

N° 98

SÉNAT

PREMIÈRE SESSION ORDINAIRE DE 1980-1981

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

RAPPORT GÉNÉRAL

FAIT

au nom de la Commission des Finances, du Contrôle budgétaire et des Comptes économiques de la Nation (1), sur le projet de loi de finances pour 1981, adopté par l'Assemblée Nationale.

Par M. Maurice BLIN,

Sénateur,

Rapporteur général.

TOME III

LES MOYENS DES SERVICES ET LES DISPOSITIONS SPÉCIALES (Deuxième partie de la loi de finances)

ANNEXE N° 33

Travail et Santé

III. — SANTÉ ET SÉCURITÉ SOCIALE

Rapporteur spécial : M. Marcel FORTIER

(1) *Cette commission est composée de : MM. Edouard Bonnefous, président ; Henri Duffaut, Jacques Descours Desacres, Geoffroy de Montalembert, Jean Cluzel, vice-Présidents ; Modeste Legouez, Paul Jargot, Yves Durand, Louis Perrein, secrétaires ; Maurice Blin, rapporteur général ; René Ballayer, Stéphane Bonduel, Henri Caillavet, Jean Chantant, René Chazelle, Marcel Debarge, Gérard Delfau, Marcel Fortier, André Fosset, Jean-Pierre Fourcade, Jean Francou, Henri Goetschy, Robert Guillaume, Gustave Héon, Marc Jacquet, René Jager, Tony Larue, Anicet Le Pors, Georges Lombard, Michel Manet, Raymond Marcellin, Josy Moinet, Christian Poncelet, Mlle Irma Rapuzzi, MM. Joseph Raybaud, Robert Schmitt, René Tomasini, Henri Torre, Camille Vallin.*

Voir les numéros :

Assemblée nationale (6^e législ.) : 1933 et annexes, 1976 (annexes 31 et 32), 1977 (tome XII et XIII), et in-8° 359.

Sénat : 97 (1980-1981).

Loi de finances. — Aide sociale - Hôpitaux - Recherche - Santé publique - Sécurité Sociale.

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION ET OBSERVATIONS DE LA COMMISSION DES FINANCES . .	3
CHAPITRE PREMIER — Présentation générale des crédits du budget de la Santé et de la Sécurité sociale	6
I. — Les crédits du budget de la Santé	6
A. <i>Présentation classique par nature de charges</i>	7
B. <i>Présentation fonctionnelle par groupe de programmes</i>	11
II. — Les aides de l'Etat aux différents régimes de protection sociale	12
A. <i>Les dotations figurant au budget de la Santé et de la Sécurité sociale</i>	14
B. <i>Les dotations figurant dans les autres budgets</i>	16
CHAPITRE II — Les comptes de la Sécurité sociale	23
I. — Panorama général des régimes de Sécurité sociale	23
II. — La situation du régime général et plus particulièrement de la branche assurance-maladie	28
CHAPITRE III — L'examen des problèmes d'actualité intéressant le secteur de la santé .	39
I. — La recherche médicale	39
A. <i>L'Institut national de la santé et de la recherche médicale</i>	41
B. <i>Le service central de la protection contre les rayonnements ionisants</i>	45
C. <i>Les instituts Pasteur</i>	46
D. <i>La Fondation Curie - Institut du radium (section biologie)</i>	50
II. — La prévention sanitaire	52
A. <i>Les actions de prévention et de détection</i>	52
B. <i>Les actions de soins et de rééducation</i>	57
C. <i>Les actions médico-sociales en faveur de la mère et de l'enfant</i>	62
III. — L'hospitalisation	64
A. <i>L'importance croissante de l'hospitalisation</i>	67
B. <i>L'adaptation de la capacité hospitalière</i>	70
C. <i>La gestion hospitalière : le contrôle des coûts d'hospitalisation</i>	72
D. <i>Un problème toujours en suspens : celui de la tarification hospitalière</i>	77
IV. — Les professions médicales	80
A. <i>La convention médicale du 5 juin 1980</i>	81
B. <i>La démographie médicale</i>	84
C. <i>La revalorisation de la médecine générale</i>	88
CONCLUSION	90

Mesdames, Messieurs,

Alors que les années précédentes, l'examen des crédits de la Santé et de ceux consacrés aux différents régimes de protection sociale ainsi que la situation financière de la Sécurité sociale faisaient l'objet de deux rapports séparés, il a paru, à l'occasion du dernier renouvellement de la Haute Assemblée, plus cohérent à votre Commission des Finances de regrouper l'ensemble de ces préoccupations dans *un rapport unique*.

C'est sur cette base qu'elle a, dans sa séance du 30 octobre 1980, examiné **le projet de budget de la Santé et de la Sécurité sociale pour 1981**.

Ce dernier s'élève à **32 milliards de francs, en progression de 10,6 %** par rapport à l'année précédente, soit l'une des plus faibles augmentations qu'il ait connue depuis cinq ans.

Il se caractérise par :

— la limitation très stricte des crédits affectés aux moyens des services ;

— la faible augmentation des crédits d'intervention (11,9 % du total des dotations) accompagnée d'un très important effort de sélectivité dans le choix des actions nouvelles : priorités sont données à la recherche médicale, aux actions directes de prévention sanitaire et d'action sociale, à la pharmacie et au médicament ;

-- la réduction qui affecte les crédits d'équipement sanitaire et social : les dotations bénéficieront à titre préférentiel à la modernisation des installations existantes ainsi qu'à la recherche médicale.

En ce qui concerne **les aides de l'Etat aux différents régimes de protection sociale**, leur montant s'élèvera à **plus de 50 milliards** en 1981, soit **une augmentation de 15 %**.

Quant aux **dépenses de Sécurité sociale**, elles atteindront, tous régimes confondus, **590 milliards de francs**, soit **21,7 %** du PIB marchand.

Le régime général, qui représente à lui seul 65 % de cet ensemble, laisse apparaître une situation très fragile caractérisée par la réapparition d'un solde déficitaire dès 1981 (— 3,2 milliards de francs).

Après que votre rapporteur ait fait part :

— de ses graves inquiétudes tant au regard de l'avenir de notre régime de protection sociale qu'à celui de certains régimes spéciaux pris en particulier (SNCF, Mines),

— de sa satisfaction devant les choix sélectifs effectués en matière de santé,

— de sa réserve au regard de l'évolution des dépenses d'aide sociale.

— de son souci de voir développer une politique dynamique de prévention contre les fléaux sociaux ; à cet égard, il lui paraît nécessaire que soient exclus de l'indice des prix de détail le tabac et l'alcool dont l'abus de consommation coûte près de 20 milliards de francs par an à la Sécurité sociale et dont les prix de vente n'ont pu être, pour cette raison, relevés comme ils l'auraient dû.

Un débat s'est instauré.

M. CHERIOUX, rapporteur pour avis, au nom de la Commission des Affaires sociales, du budget de la Santé, a fait part de son inquiétude au regard des dépenses d'aide sociale et médicale. La décélération constatée dans l'évolution de ces dotations n'est-elle pas qu'une apparence ? Dans la réalité le montant des crédits prévus pour 1981 — dont 70 % couvrent des dépenses de personnel — lui paraît sous-évalué et insuffisant.

M. GOETSCHY partage l'analyse de votre rapporteur sur le problème du tabac et de l'alcool. Il a, par ailleurs, abordé le problème de l'aide sociale à l'enfance qui représente 50 à 60 % du budget des départements.

M. BONDUEL a soulevé le problème du grand dénuement dans lequel se trouvent les services de Santé scolaire, partie intégrante de toute politique de prévention qui se veut efficace.

M. BLIN, rapporteur général, partage les observations qui ont été faites en ce qui concerne l'exclusion de l'indice des prix des produits nocifs pour la santé que sont le tabac et l'alcool.

M. BOYER, rapporteur pour avis au nom de la Commission des Affaires sociales du budget de la Sécurité sociale partage l'observation de votre rapporteur sur la situation très préoccupante de notre système de protection sociale, la maîtrise des dépenses hospitalières étant l'un

des points essentiels à résoudre. A cet égard il a évoqué le problème de la formation administrative des personnels médicaux.

Il a en outre évoqué la question de l'affectation des fonds de l'aide personnalisée au logement au regard des sociétés d'économie mixte.

M. JAEGER est revenu sur le problème de la prévention médicale scolaire en insistant sur le caractère dérisoire de la tarification des honoraires dans ce secteur.

A l'issue de sa réunion, la Commission des Finances a fait siennes les observations de votre rapporteur, à savoir :

— il est nécessaire d'**élaborer une nouvelle dynamique de la prévention** et de l'éducation sanitaire par une meilleure articulation avec la politique de soins et la mise en œuvre d'une véritable pédagogie de la santé ;

— les pouvoirs publics doivent reconsidérer globalement le **problème de l'alcoolisme et du tabagisme** : les recettes du budget général sont en effet assises sur les dépenses de la Sécurité sociale ;

— il est urgent — au-delà des expérimentations ponctuelles actuelles — de mettre en œuvre une **réforme généralisée de la tarification hospitalière**, ainsi que des procédures de gestion analytique des charges de fonctionnement et d'évaluation des soins ;

— il convient de poursuivre avec détermination la **politique de maîtrise des investissements hospitaliers** ;

— le débat sur le VIII^e Plan doit être le cadre de réflexion pour engager une **réforme des modes de financement de notre régime de protection sociale**, la part trop importante des recettes assises sur les salaires étant un élément de fragilisation extrême du système.

Votre Commission des Finances a approuvé dans sa majorité les crédits du budget de la Santé et de la Sécurité sociale qu'elle vous propose d'adopter.

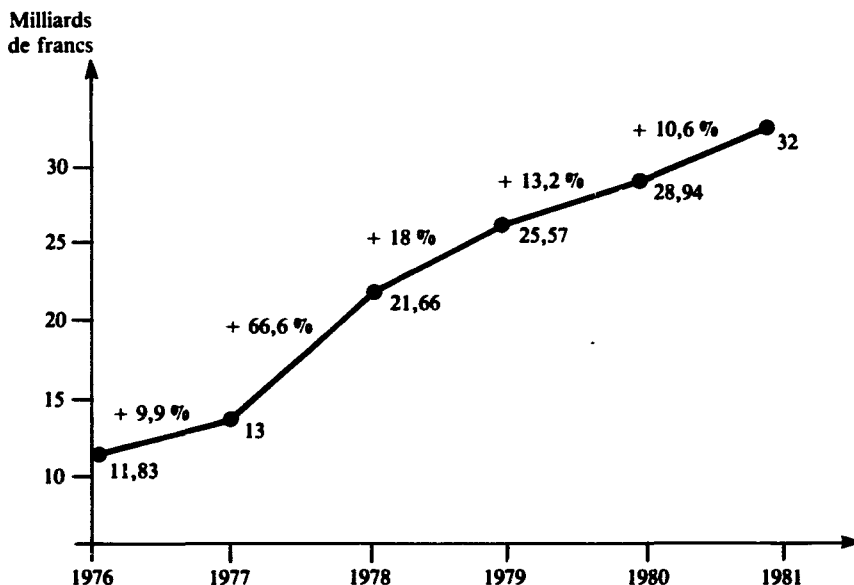
CHAPITRE PREMIER

PRÉSENTATION GÉNÉRALE DES CRÉDITS DU BUDGET DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Après avoir examiné les crédits figurant dans le projet de budget de la Santé, considéré au sens strict, il sera dressé un bilan des aides de l'Etat aux différents régimes de protection sociale.

I. — LES CRÉDITS DU BUDGET DE LA SANTÉ

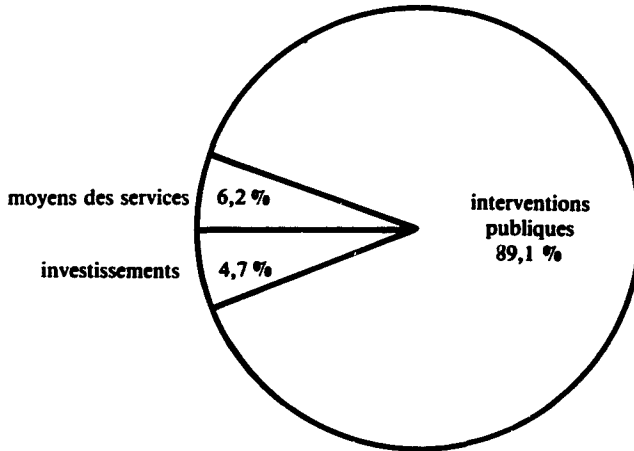
Second budget civil de notre pays, son montant s'élève pour 1981 à 32 milliards de francs (1) contre 28,94 milliards en 1980, soit une progression de 10,6 %, nettement inférieure à celle que connaîtra l'ensemble des budgets civils hors dette (+ 15,15 %) et l'une des plus faibles enregistrées depuis cinq ans.



(1) Pour pouvoir effectuer des comparaisons valables, a été exclu de ce total un crédit de 101,6 millions de francs inscrit au titre de la modification de la fiscalité applicable aux activités de recherche. Il s'agit en effet d'une simple mesure de compensation budgétaire.

Cette évolution est due principalement à la diminution des dépenses en capital et, à un moindre degré, au ralentissement de l'augmentation des dépenses d'interventions.

A. — Présentation classique par nature de charges



a) Les moyens des services

(en francs)

Dépenses ordinaires	Crédits votés pour 1980	Crédits prévus pour 1981		
		Services votés	Mesures nouvelles	Total
TITRE III — Moyens des services				
1 ^{re} partie — Personnel - Rémunérations d'activité	1 029 494 616	1 122 175 362	+ 58 244 380	1 180 419 742
3 ^e partie — Personnel en activité et en retraite - Charges sociales	66 152 694	71 146 937	+ 1 354 778	72 501 715
4 ^e partie — Matériel et fonctionnement des services	65 501 414	65 501 414	+ 1 012 540	66 513 954
6 ^e partie — Subventions de fonctionnement	489 562 987	489 562 987	+ 173 876 866	663 439 853
7 ^e partie — Dépenses diverses	15 380 166	15 380 166	— 4 618 000	10 762 166
TOTAUX pour le titre III	1 666 091 877	1 763 766 866	+ 229 870 564	1 993 637 430

D'un montant égal à 1 993,6 millions de francs contre 1 666 millions en 1980, les crédits inscrits au titre III connaissent une forte progression de 19,6 % due principalement :

— à l'accroissement des subventions (+ 20 %) versées au service central de protection contre les rayons ionisants et à l'INSERM qui

bénéficient de la création de 90 emplois non budgétaires dont 55 de chercheurs ;

— à la revalorisation des rémunérations publiques (+ 15 %) et indemnités diverses.

En effet, on soulignera par ailleurs l'effort de rigueur entrepris au niveau du fonctionnement courant des services qui se traduit par la reconduction de la plupart des crédits de matériel et des frais de déplacement, par aucune création d'emplois de titulaires dont l'effectif demeure fixé à 13 943 agents, la suppression de quatre emplois de contractuels et le nombre restreint des transformations d'emplois.

Enfin, une économie de 4,6 millions de francs est réalisée sur les crédits d'études.

b) Les dépenses d'interventions publiques

(en francs)

Dépenses ordinaires	Crédits votés pour 1980	Crédits prévus pour 1981		
		Services votés	Mesures nouvelles	Total
TITRE IV — Interventions publiques				
3 ^e partie — Action éducative et culturelle	648 998 374	648 998 374	+ 83 350 495	732 348 869
6 ^e partie — Action sociale - Assistance et solidarité	15 945 265 000	17 798 979 000	+ 48 190 000	17 847 169 000
7 ^e partie — Action sociale - Prévoyance	8 983 770 631	9 434 770 631	+ 584 049 521	10 018 820 152
TOTAUX pour le titre IV	25 577 434 005	27 882 748 005	+ 715 590 016	28 598 338 021

Le budget de la santé est principalement un budget d'interventions : on constate en effet que les crédits du titre IV s'élèvent à 28 598 millions de francs, soit 89 % du total des dotations.

En progression de 11,8 %, il comporte trois secteurs principaux : les actions de prévoyance (2 831 millions), les subventions à divers régimes de Sécurité sociale (7 149 millions) et l'aide sociale (13 944 millions).

A ce titre il convient de souligner que si le montant des mesures nouvelles, inscrites cette année, soit 715,6 millions de francs est en régression de 30 % par rapport à l'année dernière (1 025,3 millions), les actions du ministère qui bénéficient de moyens financiers supplémentaires ont été choisies à la suite d'un important effort de sélectivité — dont on doit se féliciter en cette période de difficultés pour les finances publiques —.

Il s'agit plus particulièrement :

1. Des *actions directes de prévention sanitaire* (+ 15 MF). Seront ainsi renforcées :

— *la formation médicale continue* qui voit ses moyens doubler passant de 2 à 4,6 millions de francs,

— *les actions spécifiques de détection et de prévention* (étude et analyse des produits pouvant présenter des risques cancérogènes), dont les crédits passent de 3,2 à 5,5 millions de francs,

— *l'information toxicologique d'urgence et la prévention des accidents thérapeutiques*, qui bénéficieront de 4,7 millions de francs de crédits, avec essentiellement pour objet le financement d'un centre national de toxicovigilance, pour assurer un recueil épidémiologique satisfaisant sur les intoxications chimiques et autres, constituer une documentation exhaustive à jour et immédiatement disponible sur la toxicité des produits chimiques et assurer les échanges d'informations avec les organismes internationaux traitant les problèmes de toxicité humaine,

— *la lutte contre l'alcoolisme* (+ 1 MF),

— *l'éducation pour la santé* (+ 1,7 MF).

2. De *l'action sociale* : quatre secteurs bénéficieront de moyens nouveaux (+ 24,3 MF) : l'action sociale générale (soutien de la vie associative et innovation sociale), l'aide aux familles (aide aux vacances et centres sociaux de quartier), l'action sociale en faveur des handicapés et l'accueil des réfugiés du Sud-Est asiatique.

En ce qui concerne plus spécialement les handicapés, 9 millions de francs supplémentaires (+ 50 %) permettront d'accroître l'aide accordée aux grandes associations, à la réorganisation du secteur de l'impression en braille, au développement des services intéressant les sourds et déficients auditifs et au financement de diverses actions d'information et manifestations qui marqueront l'année internationale des handicapés.

3. De *la pharmacie et du médicament* (+ 5 MF) en liaison avec le programme de redressement de l'assurance maladie. Est notamment concerné, le développement des départements hospitaliers de pharmacologie clinique.

On notera enfin que, dans le cadre de la réforme des études d'assistant de service social, 9 millions de francs sont prévus pour l'attribution de vacations forfaitaires aux monitrices de stages et d'une indemnité forfaitaire aux élèves.

c) Les dépenses en capital

Dépenses en capital	Autorisations de programme		Crédits de paiement			
	Votées pour 1980	Demandées pour 1981	Votées pour 1980	1981		
				Services votés	Mesures nouvelles	Total
Titre V — Investissements exécutés par l'Etat,.....	34 000 000	39 300 000	44 500 000	8 700 000	33 500 000	42 200 000
dont :						
— équipement sanitaire	6 000 000	4 800 000	11 000 000	3 700 000	2 300 000	6 000 000
— équipement social	2 500 000	7 000 000	7 500 000	3 500 000	6 500 000	10 000 000
— études et contrôle des opérations d'équipement ...	25 500 000	27 500 000	26 000 000	1 500 000	26 200 000	26 200 000
Titre VI — Subventions d'investissements accordées par l'Etat,.....	1 803 880 000	1 540 800 000	1 653 195 000	978 985 000	484 205 000	1 463 190 000
dont :						
— équipement sanitaire	1 276 300 000	1 009 940 000	1 189 000 000	733 800 000	205 000 000	938 800 000
— équipement social	248 700 000	196 960 000	214 500 000	189 000 000	21 000 000	210 000 000
— équipement de la recherche médicale	278 880 000	333 900 000	249 695 000	56 185 000	258 205 000	314 390 000
TOTAUX pour les dépenses en capital	1 837 880 000	1 580 100 000	1 697 695 000	987 685 000	517 705 000	1 505 390 000

Les crédits de paiement représentent 4,7 % du budget du ministère, en régression sensible par rapport à 1980 où leur part dans le budget atteignait 5,9 %.

Quant aux autorisations de programme, elles enregistrent une diminution de 257,78 millions de francs (— 14 %) pour 1981.

La satisfaction progressive des besoins a conduit à réduire les crédits d'équipement sanitaire, notamment dans le domaine hospitalier (— 20 % en AP ; — 21,6 % en CP).

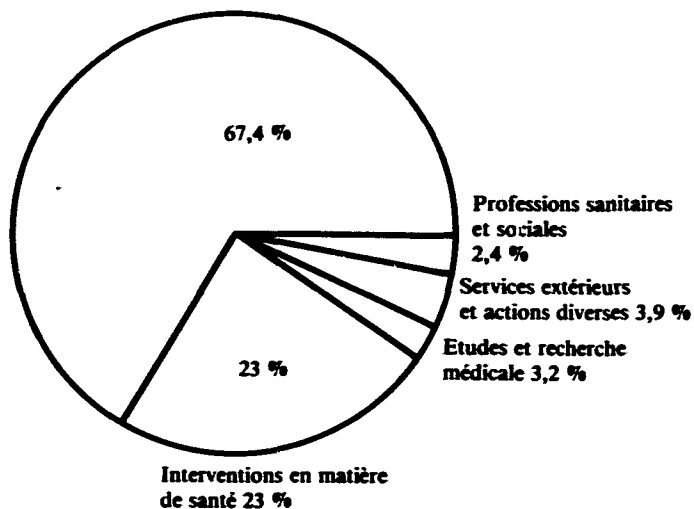
Il convient cependant de noter que des crédits (150 millions en AP et 15 millions en CP) sont inscrits au titre de *la transformation des hospices* (nouvel article 70 du chapitre 66-11). Cette nouvelle dotation a été créée dans le cadre du programme d'humanisation, par redéploiement de ces crédits spécifiques, dans le but de supprimer l'important reliquat de salles communes subsistant dans le secteur des personnes âgées.

Cette action s'insère également dans le cadre fixé par la loi N° 75.535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales qui prévoit dans son article 23 que les hospices publics doivent être transformés dans un délai de 10 ans en établissements sociaux ou en établissements sanitaires.

Par contre, la diminution constatée sur les crédits d'équipement social (— 20,8 % en AP et — 2,1 % en CP) ne paraît pas justifiée à votre rapporteur.

B. — Présentation fonctionnelle par groupe de programmes

Interventions en matière sociale 67,5 %



La traduction en volume de ces différents programmes est la suivante (dépenses ordinaires + crédits de paiement) :

— Interventions en matière sociale	21 658 896 MF
— Interventions en matière de santé	7 378 819 MF
— Professions sanitaires et sociales	778 201 MF
— Services extérieurs et actions diverses	1 260 779 MF
— Etudes et recherche médicales	1 020 667 MF

Parmi ces dépenses, la part afférente à des « dépenses obligatoires », dont l'évolution ne dépend que très partiellement de la volonté du ministère, demeure largement prépondérante (90 % des dépenses ordinaires).

Elles comprennent :

— l'action sociale et médicale (17 847 millions) dont les crédits augmentent de 11,9 % ;

— les participations financières de l'Etat aux services obligatoires de santé, qui s'élèvent à 2 367 millions, en progression de 23 % ;

— les subventions à divers régimes de protection sociale dont le montant (7 149,6 millions) augmente de 7,7 %, et que nous examinerons au chapitre 2 de ce rapport.

On regrettera une nouvelle fois que les « actions volontaristes », dont l'un des éléments essentiels sont les programmes d'action sanitaire et sociale, voient leur part stagner depuis plusieurs années.

C'est ainsi que lesdits programmes ne représentent que 1,1 % du budget pour 1981 (chiffre identique à celui du budget pour 1980) avec des dotations égales à 361 millions de francs.

II. — LES AIDES DE L'ÉTAT AUX DIFFÉRENTS RÉGIMES DE PROTECTION SOCIALE

Votre rapporteur se doit de souligner une nouvelle fois les difficultés qui ont été les siennes pour dresser le bilan de ces aides ainsi que celui de la situation financière de la Sécurité sociale, n'ayant pu disposer que tardivement des deux documents annexes à la loi de finances, à savoir :

— l'état retraçant l'effort social de la nation qui, bien que rétrospectif, contient des renseignements d'un grand intérêt ;

— les prévisions de recettes et de dépenses des régimes obligatoires de Sécurité sociale pour 1980 et 1981, ainsi que du rapport de ainsi que du rapport de la commission des comptes de la Sécurité sociale dont il est membre.

Le tableau ci-joint récapitule les différentes aides que l'Etat accorde aux principaux régimes de protection sociale.

Aides de l'Etat aux principaux régimes de protection sociale

Régimes	1980	1981	Budgets	Chapitres
	(Millions de F)			
— Régime des exploitants agricoles.....	7 610,8	8 748,4	Agriculture	Chap. 46-32
— Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines (CANSSM).....	6 102,0	6 497,0	Santé et sécurité sociale	Chap. 47-23 art. 10
— Caisse autonome mutuelle de retraite des agents des chemins de fer secondaires (CAMR).....	499,1	561,6	Santé et sécurité sociale	Chap. 47-23 art. 20
— Caisse de prévoyance sociale de ST-PIERRE-et-MIQUELON.....	7,9	7,9	Santé et sécurité sociale	Chap. 47-23 art. 50
— Protection sociale des territoires d'Outre-Mer.....	—	55,0	Santé et sécurité sociale	Chap. 47-23 art. 60
— Régime de sécurité sociale des étudiants.....	181,9	209,2	Education et Universités	Chap. 47-72 de chaque budget
— Régime de retraite des agents de la SNCF.....	7 100,0	8 495,0	Transports-Transports intérieurs	Chap. 47-41
— Etablissement national des invalides de la marine.....	1 552,5	1 965,5	Transports-Marine marchande	Chap. 47-37
— Aide personnalisée au logement.....	1 800,0	2 400,0	Environnement et cadre de vie	Chap. 46-40 art. 10
— Fonds national d'aide au logement.....	2 740,0	3 410,0	Environnement et cadre de vie	Chap. 46-40 art. 30
— Compensation généralisée entre les principaux régimes	3 184,0	3 802,0	Economie et budget 1. Charges communes	Chap. 33-91 art. 40
— Régimes de retraite des industriels, commerçants et artisans.....	mémoire	mémoire	Economie et budget 1. Charges communes	Chap. 46-90 art. 10
— Divers régimes obligatoires.....	573,0	1 061,0	Economie et budget 1. Charges communes	Chap. 46-90 art. 20
— Fonds spécial.....	148,0	220,0	Economie et budget 1. Charges communes	Chap. 46-95
— Fonds national de solidarité	12 500,0	13 150,0	Economie et budget 1. Charges communes	Chap. 46-96
TOTAL des aides.....	43 999,2	50 582,6		

C'est donc au total 50,5 milliards de francs que le budget de l'Etat consacrera en 1981 aux aides aux principaux régimes de protection sociale, soit une progression de 14,9 % en une année.

On se propose d'analyser successivement :

**A. — Les dotations figurant au budget de la Santé
et de la Sécurité sociale**

a) **La subvention d'équilibre au Fonds spécial de retraite de la caisse nationale de sécurité sociale dans les mines : 6497 millions de francs, en progression de 6,5 %.**

L'importance de cette subvention est la conséquence à la fois :

— du déséquilibre croissant dans le régime minier entre retraités (+ 0,8 %) et cotisants (— 6 %).

	Effectifs	
	Actifs	Retraités
— 1975	127 850	404 123
— 1976	124 684	410 418
— 1977	118 035	417 257
— 1978	111 794	423 772
— 1979	104 932	427 265

— de l'augmentation des pensions entraînée par la hausse des salaires des mineurs sur lesquels elles sont indexées.

Le montant moyen des retraites (droits directs et droits dérivés) servies par ce régime est égal à 14 500 francs en 1979 (régime général : 13 000 francs).

Il convient de s'interroger sur le faible taux de revalorisation de la subvention (+ 6,5 %) en 1981 qui tranche sur celle constatée les années précédentes (+ 13,5 % en 1980). En fait pour la première année, figure dans le document budgétaire l'indication d'un transfert du fonds de garantie de la caisse d'une partie de son patrimoine, à hauteur de 350 millions de francs, pour équilibrer le régime.

Cette opération qui fait suite à un transfert de 90 millions de francs au titre du budget en cours ne peut manquer d'alimenter l'inquiétude.

b) La subvention à la Caisse autonome mutuelle de retraite des agents des chemins de fer secondaires et tramways.

Cette dernière se trouve dans une situation comparable à la Caisse des Mines, avec 2 855 actifs (—12,3%) pour 38 180 retraités (—1,3%).

Dans ce régime en voie d'extinction, où les cotisations n'atteignent que 5,4 % des recettes, le montant moyen des retraites est assez nettement plus élevé que celui du régime général : 18 600 F en 1978 contre 13 000 F.

c) La subvention à la Caisse de prévoyance sociale de ST-PIERRE et MIQUELON.

Organisée, dans le cadre des articles 6 et 7 de l'ordonnance N° 17-1102 du 26 décembre 1977, par le décret N° 80-241 du 3 avril 1980, ladite caisse présente le résultat de gestion suivant :

	Cotisations	Subventions	Prestations	Solde
Assurance-maladie.....	2 831 029	1 650 000	4 000 491	+ 480 538
Vieillesse A. V. T.....	2 678 124	1 300 000	4 232 718	— 254 594
Prestations familiales.....	3 570 438	1 850 000	5 731 574	— 311 136
TOTAL.....	9 079 591	4 800 000	13 964 783	— 85 192
Allocation complémentaire vieillesse....	1 373 872	—	1 087 124	+ 286 748
Accidents du travail.....	594 511	—	408 197	+ 186 314
Résultat de gestion.....				+ 316 944

d) La contribution de l'Etat à la protection sociale des territoires d'Outre-Mer.

En application des décisions gouvernementales arrêtées le 28 décembre 1979 au profit des départements et territoires d'Outre-Mer, un crédit de 55 millions de francs est inscrit, au titre de la prise en charge à partir de 1981 d'un régime de prestations familiales et d'une aide en faveur des handicapés, au bénéfice des travailleurs non salariés de POLYNESIE et de NOUVELLE-CALEDONIE.

B. — Les dotations figurant dans les autres budgets

a) On notera :

1. *L'accroissement de la participation de l'Etat au régime des exploitants agricoles* (+ 1 137,6 millions de francs) qui atteindra 8,7 milliards de francs, soit une progression de 15 %, nettement inférieure à celle de l'année dernière (+ 23 %), trouve son explication dans le rapport cotisants-personnes protégées qui, pour l'assurance maladie, s'établit à 1,15 million de cotisants pour 4,1 millions de de personnes protégées, ainsi que dans la dégradation du rapport démographique cotisants-retraités (1,4 en 1975 ; 1,2 en 1980 ; régime général : 3 en 1980).

2. La dégradation confirmée du rapport cotisants-bénéficiaires dans le régime de retraite des agents de la SNCF qui conduit l'Etat à accroître sa participation, de 1 395 millions de francs (+ 19,6 %).

A cette occasion, on mentionnera les observations faites par la Commission du VIII^e Plan « protection sociale et famille » à ce sujet :

« Les régimes spéciaux qui autorisent une cessation précoce d'activité (50 ans à la SNCF) étant de surcroît fortement subventionnés, il convient d'examiner si les privilèges actuels demeurent justifiés.»

3. *La forte progression des aides au logement* : la subvention au fonds national augmente de 24 % et celle afférente à l'aide personnalisée de 33 %.

A cet égard, il est rappelé que, le 1^{er} juillet 1980, le barème de calcul de l'aide personnalisée au logement a été révisé. Cette révision s'est traduite par l'actualisation des différents paramètres en fonction de l'évolution des grandeurs économiques intéressant le logement.

Au 31 mars 1980, le nombre des bénéficiaires de l'aide personnalisée au logement servie par les caisses d'allocations familiales était de 127 754 (contre 9 500 au 31 décembre 1978), dont 62,7 % au titre de l'accession à la propriété de logements neufs et 13,3 % au titre de la location, essentiellement en logement HLM.

La mensualité moyenne d'aide personnalisée au logement versée était de 511,7 F en locatif, 506,7 F en accession à la propriété de logements neufs et 498,3 F en amélioration et acquisition-amélioration.

4. Enfin, le maintien en 1981 de *la suppression du prélèvement sur les recettes de l'Etat au profit du régime général*; opérée en 1979, cette disparition de l'aide de l'Etat, au titre de la compensation démographique, au régime général est partiellement compensée par une prise en charge par l'Etat des dépenses du régime général au titre du Fonds national de solidarité, soit 5,7 milliards de francs (contre 5 milliards en 1980).

A cette occasion, il convient de préciser que, lors de l'élaboration de la loi du 24 décembre 1974 instituant la compensation démographique, il était apparu que le régime général ne devait pas assumer cette charge tant que demeurerait des disparités de cotisations entre les régimes et tant qu'une meilleure connaissance des revenus non salariaux ne permettrait pas de demander aux intéressés un effort contributif comparable à celui des salariés.

Il semblait donc logique que l'Etat assure cette charge de compensation à la place du régime général jusqu'à l'achèvement de l'harmonisation des différents régimes.

Toutefois aux termes de la loi précitée, cette prise en charge ne devait plus être assurée par l'Etat que jusqu'à ce que la généralisation de la sécurité sociale soit réalisée.

b) *Comment se présente la situation aujourd'hui ?*

1. En ce qui concerne *la généralisation de la sécurité sociale*, les deux lois du 2 janvier 1978 ont abouti à assurer à toutes les personnes, résidant sur le territoire français, le bénéfice d'une protection sociale pour les risques maladie et maternité.

— la loi N° 78-4 a étendu aux ministres des cultes et aux membres des congrégations religieuses la couverture du régime général pour les différents risques et l'institution d'un régime particulier pour les prestations invalidité et vieillesse.

Trois décrets du 3 juillet 1979 ont fixé les conditions d'organisation et de fonctionnement de cette nouvelle caisse.

Le nombre des ressortissants prévu est de 100 000 assurés, les taux des cotisations fixés par l'arrêté ministériel du 27 juin 1980 étant de 3 400 F annuels pour le régime normal et de 2 400 F annuels pour le régime donnant lieu à des prestations réduites.

— la loi N° 78-2 du 2 janvier 1978 relative à la généralisation de la sécurité sociale a créé le régime de l'assurance personnelle ouvert à toutes les personnes qui ne bénéficient pas d'un régime obligatoire.

Les décrets N° 80-548 et 80-549 du 11 juillet 1980 ont fixé notamment :

- les conditions d'affiliation des intéressés à l'assurance personnelle ;
- les modalités de calcul des cotisations ou de fixation de taux particuliers en faveur de certaines catégories d'assurés, ainsi que les procédures de recouvrement de ces cotisations ;
- la prise en charge totale ou partielle des cotisations au profit d'assurés, en considération de leur situation de famille ou de leurs ressources particulièrement faibles ;
- les conditions d'ouverture des droits aux prestations et de cessation d'affiliation à l'assurance personnelle ;
- les particularités de la gestion de l'assurance personnelle par les régimes agricoles ;
- la répartition du solde de l'assurance personnelle entre les divers régimes obligatoires ;
- les modalités de transformation et de liquidation des régimes d'assurances volontaires et transitoires.

L'ensemble de ces mesures, qui sont d'application immédiate, permet la mise en œuvre actuelle de ce régime et en particulier la prise en compte de toute demande d'affiliation nouvelle. Cependant, compte tenu des délais légaux de refus d'affiliation instaurés au profit des affiliés éventuels et de ceux nécessaires pour l'examen des dossiers de prise en charge des cotisations, le régime ne prendra son plein effet que progressivement.

2. Quant à l'état de *l'harmonisation des contributions* dues par les ressortissants des différents régimes sociaux, le bilan suivant peut être dressé : on indiquera seulement les mesures qui ont apporté une modification aux données figurant dans le rapport de l'année dernière.

Au titre des mesures générales intervenues en 1979 sur cette question, figurent celles résultant de la loi N° 79-1129 du 28 décembre 1979 sur le financement de la sécurité sociale, c'est-à-dire la généralisation d'une part d'une cotisation d'assurance maladie sur les avantages de retraite, d'autre part sur tout revenu provenant d'une activité professionnelle quelle qu'elle soit.

Parmi les mesures envisagées, il y a l'harmonisation avec la loi du 28 décembre 1979 des dispositions du Code rural (art. 1106-1-II) qui prévoient encore actuellement l'exonération des cotisations d'assu-

rance maladie pour les exploitants agricoles pensionnés ou actifs exerçant par ailleurs une activité salariée (DDOEF déposé sur le bureau de l'Assemblée Nationale N° 1676).

Au titre des mesures plus spécifiques, on ne constate aucune évolution sensible en ce qui concerne les travailleurs non salariés non agricoles.

Quant aux régimes spéciaux, on notera :

— L'application d'un point de cotisation supplémentaire à la charge des salariés, au bénéfice de l'assurance maladie pour une période de 18 mois à partir de l'été 1979 : la mesure a été réalisée soit par textes réglementaires (décrets du 30 juillet 1979 pour les fonctionnaires, militaires, agents des collectivités locales, ouvriers de l'Etat — décret du 30 juillet et arrêté du 27 août 1979 pour EDF-GDF — décrets des 3 septembre 1979 pour les mineurs, 28 septembre 1979 pour les marins, 28 novembre 1979 pour les clercs et employés de notaires), soit par des décisions des institutions propres à chacun des régimes : conseil d'administration (SNCF-RATP) ou assemblée générale des adhérents de la société mutualiste gestionnaire du risque (Banque de France).

— Le déplafonnement des cotisations d'assurance maladie des salariés. Fixé au 1^{er} janvier 1980 par décrets du 26 décembre 1978 pour le régime général, les fonctionnaires, militaires, agents des collectivités locales, ouvriers de l'Etat, EDF-GDF (arrêté du 29 juin 1979), il a été imposé à tous les régimes, à compter de la même date, par l'article 15 de la loi N° 79-1129 du 28 décembre 1979 et réalisé pour les mines par décret du 13 février 1980.

A noter que les cotisations des clercs et employés de notaires ont été déplafonnées dès la création du régime spécial et que les marins cotisent sur des salaires forfaitaires auxquels ne saurait s'appliquer la notion de déplafonnement.

— Les cotisations d'assurance maladie sur retraites. La plupart des régimes spéciaux connaissaient déjà cette cotisation. Pour les autres sont intervenus des décrets du 30 juillet 1979 (clercs de notaires — Opéra, Comédie Française — Crédit Foncier — CAMR. Un texte est en cours d'élaboration pour les industries électriques et gazières.

Pour la plupart des régimes nouvellement concernés, le taux d'imposition est de 1,50 %, taux calculé d'après les taux de 1 % et 2 % retenus dans le régime général (décret du 24 avril 1980) respectivement pour la retraite de base et la retraite complémentaire, pour tenir

compte de fait que les régimes spéciaux servent une pension unique, intégrant ces deux éléments. Les conditions d'exonération pour les retraités les plus démunis sont celles qui ont été fixées pour le régime général.

Les cotisations sur retraites complémentaires. Les ressortissants de certains régimes spéciaux en perçoivent une. Un taux de 2 % a été fixé par décret du 30 juillet 1980. Il est identique à celui fixé par le décret du 24 avril 1980 pour les ressortissants des régimes complémentaires du régime général. Les conditions d'exonération sont également identiques.

Il demeure donc un problème au regard de la compensation, illustré par le tableau ci-après :

ASSURANCE MALADIE 1979

	Montant moyen de la cotisation (en F)	Montant moyen des prestations en nature (en F)	
		par cotisant	par pers. protégée
— Régime général.....	8 420	5 870	2 253
— Salariés agricoles.....	5 976	7 257	2 507
— Mines.....	2 950	6 435	3 195
— CANAM (non salariés).....	5 180	4 798	1 717
— Exploitants agricoles.....	2 824	7 789	2 157

c) A partir de là, il devient intéressant de préciser l'ensemble des mécanismes de compensation auxquels participe le régime général avec l'indication de l'importance des soldes de compensation : ces résultats figurent dans les deux tableaux suivants.

**SOLDE DE COMPENSATION DES DIFFÉRENTS RÉGIMES
EN 1978, 1979, 1980 ET 1981**

(Compensation entre régimes de salariés et régimes de non salariés)

Les calculs de compensation de l'année 1978 ainsi que les statistiques nécessaires à leur élaboration sont examinés par la commission présidée par M. LAVIGNE dont les travaux doivent se poursuivre jusqu'en octobre 1980. Le rapport de cette commission pour l'année 1979 ne sera ainsi disponible qu'à la fin de l'année. Les soldes de compensation pour 1979 ne sont donc que provisoires; ceux des années 1980 et 1981 sont des montants provisionnels.

	1978 définitif	1979 provisoires	1980 estimation	1981 estimation
— Régime général.....	+ 5 716	+ 6 741	+ 7 420	+ 8 251
— CNRACL.....	+ 1 107	+ 1 419	+ 1 868	+ 2 278
— Professions libérales...	+ 215	+ 279	+ 370	+ 452
— Clercs de notaire.....	+ 139	+ 197	+ 220	+ 212
— EGF.....	+ 109	+ 147	+ 167	+ 198
— BAPSA.....	- 6 075	- 7 272	- 8 322	- 9 277
— ORGANIC.....	- 1 608	- 1 939	- 2 459	- 2 895
— CANCAVA.....	- 520	- 578	- 768	- 893
— Mines.....	- 527	- 605	- 733	- 858
— SNCF.....	- 370	- 406	- 481	- 556
— Caisse militaire.....	- 146	- 89	- 123	- 424
— CAMR.....	- 114	- 132	- 147	- 166
— CANAM.....	+ 2	- 36	+ 104	+ 228
— RATP.....	+ 1	+ 10	+ 10	+ 15
— Marins.....	- 56	- 63	- 69	- 76
— Etat employeur.....	+ 2 127	+ 2 596	+ 3 200	+ 3 802
— Régime des cultes.....	—	- 269	- 257	- 291

Les chiffres sont exprimés en millions de francs, un signe + indique que le régime verse à la compensation, un signe — indique que le régime reçoit de la compensation.

**CHARGE SUPPORTÉE PAR LE RÉGIME GÉNÉRAL EN 1979, 1980 et 1981
AU TITRE DE LA COMPENSATION DÉMOGRAPHIQUE**

	1979	1980	1981
a) Surcompensation du régime minier (Loi de finances pour 1964)			
— Maladie.....	1 174	1 361	1 633
— Accidents du travail.....	1 775	1 996	2 264
TOTAL.....	2 949	3 357	3 897
b) Compensation avec les salariés agricoles (Loi de finances pour 1963)			
— Maladie.....	1 949	1 981	2 591
— Vieillesse.....	3 681	4 014	4 672
— Prestations familiales.....	1 197	1 201	1 284
— Accidents du travail.....	141	43	224
TOTAL.....	6 968	7 239	8 771
c) Compensation maladie avec la SNCF, les marins et la RATP (Loi de finances pour 1971 et 1972)			
— SNCF.....	1 293	1 462	1 865
— Marins.....	179	238	191
— RATP.....	25	16	41
TOTAL.....	1 497	1 716	2 097
d) Compensation généralisée (Loi N° 74-1094 du 24 décembre 1974)			
— Versement du régime général.....	6 425	7 754	8 251
— Remboursement de l'Etat.....	—	—	—
TOTAL.....	6 425	7 754	8 251

CHAPITRE II

LES COMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

I. — PANORAMA GÉNÉRAL DES RÉGIMES DE SÉCURITÉ SOCIALE

Tous régimes confondus (régimes de base et régimes complémentaires), les dépenses de protection sociale qui s'élevaient à 450 milliards de francs en 1979, devraient s'établir à 590 milliards en 1981. A titre de comparaison, il convient de rappeler que le budget de l'Etat représentera pour la même année 611 milliards de francs.

DÉPENSES - TABLEAU DE SYNTHÈSE
RÉSULTATS 1979, PRÉVISIONS 1980, 1981

	Années	Prestations	Cession	Action sanitaire et sociale	Trans- ferts versés	Dépenses diverses	Total des dépenses	
	(en millions de francs)							
Régime général	1979	257 421	17 212	6 668	20 766	3 215	305 282	
	1980	295 600	19 243	7 523	23 593	3 467	349 426	
	1981	339 505	21 630	8 483	29 015	3 938	402 571	
Régimes de base principaux (BAPSA, ORGANIC, CANCAVA, CNAVPL, CANAM, etc.)	1979	64 912	3 394	771	1 796	212	71 085	
	1980	74 101	3 803	825	1 472	267	80 508	
	1981	84 121	4 274	973	1 698	361	91 427	
Autres régimes de base (Caisse militaire, SNCF, RATP, EGF, Mines, Marins, etc.)	1979	52 399	977	229	2 246	71	55 922	
	1980	59 820	1 068	317	3 220	76	64 461	
	1981	67 746	1 203	349	3 791	85	73 174	
Total des régimes de base	1979	374 732	21 583	7 668	24 808	3 498	432 289	
	1980	429 521	24 114	8 665	28 285	3 810	494 395	
	1981	491 372	27 107	9 805	34 504	4 384	567 172	
Régimes complémentaires (ARRCO, AGIRC, IRCANTEC)	1979	38 325	2 876	1 217	111	133	42 662	
	1980	44 603	3 266	1 382	126	145	49 522	
	1981	52 127	3 733	1 584	143	163	57 750	
Totaux (résultats bruts)	1979	413 057	24 459	8 885	24 919	3 631	474 951	
	1980	471 124	27 380	10 047	28 411	3 955	540 917	
	1981	543 499	30 840	11 389	34 647	4 547	624 922	
Résultats nets (hors doubles emplois)	1979							450 612
	1980							515 475
	1981							589 406

Dans le même temps, les recettes devraient s'élever de 460 milliards en 1979 à 590 milliards en 1980.

RECETTES - TABLEAU DE SYNTHÈSE
RÉSULTATS 1979, PRÉVISIONS 1980, 1981

	Années	Cotisations des salariés	Cotisations des employeurs	Subventions de l'État	Taxes affectées	Transferts reçus	Revenu des capitaux	Resources diverses	Total des recettes
				(en millions de francs)					
Régime général	1979	66 076	223 118	7 533	728	3 829	42	3 997	305 323
	1980	84 759	256 801	6 045	938	4 524	330	4 368	357 765
	1981	88 103	289 570	8 500	1 035	6 866	534	4 727	399 335
Régimes de base principaux	1979	22 130	7 368	13 641	11 463	15 835	1 045	214	71 696
	1980	25 616	8 538	13 575	13 441	19 232	1 102	237	81 741
	1981	28 917	9 435	15 601	14 899	21 205	1 094	262	91 413
Autres régimes de base	1979	7 188	25 354	17 005	27	7 968	747	402	58 691
	1980	8 663	26 788	19 088	23	9 080	1 217	419	65 278
	1981	9 538	30 295	21 131	335	11 178	1 593	441	74 511
TOTAL des régimes de base	1979	95 394	255 840	38 179	12 218	27 632	1 834	4 613	435 710
	1980	119 038	292 127	38 708	14 402	32 836	2 649	5 024	504 784
	1981	126 558	329 300	45 232	16 269	39 249	3 221	5 430	565 259
Régimes complémentaires	1979	17 159	27 680	—	—	45	3 511	111	48 506
	1980	19 755	31 369	—	—	52	3 798	124	55 098
	1981	22 435	35 653	—	—	60	4 041	139	62 328
TOTAUX (résultats bruts)	1979	112 553	283 520	38 179	12 218	27 677	5 345	4 724	484 216
	1980	138 793	323 496	38 708	14 402	32 888	6 447	5 148	559 882
	1981	148 993	364 953	45 232	16 269	39 309	7 262	5 569	627 587
Résultats nets (hors doubles emplois)	1979								459 877
	1980								531 440
	1981								592 071

Cet ensemble de résultats permet de mesurer le poids des dépenses de la Sécurité sociale au regard de la richesse nationale.

Les dépenses nettes de la Sécurité sociale qui représentaient 21,1 % du PIB marchand en 1979, devraient atteindre 21,3 % de ce dernier en 1980 et 21,7 % en 1981.

Elles entrent pour 32,4 % dans la consommation finale des ménages en 1979 contre 32 % en 1978.

Evoluant à un rythme de progression égal à 14,4 % en 1980 et 14,3 % en 1981, elles continuent de croître plus vite que la richesse nationale mesurée par le taux d'augmentation du PIB marchand (+ 13,5 % en 1980, + 12,3 % en 1981).

Il est par ailleurs très intéressant de considérer *la structure des recettes* : les cotisations des salariés représentent près de 24 % de ces dernières soit plus que le montant de l'impôt sur le revenu (139 milliards contre 118 milliards en 1980); quant aux cotisations des employeurs, soit 58 % du total, leur part égale 5,25 fois le montant de l'impôt sur les sociétés en 1980 (323 milliards contre 61).

Ainsi les prélèvements sociaux ont atteint une ampleur telle qu'il paraît difficile d'aller au-delà du seuil actuellement constaté.

Face à cette constatation, on doit considérer les éléments fournis par les nombreux *travaux réalisés à l'occasion de la préparation du VIII^e Plan*, à savoir :

— les résultats financiers des régimes sociaux (Sécurité sociale et UNEDIC) sont fortement liés au taux de croissance ;

— or les différentes projections étudiées retiennent l'hypothèse d'une moindre progression de la croissance, par rapport au niveau observé en moyenne au cours de la décennie précédente, et conduisent à un déséquilibre persistant des régimes, à législation et comportements inchangés ;

— selon l'un des scénarios examinés (croissance annuelle moyenne : + 2,5 % ; modération des prix : + 7,3 % de hausse annuelle moyenne et des salaires : + 9,7 % ; détérioration de la situation de l'emploi : diminution des cotisants du régime général de 0,5 % par an, en volume ; faible taux d'investissement) le besoin de financement des régimes sociaux serait, à taux de cotisations inchangé, de 80 milliards de francs en 1985 (dont 30 milliards pour l'UNEDIC), soit 3 % de la PIB.

A cet égard on rappellera que, pour le seul régime général, le chômage représentera en 1981 une perte de ressources proche de 25 milliards de francs.

Aussi est-ce avec une vive inquiétude que votre rapporteur envisage l'avenir de notre régime de protection sociale, première victime de par son mode financement, de la crise économique que connaît notre pays.

Il s'interroge sur la nécessité d'engager une *réforme des modes de financement des régimes sociaux*, la part trop importante des recettes

assises sur les salaires étant un élément de fragilisation extrême du système.

Sur ce point, la *Commission de l'industrie du VIII^e Plan* s'est exprimée clairement : estimant que le mode de financement de la protection sociale pénalise l'industrie, elle formule trois propositions :

— limiter la contribution du régime général aux autres régimes à des bases « strictement démographiques »,

— clarifier les transferts entre les différents régimes et branches de la Sécurité sociale,

— étendre progressivement l'assiette des cotisations à la valeur ajoutée de l'entreprise en profitant de la simulation menée actuellement en matière de taxe professionnelle sur 230 000 entreprises pour que soient étudiées les conséquences d'une telle réforme.

Une autre suggestion, fréquemment avancée, serait de fiscaliser une partie des dépenses, notamment celles actuellement à la charge des caisses de Sécurité sociale et qui relèvent de la solidarité nationale ou concourent à la réalisation des objectifs d'une politique sociale définis par les pouvoirs publics : ainsi du minimum vieillesse, de l'aide aux handicapés, de certaines prestations familiales (aide au logement), etc. On constate donc que :

— les pertes de recettes liées à une moindre croissance économique et à des rapports démographiques défavorables,

— la progression des dépenses due en partie à la généralisation de la couverture sociale à des catégories présentant des facultés contributives nulles ou très insuffisantes,

— la prise en charge par les régimes de protection sociale des coûts de la mise en œuvre de politiques relevant de la solidarité nationale et donc d'un financement par la collectivité, conduisent à la nécessité d'entreprendre une réforme pour laquelle les propositions ne manquent pas mais dont l'application appelle ténacité et courage.

II. — LA SITUATION DU RÉGIME GÉNÉRAL ET PLUS PARTICULIÈREMENT DE LA BRANCHE ASSURANCE-MALADIE

Celle-ci demeure précaire ainsi que le montre le tableau ci-après où figure le cumul des soldes du régime général de 1978 à 1981.

(En milliards de francs)

Branches	1978	1979	1980	1981	Total 1978 1979 1980	Total 1978 à 1981 inclus
Assurance-maladie	- 4,7	- 0,5	+ 6,6	- 2,3	+ 1,4	- 0,9
Assurance Accidents du travail	- 0,8	+ 0,2	+ 0,5	+ 0,5	- 0,1	+ 0,4
Total de la branche assurance-maladie	- 5,5	- 0,3	+ 7,1	- 1,8	+ 1,3	- 0,5
Allocations familiales	+ 2,7	+ 1,2	+ 1,4	- 1,1	+ 5,3	+ 4,2
Assurance vieillesse	- 8	- 0,9	- 0,2	- 0,3	- 9,1	- 9,4
Total général	- 10,8	0	+ 8,3	- 3,2	- 2,5	- 5,7

A. — Années 1979 et 1980

S'agissant de 1979, l'équilibre des recettes et des dépenses est réalisé cependant que la trésorerie du régime général a retrouvé, dès le début de 1980, des moyens de financement satisfaisants.

Quant à l'année 1980, compte tenu des nouvelles hypothèses présentées en octobre à la Commission des comptes de la Nation et des résultats fin septembre de l'assurance-maladie, elle devrait enregistrer un excédent important de 8,3 milliards de francs ; seule la branche vieillesse continue à présenter une situation légèrement déficitaire (— 200 millions).

Ces résultats sont la conséquence directe de la mise en œuvre du plan de redressement de juillet 1979 dont on va tenter de dresser un bilan exhaustif.

1. On considérera en premier lieu les mesures tendant à limiter les dépenses.

a) En ce qui concerne les hôpitaux publics.

Sauf exception, les budgets complémentaires ont été supprimés. Les établissements dérogataires étaient au nombre de 200 pour 1979, soit un sur sept, et le montant de ces budgets a atteint environ 300 millions de francs, pour la même année, soit 0,47 % des budgets primitifs, au lieu de deux à trois milliards de francs les années précédentes.

Pour 65 % des établissements hospitaliers publics, les Préfets ont fixé pour 1980 les prix de journée dans le cadre des normes figurant dans la circulaire du 15 septembre 1979, c'est-à-dire un taux de croissance respectant le taux de croissance du PIB. Les dérogations ont été exclusivement limitées aux dépenses liées à l'application de l'indemnité de sujétion spéciale des personnels hospitaliers et à la création de SAMU.

Les crédits accordés aux établissements dérogataires ont été limités à l'indispensable. Le nombre d'emplois autorisés est trois fois moins important en 1980 qu'en 1979.

Pour les cliniques privées, les dérogations tarifaires ont été supprimées.

Le contrôle des investissements nouveaux a entraîné l'examen, au niveau central, pour l'année 1979, de 37 opérations d'investissement. Des modifications par rapport aux projets présentés ont permis des économies de fonctionnement évaluées annuellement à 34 millions de francs.

Enfin l'application de la loi n° 79-1140 du 29 décembre 1979 relative aux équipements sanitaires permet désormais au ministre chargé de la santé de se substituer au conseil d'administration dans la mesure où, ni l'intérêt des malades, ni le fonctionnement des services ne justifient le maintien de capacités excédentaires par rapport aux besoins définis par la carte sanitaire. La mise en œuvre de ce texte qui est en cours de réalisation devrait permettre d'ici à 1981 la transformation ou la suppression d'environ 17 000 lits actifs.

Les premières demandes adressées aux établissements au cours des deuxième et troisième trimestres de l'année 1980 portent sur la ferme-

ture de moins de 5 000 lits de médecine, de chirurgie ou de gynécologie-obstétrique et sur la reconversion d'environ 4 000 lits de médecine en moyen ou long séjour.

Nous aborderons plus avant dans ce rapport les problèmes de l'évolution des rythmes de progression des différents types de dépenses d'assurance-maladie et des nouveaux rapports conventionnels définis pour la médecine de ville.

b) En ce qui concerne les mesures destinées à prévenir certains abus de prise en charge.

— On notera que la question du rétablissement d'un ticket modérateur d'ordre public obligatoire a soulevé l'hostilité des sociétés mutualistes qui ont continué à rembourser à leurs adhérents l'intégralité dudit ticket.

Des négociations entre la Fédération nationale de la Mutualité française et l'Administration ont abouti à une solution permettant aux groupements mutualistes visés par le décret du 15 janvier 1980 de satisfaire aux objectifs poursuivis par les auteurs de ce texte en participant, sous la forme d'une contribution volontaire, aux actions de prévention à l'effort entrepris pour freiner l'augmentation des dépenses de Sécurité sociale.

— Afin de *mieux contrôler les arrêts de travail*, il a été décidé l'uniformisation des heures de sortie autorisée en cas de congé de maladie.

Avant l'intervention de l'arrêté du 7 janvier 1980, les heures de sortie autorisées des assurés malades fixées dans le règlement intérieur de chaque caisse, étaient laissées à la discrétion de celle-ci. Depuis la publication de cet arrêté, cette possibilité est désormais supprimée et les heures de sorties sont uniformisées sur le plan national : elles doivent être comprises entre 10 heures et 12 heures du matin et entre 16 heures et 18 heures de l'après-midi, avec une possibilité de dérogation sur justification médicale.

— Quant à *la réglementation de la 26^e maladie*.

Le système antérieur à 1980 prévoyait la suppression de la participation de l'assuré aux frais de maladie en cas d'affection longue et coûteuse fixée par l'article L. 286-1 — I § 3 et § 4 du code de la Sécurité sociale :

— soit pour une affection inscrite sur une liste (25 maladies longues et coûteuses),

— soit pour toute autre affection nécessitant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse « 26^e maladie » — (durée du traitement égale à 6 mois au moins ; ticket modérateur de 99 F par mois ou 594 F pour 6 mois consécutifs).

Dans la pratique, on a pu constater que l'existence de cette « 26^e maladie » avait tendance à conduire à des prescriptions exagérées pour franchir le seuil, surtout lorsque les dépenses du malade étaient très proches de ce montant.

Ainsi la « 26^e maladie » s'est développée de façon considérable et continue (augmentation en 1977 au titre du régime général : 136 140 demandes dont 94 234 acceptées, alors que le nombre total des demandes au titre des 25 maladies atteignait 458 000 en 1979).

Il a donc été décidé de remplacer le système antérieur par un plafonnement en valeur absolue des sommes laissées à la charge des assurés, en cas de maladie longue et coûteuse, et ce par le jeu normal du ticket modérateur :

— exonération à 100 % seulement pour les dépenses faites par l'intéressé ayant déjà supporté une charge financière de 80 F pendant un mois ou de 480 F pendant 6 mois au titre du ticket modérateur ;

— atténuation de l'effet de seuil entraînant la disparition de prescription ayant pour but de le faire franchir.

En dehors de l'effet sur la croissance des dépenses envisagées par la diminution des prescriptions non justifiées, l'économie pour le régime général a été chiffrée à 300 MF en année pleine 1980.

— *Reste le renforcement du contrôle médical.*

La loi 79-1.129 du 28 décembre 1979 dans son titre IV article 29 renforce le contrôle médical en permettant aux médecins-conseils de saisir les juridictions (conseils régionaux de discipline).

Elle modifie ainsi l'article L-404 du Code de la Sécurité sociale qui offrait cette possibilité aux seuls organismes de Sécurité sociale et syndicats de praticiens.

Les conseils régionaux de discipline visés à l'article L-403 du code de la Sécurité sociale ont compétence pour juger les fautes, abus et fraudes des médecins chirurgiens-dentistes et sages-femmes à l'occasion des soins dispensés aux assurés sociaux.

Les décrets d'application sont actuellement en cours d'élaboration.

— Il convient enfin de faire le point du problème tendant à confier aux assurances individuelles *la charge de l'indemnisation des accidents de la route*.

Au-delà des considérations financières, la question se pose de savoir s'il entre dans la vocation des organismes de Sécurité sociale d'assurer la couverture du remboursement des prestations maladie liées aux accidents de la circulation.

Aussi bien deux solutions susceptibles de décharger la Sécurité sociale du coût de ces accidents dans la mesure où ils sont imputables, non aux assurés sociaux en tant que tels, mais aux conducteurs de véhicules automobiles, sont-elles explorées :

— soit une prise en charge financière par les assureurs des véhicules sous forme de remboursement automatique de toutes les prestations « avancées » par les organismes sociaux au profit des victimes (éventuellement responsables) des accidents de la circulation ; étant précisé que, dans cette hypothèse, les organismes sociaux continueraient d'assurer la gestion administrative de ce genre de risques ;

— soit le transfert complet de cette gestion aux assureurs, qui devraient alors prendre à leur compte toutes les formalités d'ouverture des droits, de prise en charge des assurés, et cela avant tout examen des droits compte tenu de l'urgence, notamment dans le cas d'hospitalisation, et éventuellement de contrôle médical.

Les pouvoirs publics attendent l'aboutissement des études en cours dans les différents ministères concernés pour prendre position définitivement sur le principe et les modalités d'un tel aménagement qui devrait présenter un double intérêt, du point de vue de l'allègement des charges de la Sécurité sociale, mais aussi de celui de la simplification des recours et de la réduction du contentieux, qui, s'il était décidé, donnerait lieu au dépôt d'un projet de loi.

c) Au regard de la gestion des caisses.

Les dépenses de fonctionnement des organismes de Sécurité sociale ont fait l'objet de décisions portant sur quatre points :

— les organismes de base et les organismes nationaux ont été invités à respecter la stabilisation des effectifs du personnel au niveau atteint à la fin de 1979 et à limiter à 11,8 % l'augmentation de leurs dépenses ;

— les programmes d'équipement immobilier et informatique ont été temporairement suspendus ;

— la vente de certains éléments actifs, tels que valeurs mobilières ou immeubles, est en cours de réalisation ;

— des groupes de travail ont été constitués afin de rechercher les moyens de rationaliser et de simplifier certaines formalités imposées aux assurés, aux entreprises et aux caisses, et de réaliser des économies de gestion.

Ces dernières ont été évaluées à 400 millions de francs en 1980.

2. On examinera à présent les mesures tendant à dégager des recettes nouvelles

a) les contributions exceptionnelles et temporaires

— le rendement de la cotisation exceptionnelle de 1 % sera au total pour les trois années de 13 800 millions de francs pour le régime général.

Le tableau ci-après fournit les renseignements pour l'ensemble des régimes.

(u : MF)

Régimes	1979	1980	1981
Régime général.....	2 702	9 352	1 747
Fonctionnaires	463	1 592	299
Salariés agricoles	43	292	108
Mines	14	58	15
Marins	7	31	8
S.N.C.F.	15	65	18
R.A.T.P.	4	26	7
Clercs de Notaire	—	8	5
Militaires	48	163	31

— le report des revalorisations tarifaires pour les médecins et les dentistes :

- celle du 1^{er} octobre 1979 représentant une économie de 46 MF en 1979 et de 154 MF en 1980 compte tenu de l'effet report.

- celle du 7 janvier 1980 représentant une économie de 239 MF sans effet report sur l'année 1981

— la contribution exceptionnelle des pharmaciens d'officine et des entreprises exploitant des spécialités pharmaceutiques a été évaluée à 120 MF pour le régime général en 1980

Sa mise en œuvre prévue par la loi n° 79-1.129 du 28 décembre 1979 a été précisée par le décret d'application N° 80-269 du 14 avril 1980.

b) le concours de l'Etat

Il avait été décidé que l'Etat reprenait le financement de deux charges jusqu'à présent imputées à l'assurance maladie et contestées dans leur principe par les partenaires sociaux gestionnaires des caisses.

— la prise en charge à titre définitif par l'Etat de la totalité des frais de formation des étudiants en médecine et du personnel paramédical, jusqu'à présent répercutée sur les prix de journée des hôpitaux et supportée ainsi par l'assurance maladie, sous la forme d'un versement à la Caisse nationale d'assurance maladie de 1,5 milliard de francs au titre des années 1975 à 1980.

— le financement par l'Etat de l'insuffisance depuis 1975 des cotisations du régime des malades hospitalisés depuis plus de 3 ans, avec l'apurement du contentieux relatif aux années 1972 et 1973 qui correspond au versement à la CNAM de 2,2 milliards de francs. Pour l'avenir ces malades relèveront du régime de l'assurance personnelle institué par la loi du 2 janvier 1978 portant généralisation de la sécurité sociale.

Pour l'instant une contribution de 2 milliards de francs a été versée le 22 décembre 1979, à ce titre, par l'Etat à l'ACOSS. Le total des deux mesures faisait 3,7 milliards; un versement complémentaire de 1 700 millions de francs devrait intervenir en décembre 1980, dans le cadre de la loi de finances rectificative.

3. Quant aux mesures de trésorerie

On signalera que les avances consenties aux hôpitaux par les caisses primaires d'assurance maladie devaient être remboursées à hauteur de 2 milliards de francs.

Elles l'ont été pour 1,7 milliard au titre de 1979.

Durant cette période, le montant des acomptes versés par ces mêmes caisses aux établissements intéressés a diminué de 800 millions de francs.

Par ailleurs, depuis le mois d'avril 1980, le solde du compte unique centralisateur, que l'ACOSS possède auprès de la caisse des dépôts et consignations, est resté constamment positif.

Cette situation est favorable au régime général en raison de la nouvelle convention passée entre les deux organismes aux termes de laquelle les fonds déposés par ledit régime sont à présent rémunérés au taux du marché monétaire.

Cette disposition — dont votre rapporteur avait demandé l'adoption lors du dernier débat budgétaire — rapportera à l'ACOSS environ 360 millions de francs pour 1980.

Certes ce bilan est loin d'être négligeable : près de 3 milliards d'économie en 1980, 11 milliards de recettes supplémentaires, mais le redressement demeure précaire et le plus difficile reste à réaliser ainsi que nous allons le voir.

B. — Année 1981

Dès 1981, le déficit réapparaît à hauteur de 3,2 milliards de francs : 2,3 milliards sont imputables à la branche assurance-maladie, 1,1 milliard à la branche prestations familiales, 0,3 milliard à la branche assurance vieillesse. Seule la branche accidents du travail présentera un excédent de 500 millions.

Trois causes principales expliquent cette situation :

- la progression toujours très élevée des dépenses d'hospitalisation publique,
- la suppression de la cotisation exceptionnelle de 1 %,
- la dégradation sensible du solde de la caisse nationale des allocations familiales par suite de l'augmentation très importante des dépenses prises à sa charge.

1. l'évolution des dépenses d'assurance maladie

Elle est résumée dans le tableau ci-après :

Dépenses de la C.N.A.M. (rythme annuel d'évolution)	Fin Juillet 1979	Fin Décembre 1979	Fin Septembre 1980
I. — MEDECINE AMBULATOIRE			
1. Honoraires médicaux	+ 18,6	+ 15,0	+ 10,1
2. Prescriptions - total :	+ 16,3	+ 14,5	+ 12,3
dont - auxiliaires médicaux	+ 18,8	+ 17,1	+ 14,1
- pharmacie	+ 16,1	+ 11,7	+ 13,2
- analyses	+ 15,3	+ 7,2	+ 4,7
- optique - orthopédie	+ 12,6	+ 14,4	+ 15,6
S/ TOTAL MEDECINE AMBULA- TOIRE	+ 17,2	+ 14,7	+ 11,4
II. — SOINS DENTAIRES	+ 33,5	+ 22,7	+ 10,7
III. — HOSPITALISATION	+ 22,6	+ 19,5	+ 19,5
dont secteur public	+ 25,6	+ 22,2	+ 22,4
secteur privé	+ 16,2	+ 13,7	+ 12,9
TOTAL SOINS DE SANTE	+ 21,2	+ 17,8	+ 16,5
INDEMNITES JOURNALIERES	+ 5,0	+ 3,3	+ 6,6
TOTAL MALADIE	+ 19,4	+ 16,2	+ 15,6

Certes la ligne générale d'évolution de ces dépenses est marquée par une décélération d'ensemble du rythme annuel de progression.

EVOLUTION D'ENSEMBLE DES DEPENSES D'ASSURANCE MALADIE



Un seul poste n'enregistre pas la décélération attendue, c'est l'hospitalisation publique : dans la mesure où elle représente 40 % des prestations de l'assurance maladie, sa forte progression compromet la réalisation du plan de redressement mis en œuvre par les pouvoirs publics et ne peut que susciter l'inquiétude par les limites qu'elle impose à cette action.

Ce grave problème de l'hospitalisation sera développé au chapitre 3 du présent rapport.

2. La dégradation du solde de la branche des prestations familiales

Pour la première fois en 1981, son solde prévisionnel est négatif (— 1,1 milliard de F).

Cette situation est imputable principalement à la montée en charge de prestations créées récemment (allocation de parent isolé, allocation aux handicapés adultes, etc.) et au nouvel effort décidé en novembre 1979 à savoir :

(en millions de F)

Coût pour la caisse nationale des allocations familiales des mesures décidées lors du comité interministériel de la famille	1980	1981
Accroissement du pouvoir d'achat des allocations familiales de 3 % pour les familles de trois enfants et plus.	110	390
Progression de + 1,5 % du pouvoir d'achat de l'ensemble des familles.	365	1 260
Majoration des allocations post-natales à partir du 3 ^e enfant	310	700
Modification des fractions des allocations post-natales (coût en trésorerie)	(170)	(290)
Allongement du congé maternité à la naissance du 3 ^e enfant.	90	195
Prise en charge des cotisations d'assistantes maternelles par les caisses d'allocations familiales.	100	220
Revenu minimum familial garanti	—	303
Extension du bénéfice de la retraite des mères de famille à toutes les mères de 3 enfants et plus bénéficiaires du complément familial.	—	1 600
Prêts aux jeunes ménages facilités lors de la naissance du 2 ^e ou 3 ^e enfant.	—	—
Prolongement de l'âge limite jusqu'à 20 ans pour les apprentis. ...	60	60
TOTAL C.N.A.F.	1 035	4 728

On doit se féliciter de la mise en œuvre d'une telle politique familiale active, dont notre pays a le plus grand besoin pour redresser sa courbe démographique.

Mais on doit être très attentif aux conséquences de cet état de fait sur le plan du financement du régime général.

Mon observation de l'année dernière, à savoir « l'utilisation des excédents des allocations familiales n'aura qu'un temps » prend toute sa valeur.

Finies les facilités — dénoncées par beaucoup — offertes par l'existence d'une trésorerie commune où les excédents de la branche prestations familiales servaient immédiatement et sans nécessité de mesures spécifiques à la couverture maladie ou à l'équilibre de la branche vieillesse.

En 1981, les trois branches présentent des soldes prévisionnels négatifs.

Dans ces conditions — en dehors de toutes mesures qui pourraient être prises pour relever les cotisations et dont les graves conséquences n'échappent à personne — les actions qui tendent à promouvoir une politique dynamique de prévention et d'éducation sanitaire ainsi qu'à obtenir une maîtrise de l'hôpital revêtent une importance primordiale.

Ces deux questions clefs, qui marquent l'interaction des domaines de la santé publique et de la sécurité sociale, font l'objet avec la recherche médicale et la situation des professions médicales, du dernier chapitre de ce rapport consacré à l'examen de problèmes d'actualité intéressant le secteur de la santé.

CHAPITRE III

L'EXAMEN DES PROBLEMES D'ACTUALITE INTERESSANT LE SECTEUR DE LA SANTE

I. — La recherche médicale

La recherche médicale, financée pour l'essentiel sur « l'enveloppe recherche » interministérielle, est assurée par divers organismes parmi lesquels il faut citer : l'INSERM, le CNRS, l'institut Pasteur, l'institut Curie et les universités. Ceux-ci sont coordonnés sur le plan scientifique par la délégation générale à la recherche scientifique et technique.

Le ministère de la santé et de la sécurité sociale finance, sur « l'enveloppe recherche » l'INSERM qui est un organisme public, et les instituts Pasteur et Curie, fondations de droit privé, le secrétariat d'Etat aux universités finançant, également sur « l'enveloppe recherche », le CNRS et les universités.

L'ensemble de ce secteur est caractérisé par une progression très forte des financements publics, liés notamment à la croissance des effectifs des chercheurs et techniciens et au lancement d'actions thématiques programmées qui permettent d'entreprendre des recherches coordonnées dans des domaines prioritaires.

On constate ainsi, depuis plusieurs années, que le financement de la recherche médicale représente une part croissante de l'enveloppe recherche, le ministère de la santé jouant dans cette évolution un rôle de plus en plus important. Ce double mouvement est illustré par le tableau suivant :

	1975	1976	1977	1978	1979	1980
La recherche médicale dans l'enveloppe recherche :						
En millions de francs	955,8	1 081,9	1 247,5	1 400,5	1 621,4	1 869,1
En %	9,9	10,5	11,4	11,7	12,2	12,6
Part gérée par le Ministère de la Santé :						
En millions de francs	348,1	406,2	477,2	542,9	636,9	741,7
En %	36,4	37,5	38,3	38,8	39,3	39,7

Plus encore que pour l'exercice 1980, les subventions à la recherche médicale traduisent la volonté des pouvoirs publics de donner à ce secteur en 1981 un caractère prioritaire qui s'inscrit dans le cadre plus général de l'effort sans précédent réalisé en faveur de la recherche.

Il convient de se féliciter vivement de cette décision qui favorise le progrès médical et offre la perspective d'un nouvel essor à un important secteur de notre industrie.

Le tableau ci-après regroupe les subventions de fonctionnement et les crédits de paiement figurant dans le budget de la santé et permet de mesurer leur évolution sur les trois dernières années :

(u : MF)

Organismes subventionnés	1979	1980	1981	1981/1980
Institut national de la santé et de la recherche médicale (I.N.S.E.R.M.) (1)				
— fonctionnement	362,21	420,10	505,46(2)	+ 20,3 %
— équipement (CP)	200,30	212,48	261,50	+ 23,1 %
Instituts Pasteur				
— fonctionnement	12,46	57,71	70,46(2)	+ 22,1 %
— équipement (CP)	71,73	35,75	50,29	+ 33,2 %
Institut Curie				
— fonctionnement	7,57	8,40	9,61(2)	+ 14,4 %
— équipement (CP)	0,96	1,46	2,60	+ 78,1 %
Association pour le développement de recherches appliquées pharmaceutiques (ADRAPHARM)	0,91	0,96	1,90	+ 97,9 %
Totaux	656,14	736,86	901,82	+ 22,4 %

(1) Les crédits afférents au service central de protection contre les rayons ionisants (SCPRI), service rattaché à l'INSERM, sont inclus

(2) Sont exclus les crédits inscrits au titre de l'application de la sixième directive des communautés européennes intégrant la modification de la fiscalité des activités de recherche.

Quant aux autorisations de programme, la situation se présente de la façon suivante :

(u : MF)

Organismes	1979	1980	1981	1981/1980
I.N.S.E.R.M.	211,17	241,17	261,50	+ 8,4 %
Instituts Pasteur	64,40	36,25	50,29	+ 38,7 %
Institut Curie	0,96	1,46	2,60	+ 78,1 %
Totaux	276,53	278,88	314,39	+ 12,7 %

Nous examinerons successivement chacun de ces organismes.

A. — L'Institut national de la santé et de la recherche médicale

La mission de l'INSERM est double : Institut national de la santé, il doit, en liaison avec la Direction générale de la santé, tenir le Gouvernement informé de l'état sanitaire du pays, en orienter le contrôle, entreprendre toutes études sur les problèmes intéressant la santé ; Institut national de la recherche médicale, il effectue, suscite, encourage tous travaux dans ce domaine et apporte son concours au fonctionnement des enseignements préparatoires à la recherche médicale.

La volonté, publiquement exprimée par les pouvoirs publics de maintenir la recherche biomédicale dans les priorités de la recherche scientifique et technique, en lui confiant, en particulier, le développement de secteurs privilégiés, a conduit la direction de l'INSERM à revoir l'activité de l'organisme afin de mieux l'adapter aux grandes orientations ainsi définies.

Une réflexion en profondeur a été menée à deux niveaux :

— celui de la politique scientifique en général, afin de permettre le développement intégré et continu des recherches en tenant compte des divers rapports qui fixent les priorités et les axes de la recherche biomédicale pour notre pays dans le contexte économique et social actuel,

— au niveau des conditions de fonctionnement de l'établissement ensuite, dont l'étude a révélé la nécessité d'aménagements importants

tant du point de vue des structures administratives que de celui des modalités de gestion.

La réforme des modalités de gestion a été jugée primordiale. Il s'agit de parvenir à une réelle transparence budgétaire et de simplifier la gestion par l'informatisation d'un certain nombre de services et la poursuite de la politique de décentralisation amorcée au cours des années précédentes.

Par ailleurs, le financement des programmes de recherches par l'organisme, s'il favorise les recherches dans les domaines jugés prioritaires, doit pouvoir s'appliquer à d'autres domaines et tenir compte de la dynamique propre des connaissances et de leurs possibilités d'application.

Dans cet esprit, et rompant avec la tradition du financement de la recherche par le biais des actions thématiques programmées, dont les sujets souvent trop ponctuels et le cadre financier trop rigide et trop étroit déviaient la finalité, l'INSERM a lancé en 1980, des actions intitulées « *Programmes de recherches coordonnées* ». Le cadre de ces programmes est large : au point de vue scientifique, chacun d'eux couvre un domaine important de la recherche biomédicale ; au point de vue administratif et financier, une grande latitude est laissée aux demandeurs, la seule contrainte imposée étant l'association obligatoire de plusieurs équipes ou laboratoires de recherche à un même projet.

En même temps, les structures administratives et financières de l'INSERM ont été renforcées grâce à la création de 3 postes de chargés de mission auprès de la direction administrative et financière pour les problèmes de personnel, le budget et la programmation scientifique. Le responsable de la programmation scientifique aura pour mission avec l'aide des différents services et départements scientifiques du siège de proposer au directeur général des options à terme de 5 ou 10 ans modulées en fonction du degré d'avancement des recherches.

Les moyens mis à la disposition de l'INSERM sont passés de 420 millions de francs en 1980 à **505,5 millions en 1981 pour les crédits de fonctionnement**, soit une augmentation de 20,3 % et de 241 millions de francs à **261,5 millions de francs pour les autorisations de programme**, soit une augmentation de 8,5 %. Les effectifs seront portés à 1 436 chercheurs et à 2 227 techniciens et administratifs avec la création respective de 55 et 35 postes.

Les crédits proposés dans le projet de loi de finances pour 1981, s'élèvent, en mesures nouvelles de fonctionnement, à 168,949 MF, qui s'analysent ainsi :

— provisions pour hausses de rémunérations :	59,244 MF
— création de 55 emplois de chercheurs : ...	9,297 MF
se répartissant ainsi par grades :	
— 3 directeurs de recherche,	
— 17 maîtres de recherche,	
— 35 chargés de recherche,	
— création de 35 emplois d'ingénieurs, techniciens et administratifs	3,832 MF
— alignement indiciaire des chargés de recherche sur les maîtres assistants des universités :	5,0 MF
— transformations d'emplois de chercheurs :	4,776 MF
— 102 attachés de recherche en maîtres de recherche,	
— 11 chargés de recherche en maîtres de recherche	
— provision pour tenir compte de l'assujettissement à la TVA :	86,8 MF

Outre les ajustements salariaux, ces crédits correspondent en premier lieu au surcroît qu'implique, pour le budget de l'organisation, la modification de la fiscalité applicable aux activités de recherche : à partir de 1981 et en application de la sixième directive des communautés européennes, ces dernières sont désormais assujetties à la taxe à la valeur ajoutée. La provision inscrite au budget de l'institut, à hauteur de 86,8 MF, doit permettre de couvrir la hausse des charges fiscales qui en résultent.

Les mesures nouvelles proposées d'autre part au titre des créations et des transformations d'emplois de chercheurs constituent la traduction financière pour 1981 du plan de créations et de transformations d'emplois décidé par le Gouvernement pour faciliter la mise en œuvre des réformes statutaires réalisées en janvier 1980 au CNRS, à l'INSERM et à l'INRA.

En matière de personnel, l'effort de rééquilibrage de la pyramide des chercheurs vers les grades élevés, entrepris ces dernières années, est poursuivi. Cette évolution permet une application plus facile du nou-

veau statut des personnels chercheurs, en autorisant le recrutement de chercheurs confirmés sur des postes chargés de recherche, les postes d'attachés restant réservés aux jeunes scientifiques qui n'ont pas encore fait leurs preuves.

Enfin, pour favoriser le recrutement de chercheurs confirmés sur les six secteurs définis comme prioritaires (alimentaire et nutrition, génie biologique et médical, génie génétique, médicament, santé mentale et cerveau, santé publique), 12 postes de chargés de recherche ont été « fléchés ». Ceci, dans le cadre d'une politique à 5 ans, permettra de disposer dans ces secteurs d'un potentiel scientifique de qualité non négligeable. Il faut noter que cette politique de recrutements privilégiés s'effectue en étroite liaison avec la DGRST qui développe, dans ces mêmes secteurs, une politique de formation de haut niveau ou de reconversion des chercheurs.

Au cours de l'année 1979, l'INSERM a poursuivi sa politique de création d'unités et groupes de recherche avec la reconnaissance comme telles de 8 équipes et comme formations de recherche associées, de 9 équipes. En 1980, 9 laboratoires ont accédé au statut d'unité ou groupe, 4 à celui de formation de recherche associée.

Cependant, étant donné le nombre (240) jugé actuellement suffisant des laboratoires reconnus par l'INSERM, la politique de création de nouvelles formations a été révisée dans un sens restrictif.

Enfin, l'infrastructure logistique aux activités scientifiques de l'organisme se trouve complétée par la création de 7 nouveaux services communs nationaux (3 créés en 1979, 4 en 1980) et de 2 services communs régionaux (créés en 1979).

En 1980, ainsi qu'il est indiqué ci-dessus la politique de financement de la recherche sur programme a été modifiée et l'INSERM a instauré la procédure des contrats de programmes de recherches coordonnés.

Les 6 secteurs prioritaires bénéficieront de cette nouvelle forme de financement dès 1980 et pendant 5 ans. Pour chacun d'entre eux, un comité international de 6 personnes dont 3 étrangères aura à proposer à la direction de l'INSERM une liste de projets classés. Il lui appartiendra de suggérer éventuellement des modifications au projet initial et de suivre l'exécution de ce projet.

Sans analyser l'ensemble des objectifs scientifiques de cet organisme, on se limitera au domaine de la santé publique.

Les principales recherches qui sont conduites concernent :

— la situation sanitaire de la population, au moyen d'enregistrements systématiques ou d'enquêtes particulières de mortalité ou de morbidité.

— la recherche de facteurs de risque de quelques grandes affections qui pèsent d'un poids extrêmement lourd dans la morbidité et la mortalité de notre pays : maladies cardio-vasculaires, diabète, affections respiratoires, cancers. Le but est de définir des mesures de prévention efficaces. Cependant, cet objectif se heurte à de nombreuses difficultés, de nature notamment sociologique et psychologique (ex : le tabac, facteur de risque majeur reconnu de nombreuses affections dont il est malaisé de modifier la consommation). Il est vraisemblable que les études actuellement menées dans le domaine de la nutrition et des habitudes alimentaires mettront en évidence des phénomènes similaires. D'où l'intérêt des travaux menés par plusieurs équipes sur ce qu'on peut espérer de l'éducation en matière d'hygiène de vie. Quelques affections liées à l'environnement social et qui frappent surtout les jeunes (usage abusif des psychotropes, suicide, problèmes de l'enfance inadaptée) ont également fait l'objet de recherches ;

— l'effort important entrepris depuis plusieurs années dans le domaine de la fertilité d'une part, de la reproduction et du développement d'autre part, s'est poursuivi ;

— l'influence de l'environnement sur la santé des populations. L'investigation des divers milieux naturels et notamment des milieux marins fournit des éléments d'information sur les pollutions les plus préoccupantes tant microbiennes que chimiques (notamment par les métaux lourds), mais aussi sur les ressources potentielles (antibiotiques et antifongiques extraits des algues planctoniques).

Un effort particulier de développement de la recherche en santé publique est prévu en 1980 avec le lancement d'un programme de recherches coordonnées sur deux thèmes : reproduction humaine, vieillesse et vieillissement.

**B. — Le service central de protection
contre les rayonnements ionisants**

Ce service, désigné par l'Organisation mondiale de la santé comme centre international de référence pour la radioactivité, dispose d'un budget individualisé au sein de l'INSERM et exerce une triple

activité de radioprotection : recherche (notamment établissement de normes, méthodes de mesures et techniques de prévention), contrôle permanent et assistance.

Un réseau de plus de 100 stations et points réguliers de prélèvements répartis sur le territoire métropolitain et outre-mer a été mis en place par le SCPRI qui, par ailleurs, contrôle 50.000 installations de radiologie médicale ou dentaire en FRANCE. Le contrôle systématique du SCPRI est particulièrement actif au niveau des centres nucléaires.

Indépendamment des recherches fondamentales et appliquées poursuivies par le SCPRI, ces contrôles constituent un élément irremplaçable de la recherche opérationnelle sur les conséquences éventuelles à long terme de faibles niveaux d'irradiation ou de contamination radioactive.

Le SCPRI dispose actuellement de 40 radiobiologistes, médecins radiopathologistes, radiotoxicologues et radiophysiciens, de 90 techniciens spécialisés en radioprotection et de 4000 m² de laboratoires équipés en radioanalyse, spectrométrie humaine, et dosimétrie. Il distribue et traite plus de 800.000 dosimètres individuels par an (en dehors des centres nucléaires ou de production d'électricité atomique). Il dispose enfin de laboratoires mobiles lourds exceptionnels (application du plan ORSEC radiologique) permettant la vérification de plusieurs centaines de personnes par jour en cas de contamination radioactive étendue.

En 1981, un montant de crédits de 6,5 millions de F en autorisations de programme et en crédits de paiement est proposé au titre des recherches en radioprotection du SCPRI, auquel s'ajoutent une mesure nouvelle de 2,24 millions de F permettant l'ajustement des crédits de rémunération et une provision de 3,1 millions de F pour la compensation budgétaire de l'assujettissement du service à la TVA.

Ses ressources propres, constituées par le produit des redevances perçues au titre de la dosimétrie photographique, peuvent être estimées pour 1981 à plus de 3 millions de F.

C. — Les instituts Pasteur

Les crédits proposés pour 1981 au titre des instituts Pasteur s'élèvent à 56,3 millions de F en autorisations de programme, à 50,29 millions de F en crédits de paiement et 20,516 millions de F en mesures

nouvelles de fonctionnement. La répartition de ces dotations entre les 3 instituts Pasteur est la suivante :

— *Institut Pasteur de PARIS.*

Les crédits d'équipement proposés sont de 48,5 millions de F en autorisations de programme et 42,49 millions de F en crédits de paiement. Ils doivent permettre l'ouverture du nouveau laboratoire d'immunologie, la création d'un centre d'applications biotechnologiques, la contribution de l'institut au groupement génie génétique (G3) et une participation de l'Etat à la création d'un nouveau centre orienté vers le pré-développement.

Les mesures nouvelles de fonctionnement prévues — 19,558 millions de F — comprennent :

- une provision pour tenir compte de l'assujettissement de l'institut à la TVA (10 millions de F) ;
- un crédit de 3,5 millions de F correspondant à la réintégration au chapitre 47-51 de la part de la dotation inscrite en 1980 au chapitre 66-50 (soutien des programmes) correspondant à des dépenses de personnel ;
- 6,058 millions de F au titre de l'ajustement des crédits de rémunérations.

— *Instituts Pasteur Outre-Mer.*

Les dotations prévues en autorisation de programme et en crédits de paiement s'établissent à 2,8 millions de F en soutien des programmes, permettant la poursuite des programmes en virologie et en parasitologie et l'engagement d'un programme d'immunologie parasitaire à l'institut Pasteur de DAKAR.

Deux mesures nouvelles de fonctionnement sont proposées au titre de l'ajustement des dépenses de personnel (0,358 million de F) d'une part, de l'assujettissement des activités de recherche à la TVA d'autre part (0,6 million de F).

— *Instituts Pasteur de Lille.*

Les autorisations de programme et les crédits de paiement proposés s'élèvent à 5 millions de F ; cette dotation permettrait à l'institut de poursuivre les programmes de recherche entrepris et d'étendre le centre de parasitologie.

Quant à l'équilibre financier des Instituts, la situation reste précaire.

L'exercice 1979 a été réalisé avec un très léger excédent d'exploitation.

Ce résultat satisfaisant provient en premier lieu de l'effort de maîtrise des dépenses. Ainsi, les frais de personnel, qui constituent environ les deux tiers des charges nettes, ont augmenté de 1978 à 1979 de seulement 12 %.

L'évolution des ressources d'exploitation témoigne aussi de l'effort propre de l'Institut PASTEUR : si l'accroissement des subventions de l'Etat de 1978 à 1979 s'élève à 7,3 millions de F, celui des ventes, des produits du patrimoine et des dons collectés atteint, lui, 13 millions.

Le budget pour 1980 a été établi avec un déficit prévisionnel de 3 millions de F (environ 2 % des masses).

Ce déficit, limité à l'origine, pourrait être aggravé en cours de réalisation ; l'évolution des salaires, strictement conforme à celle de la Fonction publique, étant plus rapide qu'il n'avait été prévu, et ce en raison de la progression générale des prix, alors que les ressources ne sont pas révisées de la même façon : subventions de l'Etat, redevances sur le chiffre d'affaires d'Institut PASTEUR Production (lié aux prix de remboursement des spécialités pharmaceutiques et à l'activité d'analyses biologiques), ventes ou services à prix fixé.

L'équilibre financier implique le respect de deux autres règles :

— organisme de statut privé, contraint, après les difficultés du passé, d'observer une grande rigueur dans sa gestion, l'Institut PASTEUR s'en est tenu, des années durant, à un effectif de chercheurs constant.

Cette règle l'a amené à redéployer ses moyens et à recourir à des concours extérieurs. Récemment, les limites de cette politique ont été rencontrées : il n'est plus possible de diminuer des activités traditionnelles qui peuvent conserver une grande importance pour la santé.

Comme, par ailleurs, la situation financière avait été assainie, il a été possible de décider, pour 1980, la création de postes de chercheurs, à un rythme au demeurant modéré. L'Institut PASTEUR a l'intention de persévérer dans cette voie qui, seule, lui permet de faire face à la compétition internationale.

— la subvention de l'Etat est restée en deçà de la limite de la moitié des ressources d'exploitation. Par-là même, l'Institut PASTEUR est obligé de rechercher avec dynamisme d'autres sources de financement :

+ il bénéficie d'un grand mouvement de soutien bénévole, parmi les entreprises et les particuliers, qui est organisé par l'Association pour le développement de l'Institut PASTEUR. Celle-ci a accueilli son 50 000^e adhérent en 1979.

+ pour faire franchir un palier aux ressources tirées de sa filiale de production, l'Institut PASTEUR a été amené à conduire en 1979 et 1980 des négociations avec d'autres entreprises : celles-ci devraient aboutir à une amélioration d'environ 50 % de ce type de ressources ;

+ les activités propres de l'Institut PASTEUR sont développées dans le secteur des analyses médicales, des expertises, des préparations de santé publique, en leur conservant un caractère original, hautement qualifié qui en fait souvent des activités de référence ou de service uniques en FRANCE.

Au plan des réalisations, il convient de noter tout particulièrement :

— *le développement des biotechnologies.*

Ainsi, l'unité de Génie génétique, devenue trop vaste à la suite des extensions successives, a été scindée au début de l'année 1980 en quatre unités :

- + biochimie moléculaire du gène,
- + génétique et biochimie du développement,
- + programmation moléculaire et toxicologie génétique,
- + recombinaison et expression génétique.

Ces unités, qui ont désormais chacune leur thématique et leur dynamisme, ont bénéficié d'extensions de locaux, de créations de postes et accueillent un grand nombre de stagiaires, confirmant par-là même leur vocation de formation.

En aval de cette recherche, à des fins d'application, l'Institut PASTEUR a constitué avec le CNRS, l'INSERM et l'INRA un groupement d'intérêt économique de génie génétique, dénommé G3. Les locaux qui abritent les laboratoires de G3 ont été aménagés par l'Institut PASTEUR dans son enceinte. Les laboratoires sont devenus opérationnels au début de 1980. Leur fonctionnement et leur équipement sont assurés par les organismes membres, au prorata de leur participation (51 % pour l'Institut PASTEUR). Le G3 travaille actuellement

sur un projet d'initiative industrielle et sur deux projets d'initiative scientifique.

— *la préparation de l'ouverture du Centre d'immunologie.*

Sur les terrains lui appartenant, grâce à des crédits provenant pour moitié du budget de l'Etat, et pour moitié de donations privées, l'Institut PASTEUR construit les bâtiments pour un très important centre d'immunologie : 11 000 m² dont 6 000 m² de laboratoires et 2 500 m² d'animaleries. Les bâtiments devraient être en service dès l'automne 1981.

Ils ne seront que partiellement occupés par des équipes pastoriennes. En effet, des accords ont été pris avec d'autres équipes françaises, extérieures à l'Institut PASTEUR, qui viendront s'installer dans le Centre. Par ailleurs, la venue de chercheurs étrangers étant très souhaitable, l'Institut prend actuellement des contacts avec les centres internationaux les plus réputés.

**D. — La fondation CURIE-Institut du radium
(section biologie)**

Les mesures nouvelles proposées pour 1981 s'élèvent à 1,99 million de F dont 1,1 million au titre de l'assujettissement de l'Institut à la TVA et 0,89 million au titre de la provision pour hausses des rémunérations.

Les autorisations de programme et les crédits de paiement prévus — 2,6 millions de F — permettront la remise à niveau du fonctionnement des laboratoires et le renouvellement des équipements.

La mise en place de nouvelles structures en vue de la réorganisation des laboratoires de la section de biologie selon six axes principaux de recherche, entreprise en 1979, a été poursuivie. L'animation et la coordination scientifique des trois sections de biologie, médicale et de physique-chimie, qui doit permettre de tirer le meilleur parti du statut original de l'Institut CURIE, ont été confiées à un comité comprenant des représentants des sections et des personnalités scientifiques extérieures de haut niveau. C'est à ce comité qu'appartient notamment la mise en œuvre de la politique de contrats de recherche institutionnels établissant des collaborations entre les sections.

L'assainissement de la situation financière de la section de biologie, grâce à la prise en charge des personnels administratifs et techniques propres (97 personnes) sur crédits de l'enveloppe recherche, ouvre des perspectives nouvelles. Il devient en effet possible de définir des objectifs de recherche à plus long terme et d'en fixer les étapes de développement.

Deux cent cinquante personnes, dont 85 chercheurs permanents appartenant pour la plupart aux cadres de l'institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) et du centre national de la recherche scientifique (CNRS) et une trentaine de stagiaires, principalement étrangers, se répartissent à peu près également entre les six thèmes de recherche :

— la section radiobiologie se consacre à l'étude des radiations ionisantes et ultraviolettes sur les organismes vivants.

— la cancérologie y est représentée par deux secteurs complémentaires. L'un, de cancérologie biochimique et cellulaire, est spécialisé de longue date dans l'étude des mécanismes de cancérogénèse induite par les substances chimiques, naturelles, de synthèse ou industrielles. Le secteur de cancérogénèse virale a une vocation plus fondamentale.

— les laboratoires de la section d'immunologie se consacrent, pour une large part, aux travaux sur l'interféron.

— les deux derniers secteurs d'activité, pharmacochimie et biophysique, sont en partie des secteurs d'infrastructure offrant à l'ensemble de la section des possibilités de synthèses organiques variées (radio et photosensibilisateurs, radioprotecteurs, cancérogénèse...) et des moyens d'analyse moléculaire puissants.

Cet ensemble de recherches tente de maintenir un équilibre entre des recherches fondamentales, dont l'exemple est l'ensemble coordonné de travaux sur les mécanismes de cancérologie et les recherches finalisées, toutes dans le domaine de la santé publique. Ces dernières recherches ont deux objectifs :

— thérapeutique, visant à l'amélioration des traitements anti-cancéreux dans les trois domaines de radio, immuno et chimiothérapie.

— de prévention : la section de biologie poursuit un programme pluriannuel et interdisciplinaire d'évaluation des pollutions mutagènes et cancérogènes de l'environnement. Elle établit des concepts et développe les méthodes nécessaires à l'estimation quantitative et comparative des nuisances constituées par les radiations et les polluants chimiques en vue d'établir les normes d'estimation de risques nécessaires à l'établissement d'une réglementation et d'une législation de prévention.

II. — LA PREVENTION SANITAIRE

Figurant parmi les propositions du VII^e Plan, la promotion de l'éducation sanitaire, l'amélioration des mécanismes de protection de la santé de l'individu au cours de sa vie, le renforcement des actions spécifiques sur les grands risques demeurent plus que jamais au rang des priorités.

Dans le cadre des perspectives financières présentes et futures des régimes de protection sociale, il apparaît absolument nécessaire, comme le souligne la Commission du VIII^e Plan « protection sociale et famille » de développer une nouvelle dynamique de la prévention et de l'éducation sanitaire tendant à promouvoir une « véritable pédagogie de la santé ».

Votre rapporteur va tenter, à travers l'examen des trois grands secteurs de la prévention sanitaire, de déterminer les orientations qui pourraient être mises en œuvre.

Le tableau ci-après permet de faire le point de l'effort mené depuis plusieurs années en ce domaine.

A. — Les actions de prévention et de détection

Mises en œuvre par les sections « actions sanitaires et génie sanitaire » des directions départementales de l'action sanitaire et sociale et les bureaux municipaux d'hygiène dans les villes de plus de 20 000 habitants, elles regroupent :

— le contrôle sanitaire de l'environnement : hygiène du milieu, lutte contre les diverses pollutions et nuisances, surveillance des eaux, thermalisme ;

— les vaccinations et la lutte contre les épidémies et le contrôle sanitaire aux frontières (service géré directement par l'Etat) ;

— les actions collectives de prévention et de détection ; lutte contre la tuberculose, les maladies vénériennes et actions de santé dans les territoires d'outre-mer ;

Indicateurs	Unités	1977	1978	1979	1980 estimés	1981 prévus
— Lutte antitétanique (décès par tétanos).....	nombre	147	152	94	—	—
— Lutte antituberculeuse (décès par tuberculose).....	nombre	2 494	2 307	1 618	—	—
— Lutte antivénéérienne (nouveaux cas).....	nombre					
— syphilis primosecondaire.....		4 465	4 570	4 150	—	—
— gonococcie.....		17 806	16 677	15 366	—	—
— Hygiène du milieu : ingénieurs du génie sanitaire (régionaux et départementaux) au 1 ^{er} janvier.....	nombre	36	45	62	79	87
— Hygiène mentale :						
— Médecins-chefs de secteur psychiatrique..	nombre	847	884	884	912	950
— Points de consultations.....	nombre	2 333	2 763	2 800	2 800	2 850
— Total consultants.....	millier	478,7	577,5	585	585	595
— Nouveaux consultants.....	millier	148,8	188,7	191	191	195
— Population hospitalisée au 31 décembre..	millier	106	104	101	99	97
— Lutte contre le cancer :						
— Total des consultants en consultation avancée.....	millier	34,2	34,9	37	38,5	40,9
— Nouveaux consultants.....	millier	11,6	11,5	11,3	11,2	11,1
— Secours d'urgence : S.A.M.U.	nombre	51	60	65	76	82
Unités mobiles médicalisées	nombre	172	200	200	212	220
Planification ou éducation familiale :						
— Centres de planification.....	nombre	370	437	540	553	590
— P.M.I. (Personnel des services départementaux au 1 ^{er} janvier)						
• Médecins à temps complet.....	nombre	307	342	370	415	450
• Puéricultrices.....	nombre	1 727	1 893	1 980	2 050	2 100
• Infirmières.....	nombre	1 295	1 280	1 235	1 190	1 190
Proportion de certificats de santé reçus par les DDASS par rapport aux naissances :						
1 ^{er} (8 ^e jour).....	%	98	98	98	—	—
2 ^e (9 ^e mois).....	%	80	81	83	—	—
3 ^e (24 ^e mois).....	%	68	70	70	—	—

— l'éducation pour la santé, l'Etat verse une importante dotation de fonctionnement au comité français d'éducation pour la santé qui réalise des campagnes nationales notamment sur le tabac, l'hygiène bucco-dentaire, la nutrition, le tétanos, en utilisant divers supports : télévision, presse, matériel pédagogique scolaire...

On examinera plus particulièrement les problèmes concernant le contrôle sanitaire de l'environnement et l'information sanitaire.

a) Le contrôle sanitaire de l'environnement

L'objectif des mesures prises en matière de protection de l'environnement consiste à assurer la santé et le bien-être de l'ensemble de la

population française qui intègre les différentes agressions qu'elle subit du fait de son environnement (air, eau, bruit, déchets...).

Les actions menées à l'égard de la prévention des pollutions et nuisances par le ministère de la Santé s'exercent dans un contexte interministériel coordonné par le ministère chargé de l'environnement et du cadre de vie.

La mission spécifique du ministère consistant à développer une politique de prévention des affections en liaison avec les facteurs de l'environnement, l'action de ce département se situe à trois niveaux :

1. Le développement des activités de recherche

On manque actuellement de données fiables sur les conséquences biologiques à court, moyen et surtout à long terme, de l'exposition aux concentrations de polluants rencontrés dans l'environnement.

C'est pourquoi ont été entreprises des enquêtes épidémiologiques, notamment :

— la recherche des corrélations entre certains paramètres caractérisant une pollution atmosphérique et l'étiologie de la bronchite chronique, réalisée en 8 zones du territoire français et achevée fin 1979. Les résultats sont actuellement en cours d'interprétation ;

— l'étude de certains polluants particuliers : le fluor, le plomb ;

— l'étude des différentes formes de pathologie observées parmi des populations fréquentant des plages soumises à des contrôles sanitaires a été achevée fin 1979. Elle est en cours d'exploitation.

Par ailleurs des études ponctuelles sont menées qui intéressent plus particulièrement :

— les principes de la réorganisation du contrôle sanitaire des eaux d'alimentation ;

— la surveillance de la qualité physicochimique des eaux superficielles destinées, après traitement, à l'alimentation humaine ;

— la recherche de micropolluants organiques et minéraux dans les eaux souterraines et dans celles distribuées à la population ;

— les problèmes posés par l'élimination des déchets résultant de produits utilisés par les professions de santé (déchets hospitaliers, mercure, médicaments...).

2. L'élaboration de dispositions législatives ou réglementaires

Prenant une part active aux travaux de préparation des textes, le ministère se penche sur leur harmonisation au plan européen avec des directives communautaires concernées.

Il a par ailleurs la responsabilité propre d'élaborer certaines réglementations : cette compétence, qui s'exerce avec le concours du Conseil supérieur d'hygiène publique de FRANCE, intéresse essentiellement les domaines de réglementation applicables :

- aux eaux potables ;
- aux eaux utilisées à des fins de loisirs (baignades en mer ou en rivière, piscines) ;
- à l'assainissement individuel ;
- à l'assainissement en zone littorale ;
- à l'hygiène de l'habitat (habitat insalubre, ventilation des locaux...).

3. Les actions de surveillance de l'état sanitaire des milieux

Cette surveillance s'exerce avec le concours d'un réseau de laboratoires agréés pour le contrôle sanitaire des eaux ; elle a pour objectifs essentiels :

- de suivre l'évolution de la qualité des milieux et, notamment, des eaux destinées à l'alimentation humaine, des eaux utilisées à des fins de loisir (piscines, baignades en mer ou en rivière), des eaux embouteillées, des effluents de stations d'épuration, de l'air de certaines zones, des denrées alimentaires, du niveau sonore de certaines agglomérations ;
- de servir de support à la réalisation d'enquêtes épidémiologiques, qui nécessitent, dans le temps, une accumulation de résultats sur une population déterminée ;
- de veiller à l'application des réglementations existantes ;
- de détecter l'importance de certains polluants dont les effets sur la santé humaine sont particulièrement marqués (pouvoir cancérigène de certaines substances chimiques, phénomènes d'accumulation de certains métaux lourds...).

L'ampleur, la diversité et la complexité des missions qui incombent au ministère de la santé en matière de prévention et de contrôle

sanitaire de l'environnement ont impliqué un renforcement des moyens, principalement en personnels.

Celui-ci s'est traduit par la mise en place progressive, au niveau des régions de programme et des départements, d'une structure de génie sanitaire composée d'ingénieurs sanitaires, de techniciens supérieurs et d'inspecteurs de salubrité.

C'est ainsi que, à la fin de 1980, près de 85 ingénieurs sanitaires seront en fonctions, soit au titre du budget de l'Etat, soit à celui du budget des départements.

Quant au **projet de budget pour 1981**, il prévoit à ce titre une dotation de 2 millions de francs, en progression de 25 % par rapport à l'année précédente. Un crédit supplémentaire de 2,36 millions de francs est inscrit pour le développement des enquêtes étiologiques afin de mieux orienter la lutte contre les principales affections et leurs facteurs de risque.

b) l'information sanitaire

Après avoir progressé de manière très significative, passant de 3 millions en 1976 à 26 millions en 1980 **les crédits consacrés à l'éducation sanitaire augmentent faiblement en 1981 de 6,5 %** pour atteindre 27,7 millions de francs, ce qui est regrettable.

Après avoir été centrée sur des facteurs de risque à retombées multiples (tabac, alcoolisme, aliments trop riches) dont les incidences sont certaines au regard des maladies cardio-vasculaires et du cancer, l'éducation pour la santé s'oriente vers un élargissement de ses objectifs afin de permettre à chaque Français de s'engager positivement pour améliorer sa santé et donc sa qualité de vie. Pour ce faire, de très importantes opérations en milieu scolaire, vont être entreprises et le concours actif de professionnels de la santé recherché.

En 1980, après une première phase de sensibilisation du public à une conception globale de la santé, la campagne « Votre santé dépend aussi de vous » traite des trois thèmes de santé suivants :

- le tabagisme ou les « bénéfices que l'on retire en cessant de fumer »,
- l'hygiène bucco-dentaire par le « brossage des dents »,
- le bon usage des médicaments ou « le médicament ne répond pas à tous les maux ».

Enfin une information du public sur l'intérêt de la vaccination antitétanique viendra renforcer les actions récemment mises en œuvre sur ce thème auprès des médecins.

B. — Les actions de soins et de rééducation

Elles recouvrent :

— les moyens de diagnostic et de traitement recouvrant principalement certaines actions dans les domaines suivants : la lutte contre le cancer (financement des consultations avancées), l'hémodialyse et la transfusion sanguine ;

— la prévention, les soins et la post-cure en matière de maladies mentales, alcoolisme et toxicomanie et problème du suicide ;

— les secours d'urgence : organisation des réseaux de secours et d'accès aux soins (services d'aide médicale urgente), mise en place du numéro d'appel unique : « centre 15 ». L'Etat verse en particulier d'importantes subventions d'équipement et de fonctionnement aux SAMU.

Les dotations prévues pour ces différentes actions s'élèveront en 1981 à 994 millions de francs contre 810 en 1980, soit une augmentation de près de 23 %.

Toutefois, les mesures nouvelles affectées aux programmes de protection et de prévention sanitaire, en ces domaines ne représentent que 5 millions de francs, somme très faible au regard de l'ampleur des besoins.

Les principales mesures concernent :

— l'intensification de la lutte contre les intoxications, notamment par l'information toxicologique d'urgence (création d'un centre national de toxico-vigilance) ;

— l'accroissement des moyens consacrés à la lutte contre l'alcoolisme. Un crédit supplémentaire de 1,7 million de francs conduira à accélérer la création des centres d'hygiène alimentaire et à augmenter l'aide publique aux associations d'anciens buveurs ;

— les secours d'urgence à hauteur de 2 millions de francs.

Votre rapporteur s'attachera plus spécialement aux problèmes de la lutte contre les deux grands fléaux que sont le tabagisme et l'alcoolisme.

a) Des milliards de gâchis, voilà les deux mots qui résument la situation au demeurant fort complexe.

1. Responsable de près de 70 000 morts par an pour une population de près de 4 millions d'alcooliques, le coût direct de *l'alcoolisme* est évalué à plus de 21 milliards de francs en 1980 :

— dont 11,7 milliards pour la sécurité sociale, soit 8 % de *l'ensemble des soins de santé*,

— 15 % de dépenses médicales directes (prestations en nature) soit 3,2 milliards,

— 40 % de dépenses de prestations en espèces (rentes d'accidents du travail, pensions d'invalidité, indemnités journalières), soit 8,5 milliards,

— 45 % correspondant à la diminution de la production et à ses conséquences non médicales (criminalité, délinquance, cas sociaux...) : 8,3 milliards.

Concernant 400 000 viticulteurs et récoltants, 35 000 salariés dans la transformation de l'alcool sans compter près de 374 000 restaurants et débits de boissons, les alcools procurent au budget de l'Etat plus de 8 milliards de francs de recettes.

2. Quant au *tabac*, responsable d'un nombre à peu près équivalent de décès, son coût est évalué à 8,5 milliards de francs en 1980, dont 7,5 milliards de dépenses médicales, soit plus de 5 % *des dépenses de santé*.

Faisant vivre 32 000 planteurs, 10 500 salariés dans la transformation et concernant 45 000 débits de tabac, il procure à l'Etat près de 10 milliards de recettes.

Vingt milliards de francs à la charge de la sécurité sociale replacent le déficit de cette dernière à de plus justes proportions.

b) Que faire au-delà des moyens déjà très importants mis en œuvre ?

1. **Le groupe de travail sur l'alcoolisme présidé par le Professeur Jean BERNARD** dont les travaux se sont poursuivis d'octobre 1979 à juin 1980 a abouti aux conclusions suivantes :

— appliquer la législation et la réglementation existantes. Eventuellement modifiée et complétée, l'application de cette réglementation devrait être strictement contrôlée et ses résultats évalués.

— rechercher l'élaboration d'une réglementation européenne pour définir et adopter une politique commune en matière de lutte contre l'alcoolisme ;

— rendre le produit alcoolique moins nocif notamment par la mise en œuvre d'une politique de qualité du vin et par l'abaissement du degré alcoolique des boissons contenant de l'alcool,

— réduire la consommation d'alcool.

+ en rendant l'accès à l'alcool moins aisé. Le prix des boissons alcoolisées qui n'a pas suivi l'évolution générale des prix devrait, grâce à une taxation adaptée, progresser au même rythme que le salaire moyen et faire, d'emblée, l'objet d'un « rattrapage » conduisant à une augmentation de 50 % soit immédiate, soit en plusieurs étapes.

A cet égard, votre rapporteur s'interroge sur le bien fondé de la présence de ce produit ainsi que du tabac dans la nomenclature des articles retenus pour le calcul de l'indice mensuel des prix. Nocifs pour la santé, leurs prix ne sont pas ajustés comme ils devraient l'être dans la mesure où cela aurait une forte répercussion sur ledit indice.

Cela est anormal et devrait être réexaminé par les pouvoirs publics.

+ en réglementant avec plus de rigueur la publicité pour les boissons alcooliques et en la surtaxant,

+ en réformant le Code des débits de boissons,

+ en interdisant la dégustation de boissons alcooliques le long des routes et la consommation de ces boissons sur les lieux du travail, sauf dans les cantines et restaurants d'entreprise,

+ en interdisant les ventes promotionnelles de boissons alcooliques,

+ en incitant à la consommation des boissons sans alcool, tant par une utilisation accrue des produits nationaux (raisin, pomme...) que par la recherche de boissons nouvelles adaptées aux goûts manifestés par l'ensemble de la population (exemple : cidre sans alcool),

+ en rendant le prix des boissons non alcooliques, inférieur à celui des boissons alcooliques, grâce notamment à la promotion de « boissons pilotes » et l'allègement de la fiscalité (abaisser la TVA de 17,6 % à 7 %).

— prévenir et éduquer,

+ en développant une action sur la population permettant une prise de conscience des dangers de l'alcoolisme. Cette action doit tou-

cher toutes les catégories de la population mais doit être particulièrement axée sur les milieux scolaire et militaire où l'éducation sanitaire peut être accentuée et le dépistage systématique, organisé dans les milieux du travail où la réglementation antialcoolique doit être renforcée et où la lutte contre l'alcoolisme doit pouvoir bénéficier d'un environnement sanitaire psychologique préventif et curatif,

+ en formant des responsables :

Les personnels médicaux par un développement de l'enseignement de l'alcoologie dans les UER de sciences médicales, les personnels éducatifs par un programme d'éducation pour la santé figurant dans toutes les formations des personnels enseignants et des animateurs de loisirs pour les jeunes.

— restructurer les moyens de lutte contre l'alcoolisme.

+ en renforçant les moyens existants :

La lutte contre l'alcoolisme devrait figurer au nombre des grandes causes nationales et faire l'objet de campagnes d'information. Elle devrait être coordonnée par un « Comité interministériel » et bénéficier d'un soutien budgétaire.

Les organismes existants (Haut comité d'études et d'information sur l'alcoolisme, Comité national de défense contre l'alcoolisme, associations d'anciens buveurs) devraient être dotés de moyens renforcés.

— en créant de nouvelles instances :

Un Institut national d'alcoologie devrait permettre une meilleure collecte de toutes les informations sur l'alcoolisme et une meilleure coordination des actions.

Une instance de concertation entre les Pouvoirs publics et les producteurs distributeurs de boissons alcooliques permettrait une meilleure approche et une meilleure explication des points de vue respectifs.

D'ores et déjà, les mesures suivantes doivent intervenir prochainement :

— l'inscription de la Gamma GT, moyen de dépistage de l'alcoolisme sur la liste des actes de biologie remboursés par la sécurité sociale,

— l'enseignement obligatoire de l'alcoologie dans le second cycle des études médicales,

— la diffusion d'une brochure d'information sur l'alcoolisme à tous les médecins.

A la lecture de ces recommandations, la faiblesse des moyens budgétaires prévus pour 1981 apparaît nettement.

2. Quant à la lutte contre le tabagisme, elle revêt différents aspects :

— la publicité en faveur des produits du tabac a fait l'objet d'une surveillance régulière dans la presse écrite. Ce seul support sera-t-il encore longtemps autorisé ?

La commission chargée d'observer le déroulement des campagnes publicitaires s'est réunie à deux reprises au cours des premiers mois de l'année 1980. La limite des surfaces de publicité en faveur du tabac a été en grande partie respectée en 1979 et l'observation régulière des résultats mensuels laisse penser qu'il en sera de même en 1980.

— les campagnes d'information sanitaire ont été poursuivies en 1980 pour les adultes et les adolescents. Des actions particulières sont prévues pour les personnes qui veulent s'arrêter de fumer et les femmes enceintes.

En 1981, les campagnes d'éducation sanitaire pour le grand public seront poursuivies ainsi qu'une action spécifique en milieu scolaire. En particulier, pour la première fois, les classes de 6^e feront l'objet d'une information sanitaire sur le problème du tabagisme, à laquelle sera affecté du matériel pédagogique.

Près de 80 consultations de désintoxication fonctionnent sur l'ensemble du territoire.

Au point de vue financier, diverses formes d'aide sont accordées aux organismes participant à la lutte contre le tabagisme. C'est ainsi, qu'en complément des actions d'éducation sanitaire, menées par le Comité français d'éducation pour la santé, le Comité national contre le tabagisme a reçu en 1979 : 665 000 F de la Caisse nationale d'assurance maladie et 70 000 F du ministère de la santé et de la sécurité sociale, et en 1980, respectivement : 570 000 F et 300 000 F.

Le Comité français d'éducation pour la santé a bénéficié pour les campagnes contre le tabagisme en 1979 de 5,5 millions de la part du ministère de la santé et de la sécurité sociale.

**C. — Les actions médico-sociales
en faveur de la mère et de l'enfant**

Elles concernent :

— les actions de planification familiale (fonctionnement des centres de planification ou d'éducation familiale) et de périnatalité. La protection de la grossesse et de l'accouchement est assurée grâce à des actions spécifiques financées sur crédits d'Etat et à des actions de protection maternelle financées sur dépenses obligatoires (consultations prénatales, actions à domicile notamment par les sages-femmes) ;

— la protection médico-sociale de la première enfance, qui est assurée par les services départementaux de PMI financés sur dépenses obligatoires. Cette protection s'exerce au travers de consultations d'enfants et de visites à domicile, du contrôle sanitaire des établissements de garde d'enfants (crèches, garderies) et de la surveillance des modes de garde individuels des enfants, et de façon encore ponctuelle d'examen d'enfants en école maternelle.

Par ailleurs, des centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) sont créés pour l'accueil d'enfants atteints de troubles psycho-moteurs et nécessitant rééducation et « guidance parentale » ; ces centres sont financés à 80 % par les organismes de sécurité sociale et à 20 % par les services de PMI ;

— la protection médico-sociale des enfants scolarisés est effectuée par le service de santé scolaire qui est un service d'Etat.

En 1981, les dotations afférentes à ces actions connaîtront une très forte progression de 28 % passant de 538 millions à 689 millions de francs.

On relèvera avec satisfaction l'effort particulier accompli pour la création et l'amélioration du fonctionnement des centres de planification ou d'éducation familiale (+ 42 millions de F.).

En revanche, les mesures nouvelles intéressant les programmes spécifiques de protection et de prévention sanitaires en ce domaine ne s'élèvent qu'à 1,9 million de F., soit une augmentation de seulement 11 % par rapport aux crédits inscrits en 1980.

On mentionnera plus particulièrement le service de santé scolaire dont chacun de nous a pu constater la stupéfiante « misère », le mot n'est pas trop fort.

Certes, les problèmes de santé des enfants d'âge scolaire ne se posent plus actuellement dans les mêmes termes qu'en 1945 — date de mise en place du service — et ce pour deux raisons :

— l'amélioration notable du niveau de vie et de l'état de santé générale de la population,

— la généralisation des divers régimes de protection sociale qui a favorisé l'accès du plus grand nombre au système de soins.

Mais, l'éducation sanitaire de la population scolaire demeure à l'état d'ébauche, alors qu'elle revêt une importance capitale pour l'avenir.

La réorganisation du système de protection médico-sociale des enfants scolarisés fait partie des préoccupations du ministère de la santé, mais sa mise en œuvre tarde.

Poursuivant deux impératifs :

— le développement d'une politique globale pour l'ensemble de la population scolarisée fondée sur :

+ d'une part l'éducation pour la santé, dont les thèmes prioritaires sont l'hygiène bucco-dentaire, l'alcoolisme, le tabagisme, la consommation de drogues ainsi que l'éducation sexuelle ; ces actions devant être réalisées en plus étroite collaboration avec le corps enseignant, les parents et les élus locaux ;

+ d'autre part, l'hygiène du milieu et les conditions de travail et d'alimentation des enfants : notamment surveillance des locaux scolaires (en particulier des ateliers dans les lycées d'enseignement professionnels), des installations sportives, de la restauration scolaire (locaux et menus).

— la poursuite de la mise en place d'actions sélectives sur les groupes d'enfants connaissant des problèmes spécifiques ; handicapés ou inadaptés, défavorisés sociaux, sportifs, élèves de l'enseignement technique, pour lesquels des examens personnalisés peuvent être nécessaires afin d'assurer un suivi médico-social dans l'intervalle des bilans de santé.

Le nouveau système à mettre en place devrait avec des moyens accrus :

— accentuer les responsabilités de coordination et de liaison des médecins scolaires avec l'environnement médico-social habituel des enfants ;

— répartir le personnel social du service en fonction des districts scolaires de façon à permettre une meilleure insertion dans un ensemble cohérent d'établissements du second degré ;

— confier prioritairement les missions d'éducation sanitaire au personnel médical et para-médical de santé scolaire : actions coordonnées des infirmières pour l'enseignement élémentaire, collaboration étroite entre médecins scolaires et infirmières d'établissement dans l'enseignement secondaire.

Aux termes de cet examen, trois nécessités me paraissent s'imposer à savoir :

— **donner le primat à la lutte contre les grands fléaux sociaux dont le coût pour la collectivité est exorbitante ;**

— **mieux coordonner les structures de prévention, en y associant plus largement qu'actuellement les divers acteurs, notamment au niveau local (associations, professions médicales et sociales, organismes d'assurance-maladie, DDASS) ;**

— **réaliser une meilleure liaison entre le préventif et le curatif, en sensibilisant davantage les praticiens à la notion de « médecine globale » ; ce qui implique une mutation de l'enseignement.**

III. — L'HOSPITALISATION

Le projet de budget pour 1981 est caractérisé par la diminution de 19 % des crédits affectés au secteur des équipements sanitaires : 1 029 millions de francs d'autorisations de programme contre 1 273 millions en 1980.

Ces moyens, répartis de la manière suivante :

(U : milliers de F)

Chapitres	Articles	Actions	Intitulés	Autorisations de programme		Crédits de paiement			
				Dotations 1980	Demandées pour 1981	Dotations 1980	Demandées pour 1981		
							Services votés	Mesures nouvelles	Total
			Sixième partie — Equipement culturel et social						
			<i>Equipement sanitaire</i>						
56-10	10	01	Etablissements à caractère sanitaire	200	1 000	3 200	—	+ 500	500
56-90	10	01	Etudes et contrôle des opérations d'équipement	25 500	27 500	26 000	1 500	+ 24 700	26 200
			Totaux (1)	25 700	28 500	29 200	1 500	+ 25 200	26 700
			<i>Subventions d'équipement sanitaire</i>						
66-11	10	01	C.H.R. et établissements d'intérêt national	585 000	410 000	550 400	308 000	+ 92 000	400 000
	20	01	Etablissements de soins et de cure	272 300	208 940	340 700	169 000	+ 48 000	217 000
	50	01	Humanisation des C.H.R. et établissements d'intérêt national	5 000	30 000	3 500	—	+ 6 000	6 000
	60	01	Humanisation des C.H. non régionaux, centres de convalescence, de cure et de réadaptation	385 000	202 000	251 600	206 000	+ 41 000	247 000
	70	01	Transformation des hospices (nouveau)	—	150 000	—	—	+ 15 000	15 000
			Totaux (2)	1 247 300	1 000 940	1 146 200	683 000	+ 202 000	885 000
			Totaux (1 + 2)	1 273 000	1 029 440	1 175 400	684 500	+ 227 200	911 700

traduisent la satisfaction progressive des besoins dans le secteur hospitalier.

Les dotations, qui demeurent substantielles, permettront :

— d'achever le programme d'humanisation des conditions d'hébergement par la suppression des salles communes (180 millions de francs en AP),

— de moderniser les plateaux techniques existants (50 millions de francs en AP),

— de transformer les hospices (150 millions de francs en AP).

En 1981, les principales opérations envisagées concernent les centres hospitaliers de DAX, CHARTRES, TOURCOING, ALENÇON, SAINT-NAZAIRE, DRAGUIGNAN, l'Assistance publique de PARIS et celle de MARSEILLE.

On rappellera que les équipements hospitaliers font l'objet d'un financement mixte entre l'Etat (40 % en règle générale avec possibilité de modulation de 20 à 40 % pour les opérations d'humanisation), les organismes de sécurité sociale, les établissements publics régionaux, les collectivités locales et les établissements eux-mêmes par le jeu de leurs ressources propres ou d'emprunts dont les charges sont reprises dans le prix de journée.

Le tableau ci-après fournit une vue d'ensemble des résultats obtenus depuis 1977 qui marquent l'importance de l'effort réalisé par les pouvoirs publics pour rattraper le retard qu'a connu notre pays dans le passé.

	Unités	1977 constatés	1978 constatés	1979 constatés	1980 estimés	1981 prévus
Nombre de lits (1^{er} janvier) :						
Secteur hôpital	milliers	251 079	258 505	266 560	281 952	280 000
<i>dont :</i>						
Court séjour	"	217 801	218 113	218 965	217 097	215 000
Moyen et long séjour (autre que psychiatrie)	"	33 278	40 392	47 605	64 855	65 000
Hôpitaux et services psychiatri- ques	"	120 466	118 028	117 116	116 347	115 000
<i>dont :</i>						
Services psychiatriques des hôpi- taux généraux		16 552	16 963	17 016	17 347	18 000
Hospices, sections d'hospice et maisons de retraite des hôpitaux généraux		251 721	250 427	243 491	221 904	220 000
Lits installés en chambre de 4 lits ou moins (1^{er} janvier) :						
Secteur hôpital	%	82	85	87	91	93
Hôpitaux et services psychiatri- ques	%	52	54	62	66	70
Hospices, sections d'hospice et maisons de retraite	%	65	69	73	77	83

L'évolution ainsi constatée ne représente d'ailleurs que le solde entre les créations et extensions d'établissements, d'une part, et les suppressions de lits vétustes d'autre part ; elle reflète incomplètement l'effort d'équipement réalisé à travers la spécialisation des services et la modernisation.

Mais si le niveau des crédits d'équipement hospitalier n'appelle pas d'observation particulière, en revanche les problèmes financiers, que pose la gestion de l'ensemble hospitalier, entendu au sens large, revêtent, en cette période de graves difficultés budgétaires du régime général de sécurité sociale, une acuité toute particulière : en effet il convient de ne pas oublier que les recettes de l'hôpital constituent les dépenses de la sécurité sociale.

Après avoir situé l'importance croissante de l'hospitalisation, votre rapporteur tentera de dresser un bilan des graves problèmes qui se posent à l'hôpital et des solutions qui pourraient être proposées pour y apporter une réponse.

A. — L'importance croissante de l'hospitalisation

Les comptes de la santé pour 1979 traduisent cette place grandissante des soins hospitaliers dans les dépenses de santé :

— les frais hospitaliers ont vu leur part dans la consommation médicale finale passer de 39 % en 1970 à 50 % en 1979 (francs courants) ;

— avec un taux de croissance annuel moyen en valeur voisin de 20 %, ce sont les dépenses d'hospitalisation qui ont connu la progression la plus rapide, cela résultant aussi bien du mouvement des prix (+ 10,4 % en moyenne par an contre + 9,2 % par an pour le PIB entre 1970 et 1979) que de celui du volume des prestations servies.

— ce sont les frais de séjour qui ont augmenté le plus rapidement. Les dépenses de personnels représentant 65 % des dépenses de fonctionnement des hôpitaux, l'évolution des salaires versés aux personnels hospitaliers constitue un facteur explicatif important ;

— au cours des mêmes années le volume des soins fournis par les hôpitaux s'est également beaucoup accru (+ 8,6 % en moyenne par an).

Cette progression est surtout due aux établissements publics avec un taux de croissance annuel de volume des soins égal à 9,3 %.

A l'origine de ce développement, il y a un fort accroissement du nombre de journées d'hospitalisation servies (+ 2,5 %) et surtout l'amélioration de la qualité du service rendu (croissance de l'effectif moyen par lit, diminution de la durée moyenne de séjour, suppression des salles communes, progrès techniques en matière de diagnostic).

Quelques données chiffrées permettent d'illustrer ces propos.

**a) Evolution des dépenses d'hospitalisation
(en millions de francs courants)**

	Hospitalisation publique			Hospitalisation privée			Transport des malades	Total général
	Frais de séjour	Honoraire	Total	Frais de séjour	Honoraire	Total		
1975	26 286	1 870	28 156	10 082	3 072	13 154	759	42 069
1976	33 814	2 180	35 994	12 534	3 558	16 092	880	52 966
1977	39 666	2 401	42 067	14 633	3 845	18 478	1 094	61 639
1978	47 798	2 491	50 289	17 098	4 498	21 596	1 368	73 243
1979	57 449	3 182	60 631	19 836	5 176	25 012	1 664	87 307
1979/1975	+ 118 %	+ 70 %	+ 115 %	+ 97 %	+ 68 %	+ 90 %	+ 119 %	+ 107 %

**b) Evolution des prix de journées
(en francs courants)**

Établissements	Année	Chirurgie	Médecine	Maternité
A.P. de PARIS	1974	336	243	336
	1975	413	300	413
	1976	525	382	525
	1977	629	475	629
	1978	718	548	718
	1979	802	588	
Ensemble des C.H.R.	1974	274	218	274
	1975	354	293	312
	1976	485	374	483
	1977	548	423	542
	1978	689	553	638
	1979	769	623	
Centres Hospitaliers	1974	195	173	195
	1975	257	191	257
	1976	332	225	364
	1977	371	257	416
	1978	480	370	415
Hôpitaux	1974	160	129	160
	1975	175	140	175
	1976	297	165	266
	1977	338	188	303
	1978	360	220	360

**c) Evolution des durées moyennes de séjour et taux d'occupation des lits
(hospitalisation publique — toutes sections
et secteur hôpital individualisé)**

Année	Lits au 31 décembre		Entrées en milliers		Journées en milliers		D.M.S. en jours		Taux d'occupation	
	Total	Hôpital	Total	Hôpital	Total	Hôpital	Total	Hôpital	Total	Hôpital
1973	426 449	251 884	4 785	4 626,3	130 465,1	72 675,9	27,3	15,7	85,0	79,9
1974	429 877	255 565	5 020	4 860,9	130 756	73 049,9	26,0	15,0	83,3	78,3
1975	435 808	262 549	5 249,2	5 090,8	131 298	74 244,1	25,0	14,6	82,5	77,5
1976	438 446	207 631	5 640,5	5 483,3	130 734,2	74 598,7	23,2	13,6	81,5	76,2
1977	441 582	274 877	5 897,2	5 738,8	130 849,4	76 422,0	22,2	13,3	81,2	76,2
1978	443 105	283 288	6 322,7	6 171,6	132 664,7	79 773	—	13	82,0	77,2

DMS = Durée moyenne de séjour.

Deux impératifs paraissent s'imposer :

— l'adaptation de la capacité hospitalière existante aux besoins réels, qui est en cours de réalisation ;

— le contrôle des coûts d'exploitation, domaine où tout reste à faire : maîtriser la gestion de l'hôpital apparaît comme l'objectif prioritaire que doivent s'assigner les pouvoirs publics.

B. — L'adaptation de la capacité hospitalière

a) La situation de la carte sanitaire au 1^{er} juillet 1980 fait apparaître globalement la situation suivante dans les disciplines de soins aigus, par rapport aux lits existants :

- médecine : + 41 %,
- chirurgie : + 16 %,
- gynécologie-obstétrique : + 25 %.

Il n'existe aucun déficit général par région, même si subsistent quelques déficits sectoriels très limités. Il convient de noter qu'en médecine l'excédent devrait se trouver progressivement minoré : en effet, un certain nombre de lits de médecine (15 % environ), figurant dans l'inventaire des lits de soins aigus, ont en réalité des activités de « moyen séjour » et doivent faire l'objet d'un reclassement dans la carte sanitaire correspondante.

Ce constat a conduit à reviser une nouvelle fois par arrêté du 28 mai 1980 les indices de besoins pour la médecine, la chirurgie, la gynécologie-obstétrique dont les fourchettes basses ont été respectivement ramenées en médecine de 1,7 à 1,2 en chirurgie de 1,6 à 1,3 et en gynécologie-obstétrique de 0,4 à 0,3.

La première application concrète de cette politique a été matérialisée par arrêté du 25 juillet 1980, fixant pour la région sanitaire d'Aquitaine de nouveaux indices de besoins déterminés nettement en baisse par rapport aux précédents. Dans le courant du second semestre de l'année 1980, il est prévu de soumettre à l'avis de la commission nationale de l'équipement sanitaire la révision de la carte sanitaire d'une dizaine de régions.

Ces mesures entraîneront, dans la majorité, de cas des révisions en baisse des capacités hospitalières que l'application des dispositions de la loi n° 79-1140 du 29 décembre 1979 rend désormais possible.

b) En ce qui concerne **la carte du moyen séjour**, on ne peut pas encore en dresser le bilan, car elle est en cours de réalisation.

Néanmoins une approche globale des recensements effectués (98 600 lits) fait apparaître que dès maintenant aucune région ne se trouve, au niveau de son équipement, en dessous de la valeur inférieure des indices de besoins qui ont été retenus. Plus d'un tiers des régions par contre se situe dès maintenant au-dessus du seuil le plus haut des fourchettes indiciaires fixées par l'arrêté ministériel. Le reclassement des lits de médecine évoqué précédemment ne pourra que contribuer à accentuer le suréquipement constaté. Ainsi, au cas où des disparités subsisteraient au sein des disciplines constituant le « moyen séjour » la redistribution des équipements en fonction des besoins de la population devrait constituer l'objectif prioritaire de la politique d'équipement sanitaire.

c) En ce qui concerne **les lits de long séjour**, il n'existe pas d'indice de besoins. Les études réalisées pour appréhender l'importance des besoins dans ce secteur ont en effet amené à constater que, pour les personnes âgées qui sont essentiellement concernées par ce type d'équipement, le nombre total de lits de long séjour, à quelques exceptions locales près, pouvait être considéré comme suffisant dans la mesure où était respectée leur vocation à accueillir des personnes dont la perte d'autonomie et l'état de santé particulièrement déficient requièrent, en plus des soins de maternage, des soins médicaux relativement importants.

Par contre, le nombre de lits de section de cure médicale, dans les maisons de retraite permettant la surveillance et les traitements résultant de la perte d'autonomie des personnes dépendantes apparaît encore insuffisant par rapport aux besoins.

Des instructions viennent d'être données afin que la transformation des hospices qui doit être réalisée d'ici 1985 s'effectue d'une manière générale par la mise en place de maisons de retraite avec sections de cure médicale.

Cet important travail de révision des capacités et des programmes hospitaliers dont on commence à sentir les effets ainsi que nous l'avons vu dans le deuxième chapitre de ce rapport doit être poursuivi avec ténacité, car il est le point de départ indispensable à une meilleure maîtrise des coûts d'exploitation.

C. — La gestion hospitalière : le contrôle des coûts d'hospitalisation

Plusieurs instances, le Centre d'étude des revenus et des coûts (CERC), la Cour des comptes (rapport 1980), l'Inspection générale des Affaires sociales, ont consacré des travaux récents aux problèmes de l'hospitalisation.

Une idée force domine : atteint de gigantisme, l'hôpital n'a pas mis en œuvre les moyens qui lui auraient permis de maîtriser sa croissance, que ce soit en matière de personnels, de contrôle des dépenses ou de mesure de l'activité hospitalière.

Face à cette situation, les pouvoirs publics commencent à réagir, mais le retard s'est accumulé.

a) l'informatisation de la gestion hospitalière.

Elle a connu trois phases :

Au cours des années 1972 à 1976, la première phase a eu pour objectif d'améliorer la gestion administrative des hôpitaux et d'harmoniser les procédures administratives par la création ou le renforcement des centres régionaux d'informatique hospitalière ainsi que par le développement de produits standard (SIGMA facturation, GRAPH paie du personnel, GEMCO mandatement, PACHN amortissement, SHAGE analyse de gestion).

A partir de 1976, la mini-informatique a permis de développer des outils décentralisés de gestion quotidienne (gestion des hospitalisés, des externes, économat...).

Par circulaire du 29 mai 1980, le ministre a décidé de faire évaluer les produits existants d'informatique décentralisée par la Division organisation et méthodes-informatique (évaluation technique) et par l'Inspection générale des Affaires sociales et un examen particulier de l'informatique de gestion hospitalière a été demandé par M. le Secrétaire d'Etat à la Sécurité sociale à M. BONNAFY, chef de service à la Comptabilité publique.

Ces évaluations et ces rapports doivent permettre de mieux orienter le développement de l'informatique hospitalière.

b) la gestion des personnels.

Dans le cadre de la maîtrise des dépenses hospitalières, une attention particulière doit être en effet portée aux dépenses de personnel qui

représentent 60 à 70 % des charges d'exploitation des établissements. Depuis plusieurs années, l'effort a porté sur la limitation de la progression des effectifs des personnels non médicaux. Cette progression a été limitée à 2 % en 1979.

Pour l'actuel exercice, les contrôles de l'évolution des effectifs ont été renforcés. Il a été prévu, en particulier, dans une circulaire du 27 mai 1980 relative aux opérations d'investissement des établissements sanitaires et sociaux, qu'aucune création d'emploi (à moins d'éventuelles compensations) ne devra être entraînée par ces opérations.

Par ailleurs, les procédures d'approbation des budgets annuels des établissements, qui font intervenir les services extérieurs et centraux du ministère, permettent d'assurer un suivi du contrôle des recrutements, aussi bien pour le personnel médical que pour le personnel non médical.

L'étude des coûts de personnel est, quant à elle, prise en compte dans les travaux en cours dans le cadre de l'analyse de gestion (établissement de densités de personnel et recherches de leur évolution). Les établissements hospitaliers disposant d'importants moyens informatiques et particulièrement soucieux de développer l'analyse et la prévision en matière de gestion (hôpitaux Henri MONDOR et BRETONNEAU), ont mis d'ores et déjà en usage, en associant étroitement gestionnaires et médecins, des formules diverses de tableaux de bord et des systèmes expérimentaux d'évaluation de la qualité des soins permettant de déterminer les mesures appropriées pour améliorer les résultats médicaux sans négliger les conséquences économiques des choix faits.

Par le biais de toutes ces mesures, la sensibilisation des gestionnaires et des médecins aux problèmes de gestion de personnel devrait être réalisée. Elle devrait permettre de surmonter peu à peu les rigidités qui tiennent à la structure fonctionnelle des établissements et au poids des habitudes acquises.

La Cour des comptes, dans son rapport public 1980, a abordé deux autres questions concernant la rémunération des médecins hospitaliers et le secteur privé des médecins.

Sur le premier point, le ministère précise :

« Il est vrai que la logique de la rémunération forfaitaire des praticiens hospitaliers devrait normalement conduire à une intégration directe de cette charge dans les dépenses de personnel des établissements. Des modifications par rapport à la situation actuelle devraient

normalement intervenir dans le cadre de la présentation au Parlement de la réforme tarifaire et budgétaire prévue par la loi du 31 décembre 1970 et celle du 29 décembre 1979, article 30. »

Quant au secteur privé des médecins, il est précisé que les suggestions contenues dans le rapport de la Cour des comptes font actuellement l'objet d'une étude attentive qui devrait déboucher sur des mesures permettant d'améliorer la réglementation trop complexe actuellement en vigueur, d'en contrôler la bonne application et d'éliminer les abus, limités en nombre, qui ont pu être constatés.

c) La mission d'assistance technique aux hôpitaux et la mise en place d'un contrôle des dépenses engagées.

1° La mission d'assistance technique aux hôpitaux a été créée afin d'aider les autorités responsables de la gestion des hôpitaux à prendre les décisions nécessaires pour rendre compatibles le meilleur fonctionnement possible du service public hospitalier et les ressources disponibles pour le financer.

Elle est actuellement dirigée par M. Jacques BONNET, Conseiller référendaire à la Cour des comptes, et composée de neuf membres appartenant aux diverses administrations concernées par les problèmes des hôpitaux (Santé, Concurrence et Consommation, Trésor).

Cette mission, rattachée au Directeur général de la Santé et des hôpitaux, agit soit à la demande de cette direction, soit à celle de la Commission de rationalisation de la gestion hospitalière, des autorités de tutelle des établissements ou des hôpitaux eux-mêmes.

Son rôle est d'analyser la situation des établissements qui connaissent des difficultés et de proposer des mesures de redressement. Ces recommandations peuvent porter, notamment, sur une révision de la capacité d'accueil, sur la révision en baisse des programmes d'équipement prévus, sur les modalités d'organisation et de fonctionnement des services.

Il appartient ensuite à l'administration centrale de prendre, en liaison avec la mission, les décisions de mise en œuvre de ses propositions et d'en suivre l'application.

En 1979, la mission d'assistance technique aux hôpitaux a réalisé 35 missions. Au 1^{er} août 1980, elle en avait effectué 19 autres.

2° Les budgets des hôpitaux ont connu dans les dernières années une progression considérable, liée notamment à l'amélioration de leurs

prestations techniques et hôtelières. Les sommes ainsi mises en jeu représentant un pourcentage important des dépenses de l'assurance maladie.

La tenue d'une comptabilité des dépenses engagées apparaît comme un outil indispensable dans cette voie. Elle permet en effet d'avoir une connaissance plus rapide et, sous certaines réserves, plus réaliste des conditions d'exécution du budget. Ce suivi précis et permanent est d'autant plus nécessaire qu'une partie du budget dépend d'une activité médicale soumise à des variations, parfois difficiles à prévoir, qu'il importe de prendre en compte le plus vite possible.

Une circulaire conjointe du ministre de la Santé et de la Sécurité sociale et du ministre du Budget, en date du 29 mars 1979, a posé pour les établissements hospitaliers publics l'obligation de la tenue d'une comptabilité des dépenses engagées.

Un groupe de travail, composé de représentants de l'administration et des responsables hospitaliers, a été chargé de suivre l'application de la circulaire et d'étudier les adaptations et assouplissements à apporter au système initialement conçu.

Les conclusions des travaux de ce groupe de travail ont abouti à la parution d'une nouvelle circulaire, en date du 7 mars 1980, qui a confirmé le principe établi en 1979 et modifié quelques-unes des règles posées par la première circulaire en vue de simplifier le travail des gestionnaires hospitaliers.

Les premiers résultats de l'introduction de ce nouvel outil de gestion devraient pouvoir être évalués dans le courant de l'année prochaine.

A l'heure actuelle, la tenue d'une comptabilité de l'engagement des dépenses n'est obligatoire que pour les établissements hospitaliers comportant plus de 200 lits (y compris les lits de moyen et de long séjour) ou plus de 100 lits dans des disciplines actives. Pour les autres établissements, la tenue de cette comptabilité est facultative, mais vivement recommandée.

d) La mesure de l'activité hospitalière.

L'analyse de gestion en matière hospitalière a été introduite depuis le début des années 1970 à plusieurs niveaux :

— Une cellule d'analyse de gestion a d'abord été créée au ministère de la Santé et de la Sécurité sociale. A partir de l'exploitation des

données concernant environ 200 établissements qui représentent 20 % des hôpitaux et réalisent ensemble 70 % du nombre total des journées d'hospitalisation, cette cellule s'est fixée pour objectif de faire apparaître la répartition et la position relative de ces établissements selon des coûts unitaires rapportés à des unités d'œuvre pour chacun des secteurs d'activité (coûts par malade traité pour les services cliniques, par acte pour les services médico-techniques, par produit pour les services économiques, etc.).

— Des cellules d'analyse de gestion ont ensuite été progressivement mises en place dans les directions régionales des affaires sanitaires et sociales, cependant que les centres hospitaliers régionaux commençaient à procéder régulièrement, par l'intermédiaire de leurs cellules de contrôle de gestion, à des comparaisons leur permettant de se situer les uns par rapport aux autres.

— Les caisses régionales du régime général de l'assurance maladie avaient dans le même temps et pour leur part mis en place leur propre analyse de gestion.

A tous ces niveaux, il est apparu que l'hétérogénéité des statistiques disponibles dans les divers établissements et les difficultés d'une saisie correcte des informations ne permettent pas d'obtenir dans des délais suffisamment courts des résultats qui pourraient être de véritables outils d'aide à la décision. Afin d'accélérer la production de ces résultats, un effort est fait actuellement à tous les niveaux pour simplifier les instruments trop lourds qui avaient été conçus à l'origine. Parallèlement est recherchée une meilleure coordination des travaux effectués aux niveaux national et régional et dans les établissements.

e) Le contrôle médical hospitalier.

Le projet d'instituer des « profils hospitaliers » a pour but l'établissement, pour chaque service médical, d'un recueil systématique des données concernant son activité et des moyens, tant en personnel qu'en matériel, mis en œuvre pour assurer cette activité. La synthèse de tous les recueils établis permettra ensuite de procéder à des analyses comparatives entre les établissements et d'améliorer ainsi les choix faits en matière de gestion et d'investissements.

Ce projet est très lié à l'état d'avancement des travaux d'analyse et d'évaluation de l'activité médicale hospitalière.

Ce n'est donc qu'à moyen et long terme que pourront être envisagées l'institution et l'utilisation généralisées de « profils hospitaliers ».

**D. — Un problème toujours en suspens :
celui de la tarification hospitalière**

Où en est-on dans ce domaine ? La question mérite une réponse détaillée dans la mesure où le système du prix de journée actuellement pratiqué participe largement aux difficultés présentes.

La loi n° 78-11 du 4 janvier 1978 autorisait le Gouvernement à expérimenter, pour une période de deux ans, deux formules, dont le décret n° 78-450 du 24 mars 1978 précisait les modalités d'application et les établissements expérimentateurs.

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

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

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

Cette formule est expérimentée dans l'hôpital Antoine BECLERE à CLAMART (Assistance publique de PARIS), le Centre hospitalier de CHARTRES et le Centre de traumatologie et d'orthopédie à NANCY.

— *Le « budget global »* a pour but de rendre les remboursements de la Sécurité sociale aux hôpitaux indépendants de l'activité de ceux-ci. Il consiste à assurer sur la base de prévisions d'activité et de moyens, le financement direct par les organismes tiers payeurs de l'hôpital — chacun à proportion de ses ressortissants — au moyen de versements de dotations nouvelles.

Cette formule devrait permettre de simplifier le mode de facturation, de réduire les délais de recouvrement, et, ainsi d'améliorer la trésorerie de l'établissement. Sa procédure budgétaire comportant la participation — prévue par l'article 23 de la loi du 31 décembre 1970 — du corps médical à la fixation des objectifs médicaux, devrait faire apparaître clairement les contraintes économiques et financières reliant les dépenses à l'activité.

Cette formule est expérimentée au centre hospitalier de SAINT-GERMAIN-EN-LAYE, à l'Hôtel-Dieu de PARIS (Assistance publique de PARIS), à l'Institut Gustave ROUSSY, et au centre anti-cancéreux à VILLEJUIF.

Le montant du ticket modérateur est calculé selon les règles traditionnelles à partir des prix de journée opposables, pour la formule dite du « budget global », ou de l'ensemble des quatre éléments de la facture, pour la formule dite du « prix de journée éclaté ».

2° A ce jour, il a été constaté que la simplification de certaines procédures administratives (incorporation des masses des honoraires médicaux au budget, allègement de la facturation) la participation des médecins à la gestion, et surtout, l'existence d'un suivi de gestion permettraient aux deux nouveaux modes de tarification et de financement hospitalier de répondre aux objectifs fixés pour la réforme.

Cependant, pour leur donner une plus grande efficacité, l'une et l'autre des deux formules devront être complétées. Ainsi, la formule dite du « prix de journée » nécessitera, si les prestations individualisées ne sont pas limitées aux produits coûteux, et doivent être facturées aux prix de revient (version expérimentée à l'hôpital Antoine BECLERE), l'aménagement et peut-être la revalorisation de la nomenclature des actes afin de mieux déterminer les profils des coûts des séjours.

De même, la formule dite du « budget global » ne produira son plein effet que si la facturation est réduite au minimum, et cela grâce à la forfaitisation du ticket modérateur.

S'agissant de l'objectif principal de la réforme tarifaire, à savoir permettre une meilleure maîtrise des dépenses d'hospitalisation, il apparaît difficile, après un an d'expérience réelle, l'année 1978 ayant été consacrée à la mise en place des procédures expérimentales, d'affirmer qu'une des deux formules est supérieure à l'autre dans ce domaine.

C'est pour cette raison que le Gouvernement a demandé à la fin de 1979 la prolongation de cette expérimentation qui a fait l'objet, pour une période complémentaire de deux ans, d'une nouvelle habilitation législative (loi n° 79-11.129 du 28 décembre 1979, article 30).

Il a été décidé à la suite de cette loi que quatre établissements supplémentaires participeraient à l'expérimentation de la formule dite du « budget global ». Ce sont le centre hospitalier régional de SAINT-ETIENNE, le centre hospitalier général de SARREBOURG, le centre hospitalier spécialisé « Bel-Air » à CHARLEVILLE-MEZIERES, et la Fondation BERGONIE, centre anti-cancéreux à BORDEAUX.

Sur la proposition de la Fédération hospitalière de FRANCE, le Gouvernement a accepté récemment d'expérimenter une formule élaborée par cet organisme.

Cette formule est à rapprocher de celle dite du « *prix de journée éclaté* » dont elle diffère cependant par la distinction entre dépenses fixes et dépenses variables et la détermination de principes de révision de ces dépenses en fonction de l'activité (pour les seules dépenses variables) et des variations de prix et de salaires (pour l'ensemble des dépenses). Il est aussi prévu un mécanisme d'affectation des déficits ou des excédents qui, selon les cas, peuvent être repris au budget suivant ou portés à un fonds de compensation. Ce fonds de compensation entre déficits et excédents est destiné à réguler la variation des prix de journée.

Cette formule sera mise en œuvre dans le centre hospitalier régional de TOURS, les centres hospitaliers d'ARGENTEUIL et de GONESSE, le centre hospitalier spécialisé « Charles PERRENS » à BORDEAUX et l'hôpital de MARMANDE.

L'évaluation des résultats de l'expérimentation de cette formule sera effectuée en 1981.

A l'issue de cette analyse, votre rapporteur tient à évoquer la question de l'hébergement hospitalier. Une meilleure conception de l'organisation des rendez-vous, ainsi qu'une meilleure coordination des services médicaux techniques devraient permettre de réaliser de sérieuses économies pour le régime d'assurance maladie.

Par ailleurs, pourquoi ne pas expérimenter une formule originale qui consisterait à rembourser au patient — dont l'état de santé le permet — les frais d'hébergement qu'il engagerait pendant la durée des examens, non à l'hôpital, mais dans un établissement hôtelier classique dont les prix sont bien inférieurs ?

Sur ce point de l'accueil hospitalier comme sur beaucoup d'autres, une plus grande liberté d'initiative devrait être accordée aux caisses locales d'assurance-maladie.

IV. — LES PROFESSIONS MÉDICALES

Faisant suite à plusieurs années d'efforts soutenus pour combler les insuffisances qui existaient tant au regard du recrutement et de la rémunération que de la formation des personnels sanitaires, le budget pour 1981 marque une stagnation pour la deuxième année consécutive : les crédits inscrits à ce titre, soit 404,7 millions de francs en dépenses ordinaires, progressent de 12,6 %.

Le tableau ci-après précise leur répartition.

(En milliers de francs)

Chapitres concernés	1980	1981	1981/1980
Dépenses ordinaires			
Chapitre 43-31 : « Professions médicales et paramédicales. Actions spécifiques de formation et recyclage ».....	6 682 850	9 282 850	+ 38,9 %
Chapitre 43-32 : « Professions médicales et paramédicales ».....	276 713 264	313 493 144	+ 13,3 %
Chapitre 43-34, art. 10 : « Professions paramédicales. Bourses ».....	75 981 770	81 891 770	+ 7,8 %
Totaux (1).....	359 377 884	404 667 764	+ 12,6 %
Dépenses en capital (CP)			
Chapitre 66-11, art. 40 : « Subventions aux établissements de formation de personnels sanitaires ».....	29 209 000	30 000 000	+ 2,7 %
Totaux (2).....	29 200 000	30 000 000	+ 2,7 %
Total général (1) + (2).....	388 577 884	434 667 764	+ 11,8 %

On notera l'effort spécifique et important entrepris en faveur de la formation continue des praticiens qui bénéficie d'une dotation supplémentaire de 2,6 millions de francs.

Par ailleurs, on rappellera qu'un nouveau crédit de 421,1 millions de francs est inscrit au projet de budget des charges communes au titre de la prise en charge par l'Etat du coût de formation des infirmiers et des étudiants en médecine.

Actuellement, les effectifs des professions paramédicales sont les suivants :

Professions	Effectifs au 1/1/77	Effectifs au 1/1/78	Effectifs au 1/1/79
Infirmiers.....	212 264	219 082	232 859
dont : — diplômés d'Etat.....	146 454	152 575	164 337
— autorisés, auxiliaires.....	19 841	17 364	16 010
— psychiatriques.....	46 329	49 143	52 512
Masseurs Kinésithérapeutes.....	31 825	31 676	32 381
Pédicures.....	6 460	6 631	6 521
Orthophonistes.....	5 923	6 391	6 806
Audioprothésistes.....	1 028	1 000	1 025
Orthoptistes.....	853	927	1 040

ce qui permet de répondre correctement aux besoins, avec bien entendu des disparités selon les régions.

On évoquera plus particulièrement la situation du corps médical sur lequel repose une partie de l'effort demandé par les pouvoirs publics au regard du freinage des dépenses de santé, en analysant successivement la nouvelle convention, le problème majeur de la démographie médicale et la question de la revalorisation de la médecine générale.

A. — La convention médicale du 5 juin 1980

La nouvelle convention nationale entre le corps médical et les caisses d'assurance maladie institue deux secteurs : le secteur I des praticiens optant pour les tarifs conventionnels (parmi lesquels il faut distinguer ceux qui continuent à bénéficier du droit permanent à dépassement) et le secteur II de ceux qui, tout en étant conventionnés, optent pour les honoraires libres (les assurés se voyant rembourser sur la base des tarifs conventionnels).

Elles comportent l'introduction de dispositions nouvelles telles :

— l'organisation de la maîtrise concertée des dépenses de l'assurance maladie relatives au sous-ensemble de la médecine libérale à partir d'un système de prévision et d'objectifs de dépenses portant d'une part sur les honoraires et d'autre part sur les prescriptions, compatibles avec les recettes disponibles de l'assurance maladie (articles 20 et 21) ;

— la communication à chaque médecin au moins deux fois par an des tableaux statistiques établis par les caisses et faisant apparaître la nature et le nombre d'actes réalisés ainsi que la nature et le coût des prescriptions remboursées (article 9).

Elle devrait permettre une meilleure coordination des différents intervenants dans la vie du système conventionnel.

Quel bilan peut-on dresser aujourd'hui ?

Sur 74 096 médecins libéraux, 73 466 sont conventionnés (soit 99,15 %) et 630 (0,85 %) ont déclaré qu'ils exercent hors convention selon les statistiques officielles de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés arrêtées à la fin du mois de juillet 1980. La répartition des médecins conventionnés entre les deux secteurs est la suivante :

Secteur I : 69 203 (93,40 % de la totalité des médecins conventionnés et non conventionnés et 94,20 % des médecins conventionnés) dont :

— tarifs conventionnels : 60 043 (respectivement 81,04 % et 81,73 %) ;

— droit permanent à dépassement (DP) : 9 160 (12,36 % et 12,47 %).

Secteur II : (honoraires libres) : 4 263 (5,75 % et 5,80 %).

Ces chiffres sont à rapprocher des résultats de la précédente convention : au 30 avril 1980, sur 72 921 médecins libéraux, on comptait 9 476 DP (13,3 % des médecins conventionnés et 13 % de la totalité des médecins) auxquels il faut ajouter 1 746 non conventionnés (2,4 % de la totalité des médecins), soit globalement 15,39 % de la totalité des médecins.

RÉSULTATS FRANCE ENTIÈRE

	Nombre	% par rapport à l'ensemble des médecins (conventionnés et non conventionnés)	% par rapport aux médecins conventionnés
Médecins conventionnés :			
Tarif conventionnel	60 043	81,04	81,73
Droit permanent à dépassement	9 160	12,36	12,47
Total secteur I	69 203	93,40	94,20
Total secteur II	4 263	5,75	5,80
Total médecins conventionnés	73 466	99,15	100
Médecins non conventionnés	630	0,85	—
Total général	74 096	100	—

(Source : CNAMTS)

Dans la nouvelle convention, le total des 9 160 DP, ces 4 263 médecins ayant opté pour le secteur II et des 630 non conventionnés représentent 13,96 % de la totalité des médecins.

On peut donc constater que la quasi-totalité des médecins qui bénéficiaient d'un DP dans l'ancienne convention ont préféré le garder plutôt que d'opter pour le secteur libre de la nouvelle convention. Par contre, près des 2/3 des médecins hors de l'ancienne convention ont préféré passer dans le secteur libre de la nouvelle convention : leurs patients seront donc remboursés non plus sur la base des tarifs d'autorité mais sur celle des tarifs conventionnels.

Les résultats globaux pour la FRANCE entière doivent être corrigés par les résultats régionaux. C'est ainsi que l'Île-de-France et la région Rhône-Alpes ont des pourcentages supérieurs à ceux de la moyenne nationale pour ce qui concerne les médecins non conventionnés (respectivement 2,24 % et 1,34 % de la totalité des médecins de ces deux régions contre 0,85 % pour la FRANCE entière), les DP (19,91 % et 15,03 % des médecins conventionnés contre 12,47 %) et les médecins du secteur II (9,25 % et 8,73 % des médecins conventionnés contre 5,80 %).

Signalons, enfin, que l'option faite par les médecins pourra être modifiée à la fin de chacune des deux premières années de la nouvelle convention.

BILAN DU CONVENTIONNEMENT PAR RÉGIONS

Bilan convention	France entière	Aquitaine	Massif central	Bourgogne	Nord	Centre-Ouest	Rhône-Alpes	Sud-Est	Languedoc-Roussillon	Nord-Est	Pays de Loire	Centre	Ile-de-France	Bretagne	Strasbourg	Midi-Pyrénées	Normandie
Médecins secteurs I et II (conventionnés)	99,15	99,62	99,08	99,71	99,81	99,79	98,66	99,66	99,47	99,83	99,71	99,69	97,76	99,63	99,90	99,87	99,63
Médecins secteur III (non conventionnés)	0,85	0,38	0,92	0,29	0,19	0,21	1,34	0,34	0,53	0,17	0,29	0,31	2,24	0,37	0,10	0,13	0,37
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

RÉPARTITION ENTRE LES DIVERSES CATÉGORIES DE MÉDECINS CONVENTIONNÉS

Secteur I tarif conventionné	81,73	86,70	83,08	84,76	86,50	88,60	76,24	82,58	90,07	85,75	88,50	81,01	70,84	86,10	81,56	89,52	86,10
Secteur I DP	12,47	10,36	12,57	11,60	9,92	8,44	15,03	9,23	7,57	11,74	8,76	12,16	19,91	10,24	10,39	8,04	10,24
Sous-total secteur I	94,20	97,06	95,65	96,36	96,42	97,04	91,27	91,81	97,64	97,49	97,26	93,17	90,75	96,34	91,94	97,56	96,34
Secteur II	5,80	2,94	4,35	3,64	3,58	2,96	8,73	8,19	2,36	2,51	2,74	6,83	9,25	3,66	8,06	2,44	3,66
Total médecins conventionnés	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Ne sont pas encore connus les résultats des départements suivants : Alpes de Haute-Provence, Corse du Sud, Oise, Savoie.

(Source : CNAMTS)

B. — La démographie médicale

Le nombre total de médecins en exercice augmentera de 50 % entre 1978 et 1985, et à défaut d'intervention spécifique de près de 100 % entre 1978 et 2000. Cette croissance numérique devrait se traduire principalement par l'augmentation très importante du nombre des omnipraticiens libéraux. Une telle évolution, par son ampleur et sa rapidité, comporte un risque sérieux de déstabilisation du corps médical et du système de soins et de déséquilibre financier des différents régimes d'assurance maladie.

Le problème global de la démographie médicale se pose donc avec le double objectif d'adaptation du système de soins aux besoins de la population et de maîtrise de la croissance des dépenses de santé.

Le problème de la démographie médicale se pose également en termes d'activité médicale, mais d'une manière différente pour chacune des catégories de médecins, en fonction notamment de leur champ d'action et de leur âge. Il est très probable que les omnipraticiens libéraux, les jeunes médecins qui s'installent actuellement ou qui s'installeront au cours de la prochaine décennie, connaîtront plus que d'autres d'importantes difficultés pour accéder à un niveau d'activité dégageant un revenu suffisant et compatible avec une pratique professionnelle de bonne qualité.

Face à ce problème, a été mis en place un groupe de travail sur la démographie médicale. Eu égard au problème posé, sa tâche revenait à proposer dans de brefs délais (3 mois) un ensemble de mesures concrètes susceptibles d'être mises en œuvre rapidement.

Le groupe qui réunissait les représentants des principaux syndicats médicaux, a proposé dès avril 1980 un ensemble de 23 mesures de nature à contenir le problème démographique. La totalité de ces mesures s'inscrivant dans le cadre de l'organisation actuelle du système de soins, elles ne remettent pas en cause les principes qui caractérisent l'exercice de la médecine libérale.

Les mesures relèvent de 3 orientations :

— la première revient à agir sur les entrées-sorties de la profession, sorties temporaires ou définitives (mesures 1 à 9) ;

— la deuxième consiste à dégager certains moyens de nature à permettre une meilleure répartition de l'activité médicale entre tous les médecins (mesures 10 à 14) ;

— il s'agit ensuite d'élargir les débouchés offerts par la médecine salariée (hospitalier et extra-thérapeutique) afin de ne pas laisser le seul secteur libéral supporter tout le poids des conséquences de la croissance numérique du corps médical (mesures 15 à 22) ;

— parallèlement le groupe de travail propose de compléter l'information statistique relative à la démographie du corps médical.

Liste des mesures proposées par le groupe sur la démographie médicale.

- 1) Réduction à 5 000 du nombre d'étudiants admis à s'inscrire en PCEM2.
- 2) Réexamen des équivalences entre études médicales et autres enseignements.
- 3) Mise en place d'enseignements optionnels.

- 4) Ouverture du concours de directeur d'hôpital aux docteurs en médecine.
- 5) Favoriser l'exercice à l'étranger et la coopération médicales.
- 6) Généralisation du congé parental.
- 7) Information des médecins sur les conditions de leur retraite.
- 8) Harmonisation des régimes de retraite médicaux.
- 9) Revalorisation de la retraite des médecins libéraux.
- 10) Réduction modulée selon les UER du nombre d'étudiants inscrits en PCEM2.
- 11) Généralisation de l'opération démographie médicale Aquitaine.
- 12) Mobilité géographique des étudiants à l'entrée du 3^e cycle des généralistes.
- 13) Rémunération de l'activité pédagogique des maîtres de stage.
- 14) Compensations financières pour les omnipraticiens suivant un stage de formation médicale continue.
- 15) Développement de la médecine de PMI.
- 16) Développement du service de santé scolaire.
- 17) Développement de la médecine du travail.
- 18) Développement du service médical des caisses d'assurance maladie.
- 19) Développement du corps des médecins inspecteurs de la santé.
- 20) Remplacement dans les hôpitaux publics des praticiens en formation par des médecins diplômés.
- 21) Recrutement de médecins dans les hôpitaux publics.
- 22) Accroître la médicalisation de la biologie.
- 23) Information statistique.

L'ensemble de ces orientations est actuellement soumis à un examen attentif par les services du ministère de la Santé et de la Sécurité sociale.

En ce qui concerne le problème du départ à la retraite des médecins, deux de ces mesures ont été retenues par les pouvoirs publics et font l'objet d'études : l'amélioration de la retraite elle-même et l'institution d'une aide à la cessation d'activité médicale.

La première de ces mesures s'adresse aux médecins déjà âgés de 65 ans et plus, la seconde aux médecins âgés d'au moins 60 ans mais de moins de 65 ans.

a) L'amélioration de la retraite.

Actuellement de nombreux médecins (la moitié environ) continuent leur activité au-delà de 65 ans bien qu'ils puissent bénéficier à cet âge d'une retraite à taux plein.

Une amélioration de leur retraite est de nature à inciter un plus grand nombre de médecins à cesser leur activité à l'âge de 65 ans.

Dans cet esprit, des négociations entre les caisses et les médecins et des études actuarielles sont poursuivies en vue d'améliorer de façon significative la retraite des médecins conventionnés, grâce à une augmentation des cotisations.

b) Aide à la cessation d'activité anticipée.

Avant 65 ans en revanche, il n'y a pratiquement pas de possibilité pour le médecin de prendre sa retraite (seul le régime complémentaire verse une retraite dès 60 ans mais avec un coefficient d'abattement).

Pour faciliter son départ, il faut satisfaire deux préoccupations du médecins :

— conserver avant 65 ans un revenu convenable par rapport à son revenu d'activité,

— conserver au-delà de 65 ans le même montant de retraite que s'il avait travaillé jusqu'à 65 ans.

C'est pourquoi, en accord avec la profession et les caisses, un mécanisme d'aide à la cessation d'activité est actuellement recherché.

Ce mécanisme pourrait assurer au médecin avant 65 ans en contrepartie de la cessation de toute activité médicale rémunérée :

— d'une part une aide financière en rapport avec son revenu d'activité,

— d'autre part, le maintien des droits à la retraite à un taux plein à l'âge de 65 ans.

Les modalités de mise en œuvre de ces orientations très générales sont étudiées en concertation avec les caisses intéressées et les représentants des médecins.

C. — La revalorisation de la médecine générale

Les omnipraticiens jouent un rôle fondamental dans notre système de santé ; ils doivent rester l'axe autour duquel doit tourner toute politique en ce domaine.

M. Louis FOUGERE dans le rapport de la Commission qu'il présidait et M. GOUTEYRON dans le rapport qu'il fit au SENAT à propos de la discussion de la loi du 6 juillet 1979, s'accordaient sur les conditions de la revalorisation de la médecine générale.

Elles passaient à leurs yeux :

— par la fin de l'érosion croissante des attributions cliniques et techniques des médecins généralistes, érosion qui a eu pour cause l'augmentation du nombre des spécialistes,

— par l'amélioration de la formation du futur généraliste par l'organisation d'un cycle spécifique,

— par un libre choix des filières terminales de formation.

Sont intervenues depuis lors :

a) La loi n° 79-565 du 6 juillet 1979 relative aux études médicales et pharmaceutiques qui crée les fonctions de « résident » spécifique au médecin généraliste.

Elle dispose à ce titre :

— que les résidents bénéficient d'un statut ;

— que leur formation s'effectue à temps plein ;

— que les résidents exerceront des fonctions hospitalières salariées ;

— qu'ils recevront une formation théorique complémentaire adaptée à leur rôle spécifique futur ; le programme et l'enseignement de ces formations seront définis et mis en œuvre avec le concours de praticiens en exercice ;

— qu'ils effectueront des stages extra-hospitaliers dans divers services ou organismes — notamment de Sécurité sociale — pour élargir leurs connaissances en matière de gestion du système sanitaire et d'économie médicale.

Il entre dans les intentions des pouvoirs publics d'affecter les résidents, de préférence mais non exclusivement, dans les hôpitaux géné-

raux où ils seront encadrés par des médecins hospitaliers « généralistes ».

b) Un décret n° 80-656 du 18 août 1980 relatif à l'application de la loi précitée permet la mise en place de la réforme du 3^e cycle des études médicales, et notamment la constitution des commissions régionales compétentes à l'égard des résidents.

Un second décret, à paraître après que le Conseil d'Etat aura achevé l'examen du projet gouvernemental, précisera notamment le régime et le statut des résidents.

Le résidanat qui durera donc 2 ans, associera un enseignement théorique adapté dans sa pédagogie à une formation pratique diversifiée qui se déroulera en milieu hospitalier, dans des organismes de santé publique et chez un praticien.

L'enseignement sera dispensé sous la responsabilité de l'université.

Le stage chez un praticien a une place toute particulière dans cette phase finale.

A cette occasion, je tiens à réaffirmer le grand mérite actuel du corps médical, qui face aux problèmes que nous venons d'évoquer, aux évolutions des techniques et aux difficultés économiques, fait preuve de sa capacité à l'effort.

*
* * *

CONCLUSION

Notre système de santé et de protection sociale affronte actuellement un moment crucial de son histoire.

On ne saurait nier les efforts très importants déployés par les pouvoirs publics pour l'adapter à la nouvelle conjoncture économique sans brader les grands principes de libéralisme sur lequel il repose.

Toutefois, ce rapport se devait de traduire l'inquiétude grandissante qui est la mienne devant l'absence de réformes structurelles courageuses intéressant l'assiette des cotisations, le système d'indexation des retraites, la prise en charge par l'Etat des allocations de type social.

L'adoption de nouvelles mesures conjoncturelles de redressement financier paraît inéluctable avec toutes les conséquences qu'elles comportent au niveau de l'activité économique et de l'emploi.