des ménages jeunes (25/35 ans) et à la dégradation de la situation des ménages de 35 à 45 ans.

Dans l'ensemble, l'existence de prestations qui constituent de fait des revenus minimums catégoriels (allocation aux adultes handicapés, allocation de parent isolé, minimum vieillesse, etc...) permet d'éviter à plusieurs catégories sociales de connaître une situation de réelle pauvreté. Mais, par

définition, ces systèmes ne peuvent éviter que les personnes qui ne répondent pas ou plus aux conditions d'attribution prévues ne se trouvent exclues de toute aide. C'est le cas notamment du délai de carence entre la cessation de l'indemnisation au titre de l'assurance chômage, lorsque les personnes n'ont pas épuisé les durées maximales d'indemnisation, et l'admission au bénéfice de l'allocation de solidarité.

* Bilan du programme de lutte contre la pauvreté 1985-1986

- Moyens

Rappel des crédits ouverts.

Reliquat campagne précédente	56 MF
Loi de finances rectificative 1985	160 MF
Loi de finances initiale 1986	300 MF
Loi de finances rectificative 1986	- 90 MF
	<hr/>
Total	426 MF

Crédits engagés.

Paragraphe 10 : crédits concentrés	115 MF
(dotations aux grandes associations caritatives)	
Paragraphe 20 : crédits déconcentrés	311 MF
(délégation aux Commissaires de la République de département)	
	<hr/>
Total	426 MF

Les crédits déconcentrés ont été répartis entre départements selon un critère pondérant le poids

démographique, le taux de chômage, et le taux de chômage longue durée.

A partir du 15 avril, des opérations de redéploiement ont eu lieu. Elles ont permis de réaliser une économie de 90 millions de francs et d'attribuer une dotation complémentaire à une vingtaine de départements.

- Utilisation

Un bilan détaillé de l'utilisation des crédits de programme de lutte contre la pauvreté a été établi par la direction de l'action sociale. Une mission de l'I.G.A.S. est en cours pour en assurer l'évaluation.

Le dispositif mis en place se caractérise par sa grande souplesse : absence de contrôle a priori, procédures dérogatoires des engagements provisionnels, fonctionnement des organismes-relais et des régies d'avances. Il repose sur la mobilisation de nombreux partenaires : participation des bénévoles des associations, implication financière des diverses institutions publiques et privées dans les fonds. Accroissant la concertation, il contribue à une meilleure appréhension des problèmes de la pauvreté.

En effet, les cellules mises en place par les préfets associent, outre les représentants des principales administrations, les collectivités territoriales (départements et communes), les C.A.F., la M.S.A., les associations caritatives et parfois les offices H.L.M., les A.S.S.E.D.I.C., les P.A.C.T., etc.

La ventilation des dépenses par grands types d'actions a évolué entre les deux campagnes, comme le démontre le tableau ci-joint :

	1984-1985		1985-1986	
	Montant	Pourcentage	Montant	Pourcentage
Accueil - Hébergement.....	106	23,9	98	23
Aide alimentaire.....	188	42,4	128	30
Aide au logement.....	89	20	115	26
dont E.D.F.	(40)		(61)	
Insertion sociale et professionnelle....	55	12,4	26	6
Autres aides.....			54	12
Non engagés.....	6	1,3	11	3
Total.....	444	100	432	100

b) Un recentrage des actions gouvernementales en ce qui concerne la lutte contre la pauvreté

En ce qui concerne le plan d'action contre la pauvreté et la précarité, le Gouvernement maintient les réponses aux besoins prioritaires et urgents, mais avec des crédits moindres.

Parallèlement, est mise en place une amorce de revenu social mensuel aux ménages sans ressources. L'attribution de ce revenu serait liée à un travail voire même une formation. La mise en oeuvre de ce dispositif suppose la participation financière des départements.

- Pour les mesures prioritaires de lutte contre la précarité, les crédits inscrits pour 1987 diminuent d'1/3 pour être arrêtés à 200 millions de francs au chapitre 47-21, article 70.

Le Gouvernement maintient son intervention en ce qui concerne l'accueil d'urgence et les centres d'hébergement. Pour ces derniers, la capacité d'accueil actuelle est jugée suffisante (38 000 places). En ce qui concerne l'accueil d'urgence, le Gouvernement veut développer de nouveaux points d'accueil dans des zones sensibles (gares...) avec des permanences 24 heures sur 24.

Pour l'aide alimentaire, l'Etat conserve son rôle d'impulsion, sans pour autant se substituer aux associations caritatives et aux collectivités locales.

Enfin, le Gouvernement entend poursuivre les actions menées tant en ce qui concerne l'accès au logement que le maintien dans le logement.

- Parallèlement à ces actions d'urgence, le Gouvernement expérimente une sorte de revenu social attribué en contrepartie d'un travail ou d'une formation aux familles dépourvues de toutes ressources. Ce dispositif a été présenté par M. Zeller au conseil des ministres du 29 octobre 1986.

Il s'agit de la mise en place, par convention entre l'Etat et les départements, d'un dispositif assurant un revenu social mensuel aux ménages sans ressources, qui a été élaboré sur la base d'une expérience menée en Ille-et-Vilaine. La première convention départementale, dont celle d'Ille-et-Vilaine est inspirée, fut conclue dans le Territoire-de-Belfort. D'autres réalisations de ce type existent déjà dans plusieurs villes, à Saverne, Nîmes ou Besançon.

Sa philosophie est "d'assurer aux plus démunis les moyens élémentaires de l'existence", c'est-à-dire une activité, un revenu, un logement.

La procédure de la convention entre l'Etat et les départements pour instaurer ce type de garantie sociale n'est pas nouvelle ; on l'a vu pour le revenu minimum garanti du Territoire-de-Belfort ou d'Ille-et-Vilaine.

La nouveauté tient à :

- l'étendue du dispositif ; l'Etat s'adresse à tous les départements ;
- la fixation d'un cadre juridique pour le contenu des conventions.

* Les personnes qui pourront prétendre au revenu social devront répondre à un certain nombre de conditions.

Le dispositif s'adresse aux personnes âgées de plus de 25 ans. Celles de moins de 25 ans pourront relever d'une des

solutions d'aide à l'insertion sociale et professionnelle des jeunes. Deux ans de résidence minimum dans le département seront exigés pour bénéficier du nouveau régime. Les étrangers, comme les Français, pourront relever de la mesure, à condition d'être en situation régulière au regard de la législation sur l'entrée et le séjour en France des étrangers.

Sont concernés les ménages privés de tout revenu du travail ou du patrimoine mais aussi de tout revenu de remplacement : retraite, invalidité, chômage...

Par contre n'entreront pas dans le revenu les prestations familiales et les aides au logement.

Les personnes qui, ayant des droits ouverts à une indemnisation, n'en auraient pas encore bénéficié, ou ne les auraient pas fait valoir n'entreront pas dans le système.

L'appréciation des ressources se fera dans le cadre du ménage au sens statistique, c'est-à-dire tout individu ou groupe de personnes habitant ensemble même sans lien de parenté.

Le secrétaire d'Etat à l'action sociale a insisté sur l'importance "de l'appréciation locale de la situation réelle des personnes", notamment des ressources dont elles disposent. Il a souligné le rôle primordial des travailleurs sociaux dans cette évaluation et dans l'utilisation du "nouvel instrument d'insertion".

*** Attribution du revenu social**

Le principe est d'attribuer à la personne aidée une rémunération d'un montant de 2 000 F par mois en contrepartie d'un travail et éventuellement d'une formation.

Le département passera avec des organismes d'accueil des conventions de six mois. Ces organismes d'accueil seront les collectivités locales, les établissements publics, les associations, ou encore "les services locaux divers", ce qui n'est pas très clair.

Ils devront offrir aux bénéficiaires un travail à mi-temps, éventuellement avec une formation. Il n'est pas exclu que la convention impose cette formation ou qu'elle définisse le type d'emplois affectés.

A priori tout type d'emplois pourra être pourvu, même s'il faut l'habiller de la formule "emploi d'intérêt local". Il est

probable qu'ils seront du genre de ceux occupés par les stagiaires T.U.C.

Les intéressés bénéficieront d'une protection contre les accidents du travail et des prestations en nature et en espèces (indemnités journalières) en matière d'assurance maladie et maternité.

Cette protection prendra effet dès le premier jour de l'activité.

A l'issue de la période d'activité, les intéressés bénéficieront pendant un an du maintien de leurs droits aux prestations en nature de l'assurance maladie.

*** Financement de la mesure**

L'allocation de 2 000 F par mois sera financée par l'Etat à hauteur de 40 % et par le département à hauteur de 60 %. Ce dernier pourra éventuellement appeler les organismes d'accueil à participer au financement pour réduire d'autant la part qui lui incombe.

Les cotisations sociales seront financées dans les mêmes conditions. L'arrêté du 29 octobre 1986 dispose qu'elles seront égales à celles des stagiaires de la formation professionnelle, soit 2,17 F par heure d'activité.

Quinze départements ont déjà manifesté leur intérêt pour la formule ; le secrétaire d'Etat à l'action sociale espère que d'ici cinq mois une vingtaine, voire une trentaine de départements, auront conclu une convention avec l'Etat. La commission des affaires sociales pense que pour assurer le succès du dispositif sur toute la France, il conviendrait de pouvoir moduler la participation des départements selon leurs capacités financières.

2) Un recentrage des actions du Gouvernement en faveur des personnes âgées et des handicapés

a) Une très nette diminution des crédits de l'action sociale aux personnes âgées

L'action sociale en faveur des personnes âgées prévue au chapitre 47- 21 voit ses crédits diminuer d'environ 60 %. Pour 1987, les crédits inscrits s'élèvent à 22,5 millions de francs.

Le Gouvernement entend par là tirer les conséquences de la décentralisation. La plupart des actions financées sur ce chapitre relèvent désormais de la compétence des collectivités locales.

On peut rappeler quelles ont été ces actions menées auprès des personnes âgées qui toutes ont pour vocation de favoriser leur maintien à domicile.

L'Etat prend en charge depuis trois ans la première formation des aides ménagères nouvellement recrutées. La prestation aide ménagère quant à elle, est financée par la caisse nationale vieillesse et l'aide sociale.

En ce qui concerne les services de soins infirmiers à domicile, ils ont été institués par la loi n° 78-11 du 4 janvier 1978, réglementés par le décret n° 81-448 du 8 mai 1981 et la circulaire n° 81-8 du 1er octobre 1981. Ce sont des institutions sociales et médico-sociales permettant l'intervention globale et coordonnée d'une équipe soignante (infirmières et aides-soignantes) au domicile des personnes âgées malades pour leur apporter les prestations de maternage et de soins infirmiers qui autrement seraient délivrées en long séjour ou en section de cure médicale.

Les services de soins infirmiers connaissent depuis la parution des textes réglementaires un développement remarquable.

Le bilan statistique le plus récent actuellement disponible recense, au 30 juin 1984, 652 services représentant une capacité de 22 224 places. On peut évaluer à environ 750 le nombre actuel des services.

En 1982 et 1983, le nombre et la capacité des services ont connu une forte expansion : en deux ans, passage d'à peine plus de 100 services à près de 600 et quadruplement du nombre des places.

En vue d'assurer aux personnes âgées bénéficiaires de la politique de maintien à domicile, un habitat en bon état et adapté à leurs besoins, le financement de l'amélioration de l'habitat des personnes âgées demeure une priorité constante dans l'utilisation des crédits affectés au chapitre 47-21, article 40 du budget de l'Etat.

En 1984, il a été dépensé pour cette action 22 600 000 F ; en 1985, 25 850 000 F.

Dans le cadre de la décentralisation, la plupart des actions qui étaient financées sur le chapitre 47-21 article 40 paragraphe 10 relèvent désormais de la compétence principale des collectivités locales. Cependant, les crédits maintenus en 1986 sur cette ligne budgétaire, d'un montant de 33 millions de francs environ, seront consacrés en priorité et pour leur majeure partie aux dépenses relatives à l'amélioration de l'habitat des personnes âgées.

Les services et équipements de voisinage (structures alternatives à l'hospitalisation, telles que appartements thérapeutiques, centres de jour, garde de nuit, services de petit dépannage, transport, réseaux de téléalarme, portage de repas à domicile, activités culturelles etc...) peuvent intervenir utilement pour favoriser le maintien à domicile des personnes âgées.

L'Etat a encouragé l'effort des associations et des collectivités locales soucieuse de développer ces structures. Sur les crédits d'action sociale en faveur des personnes âgées, qui relèvent du chapitre 47-21, article 40, paragraphe 10, plus de 10 millions de francs en 1984 et plus de 16,5 millions de francs en 1985 ont été consacrés à ces aides.

En 1986, ces actions relevant désormais, dans le cadre de la décentralisation, de la compétence principale des collectivités locales, les crédits destinés à ces aides n'ont pas été reconduits. Cependant, au plan national, quelques aides peuvent éventuellement être accordées sur les crédits concentrés du paragraphe 20 du chapitre 47-21 article 40, en vue d'appuyer les initiatives les plus significatives en matière de création de services et d'équipements de voisinage.

En revanche, en ce qui concerne les crédits d'investissements, l'Etat maintient ces engagements. La modernisation des hospices, prévue par le PPE n° 11 du IXe Plan se poursuit.

Afin d'accélérer le rythme des modernisations, une collaboration étroite des Régions et de l'Etat a été mise en œuvre à travers onze contrats de Plan particuliers qui constituent un engagement sur cinq années.

L'engagement financier de l'Etat, fixé à 40 % du coût des opérations dans la limite de la dépense subventionnable, est subordonné, d'une part à une participation des collectivités locales de 20 % en subvention, d'autre part à la compensation des surcoûts pour l'assurance maladie. L'organisation d'un

financement public à hauteur de 60 % permettra de fixer un prix de journée compatible avec les ressources des personnes âgées et d'éviter dans toute la mesure du possible le recours à l'aide sociale.

Le montant des crédits inscrits dans la loi de finances au chapitre 66- 20 article 90, permet de retracer l'effort de l'Etat en faveur de la transformation des hospices.

Article 90 : Transformation des hospices

1986	Crédits prévus	243 030 000
	Disponibles	243 928 726
	Crédits consommés	17 210 163 et 217 730 000 F
	au titre des contrats de plan soit	234 940 163 F

Une grande partie des crédits de cet article a été destinée au contrat de plan (88 %). Toutes les dépenses inéluctables ont pu être couvertes. En revanche, seules deux opérations nouvelles ont été retenues.

Pour 1987, les crédits prévus à l'article 90 du chapitre 66-20 s'élèvent à 339 millions de francs. La majeure partie sera une fois encore absorbée par l'exécution des contrats de plans.

On peut rappeler que de 1980 à 1986, 61 218 lits d'hospices ont été transformés. A l'issue de cette transformation, 58 015 lits étaient maintenus, ventilés comme suit :

47 865 lits de maison de retraite

9 026 lits de long séjour

499 lits de moyen séjour

625 autres (CAT.MAS)

Au delà de la transformation des hospices, il faut procéder au redéploiement des lits existants en fonction des besoins réels et en particulier régler le problème des lits psychiatriques.

b) Les priorités arrêtées en ce qui concerne la politique d'action sociale auprès des handicapés

Les crédits inscrits à l'article 30 du chapitre 47-21 diminuent de 6 millions pour être fixés à 135,56 millions de francs. L'Etat maintient donc, sans le renforcer, son effort en ce qui concerne les services de voisinage et les actions de maintien à domicile.

C'est ainsi qu'il reconduit la subvention aux auxiliaires de vie au niveau atteint en 1985, soit 4 830 F par équivalent temps plein et par mois. Cette non revalorisation de la subvention pèse sur les charges de ces services qui pour l'essentiel sont salariales. Or, la participation des personnes handicapées à ce service est déjà très importante.

On peut, dans ces conditions, se demander s'il revient aux collectivités locales, de prendre en charge ce type de prestations, alors même que c'est l'Etat qui en est l'initiateur.

La priorité retenue par le Gouvernement pour 1987 concerne la création de places en CAT. 75 millions de francs sont inscrits au chapitre 47-23 intitulé "action sociale obligatoire" pour réaliser 1 500 places dans les centres d'aide par le travail.

On peut, à cette occasion, rappeler l'évolution des capacités d'accueil en établissements d'hébergement, et essayer de chiffrer les insuffisances.

ETABLISSEMENTS POUR ENFANTS

	1981	Mars 1984 (*)	Décembre 1985 (*)	1986
Déficients mentaux	103.000	95.500	92.440	•
Déficients moteurs	10.000	7.800	7.370	•
Déficients sensoriels	12.000	12.100	11.790	•
Troubles du comportement	17.000	14.800	14.310	•
Etablissements expérimentaux et foyers d'hébergement	•	600	540	•
Total	142.000	** 130.800	** 126.450	estimation 124.400

(*) Nombre de places installées par discipline selon F.I.N.E.S.S.

(**) En raison du délai inhérent à la mise à jour du fichier, un certain retard est apporté à la prise en compte effective des fermetures d'établissements: l'excédent peut être évalué à environ 2.000 places pour chacun de ces chiffres.

ETABLISSEMENTS POUR ADULTES

	1983	1984	Décembre 1985	Décembre 1986
Centres d'aide par le travail (3)	53.000	57.000	58.800 (977 établissements)	60.375
Ateliers protégés (3)	4.117 (en 1981)	5.200	7.000 (170 établissements)	7.800 (210 établissements)
Foyers	(1) 27.715	(2) 29.110	(4)	
Maisons d'accueil spécialisées (3)	2.277	3.614	4.376	4.782 au 30-06-86 (dont 3.713 installées, 119 établissements)
Centres de rééducation profes- sionnelle.....	(1) 8.166	(2) 10.229	(2) 11.071	

(1) Chiffre ES (10-83).

(2) Chiffres F.I.N.E.S.S. (mars 1984 - nombre de places installées par catégorie d'établissements) certainement sous-estimés.

(3) Places autorisées.

(4) Chiffre non disponible faute d'information suffisante d'une part sur les créations autorisées par les départements, désormais connues en ce domaine, d'autre part sur les transformations d'hospices actuellement en cours. Pour les derniers, une enquête a été engagée.

Aucun système d'information centralisée n'offre actuellement la possibilité de connaître l'état des demandes de placements en établissements spécialisés, ainsi que leur taux de satisfaction : en effet les renseignements concernant les placements sont détenus par les CDES et les COTOREP dont la gestion des dossiers reste à ce jour principalement manuelle.

Cependant, il est certain que les places en établissements spécialisés pour enfants et adolescents se révèlent aujourd'hui globalement suffisantes, voire excédentaires (le taux d'occupation moyen y est de 91 %), en raison du développement de la prévention, des progrès médicaux et de la politique d'intégration scolaire. Cependant, des besoins sectoriels ne sont pas encore pleinement satisfaits, notamment en ce qui concerne les enfants atteints de handicaps associés.

Le problème majeur est donc aujourd'hui celui de l'accueil des adultes handicapés en établissement. L'effort de l'Etat sera donc poursuivi en 1987 dans le domaine du travail protégé (C.A.T., atelier protégé) et de l'hébergement pour adultes très dépendants. La mise en place des foyers expérimentaux pour adultes lourdement handicapés à financement conjoint (aide sociale départementale et assurance maladie) sera notamment élargie et 1 500 places en C.A.T. seront créées. Les créations seront acquises principalement par redéploiement de moyens appartenant au secteur de l'enfance handicapée. L'effort de l'Etat devra être étroitement coordonné avec celui des départements, puisque ceux-ci financent les capacités d'hébergement pour handicapés adultes. Pour permettre aux départements d'assumer leurs nouvelles compétences..... il faudrait sans doute revoir les bases de calcul de la D.G.D. (dotation globale de décentralisation) et présenter en ce sens un dossier à la Commission d'évaluation des comptes.

De plus, dans les années à venir, se posera le problème des adultes handicapés malades ou vieillissant. Dans quelles structures seront-ils accueillis? Quelle sera leur mode de prise en charge? Il faudrait réfléchir à la constitution de droits en ce qui concerne l'assurance maladie et l'assurance vieillesse, afin qu'ils ne relèvent pas tous de l'aide sociale.

TROISIEME PARTIE - ANALYSE DES CREDITS BUDGETAIRES CONSACRES A LA SANTE ET ORIENTATIONS RETENUES PAR LE GOUVERNEMENT EN MATIERE HOSPITALIERE

Avec moins de 2 milliards de francs, le budget de la santé ne représente qu'une très faible part de la dépense nationale de santé évaluée, en 1985, à 9,1 % du PIB, soit environ 400 milliards de francs.

Mais l'utilisation de ces crédits oriente toute la politique gouvernementale en matière sanitaire. Il importe donc après l'analyse de ces crédits, de présenter les grandes orientations retenues notamment dans le domaine hospitalier.

A. Présentation des crédits affectés à la santé

Par rapport à 1986, et à structure constante, le projet de budget de la santé pour 1987 présente une augmentation de 3 %.

Mais cette progression générale masque des évolutions divergentes comme le montre le tableau ci-joint.

Evolution des crédits consacrés à la santé

	1986		1987		En pourcentage	
Titre III						
Chap. 34-11. — Protection et prévention sanitaire. — Matériel et fonctionnement technique (à structure constante)	12.569.645		12.787.048		+ 1,73	
Chap. 36-41. — Ecole nationale de la santé publique	52.614.367		52.544.367		- 0,13	
Chap. 36-51. — I.N.S.E.R.M. et S.C.P.R.I.	40.937.583		42.037.583		+ 2,69	
Chap. 37-11. — Comités médicaux départementaux	4.065.219		4.105.871		+ 1	
Total titre III	110.186.814		111.474.869		+ 1,16	
Titre IV						
Chap. 43-31. — Actions spécifiques de formation	8.238.619		6.591.000		- 20	
Chap. 43-32. — Formation	443.702.229		429.670.229		- 3,16	
Chap. 43-34.10. — Bourses	117.927.546		110.065.546		- 6,67	
Chap. 47-13. — Programmes (à structure constante)	136.057.377		113.250.877		- 16,76	
Chap. 47-14. — Actions et services obligatoires de santé (à structure constante)	250.268.265		251.851.117		+ 0,63	
Chap. 47-15. — Lutte contre la toxicomanie (à structure constante), article 10	262.600.000		276.537.600		+ 5,31	
Chap. 47-51. — Subventions recherche médicament	22.142.554		20.303.026		- 8,31	
Chap. 47-52. — Intervention équipement hospitalier	11.274.101		9.949.281		- 11,75	
Total titre IV	1.252.210.691		1.218.218.076		- 2,70	
	A.P.	C.P.	A.P.	C.P.	A.P.	C.P.
Titre V						
Chap. 56-10. — Equipement sanitaire	8.000.000		3.550.000		- 56,25	
Chap. 56-90. — Etude et contrôle des opérations d'équipement	21.000.000		17.350.000		- 17,38	
Total titre V	21.000.000		20.900.000		- 0,48	
Titre VI						
Chap. 66-11. — Subventions d'équipement sanitaire	588.000.000		617.750.000		+ 5,06	
Chap. 66-50. — Subventions d'équipement recherche	9.000.000		9.180.000		+ 2	
Total titre VI	597.000.000		626.930.000		+ 10,02	
Total	1.926.377.505		1.985.872.945		+ 3,09	

En effet, le titre III qui regroupe les moyens des services et les subventions de fonctionnement, progresse de + 1,16 %.

Les subventions d'investissements progressent de + 17,68 % en crédit de paiement et de + 10 % en autorisations de programme.

Au contraire, les interventions publiques diminuent de 2,7 % et les investissements exécutés par l'Etat diminuent de 10,45 % en crédit de paiement. Le niveau des autorisations de programme est quasiment stable autour de 20,9 millions de francs.

Dans ces choix budgétaires, le Gouvernement a décidé d'importantes économies sur certains secteurs afin de préserver des priorités en matière de lutte contre la toxicomanie et d'investissements sanitaires.

1) Les économies décidées en matière d'interventions sanitaires

a) Formation des professions de santé

En ce qui concerne les crédits consacrés à la formation des professions de santé, on note une forte diminution des crédits de formation spécifique : - 20 %. Le Gouvernement tire là les conséquences de la démographie médicale et des mesures prises pour la maîtriser.

En ce qui concerne la formation continue, la diminution des crédits est moins importante, de l'ordre de 3 %. Etant donné l'évolution très rapide des connaissances des thérapies et des modes de soins, il semble indispensable de préserver ces actions de formation continue.

Enfin, les crédits finançant le régime des bourses diminuent de 7 %.

Les crédits consacrés aux actions et services obligatoires de santé sont maintenus à un niveau constant. Ils sont fixés à 251,8 millions de francs. Sur ce chapitre sont financés des actions d'épidémiologie, des services de santé dans les DOM-TOM. Or ce poste budgétaire ne bénéficie d'aucun crédit

supplémentaire, alors que de toute évidence les moyens financiers sont insuffisants.

b) Programmes de prévention

A structure constante le chapitre 47-13 qui regroupe les programmes de prévention enregistre une diminution de 16 %. Les principales économies portent sur les programmes régionaux de prévention.

- En effet, les crédits de fonctionnement des ORS (observatoires régionaux de santé) sont reconduits, et fixés à 9 millions de francs. Mais les crédits alloués pour la mise en œuvre des programmes régionaux de santé diminuent de 31 millions de francs.

Le Gouvernement a estimé que l'efficacité de ces programmes n'était pas démontrée et que, dans le cadre de la décentralisation, il importait pour partie aux régions de prendre le relais.

- En revanche, les crédits consacrés à la prévention générale progressent de 11,4 millions de francs pour être fixés à 49,4 millions de francs. Sur ces crédits pourront être financées des actions sur l'hygiène du milieu, d'éducation de la santé et de lutte contre le SIDA.

- Les crédits alloués à la protection sanitaire de la maternité, de l'enfance et de la jeunesse sont reconduits à leur niveau de 1986, soit 8 millions de francs.

Etant donné les économies pratiquées sur ce poste les années précédentes (- 4 millions en 1986 par rapport à 1985), il convient de préserver la progression de ces crédits pour l'avenir. Ils financent des actions dans le domaine de la périnatalité, notamment des études sur les grandes pathologies (SIDA, pédiatrique, mort subite du nourrisson) et sur les problèmes de santé spécifiques de l'adolescence, notamment le suicide.

- En ce qui concerne les secours d'urgence, 5 millions de francs de mesures nouvelles devraient permettre le financement de deux SAMU dans les DOM (à la Martinique et à la Réunion, par renforcement de celui existant). En métropole, deux SAMU seraient créés, l'un à Chartres, l'autre à Verdun. Enfin, quatre centres 15 seraient mis en place à Pontoise, Toulouse, Grenoble et Epinal.

2) Les priorités concernant pour l'essentiel la lutte contre la toxicomanie et les subventions d'investissement sanitaire

a) Les priorités retenues en ce qui concerne la lutte contre la toxicomanie

On peut en préliminaire présenter quelques statistiques concernant la toxicomanie en France. Mais le nombre des toxicomanes ne peut être apprécié que de façon indirecte.

La première approche concerne les arrestations.

Bien qu'il apparaisse que la toxicomanie est en réel et inquiétant développement en France, le phénomène voit son évolution très affaiblie depuis fin 1982. La progression est en effet passée de 62 % entre 1981 et 1982, à 9,2 % entre 1983 et 1984 en ce qui concerne les arrestations.

	Nombre d'arrestations	Variation (en pourcentage)
1979.....	9.620	+ 35,33
1981.....	13 019	+ 35,33
1982.....	21 145	+ 62,41
1983.....	23 165	+ 11,68
1984.....	28 994	+ 9,27

Les pratiques repérées des personnes arrêtées se découpent comme suit :

64,12 % utilisent du cannabis

30,95 % utilisent de l'héroïne

1,32 % utilisent de la cocaïne

3,61 % utilisent d'autres produits (notamment solvants...)

La deuxième approche s'appuie sur l'enquête statistique portant sur le 4^e trimestre de chaque année menée par la direction générale de la santé en collaboration avec le SESI.

Elle s'intéresse à la population ayant recours au système de soins ou d'accueil spécialisé pour les usagers de drogues illicites ou détournées de leur usage normal.

	4 ^e trimestre			
	1977	1980	1982	1983
Nombre de toxicomanes recensés	4.551	7.913	12.577	13.276

. Evolution entre 1982 et 1983 : 5,5 %

La substance principale utilisée est l'héroïne et concerne 60 % des toxicomanes recensés. Le reste se répartit ainsi :

- haschich 12 %
- solvants 6 %
- cocaïne 1,3 %

(le solde étant fourni par les substances médicamenteuses détournées de leur usage normal).

Les colles et substances volatiles sont utilisées avant 20 ans.

Selon l'enquête, l'âge moyen des toxicomanes se situe entre 20 et 24 ans, et les hommes représentent 72 % des toxicomanes recensés.

On peut rappeler les déclarations faites au cours d'un conseil interministériel réuni le 22 juillet 1986 et qui arrête quatre thèmes d'interventions :

- intensifier la lutte contre l'offre de drogues par la multiplication d'opérations de police judiciaire et par une ferme

mise en oeuvre des poursuites dirigées contre les auteurs de trafic de stupéfiants, quelle que soit l'importance de ces trafics ;

- engager, par l'utilisation de moyens tant judiciaires que médicaux, un effort de grande ampleur auprès des usagers, souvent simultanément revendeurs, pour obtenir une diminution substantielle de la demande ;

- entreprendre une politique de prévention qui s'adresse notamment aux jeunes pris dans leur milieu familial et scolaire, et qui comporte une diffusion généralisée d'information sur les effets nocifs de la drogue ;

- enfin, conforter le réseau d'établissement d'accueil et de soins, ainsi que les structures de réinsertion et de soutien aux toxicomanes.

La nouvelle mission interministérielle de lutte contre la toxicomanie s'est mise en place début juillet.

Le président est M. Guy Fougier, ancien préfet de police de Paris.

Elle a pour mission permanente de coordonner et de promouvoir :

. l'action des pouvoirs publics en matière législative contre le trafic des stupéfiants,

. les initiatives privées et publiques pour la prévention de la toxicomanie et pour l'information des élus, de la population et de médias,

. l'ensemble des actions tant publiques que privées relatives à l'accueil, aux soins et à la réinsertion professionnelle et sociale des toxicomanes,

. toutes recherches scientifiques et sociales en matière de toxicomanie.

Dans ce contexte, les crédits du chapitre 47-15 concernant la lutte contre la toxicomanie enregistrent la progression suivante :

- les crédits consacrés à l'hébergement et aux soins progressent de + 7 % pour être fixés à 282 millions de francs.

- les crédits pour les actions de prévention diminuent et passent de 14,2 millions à 11,409 millions de francs.

- Mais pour apprécier l'effort général consenti, il importe de rappeler la provision de 250 millions de francs inscrite au budget de la justice et sur laquelle 40 millions de francs seront gérés par la santé.

L'ensemble de ces crédits doit permettre :

- la création de 4 600 places d'accueil, dont l'ouverture d'un centre d'accueil pour mineurs drogués à Paris, et d'un centre de désintoxication à Nice ;

- une unité de recherche fondamentale est créée à l'INSERM ;

- une campagne d'information est lancée auprès des familles ainsi qu'auprès des médecins confrontés à ce problème de la toxicomanie.

b) L'effort en ce qui concerne les subventions d'investissement et l'aménagement de ses modalités d'octroi,

- Le projet de loi de finances pour 1987 enregistre une progression intéressante des crédits destinés aux subventions d'équipements sanitaires.

. En autorisations de programme, + 5,06 % pour être fixés à 617,75 millions de francs

. En crédits de paiement + 17,99 %, c'est-à-dire 623 millions de francs pour 1987.

- D'autre part, les conditions très drastiques posées par la circulaire du 17 juillet 1984 pour la réalisation des investissements sanitaires sont assouplies.

Très brièvement, on peut rappeler les deux mesures clefs de cette circulaire.

. Obligation pour investir d'obtenir une subvention de l'Etat égale à 40 % et ce pour toutes opérations comportant une modernisation des capacités d'hébergement ou une amélioration du plateau technique. Les collectivités locales ou territoriales ne pouvaient plus se substituer à l'Etat.

. Impossibilité de recours à l'emprunt en cas de refus de subvention de l'Etat. Les caisses d'assurance maladie ne peuvent plus participer au financement.

Dans le contexte économique actuel et les restrictions budgétaires des années précédentes, les investissements étaient bloqués en-dessous de la demande de remplacement, avec toutes les conséquences que l'on connaît sur la compétitivité des hôpitaux.

Pour relancer l'investissement sanitaire, le Gouvernement consent donc un effort budgétaire important et il aménage les modalités de l'octroi de ses subventions. Au lieu de devoir couvrir automatiquement 40 % de la dépense, le taux de la subvention pourra être modulé entre 20 et 50 % du montant de l'investissement, dès lors que l'investissement permettra de réaliser des gains de productivité. Si l'investissement n'est qu'un investissement de capacité, la subvention devra couvrir 40 % de son montant total. Mais il pourra être également tenu compte de la capacité d'auto-financement de l'établissement hospitalier.

Enfin, les caisses d'assurance maladie sont de nouveau autorisées à participer au financement de ces investissements.

Dans ces conditions, on peut espérer que le volume d'investissement sanitaire lancé en 1987 augmente de 20 % par rapport à 1986.

B. Les orientations gouvernementales dans le domaine hospitalier et les difficultés restant à résoudre

1) Les orientations retenues par le Gouvernement en matière de réforme hospitalière

Il peut être intéressant de présenter à l'occasion de ce débat budgétaire les grandes options retenues par le Gouvernement dans le domaine hospitalier.

En préliminaire, il s'agit de préciser qu'il ne s'agit pas là d'un strict retour en arrière, animé par un esprit de revanche et une volonté d'effacer a priori toutes les décisions du Gouvernement précédent en matière hospitalière.

L'hôpital a trop souffert d'être le champ clos de querelles politiques fratricides. Il est aujourd'hui désorganisé et souffre encore de graves difficultés, qui trouveront difficilement leurs solutions dans les années à venir.

Le souhait de votre rapporteur est que ce débat sur la réforme hospitalière ne soit pas l'occasion d'une nouvelle guerre politique. Il importe au contraire d'arrêter sereinement un schéma d'organisation et de fonctionnement qui permette à l'hôpital public de restaurer son image de marque et de réussir sa mutation technologique.

Le projet de loi portant réforme hospitalière comporte trois grandes séries de mesures.

a) Ces mesures concernent, en premier lieu, l'organisation des hôpitaux. Aux termes de la loi, le département est aujourd'hui l'unité de fonctionnement de l'hôpital public. Il regroupe des unités fonctionnelles sous l'autorité d'un chef de département élu. Cette structure est obligatoire et uniforme.

Le présent projet de loi abroge ces dispositions qui n'ont pas été appliquées, et revient au service comme unité de base pour le fonctionnement de l'hôpital. Le service aura à sa tête un chef de service nommé par le ministre chargé de la santé, sur les avis des instances compétentes. A la lumière de l'expérience acquise, une innovation est apparue nécessaire. Elle porte sur la durée du mandat des chefs de service. Ceux-ci seront dorénavant nommés pour cinq ans renouvelables. Ils devront, au terme de chaque période de cinq ans, accompagner leur demande de reconduction d'un rapport d'activité. Leur reconduction fera l'objet d'une décision explicite du ministre chargé de la santé.

Le présent projet n'exclut pas, toutefois, la possibilité de regrouper des services en département. Mais une telle option sera volontaire et le projet de loi renvoie, pour ce faire, au libre choix des services. Il indique simplement que le coordonnateur du département est un médecin, pharmacien, ou odontologiste et qu'il est assisté par un membre du personnel soignant, médico-technique, ou une sage-femme et par un membre du personnel administratif. Le fonctionnement du département est régi par un règlement intérieur approuvé par le conseil d'administration.

Une deuxième innovation consiste à autoriser le chef de service à déléguer certains de ses pouvoirs à ses collaborateurs, responsables des activités qui constituent le service. Cette délégation entraîne la création de pôles d'activités. Ceux-ci permettront aux médecins titulaires confirmés d'exercer pleinement les responsabilités qui leur auront été confiées.

Une troisième innovation concerne les commissions médicales consultatives. Le projet de loi les nomme commissions médicales d'établissement afin de bien marquer le rôle éminent qu'elles doivent jouer dans le fonctionnement des hôpitaux. De plus, un pouvoir spécifique leur est confié pour tout ce qui relève des orientations médicales. Ce pouvoir délibératif s'exerce sans préjudice des pouvoirs déjà reconnus aux conseils d'administration et aux directeurs et dans le respect des dotations budgétaires allouées.

Enfin, ce projet de loi supprime le conseil général des hôpitaux, institution inutile et génératrice de confusions. Des mesures seront prises par voie réglementaire pour assurer au corps des directeurs d'hôpitaux des postes de débouché en fin de carrière.

b) Le projet de loi traite, en deuxième lieu, de l'activité libérale des médecins hospitaliers. Jusqu'en 1982, les hôpitaux publics étaient autorisés à organiser un secteur privé au sein même de l'établissement pour les médecins hospitaliers à temps plein. Cette pratique avait pour origine la réforme de 1958, qui avait institué dans les hôpitaux universitaires le plein temps hospitalier. Elle s'était étendue aux hôpitaux généraux de sorte qu'en 1982 de nombreux médecins pratiquaient à l'hôpital public une activité libérale.

La loi n° 82-916 du 28 octobre 1982 a retiré aux médecins la possibilité d'exercer une activité privée. Elle a toutefois maintenu jusqu'au 31 décembre 1986 cette faculté pour les médecins qui avaient bénéficié d'une autorisation avant 1982.

Le présent projet de loi abroge la loi susvisée et autorise les médecins à demander à l'autorité de tutelle de l'établissement l'autorisation d'exercer une activité libérale. Il le fait afin de garantir à l'hôpital public un recrutement de qualité de ses médecins et pour favoriser l'interpénétration entre médecine libérale et médecine hospitalière. Il le fait aussi afin de répondre à la demande de nombreux malades qui souhaitent

trouver à l'hôpital public la possibilité de choisir leur médecin dans des conditions non équivoques.

Toutefois, là encore, pour tenir compte de l'expérience et des critiques portant sur des abus réels bien que limités en nombre, le projet de loi prévoit que l'activité libérale doit s'exercer dans un cadre contractuel liant le médecin à l'hôpital. Le contrat limitera l'activité libérale dans le temps qui y est consacré, le volume des actes effectués, le nombre de lits qu'elle conduit à utiliser.

Le projet de loi fixe à cette activité un plafond correspondant au cinquième de l'activité statutaire. Il prévoit également qu'aucune installation médico-technique, ni aucun lit ne peuvent être affectés de façon spécifique aux actes et soins effectués de manière libérale. Il précise que le médecin exerçant une activité privée, quelle qu'elle soit, doit exercer, de ce fait, une activité publique de même nature au moins équivalente. Cette disposition essentielle évitera que le passage par le secteur privé soit le seul mode d'accès au médecin hospitalier.

L'utilisation des installations techniques mises à la disposition des médecins pour leur activité libérale fera l'objet d'une redevance versée à l'établissement. Il s'y ajoutera le reversement d'une fraction des honoraires perçus à titre libéral. Ce reversement est destiné notamment au financement de l'amélioration du fonctionnement du service et des conditions de travail du personnel.

Le projet de loi crée au sein de chaque établissement une commission de l'activité libérale chargée de veiller au bon usage de l'activité libérale et au respect des contrats qui la régissent. Des sanctions spécifiques pourront être prises, le cas échéant, par le préfet, sur avis de la commission. Afin de renforcer son indépendance, la commission sera présidée par un membre du conseil départemental de l'ordre des médecins, extérieur à l'établissement. Elle comportera des représentants des médecins et du conseil d'administration de l'hôpital sur une base paritaire.

Enfin, il est institué une commission nationale d'appel auprès du ministre chargé de la santé.

c) En troisième lieu, le projet de loi comporte des mesures relatives à l'hospitalisation privée et à l'équipement sanitaire.

Des dispositions nouvelles autorisent les regroupements d'établissements privés. Dans les secteurs excédentaires de la carte sanitaire, ces regroupements sont assortis de réductions du nombre des lits. Le droit de convertir les lits est reconnu aux établissements privés dans les secteurs déficitaires de la carte sanitaire.

Le projet prévoit également une harmonisation des conditions d'examen des projets d'équipement du secteur public et du secteur privé, ainsi que la suppression des conseils de groupements interhospitaliers de région, qui se sont révélés des structures lourdes et peu utiles.

2. Les difficultés qui pèsent encore sur le système hospitalier français.

Il n'y a pas lieu ici d'ouvrir le débat sur le contenu du projet de loi portant réforme hospitalière. Le Parlement aura à en débattre au fond d'ici quelques semaines.

Mais dès à présent, on peut faire remarquer que toutes les difficultés que connaît, à l'heure actuelle, l'hôpital ne seront pas toutes résolues par ce texte. Il s'agit de difficultés qui relèvent tant du domaine financier que du fonctionnement même des hôpitaux.

a) Les difficultés financières

* En ce qui concerne les investissements

L'effort budgétaire consenti pour 1987 ainsi que l'assouplissement des modalités d'octroi des subventions de l'Etat devraient favoriser la reprise des investissements sanitaires.

Mais pour que l'investissement constitue une indéniable facteur de progrès hospitalier, il faut définir une stratégie d'investissement qui repose sur l'autonomie financière des

hôpitaux. Chaque hôpital devrait pouvoir définir un "programme d'établissement" définissant la politique médicale qu'il entend mener, en termes à la fois quantitatifs et qualitatifs. Ce programme serait contrôlé et approuvé par l'autorité de tutelle qui s'engagerait chaque année à inscrire les autorisations de crédit nécessaires à couvrir le programme et qui déciderait de l'attribution ou non d'une subvention. De leur côté, les hôpitaux doivent, pour leur choix des solutions de financement, pouvoir bénéficier d'un libre accès au marché financier. De plus, et afin de rétablir plus de vérité dans la gestion hospitalière, il importe de réviser les durées d'amortissements des équipements hospitaliers. A l'heure actuelle, ces durées d'amortissements sont excessivement longues et ne permettent pas le renouvellement du capital.

*** En ce qui concerne la dotation globale**

La dotation globale de financement, instaurée par le décret du 11 août 1983 et dont le principe avait déjà été défini par M. Barrot lorsqu'il était ministre de la santé constitue une mesure positive, à la fois pour la sécurité sociale et pour les hôpitaux eux-mêmes.

Elle permet en effet, pour l'assurance-maladie, une meilleure appréhension et une meilleure maîtrise de l'évolution des dépenses hospitalières. Pour les hôpitaux, elle permet grâce au système des douzièmes, des rentrées régulières et améliore donc sensiblement leur trésorerie.

* En ce qui concerne la maîtrise des dépenses hospitalières, il est certain que leur rythme d'accroissement a considérablement fléchi ces dernières années comme le montre le tableau ci-joint.

ÉVOLUTION DE LA CONSOMMATION MÉDICALE FINALE

(En pourcentage.)

	1970-1980	1980-1982	1983	1984	1985
Taux d'accroissement annuel moyen dont	+ 16,1	+ 17,8	+ 13	+ 11,5	+ 10,9
Hospitalisation	+ 19,6	+ 18,1	+ 12,4	+ 11,8	+ 8,5

L'ensemble des dépenses d'hospitalisation dans les comptes de la santé est estimé en 1985 à 194,75 milliards de francs.

Le rythme d'accroissement des dépenses d'assurance-maladie au titre des versements hospitaliers était de + 12 % par an sur la période 1970-1978, de + 7 % en 1979 et de 0,2 % en 1985.

Mais, l'application de la dotation globale, à la lumière de ces chiffres, peut être considérée comme un véritable "garrot financier", surtout lorsque l'on sait que le taux directeur part des budgets établis en 1983 ou 1984 ; il fige les situations à partir de ces budgets et ne permet aucune évolution.

De plus, le mécanisme de la dotation globale n'est pas exempt de certains effets pervers. En particulier, elle peut dans certains cas décourager les gestionnaires hospitaliers de rechercher d'autres recettes hors sécurité sociale. Elle pénalise les établissements qui développent leur activité et les bons gestionnaires qui dégagent des recettes.

Il importe donc d'éviter ces effets pervers en aménageant le système de la dotation globale.

- Il faut parvenir à de véritables simplifications administratives. Ceci passe sans doute par une globalisation de la dotation globale pour tous les régimes de sécurité sociale. On mettrait ainsi fin aux justificatifs demandés par la "caisse-pivot" pour se faire rembourser par les autres caisses concernées.

- Au fond, il faut définir un schéma de détermination de l'enveloppe globale en deux temps. En premier lieu, la définition d'objectifs médicaux arrêtés par l'établissement, approuvés par la tutelle au travers de contrats d'objectifs avec le financement correspondant.

Dans un deuxième temps, cette enveloppe initiale doit pouvoir être révisée, si les prix enregistrent une hausse supérieure à celle prévue ou si l'activité est supérieure ou inférieure à celle prévue, avec un écart significatif (de l'ordre de 5 %).

- De plus, il convient de mettre fin au système pénalisant les bons gestionnaires réalisant des excédents. Dès lors que ces recettes ne proviennent pas des régimes de sécurité sociale, les établissements doivent pouvoir en bénéficier.

- Enfin, pour l'année 1987, il importe de trouver une solution à l'augmentation prévisible et importante, d'au moins six points, de la cotisation employeur des hôpitaux à la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales - C.N.R.A.C.L.-. Cette caisse, qui disposait de réserves importantes et demandait une cotisation particulièrement peu élevée aux employeurs, participe, depuis 1985, au système de surcompensation entre régimes spéciaux dont elle est le principal contributeur. La somme que représentera la hausse de la cotisation devra faire l'objet d'un financement dont on ne sait encore quelle forme il prendra, à l'intérieur ou à l'extérieur du budget global.

b) Les difficultés de fonctionnement

*** En ce qui concerne les personnels non médicaux**

- Si globalement, on peut considérer que les effectifs sont en nombre suffisants, les disparités sont encore criantes entre établissements, et le plus souvent au détriment des hôpitaux locaux.

- Au sein d'un même établissement, et ce quelle que soit la nature de cet établissement, c'est bien souvent la grille de répartition qui est mauvaise. Certains services emploient des effectifs pléthoriques au regard de l'activité fournie. Il est bien certain que ce redéploiement pourra se faire plus facilement au sein de grandes unités hospitalières. A ce sujet, il pourrait être intéressant de réfléchir à une réforme des rapports entre la sécurité sociale et l'hôpital, qui permettrait à l'hôpital d'économiser du personnel administratif et de le redéployer dans les services actifs, auprès des malades.

*** En ce qui concerne les personnels hospitaliers**

- La limitation du nombre de médecins formés (le numerus clausus est fixé à 4 460 pour 1987), ainsi que la suppression des C.E.S. (certificats d'études spécialisées) posent de très graves problèmes aux hôpitaux généraux qui, pour beaucoup, ne peuvent disposer des internes dont ils auraient besoin. Certains reconnaissent qu'ils atteignent les limites de la sécurité médicale. L'une des solutions possibles serait le développement d'un post-internat pouvant s'effectuer dans les hôpitaux

généraux. Ce post-internat serait limité et permettrait d'acquiescer une formation complémentaire.

- On peut s'inquiéter également du peu de postes pourvus dans certaines spécialités au concours des praticiens hospitaliers. C'est ainsi que pour 1986, 17 % des postes seulement étaient pourvus pour les médecins anesthésistes. Le pourcentage était à peine plus élevé en ce qui concerne les gynécologues-obstétriciens. Pour partie, l'insuffisance des candidats explique cette situation, mais ce n'est pas la seule raison. Une fois de plus c'est l'hôpital général qui souffre en premier de ce manque de praticiens hospitaliers, ce qui porte atteinte à la qualité des soins hospitaliers, voire même à la sécurité médicale.

Pour remédier à cette difficulté, il faut favoriser le développement du temps partiel et en sens inverse, développer le système des vacances. Il faut éviter l'enfermement de nos établissements hospitaliers.

0

0 0

Les problèmes d'organisation hospitalière, ainsi que les difficultés financières sont donc loin d'être résolus.

Le projet de loi qui doit être prochainement discuté, ainsi que certaines des dispositions budgétaires pour 1987, constituent une première réponse, mais elles devront être complétées dans les années à venir.

0

0 0

Sous réserve des observations faites à l'occasion de l'examen des crédits consacrés tant à l'action sociale qu'à la santé, la commission des affaires sociales a donné un avis favorable à l'adoption de ce budget.

0

0 0