

N° 66

SÉNAT

PREMIERE SESSION ORDINAIRE DE 1983-1984

Annexe au procès-verbal de la séance du 21 novembre 1983.

AVIS

PRÉSENTÉ

au nom de la commission des Affaires sociales (1), sur le projet de loi
de finances pour 1984, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE.

TOME II

SOLIDARITÉ NATIONALE

SANTÉ

Par M. Jean CHÉRIOUX,

Sénateur.

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

Voir les numéros :

Assemblée nationale (7^e législ.) : 1726 et annexes 1735 (n° 2 et 3), 1736 (tomes I et II) et in-8° 458.

Sénat : 61 et 62 (annexe n° 2) (1983-1984).

Loi de finances. — Aide sociale - Enfants - Hôpitaux - Personnes âgées - Santé publique.

SOMMAIRE

	Pages
Avant-propos	3
— Un fascicule budgétaire d'une lecture complexe	3
— Après le flux, le reflux de l'action sanitaire et sociale	3
Chapitre préliminaire. — Présentation des crédits de la Santé et de l'Action sociale ..	5
I. — La santé	9
A. — <i>Les crédits du secrétariat d'Etat à la Santé : la rigueur</i>	9
1. Les conséquences budgétaires de la décentralisation sanitaire	9
2. Les crédits	11
Conclusions : des régressions nombreuses	13
B. — <i>Un système de soins menacé</i>	14
1. Des hôpitaux garrottés	14
2. Des réformes de structures dangereuses	17
II. — L'action sociale	21
A. — <i>L'évolution des crédits du ministère des Affaires sociales : des coupes sombres</i>	21
1. La section commune	21
2. Les conséquences de la décentralisation sur les crédits d'action sociale	22
3. Les actions volontaristes : des reculs inacceptables	23
B. — <i>De la rigueur appliquée à l'action sociale : quelques aspects particuliers</i>	26
1. La politique en faveur des personnes âgées : une baisse sensible de l'effort	26
2. Les difficultés de gestion des établissements sociaux	28
III. — La décentralisation : le transfert des responsabilités dans le domaine de l'action sociale et de la santé	31
A. — <i>Les grands traits de la réforme</i>	31
1. Un rappel des dispositions de la loi du 22 juillet 1983	31
2. Les transferts opérés en 1984 : des menaces pour l'avenir	34
B. — <i>Les projets en cours d'élaboration</i>	37
1. Les conséquences de la décentralisation sur la répartition des personnels en poste dans les services extérieurs	37
2. La loi complémentaire	38
Conclusions :	
Non à une rigueur nécessitée par une politique économique initiale condamnable.	40

MESDAMES, MESSIEURS,

Votre Rapporteur soulignait, dans l'avant-propos de son précédent avis budgétaire, les difficultés liées à la nouvelle organisation ministérielle, qui conduisait à un regrettable éclatement des structures, peu compatible avec la nécessaire cohérence de notre politique sanitaire et sociale.

En revanche, votre Rapporteur faisait ressortir l'intérêt de la présentation des crédits à travers un fascicule budgétaire unique. La loi de finances pour 1984 rend bien difficile la lecture de ce fascicule. En effet, les transferts opérés au profit du budget du ministère de l'Intérieur, au titre de la réforme du financement des dépenses obligatoires d'aide sociale et de santé, qui conduisent à une réduction très sensible des crédits du ministère des Affaires sociales, ne contribuent pas à faciliter le travail du lecteur.

Cette année, plus que les précédentes encore, l'examen des crédits budgétaires consacrés à la solidarité nationale et à la santé place l'action gouvernementale dans ce domaine au centre du débat politique.

Les grèves multiples des professions de santé qui ont marqué l'année 1983 soulignent assez bien l'émotion que provoque, chez les professionnels, la nouvelle politique sanitaire et sociale du Gouvernement. L'actuelle réforme hospitalière, examinée récemment par notre Haute Assemblée, autant que les projets de statuts des praticiens hospitaliers, soulèvent actuellement les protestations les plus véhémentes de la médecine hospitalière, qui a, de nouveau, choisi de manifester par une grève, fixée au 24 novembre, son opposition aux choix gouvernementaux.

La médecine libérale, mais aussi les pharmaciens et les représentants de l'industrie pharmaceutique protestent également contre la rigueur des tarifs et des prix à laquelle ils sont désormais soumis.

Le Sénat a, quant à lui, refusé d'accepter, telles quelles, les modifications fondamentales des structures auxquelles conduit la réforme hospitalière.

Mais si la santé apparaît au centre du débat politique, la mise en œuvre de la décentralisation et des transferts financiers qu'elle suppose, n'est pas, elle non plus, sans inquiéter les élus locaux et mérite donc que votre Rapporteur pour avis consacre à ce sujet une partie privilégiée de son propos.

Ainsi vous est-il proposé, après avoir rappelé en quelques lignes la présentation des crédits soumis à votre examen, d'examiner successivement la politique de la santé et de l'action sociale.

CHAPITRE PRÉLIMINAIRE

PRÉSENTATION DES CRÉDITS DE LA SANTÉ ET DE L'ACTION SOCIALE

Comme les années passées, le projet de budget pour 1983 comporte, pour le ministère des Affaires sociales et de la Solidarité nationale, trois sections :

- la section commune, qui regroupe les moyens de l'administration centrale des trois ministères sociaux (Affaires sociales, Santé, Emploi) ainsi que les moyens de leurs services extérieurs ;
- la section « Santé, Solidarité nationale » qui regroupe les crédits d'intervention en matière de politique de santé, d'action sociale et de population ;
- la section « Travail, Emploi » qui regroupe les crédits d'intervention en matière d'emploi et de politique du travail.

Ainsi qu'il a déjà été dit, le projet de budget de la Santé et de l'Action sociale pour 1984 fait l'objet, par rapport à 1983, de profonds changements qui rendent les comparaisons difficiles.

Le montant total des crédits prévus pour 1984 s'élève à 29,16 milliards de francs, contre 42,36 l'année dernière. Cette importante diminution (— 45,3 %) est imputable à la décentralisation et aux transferts de compétences qu'elle suppose.

Le transfert total aux collectivités locales est de 19.409 millions de francs, dont 12.680 millions de francs au titre des ressources fiscales. Ces deux chiffres ne permettent en aucune manière d'apprécier, autrement que par différence d'un exercice à l'autre, les transferts de crédits que suppose la réforme pour le seul ministère de la Solidarité nationale.

Par ailleurs, le contenu du budget est affecté par deux autres modifications, à savoir :

— le transfert, à la « section commune » de l'intégralité des crédits de fonctionnement et de matériel des services extérieurs des affaires sanitaires et sociales, soit 86 millions de francs figurant au titre III ;

— le transfert, en provenance des services généraux du Premier ministre, des crédits afférents aux rapatriés à hauteur de 76,8 millions de francs (titre IV).

Les tableaux ci-dessous retracent successivement les crédits du titre III (Moyens des services) et du titre IV (Interventions publiques) :

(En millions de francs.)

Dépenses ordinaires	Dotations 1983	Crédits prévus pour 1984			Pourcentage 1984-1983
		Services	Mesures	Total	
Titre III. — Moyens des articles.					
Rémunération d'activité	1.634,68	1.690,24	+ 37,11	1.727,35	+ 5,7
Charges sociales (personnel en activité et en retraite)	127,03	137,37	— 1,27	136,10	+ 7,1
Fonctionnement des services et matériel	92,01	92,01	* — 69,68	22,33	— 75,7
Subventions de fonctionnement à divers établissements	123,38	123,38	+ 14,12	137,50	+ 11,4
Etudes générales et dépenses diverses	12,22	12,48	* — 8,41	4,07	— 66,7
Total	1.989,31	2.055,48	* — 28,13	2.027,35	+ 1,9

* Transferts à la Section commune cf. ci-dessus.

(En millions de francs.)

Dépenses ordinaires	Dotations 1983	Dotations 1984	Pourcentage 1984-1983	Pourcentage des dépenses ordinaires
Titre IV. — Interventions publiques.				
<i>Solidarité nationale :</i>				
— Formation des professions sociales	412,5	433,7	+ 5,1	1,6
— Aide médicale	3.922,0	4.676,4	+ 19,2	
dont :				
• Etat		(3.660,2)	»	13,3
• Collectivités locales (D.G.D.)		* (1.016,2)	»	
— Aide sociale	1.960,9	23.638,7	+ 20,5	
dont :				
• Etat		(6.647,3)	»	24,2
• Collectivités locales (D.G.D.)		* (16.991,4)	»	
— Rentes mutualistes	48,0	52,2	+ 8,7	0,2
— Subventions à divers régimes de protection sociale	9.676,2	9.960,2	+ 2,9	36,0
— Interventions en faveur des migrants	123,7	128,1	+ 3,5	0,5
— Fonctionnement des C.O.T.O.-R.E.P.	515,0	648,2	+ 25,8	
— Rapatriés	»	76,8	»	0,3
<i>Santé :</i>				
— Formation des professions médicales et paramédicales	576,4	654,2	+ 15,3	2,4
— Protection et prévention	3.929,12	4.401,3	+ 12,0	
dont :				
• Etat		(2.999,8)	»	10,9
• Collectivités locales (D.G.D.)		* (1.401,5)	»	
— Recherche et pharmacie	47,9	43,8	— 8,5	0,1
— Equipements hospitaliers et médicaux	12,8	12,8	»	0,05

* Transfert en D.G.D. : 19.409 millions de francs.

Une dernière remarque mérite d'être formulée sur ces crédits. Les seules disponibilités budgétaires accordées au ministère des Affaires sociales et de la Solidarité nationale ne sauraient traduire, à elles seules, les traits essentiels d'une politique à laquelle notre système de protection sociale contribue pour l'essentiel. Les seules dépenses de soins devraient représenter, pour les régimes d'assurance maladie, 307 milliards de francs en 1984.

Telles sont les raisons qui imposent à votre Commission, au-delà de l'analyse des seules dotations budgétaires, à juger de la politique d'ensemble du Gouvernement dans ce domaine.

Avant d'aborder cette analyse, une ultime observation s'impose.

S'agissant de la loi de finances initiale pour 1983, votre Rapporteur doit regretter la dégradation préoccupante des conditions de son exécution.

Un arrêté du 5 mai 1983 (visant tous les départements ministériels) vivement critiqué par votre commission des Finances, a conduit, s'agissant des crédits d'action sanitaire et sociale, à l'annulation de 450 millions de francs de crédits de paiement, soit 20 % du montant des mesures nouvelles votées par le Parlement et 388 millions de francs d'autorisations de programme, soit 20 % des autorisations prévues initialement. Si l'on ajoute à cela les virements, en nombre croissant et les visas en dépassement, la gestion des crédits et le suivi des dotations deviennent très complexes.

I. — LA SANTÉ

A. — Les crédits du secrétariat d'Etat à la Santé : la rigueur.

L'ensemble des dotations budgétaires qui relèvent de la compétence du secrétariat d'Etat à la Santé s'élèvent à 4.833 millions de francs pour 1984, contre 5,522 millions de francs en 1983. Cette diminution tient, là encore, aux transferts de compétences prévus par la loi n° 83-663 du 22 juillet 1983. Selon le secrétariat d'Etat, le budget de la Santé s'inscrit dans le cadre des orientations du budget général qui prévoit une augmentation des dépenses de 6,3 %.

S'agissant des moyens des services, l'administration centrale étant commune au ministère et au secrétariat d'Etat, les crédits figurant à la section commune passent de 1.398 millions de francs en 1983 à 1.859 millions de francs en 1984, soit une augmentation de 33 % liée pour l'essentiel à des mesures d'ordre.

Quant aux dépenses en capital de la section commune, elles diminuent, en termes de crédits de paiement, de 8,3 % en passant de 68,4 millions de francs à 62,7 et de 16,1 % en termes d'autorisations de programme.

Les crédits de personnels des services extérieurs des affaires sanitaires et sociales passeront de 2.391 millions de francs à 2.560 millions de francs, soit une augmentation de 7 %.

Au-delà de l'étude globale consacrée aux transferts de compétences dans la troisième partie du présent rapport, il convient de rappeler ici les effets de ces transferts en matière sanitaire avant de définir les axes prioritaires que traduisent les crédits consacrés à la santé pour 1984.

1. *Les conséquences budgétaires de la décentralisation sanitaire.*

Dans le domaine strictement sanitaire, sont transférés au département :

— la protection sanitaire de la mère et de l'enfant (883 millions de francs dans le budget 1983 de l'Etat) ;

- les services de vaccination (138 millions de francs) ;
- le dépistage précoce des affections cancéreuses et la surveillance après le traitement des anciens malades (12 millions de francs) ;
- les actions de lutte contre la lèpre (2 millions de francs) ;
- la prophylaxie de la tuberculose (dispensaires, vaccinations : 222 millions de francs) ;
- les centres de planification et d'éducation familiale (86 millions de francs).

Ce sont donc, au total, 1.390 millions de francs qui étaient jusqu'à présent inscrits au budget de l'Etat et sont ainsi confiés aux départements.

La loi précise en outre que le service départemental d'action sociale et le service d'aide sociale à l'enfance sont du ressort du département.

Quant à l'Etat, ses compétences s'exercent dans les domaines suivants :

- contrôle de l'hygiène et mesures générales contre les épidémies (347,9 millions de francs dans le budget 1983) ;
- hygiène mentale (2.069,9 millions de francs) ;
- lutte contre l'alcoolisme (668,4 millions de francs) ;
- lutte contre les toxicomanies (241,1 millions de francs) ;
- services de santé à Saint-Pierre-et-Miquelon, Mayotte et dans les territoires d'outre-mer (93,4 millions de francs).

L'ensemble de ces dotations est regroupé dans le chapitre nouveau 47-14 pour un crédit total de 2.821,07 millions de francs, soit 58 % des crédits de la santé. L'évolution de ces dépenses se traduit, depuis plusieurs années, par une croissance sensible des dépenses d'hygiène mentale.

La santé scolaire reste de la compétence de l'Etat.

L'aide médicale qui recouvre, au plan fonctionnel, les compétences et les prises en charge précédemment décrites, se répartit donc comme suit :

**RÉPARTITION DES DÉPENSES D'AIDE MÉDICALE
PRÉVISIONS 1984**

(En millions de francs.)

	Total	Compétence exclusive du département	Etat	
			Sans domicile de secours	Compétence exclusive
<i>Aide médicale :</i>				
— Aide médicale générale (hors cotisation)	4.594,3	3.991,8	602,5	»
— Cotisations d'assurances personnelle et handicapés adultes ..	352,5	»	»	352,5
— Aide médicale aux tuberculeux	114,6	91,8	22,8	»
— Aide médicale aux malades mentaux (hors cotisation)	395,2	294,7	100,5	»
— Cotisations majorées	48,8	»	»	48,8
— Aide médicale aux alcooliques dangereux	1,5	»	»	1,5
— Aide médicale en matière d'interruption volontaire de grossesse	7,5	»	»	7,5
— Aide médicale en matière de contraception	2,2	2,2	»	»
— Cotisations adultes handicapés	2.524,1	»	»	2.524,1
Total aide médicale	8.040,7	4.380,5	725,8	2.934,4
— Répartition du même montant avant la réforme	8.040,7	3.364,3	3.660,2	
				4.676,4

**2. Les crédits budgétaires
du secrétariat d'Etat à la Santé.**

Outre les dépenses obligatoires retracées au chapitre 47-14 qui viennent d'être décrites, il convient de décrire l'évolution des autres actions du secrétariat d'Etat à la Santé.

a) *Les programmes de prévention et de protection sanitaires (chap. 47-13).*

La dotation à ce titre augmente, par rapport à 1983, de 8,89 %, atteignant ainsi 178,6 millions de francs.

Les crédits destinés à la maternité et à l'enfance et les interventions de soins à ce titre connaîtront, et votre Rapporteur s'en félicite, une croissance appréciable (+ 13,6 % et + 19,7 %).

Les dotations consacrées à la lutte contre l'alcoolisme, le tabagisme et la toxicomanie augmentent pour leur part de 14,5 % et atteindront 7,6 millions de francs.

Les secours d'urgence atteindront 33,7 millions de francs (+ 7,4 %). L'objectif est l'installation d'un S.A.M.U. et de quatre centres 15 en 1984.

b) Les autres actions de protection sanitaire et de recherche.

Ces crédits comprennent essentiellement les dépenses destinées au service central de protection contre les rayonnements ionisants (S.C.P.R.I.), l'I.N.S.E.R.M., l'Institut Curie et l'Institut Pasteur. L'ensemble de ces crédits atteint 108,5 millions de francs et augmente ainsi de 1,5 % (?) par rapport au budget voté en 1983.

S'agissant de l'Institut Pasteur, sa subvention de fonctionnement passe de 22,6 millions de francs à 18,45 millions de francs. Selon le Secrétariat d'Etat, cette réduction tient compte des ventes réalisées par l'Institut, qui avait conduit dès 1983, à une réduction sensible de ses crédits. Que le Gouvernement le veuille ou non, ces annulations de crédits constituent une baisse sensible de l'effort de l'Etat en faveur de l'Institut et donc, des recherches qu'il mène.

La protection et la prévention sanitaires (matériel et fonctionnement technique) restent, en francs courants, au même niveau qu'en 1983.

Enfin, les crédits de la santé scolaire (inscrite à la section commune (chap. 31-96 et 34-11), diminuent du fait de la titularisation des vacataires.

c) La formation des personnels médicaux et para-médicaux.

Atteignant 593,1 millions de francs, les crédits de formation augmentent de 5,7 % par rapport aux crédits effectivement consacrés à cet effort, compte tenu des annulations intervenues en 1983. En revanche, les crédits de formation continue des seuls praticiens diminuent de 5,5 %.

d) L'équipement sanitaire.

Les crédits d'équipement sanitaire comprennent les chapitres 56-10 (investissements directs de l'Etat) en totalité, 66-11 (subventions d'équipement sanitaire) en totalité et le nouvel article 90 du chapitre 66-20 où sont désormais inscrites les dotations relatives à la transformation des hospices.

Enfin, la prévention générale et le contrôle sanitaire de l'environnement recouvrent 44 millions de francs. 55,4 millions de francs (+ 8,1 %) sont consacrés aux programmes régionaux de prévention. Ces crédits devaient conduire à renforcer la régionalisation de la prévention assurée par les comités consultatifs régionaux de promotion de la santé et les trop fameux observatoires régionaux. Quinze observatoires sont déjà créés et sept autres sont en cours de constitution.

Les autorisations de programme inscrites en 1981 sont de 1.260 millions de francs, contre 1.522 millions de francs en 1983. Au titre de cet exercice, seuls 781 millions de francs ont été consommés, qui traduisent une réduction très sensible des efforts de l'Etat dans ce domaine, que votre Rapporteur ne peut que condamner.

En revanche, s'agissant de crédits de paiements, inscrits pour 1.088 millions de francs en 1983, ils ont atteint pour cet exercice 1.258 millions de francs et sont portés à 1.348 millions de francs en 1984.

Grâce à ces crédits, la reconversion des lits d'hospice et de long séjour du secteur hospitalier sera poursuivie, à un rythme qui semble devenir beaucoup plus mesuré. Il en va de même de la modernisation des hôpitaux psychiatriques, dont chacun sait pourtant l'urgence, compte tenu du poids croissant de ces dépenses dans les comptes de la protection sociale.

Enfin, 70 millions de francs sont consacrés, en autorisations de programme, aux équipements lourds.

e) *Actions diverses.*

Les crédits destinés à l'Ecole nationale de la santé publique passeront de 44,4 à 48,4 millions de francs.

8,3 millions de francs seront consacrés au développement des outils de gestion liés à la mise en œuvre du budget global.

Les actions en faveur de la pharmacie seront réduites, puisque les crédits qui leur sont consacrés passent de 12 millions de francs en 1983 à 10,7 millions en 1984.

*
**

Les conclusions principales que suggère cette brève analyse tiennent essentiellement à la faiblesse des moyens nouveaux affectés aux actions volontaristes du Ministère et notamment la réduction des crédits consacrés à la prévention sanitaire (— 9,8 %) à

la formation et au recyclage des médecins (— 5,5 %) aux interventions dans le domaine des médicaments et de la pharmacie (68,5 %), et à l'effort de transformation des lits de long séjour des établissements hospitaliers.

B. — Un système de soins menacé.

L'année 1984 verra le début de l'exécution du programme prioritaire d'exécution n° 11 du IX^e Plan « mieux connaître et mieux gérer le système de santé ». Selon le Secrétariat d'Etat, « cet axe de la politique gouvernementale se manifeste par la mise en application ou l'étude d'un certain nombre de réformes touchant l'organisation et la gestion du système de santé : instauration du budget global dans les hôpitaux publics, loi portant réforme hospitalière, réforme de la planification sanitaire. Ces réformes doivent fournir les outils pour réorienter le système de soins de telle sorte que des masses considérables dispersées soient mieux utilisées. Il s'agit en particulier de promouvoir les alternatives à l'hospitalisation, grâce notamment au développement d'un système de soins de voisinage et d'actions de santé à domicile. Le budget global rendra plus facile les redéploiements au sein du budget de l'hôpital vers les activités sans hébergement ».

De cette ambition, quelques volets sont désormais connus. Le Sénat a récemment examiné, en première lecture, le projet de loi portant diverses mesures relatives au service public hospitalier, qui vise à la fois à adapter la procédure d'approbation des budgets des hôpitaux à la mise en œuvre prochaine de la dotation globale et à réformer profondément les structures des établissements, notamment par la départementalisation.

Ces réformes sont engagées au moment même où les établissements rencontrent les pires difficultés financières et ne sont donc pas sans inquiéter votre Commission.

1. *Des hôpitaux garrottés.*

Les dépenses hospitalières ont connu en 1983 une décélération très importante. L'indice mensuel de la Caisse nationale d'assurance maladie s'établissait, en décembre 1982, à 19,7 %. Il était encore à 15,9 % en mai 1983. Le dernier résultat connu, de septembre 1983, se situe à 10,9 %.

Ces indices permettent d'avancer pour 1983 une prévision de 10,6 % et, pour 1984, de 9 %.

Ces résultats pourraient être, et doivent être en partie, jugés pour satisfaisants, s'ils n'étaient le reflet d'une politique qu'en aucun cas votre Commission ne saurait accepter.

La première explication de la décélération de la dépense hospitalière est liée au taux directeur de son évolution, fixé par le secrétaire d'Etat à la Santé.

Arrêté à 13,4 % en 1982, ce taux a été ramené à 9 % en 1984 et sera de 6,6 % en 1984. Surtout, les autorisations de budgets supplémentaires ont été parcimonieusement accordées et une circulaire ministérielle en date du 9 septembre 1983 a indiqué de manière très stricte que les dépenses hospitalières devraient être contenues dans les limites fixées lors de l'approbation des budgets primitifs de 1983 et a prohibé les augmentations de prix de journée. La procédure des décisions modificatives a donc été réduite aux seuls virements de crédits.

La deuxième explication de la décélération de la dépense est liée à une baisse sensible de l'activité des établissements, de l'ordre de 3 % au premier semestre 1983. La grève médicale intervenue au cours de cette période explique en partie cette réduction et a sensiblement amélioré les équilibres de l'assurance maladie aux dépens des établissements.

Toutefois, les causes de cette baisse d'activité sont, semble-t-il, plus profondes, sans qu'il soit possible, dans l'instant, de déterminer l'influence relative de chacune d'entre elles.

Il apparaît tout d'abord que l'année 1983 a enregistré une amélioration sensible de la morbidité.

Ensuite, la politique de rigueur économique affecte la consommation hospitalière au même titre que les autres formes de consommation.

En outre, les progrès techniques, l'amélioration de la gestion, ont permis, cette année comme les précédentes, une diminution de la durée moyenne d'hospitalisation.

Enfin, la mise en œuvre, au 1^{er} avril dernier, du forfait journalier, semble avoir produit des effets très sensibles sur le comportement des malades. Dès lors que le renoncement à l'hospitalisation correspond aux nécessités qu'impose l'état du patient, le forfait a un effet dissuasif dont il convient de se féliciter. Si, en revanche, comme l'a craint le Sénat au moment de son institution, le forfait venait à menacer la santé des Français, une telle situation serait inacceptable.

Le troisième facteur de décélération des dépenses hospitalières est lié à l'évolution des délais de facturation. Les exercices 1980 à 1982 ont marqué une réduction très sensible de ces derniers. A

activité inchangée, le nombre de journées remboursées a alors progressé. En 1983, la stabilisation des délais, ajoutée à la fixation tardive des prix de journée, ont atténué ces phénomènes.

Phénomènes conjoncturels et causes plus profondes se mêlent donc pour expliquer la baisse relative d'activité et la décélération de la dépense qui en résulte.

Il reste que le garrot posé sur les hôpitaux depuis de longues années, un instant levé et vite resserré, plus durement encore depuis 1981, menace aujourd'hui les établissements d'un étouffement total.

S'agissant d'abord des recrutements de personnel, 14.300 emplois ont été créés en 1981 et 1982 dans les établissements sanitaires et de cure soit :

— 6.300 postes, dont 800 pour la sectorisation psychiatrique, accordés au budget primitif au titre du renforcement des moyens en personnel ;

— 4.500 postes au titre des créations de service ;

— 4.000 postes pour compenser la réduction du temps de travail.

Ces 4.000 derniers postes se sont avérés fort insuffisants pour répondre aux besoins nés de l'application de l'ordonnance « des trente-neuf heures » et les personnels souffrent aujourd'hui, dans leurs conditions quotidiennes de travail, d'une mesure qui voulait pourtant marquer un progrès social.

Quant à l'exercice 1983, 4.000 postes de personnels non médicaux devaient être créés, dès lors, indiquait la circulaire ministérielle, que la progression des dépenses hospitalière aurait été contenue dans des proportions compatibles avec les équilibres de la Sécurité sociale.

Considérant, au 1^{er} juillet, que la décélération des dépenses restait insuffisante, le Gouvernement a remené le nombre de créations supplémentaires à 500 au cours du second semestre 1983.

En 1984, pour l'ensemble des personnels sanitaires, les créations prévues, pour le personnel non médical, s'élèvent à 1.500 postes.

S'agissant du personnel médical, 300 postes ont été créés en 1983, dans les hôpitaux non universitaires. En 1984, les créations prévues sont de 250, dont 135 pour les hôpitaux généraux, 20 dans le secteur psychiatrique, 80 pour les C.H.U. et 15 postes de pharmaciens.

Alors que la France est un des pays occidentaux où le ratio personnel/lit est le plus faible, la politique drastique menée en

matière de personnel compromet à la fois les efforts d'humanisation de l'accueil des malades et de qualification des soins.

S'agissant des prêts d'équipement consentis par les caisses régionales d'assurance maladie aux établissements sanitaires et médico-sociaux, ils ont été purement et simplement supprimés, le Gouvernement considérant qu'un tel financement ne ressortait pas du rôle naturel des caisses. Il faut rappeler que ces dernières accordaient, à taux nul, des prêts correspondant à une fraction de 30 % de l'investissement.

Il appartiendra désormais à la Caisse des dépôts et consignations de se substituer aux caisses, selon des règles plus proches du marché.

Qu'au fond, cette démarche soit justifiée, soit. Il reste qu'elle constitue un coup sévère porté au financement des investissements des établissements.

Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, votre Rapporteur pour avis ne connaît pas plus que les services ministériels (?) les conditions dans lesquelles les établissements parviendront à équilibrer leur budget pour 1984. Informé de la situation de l'Assistance publique de Paris, il sait cependant que les contraintes financières imposent aujourd'hui suppression de postes, arrêt des opérations d'équipement et donc, dégradation du service rendu. De nombreux élus font état, s'agissant des établissements de province, d'une situation identique.

Surtout, la préparation du budget pour 1984, compte tenu du taux directeur retenu de 6,6 %, s'avère extrêmement difficile, voire impossible dans un certain nombre de cas.

La maîtrise qualitative des dépenses ne saurait donc se confondre avec un serrage aveugle des budgets des établissements, sans, à terme, entraîner une dégradation de notre système de soins, que devraient accélérer les réformes en cours.

2. Des réformes de structures dangereuses.

Au 1^{er} janvier prochain, entrera en application la réforme de la tarification engagée par la loi du 19 janvier 1983 et la dotation globale s'appliquera, dès 1984, aux centres hospitaliers régionaux et, au 1^{er} janvier 1985, à l'ensemble des hôpitaux assurant le service public.

A cet égard, votre Rapporteur pour avis vous demande de vous reporter au rapport qu'il a établi sur la loi portant réforme

hospitalière (n° 51, 1983-1984) dans lequel il a consacré un chapitre complet aux reproches qu'il convient d'adresser à ce nouveau mode de tarification.

Qu'il lui suffise donc de rappeler ici les critiques principales suivantes.

La dotation globale va d'abord éloigner un peu plus les établissements assurant le service public hospitalier des établissements privés. Les comparaisons s'avéreront désormais impossibles.

La procédure budgétaire rend la concertation illusoire, face aux prérogatives désormais reconnues par la loi au représentant de l'Etat. De surcroît, l'institution de la caisse pivot, le renforcement du contrôle médical risque d'ajouter à la tutelle de l'Etat, celle des organismes d'assurance maladie.

Le budget global ne garantit pas, en tout état de cause, une gestion rigoureuse, et, en cas de surévaluation des dépenses dans le budget prévisionnel, le laxisme reste possible.

Cette réflexion vaut d'autant plus pour la première année d'application, qui favorisera les établissements coutumiers de la pratique dite du « faire de la journée » aux dépens des hôpitaux dont la gestion a été plus rigoureuse.

La dotation globale doit s'appuyer sur une globalisation du budget de l'établissement. La nouvelle procédure budgétaire suppose elle-même un « éclatement » de la définition des prévisions. Or, sans les moyens de gestion appropriés et compte tenu de la départementalisation qui va bouleverser l'organisation hospitalière, cette concertation, source d'une meilleure gestion, s'avérera illusoire. Ainsi conçue, la dotation globale risque donc de se réduire à un budget garrot.

En outre, la dotation globale ne s'applique pas aux autres « financeurs » de l'hôpital (ménages, mutuelles, aide sociale) et suppose donc le maintien d'une tarification à la journée, source de complication administrative.

Plus encore qu'aujourd'hui l'interdiction des budgets supplémentaires, les conditions de révision, en cours d'exercice, de la dotation globale, interdiront aux établissements de pouvoir tenir compte de l'évolution des hypothèses économiques et sanitaires initiales.

Au-delà de cette réforme financière, le projet de loi portant réforme hospitalière, actuellement en cours de discussion, bouleverse, ainsi qu'il a été dit, l'organisation interne des établissements.

Votre Rapporteur pour avis vous demande, sur ce point, de vous reporter au rapport précité (Sénat n° 51, 1983-1984).

Mais d'autres réformes ont été, sont ou seront réalisées, qui dépassent le strict cadre hospitalier et atteignent l'ensemble de notre système de soins.

En 1982, la réforme des études médicales et la suppression du secteur privé à l'hôpital public ont été les deux premières étapes de l'action gouvernementale.

A la fin de la présente année, les nouveaux statuts des praticiens hospitaliers seront définitivement arrêtés et soulèvent d'ores et déjà les protestations des intéressés, provoquant à nouveau une grève des praticiens.

A cet égard, il convient de rappeler qu'un statut n'est rien sans une grille salariale décente et des droits à une retraite digne.

Les atteintes à l'exercice libéral de la médecine se sont précisées :

— qu'il s'agisse d'abord de la politique des honoraires et des prix et de l'alourdissement corrélatif de leurs charges, qui étrangle les professionnels de la santé ;

— qu'il s'agisse surtout du développement des centres de soins intégrés, à travers notamment les actions expérimentales financées par les caisses d'assurance maladie, en application de la loi du 19 janvier 1983 ;

— qu'il s'agisse enfin du projet de loi sur les urgences, actuellement en sommeil, qui avait justifié les inquiétudes de votre Rapporteur dans son précédent avis.

En 1984, le projet de loi relatif à la coordination et à la planification sanitaires et portant définition des alternatives à l'hospitalisation, sera déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale.

Sur ce point également, votre Rapporteur pour avis vous demande de vous reporter au rapport précité (n° 51, Sénat 1983-1984). Ce projet laisse planer la double menace d'une nouvelle limitation de l'autonomie hospitalière et de la constitution d'un service national de la santé, et donc d'une nationalisation rampante de l'activité hospitalière privée.

Enfin, la loi relative au IX^e Plan vous propose une « régionalisation des responsabilités dans la maîtrise des dépenses de santé ». Sous cette formule, se cache une volonté d'engager financièrement les collectivités locales dans la gestion des établissements, au moment même où les élus locaux sont privés des moyens d'agir effectivement sur cette dernière.

L'ensemble de ces projets traduit à la fois la volonté politique du Gouvernement d'atteindre l'autorité médicale et de soumettre le développement de notre système de soins aux seules contingences économiques.

Cette double volonté conduira à une dégradation de la qualité de soins que votre Commission ne saurait accepter.

II. — L'ACTION SOCIALE

Comme les crédits consacrés à la Santé, les dotations budgétaires établies au profit de l'action sociale sont en grande partie affectées par les transferts de charges qu'impose la décentralisation.

Mais aussi, malgré certains efforts, indéniables, accomplis en faveur des jeunes et de la famille, ces crédits traduisent une révision à la baisse des actions volontaristes, notamment en faveur des personnes âgées.

Enfin, les contraintes budgétaires pèsent sur les établissements sociaux et menacent désormais leur pérennité.

Votre Rapporteur pour avis souhaiterait donc aborder successivement ces différents points.

A. — L'évolution des crédits du ministère des Affaires sociales : des coupes sombres.

1. *La section commune.*

a) *Les emplois et les effectifs.*

Le ministère des Affaires sociales, au titre de ce qu'il est convenu d'appeler pudiquement « la redistribution interministérielle des effectifs », enregistre une réduction de 220 emplois. 25 suppressions d'emplois sont ainsi engagées à l'administration centrale, 195 suppressions d'emplois vont intervenir dans les services extérieures des Affaires sanitaires et sociales : 10 inspecteurs, 35 secrétaires administratifs, 99 agents de bureau, 32 médecins contractuels et 19 agents contractuels.

Trois emplois sont créés à l'Ecole nationale de la santé publique.

Quatre emplois sont enfin créés à l'administration centrale : le premier d'inspecteur général adjoint sur le contrôle des services sanitaires des établissements pénitentiaires, le second d'ingénieur contractuel pour la mission « recherche expérimentation », les deux derniers correspondant à deux postes de chefs de service.

Les charges de personnel représentent plus des deux tiers (67,7 %) des crédits de la section commune. Elles doivent passer de 1.138,361 millions de francs à 1.300,380 millions de francs, soit une augmentation globale de 14,2 %.

L'effort de titularisation des agents et le « repyramidage » des deux corps seront poursuivis en 1984.

b) Les autres dotations budgétaires.

L'analyse des autres dotations de la section commune conduit à noter le dégagement de moyens supplémentaires destinés à améliorer le fonctionnement des services centraux. Toutefois, malgré les efforts de réorganisation des services engagés par le Ministère, une partie importante de ces crédits nouveaux est consacrée aux frais de mission, qui augmentent de 30 %. Une telle progression soulève, à l'évidence, de réelles interrogations.

Enfin, les dépenses d'informatisation justifient d'une partie importante de la progression des crédits contenus dans la section commune.

2. Les conséquences de la décentralisation sur les crédits d'action sociale.

S'agissant des dépenses d'aide sociale assumées par l'Etat, hors les dépenses sanitaires précédemment étudiées, elles sont désormais regroupées dans quatre chapitres budgétaires.

Le chapitre 46-23 « d'actions sociales obligatoires », dont la dotation s'élève à 8.443,90 millions de francs, correspond à la prise en charge, par l'Etat, des dépenses afférentes aux formes d'aides suivantes : cotisation d'assurance maladie des adultes handicapés, cotisations d'assurance personnelle, allocations aux familles dont les soutiens accomplissent le service national, allocation simple aux personnes âgées, frais afférents à l'interruption volontaire de grossesse, allocation différentielle aux adultes handicapés, frais d'hébergement, d'entretien et de formation professionnelle des personnes handicapées en établissements de rééducation professionnelle, frais de fonctionnement des centres d'aide par le travail et frais afférents aux centres d'hébergement et de réadaptation.

Le chapitre 46-24, relatif aux personnes sans domicile de secours, s'applique à des dépenses qui étaient déjà à la charge de l'Etat et est doté de 1.156,10 millions de francs.

Un chapitre spécifique 46-25, au titre du Fonds national de solidarité, est doté de 180 millions de francs correspondant à des dépenses inscrites à l'ancien chapitre 46-21.

Enfin, le chapitre 46-41, qui est principalement relatif à la participation de l'Etat au fonctionnement des services départementaux, n'est pas directement et immédiatement affecté par le partage des compétences. Ces crédits passent de 515 à 648,2 millions de francs (+ 25,9 %). Cet accroissement tient pour une large part au fait que la participation de l'Etat aux frais d'administration générale s'appliquera désormais aux dépenses de l'année en cours et n'est donc plus calculée, comme par le passé, sur la base des dépenses de l'année précédente.

Par ailleurs, en application de la loi de décentralisation (voir III), le remboursement par l'Etat aux collectivités locales des arriérés dus au 31 décembre 1983 au titre de l'ancien système, s'effectuera à compter de 1985, à raison de douze versements annuels. Un chapitre sera spécifiquement créé à cet effet dans le prochain budget.

3. *Les actions volontaristes : des reculs inacceptables.*

Le projet de budget marque un renforcement bien relatif des actions en faveur des familles et des jeunes, mais se traduit, en revanche, pour une moindre progression des crédits consacrés aux personnes âgées et aux handicapés.

a) *La famille.*

Les efforts consacrés à la famille s'inscrivent dans le programme prioritaire d'exécution n° 8 « assurer un environnement favorable à la famille et à la natalité ». Les mesures nouvelles (pour un total de 20 millions de francs) correspondantes sont les suivantes :

— 9 millions de francs seront consacrés au développement des contrats familles, permettant d'associer l'Etat, les collectivités locales et les familles à la mise en œuvre d'un urbanisme intégrant les besoins familiaux (chap. 47-21, art. 60) ;

— 3,8 millions de francs sont consacrés aux actions de prévention en faveur des jeunes, qui concernent les loisirs quotidiens des enfants et les actions « anti-été chaud » ;

— 0,7 million de francs sont alloués au titre de la formation des formateurs des assistantes maternelles ;

— 2,5 millions de francs seront consacrés à l'information en matière d'actions familiales, dont l'objectif est de valoriser l'image de la famille ;

— 4 millions de francs sont enfin accordés pour la création de l'institut de l'enfance et de la famille, qui sera à la fois un lieu de rencontre et d'échange pour les chercheurs et un instrument de documentation, d'information et de conseils pour les intervenants publics et les partenaires sociaux.

Par ailleurs, le programme de lutte contre la précarité et la pauvreté comprend une mesure nouvelle de 27,2 millions de francs pour l'accueil des mères isolées.

Au total, l'action sociale en faveur des enfants et des jeunes passe de 47,6 millions de francs à 77,4 millions de francs, soit une hausse de 62,35 %.

Certaines actions sont en revanche moins bien dotées, qu'il s'agisse des maisons familiales de vacances (— 2,5 %), des actions d'éducation familiale et sociale (+ 8 %) ou des services collectifs de voisinage (— 0,3 %).

Enfin, les crédits consacrés aux crèches chutent de 95,8 millions à 37,4 millions de francs, tandis que la dotation intégrée à la dotation générale d'équipement s'élève à 48,8 millions de francs auxquels s'ajoute un report de 1983 de 14 millions de francs. Malgré ce report, les crédits d'équipement pour les crèches enregistrent donc une baisse de 9,55 % (110,9 millions à 100,3 millions de francs).

Quant aux crédits pour les établissements sociaux d'aide à l'enfance, ils passent en autorisations de programme de 36,9 millions de francs à 14,4 millions de francs (— 60,85 %).

Ainsi, après le flux, voilà le reflux ; la politique familiale, au moment où notre pays enregistre à nouveau une chute de sa natalité, reste bien insuffisante.

b) *Les handicapés.*

Les moyens budgétaires consacrés aux actions en faveur des handicapés ont, avec le budget de 1983, connu une progression d'autant plus appréciable qu'elle était le plus souvent sensiblement supérieure à celle de l'ensemble du budget de l'Etat.

Les perspectives pour 1984 ne se présentent pas sous les mêmes auspices.

Pour les crédits finançant des activités proprement dites (par opposition aux aides financières) et si l'on met à part les établissements nationaux (Quinze-Vingts, etc.), les évolutions des dépenses ordinaires de la section Santé-Solidarité nationale n'appellent pas d'autre remarque que le signalement de « l'action sociale en faveur des inadaptés et handicapés » (chap. 44-21, art. 30) dont la dotation augmentera encore de 9 % après avoir bénéficié d'un taux de + 77 % en 1983. Cette ligne finance notamment les actions de maintien à domicile qui sont passées de 36 millions de francs en 1982 à 81 millions de francs en 1983.

Pour la section Travail-Emploi, on doit noter la croissance des crédits pour l'intégration dans le milieu ordinaire de travail

par le biais d'aides diversifiées aux entreprises (+ 92,8 %); peuvent également être relevées les dotations des E.P.S.R. (+ 81 %) et les subventions de fonctionnement des ateliers et des C.A.T. (+ 22 %) qui restent malheureusement très insuffisantes à la poursuite de l'effort en faveur de ces établissements, dont l'avenir est menacé.

La croissance marquée des prestations et des cotisations financées partiellement ou totalement par l'Etat qui apparaissent à la section Santé-Solidarité s'explique pour l'essentiel par le transfert à l'Etat de crédits jusque-là inscrits au niveau du département, ces financements n'étant plus désormais du ressort de ce dernier.

Votre Rapporteur doit noter les mesures très sévères prises par le Gouvernement en ce qui concerne les conditions d'attribution de l'allocation aux adultes handicapés. Cette allocation est un minimum social destiné à permettre aux personnes handicapées de faire face à leurs besoins essentiels.

Dès lors, les conditions de ressources retenues pour l'attribution de cette prestation ne conduisaient à prendre en compte que les seuls revenus réellement perçus après les déductions et abattements fiscaux de droit commun, auxquels s'ajoutaient les avantages fiscaux spécifiques aux personnes handicapées.

En revanche, le montant des arrérages de rentes servies ne rentrait pas dans l'assiette des ressources retenues.

Or le Gouvernement semble décidé à prendre en compte désormais ces arrérages en vue de réaliser des économies estimées par le Rapporteur général de la commission des Finances de l'Assemblée nationale à 700 millions de francs.

Cette mesure apparaît inacceptable et elle fait suite à d'autres restrictions imposées dans la précédente loi de finances, dans la définition des ressources retenues pour l'attribution de l'allocation aux adultes handicapés.

c) Les personnes âgées.

L'analyse des crédits consacrés aux personnes âgées traduit un tassement très net de l'action gouvernementale dans ce secteur.

La réduction du montant total des autorisations de programme en matière d'équipement social s'explique par les transferts à la dotation globale d'équipement (80,3 millions de francs).

En revanche, l'effort entrepris en matière d'établissements pour personnes âgées est stabilisé et le volume des crédits consacrés à la transformation des hospices n'évolue pas (327 millions de francs) alors que 148 millions de francs en autorisations de programme ont été finalement engagés en 1983. On note en revanche un accroissement (de 50 à 62 millions de francs) de la dotation rela-

tive à la rénovation des maisons de retraite et à la création de structures intermédiaires légères.

Le chapitre 47-81, article 40 « action sociale en faveur des personnes âgées », consacre 142 millions au financement d'actions favorisant le maintien à domicile, par l'amélioration de l'habitat et l'aide à la création de services d'aides ménagères et de soins à domicile.

d) *Les rapatriés.*

Les crédits d'intervention en faveur des rapatriés sont transférés au budget des Affaires sociales (gonflant ainsi artificiellement les crédits d'interventions publiques).

Ils sont répartis en quatre chapitres. Une action particulière sera engagée en 1984 au titre de la conservation du patrimoine culturel rapatrié.

**B. — De la rigueur appliquée à l'action sociale :
quelques aspects particuliers.**

Les dotations budgétaires précédemment étudiées ont conduit votre Rapporteur à porter plus particulièrement son attention sur la politique menée en faveur des personnes âgées. D'autre part, il souhaiterait souligner les conséquences de la rigueur budgétaire sur les conditions de fonctionnement des établissements sociaux.

*1. La politique en faveur des personnes âgées :
une baisse sensible de l'effort.*

a) *La transformation des hospices et la médicalisation des maisons de retraite.*

Votre Rapporteur doit constater à cet égard que la politique de transformation des hospices a subi, plus que toute autre, les effets de la rigueur budgétaire.

En 1981, les crédits en autorisations de programme atteignaient 155 millions de francs. Ils ont été portés, en 1982, à 300 millions. Toutefois, les mesures de blocage ont réduit ces crédits, en exécution, à 225 millions de francs.

Fixées à 327 millions de francs pour 1983, les dotations ont été finalement ramenées à 148 millions de francs.

Pour 1984, la somme de 327 millions de francs est simplement reconduite et, compte tenu de la pratique désormais courante des annulations en cours d'exercice, rien ne permet de penser que ces engagements financiers seront tenus.

Ainsi, le rythme de modernisation, accéléré au cours des deux dernières années, enregistre désormais un tassement. La commission de contrôle sénatoriale sur l'accueil des personnes âgées avait souligné les retards très préoccupants enregistrés dans ce domaine et, désormais, l'action gouvernementale ne semble donc plus constituer la réponse la mieux adaptée à cette inquiétude...

En revanche, la médicalisation des établissements s'est poursuivie en 1983, puisque le nombre des places, de 21.423 au 31 décembre 1982, sera de 48.862 au 31 décembre 1983.

b) La tarification.

Votre Commission n'a cessé de dénoncer le système de tarification applicable aux établissements pour personnes âgées, qui ne permet pas une prise en compte satisfaisante de l'état effectif de santé des personnes âgées. Il s'ensuit notamment des hospitalisations abusives en unités de soins intensives ou encore un appel excessif aux établissements psychiatriques, pour des raisons qui tiennent plus compte de l'intérêt des familles que de l'humanisation de l'accueil des personnes âgées.

En outre, votre Rapporteur pour avis appelle depuis longtemps de ses vœux la remise en cause de la loi de 1975, qui a artificiellement scindé le secteur sanitaire et social.

Malgré le rapport de la commission de contrôle sénatoriale, le rapport établi par le Secrétariat d'Etat, aucune mesure de réforme n'a été prévue dans ces différents domaines. Certes, le Gouvernement a indiqué que la prochaine loi sur les alternatives à l'hospitalisation définirait les principales orientations de sa politique.

Votre Rapporteur pour avis a, à l'occasion de l'examen de la loi hospitalière, souligné combien de telles mesures apparaissaient prioritaires, tant en vue d'améliorer l'accueil des personnes âgées que de la responsabilisation des familles et d'une meilleure maîtrise de coût de l'hébergement.

c) L'aide au maintien à domicile.

Le nombre de bénéficiaires de l'aide ménagère est passé, en 1981, de 378.000 à près de 408.000 en 1982, soit une augmentation de 8 % en un an. Cet effort, pour insuffisant qu'il soit, n'en vaut pas moins d'être noté.

Les crédits affectés à cette prestation sont passés de 1,785 milliard en 1981 à 2,191 milliards en 1982, soit une progression de 22,7 %.

Enfin, les conditions d'emploi des aides ménagères ont été améliorées par une convention collective en date du 11 mai 1983, agréée le 17 mai 1983.

Toutefois, le financement de cette réforme soulève des problèmes que votre Rapporteur pour avis ne peut passer sous silence. Ces nouvelles dispositions, attendues des professionnels, font désormais passer le prix de l'heure d'aide ménagère de 49,80 F aux environs de 60 F, sans que les conséquences financières n'en aient été réellement tirées.

On ne peut donc à la fois prétendre vouloir renforcer la politique de maintien à domicile et ne pas dégager les moyens de financement nécessaires.

Quant aux services de soins à domicile, ils se sont sensiblement développés. Au 1^{er} février 1980, 36 services fonctionnaient, représentant 1.000 places environ. Au 1^{er} avril 1981, on dénombrait 92 services en fonctionnement, représentant 3.000 places environ, créés ou en cours de création. Au 15 juin 1982, il y avait 159 services représentant 6.698 places. On compte aujourd'hui 521 services représentant 8.782 places.

Toutefois, la commission de contrôle sénatoriale a souligné les limites de la politique de maintien à domicile, qui ne saurait à la fois faire oublier les insuffisances de la capacité d'hébergement en établissement (notamment du quatrième âge) et le coût supplémentaire, aujourd'hui encore mal apprécié, d'une telle politique.

2. Les difficultés de gestion des établissements sociaux.

Si le taux directeur d'évolution contraint le secteur public sanitaire, il porte également une atteinte grave aux équilibres financiers des établissements sociaux.

Il convient de rappeler tout d'abord que les prix de journée 1984 de ces derniers devraient s'établir avec une progression moyenne de 6,1 % des charges de fonctionnement figurant en classe 6 (dont 5,8 % pour les frais de personnel). Une marge de manœuvre de 0,5 % afférente à l'incidence de la taxe sur les salaires et des reprises de déficits antérieurs ainsi qu'une marge complémentaire de 0,5 % concernant essentiellement les créations de postes dans les établissements très spécialisés (maisons de cures, soins à domicile...) sont autorisées. (Ce qui exclut pratiquement les I.M.P., I.M.P.R.O., centres d'aide par le travail et foyers d'hébergement.)

Un tel taux de progression est manifestement incompatible avec les contraintes subies par ces établissements.

Les années 1981 et 1982 ayant déjà comporté une procédure de fixation des prix de journée inspirée par une perspective trop optimiste des taux d'inflation prévisionnels et de l'omission d'une prise en compte réaliste des mesures sociales les plus diverses (horaires ramenés à trente-neuf heures, congés supplémentaires...), de nombreux établissements, malgré une gestion rigoureuse, ont enregistré dans leurs comptes administratifs des déficits représentant 1 voire 2 à 3 % de leur masse budgétaire.

Il convient, de surcroît, de retenir que les établissements ayant subi des déficits importants en 1981 ont été invités à en étaler la reprise sur deux exercices, ce qui peut conduire pour les budgets 1984 à reprendre 50 % d'un déficit 1981 plus 100 % d'un déficit 1982.

Sans s'apesantir sur les raisons structurelles et conjoncturelles qui permettent un certain scepticisme quant au respect des normes de progression en valeur des frais généraux établies sur la base d'un taux d'inflation de 5 %, il est nécessaire d'insister sur les points suivants :

— les budgets étant fixés par référence aux montants acceptés pour l'exercice précédent et non par rapport aux dépenses réelles anticipées, il est fréquent que sur certains postes, les crédits budgétaires soient inférieurs à ce qui avait été réellement dépensé deux exercices auparavant ;

— la norme de 5 % supposerait par un effet de moyenne que la majorité des dépenses ne progresse que de 3 ou 4 % en raison de l'existence prévisible pour 1984 de rubriques comportant des taux de hausse beaucoup plus importants (ensemble des dépenses d'énergie et des primes d'assurances : les dernières décisions jurisprudentielles et les mesures prévues dans la loi de finances, notamment en matière de taxes d'assurances, devraient conduire à une explosion de l'ordre de 15 à 25 % des bases de référence).

Enfin, compte tenu de la structure des budgets, dans lesquels les frais de personnel (y compris les charges sociales et fiscales) représentent le plus souvent 60 à 70 % de l'ensemble, même une modération sur les autres postes budgétaires ne peut suffire à contenir les budgets 1984 dans les normes précitées si le taux de progression de ce chapitre prépondérant dépasse de plus de 1 à 1,5 % la barre des 6 %.

Or, une étude effectuée à partir d'une vingtaine d'établissements permet de constater qu'à effectif constant, il est très difficile de ne pas atteindre une majoration de l'ordre d'au moins 8 % lorsque l'on additionne :

— les effets de la progression du point de la convention collective ;

— les incidences de progression à l'ancienneté de certains membres du personnel ;

— la prise en compte des perspectives 1984 en matière de charges sociales et fiscales, avec notamment le relèvement du plafond

de sécurité sociale, ainsi que des taux d'appel des caisses de retraites complémentaires, sans parler de l'effet de levier du non-relèvement des tranches de la taxe sur salaires.

Comment enfin ne pas remarquer :

— que les établissements ayant un personnel de valeur avec une stabilité de l'emploi supérieure à la moyenne sont pénalisés du fait de l'incidence de l'ancienneté dans la détermination des traitements dans la convention collective de 1966 (comme dans celle de 1951 d'ailleurs) ;

— que les exemples ci-dessus n'ont été analysés qu'en valeur sans qu'il soit tenu compte des besoins en volume de personnel résultant, soit des textes anciens non complètement appliqués, soit des textes sociaux plus récents :

- horaires à trente-neuf heures (double effet pour les foyers),
- congés maternité et congés de formation,
- besoins en service de suite,
- crédit d'heures pour les délégués du personnel.

En somme, les établissements anciens qui ont déjà bénéficié pour 1982 et 1983 de budgets insuffisants risquent de voir leur situation se dégrader rapidement en 1984.

Les effets de cette situation sur leur trésorerie, compte tenu des retards souvent importants dans le règlement des prix de journée (ou de la garantie de ressources pour les C.A.T.) risquent d'obérer sérieusement leur bon fonctionnement, à l'exception de ceux qui ont su se constituer une réserve de trésorerie dans les années 1970 à 1980.

En ce qui concerne les établissements nouveaux, la tendance à fixer leur dotation budgétaire par référence à la moyenne d'autres établissements dont les dotations sont souvent insuffisantes, et sans tenir compte que de tels établissements sont, par définition, dotés de moyens correspondant aux normes et techniques nouvelles, interdit un fonctionnement normal et conduit à la création d'un déficit important dès le premier exercice.

Dans de telles hypothèses, l'impossibilité d'obtenir en trésorerie des règlements convenables dans les premiers mois d'activité peut provoquer l'asphyxie financière si l'établissement ne dispose pas de l'appui d'une association ou d'un mécénat disposant d'importantes ressources propres de trésorerie.

Car, à la différence des établissements publics sanitaires, les établissements sociaux sont gérés souvent par des personnes privées, notamment en forme associative, pour qui l'accumulation des difficultés conduit tout droit, à terme, à une interruption de leurs activités.

III. — LA DÉCENTRALISATION : LE TRANSFERT DES RESPONSABILITÉS DANS LE DOMAINE DE L'ACTION SOCIALE ET DE LA SANTÉ

Avant de tenter de mesurer les charges financières que va représenter pour les départements la nouvelle répartition des compétences, votre Rapporteur ne croit pas inutile de rappeler les principales dispositions de la loi du 22 juillet 1983, dans le domaine de l'action sociale et de la santé.

A. — Les grands traits de la réforme.

1. *Rappel des principales dispositions de la loi du 22 juillet 1983.*

L'idée centrale de cette loi est d'avoir défini deux blocs de compétence distincts, relevant respectivement de l'Etat et du département. L'Etat a une compétence limitative, la compétence du département étant en quelque sorte de droit commun : l'Etat assure en effet un nombre limité de prestations correspondant à des critères précis — tout ce qui est revenu social minimal — alors que le département a désormais une compétence générale en matière de prestations d'aide sociale ainsi qu'en matière de prévention sanitaire et de services sociaux.

Cette nouvelle répartition des compétences entrera en vigueur le 1^{er} janvier 1984 :

a) *La répartition des compétences.*

Les compétences de l'Etat :

— compétences de l'Etat en matière de prestations d'aide sociale :

- les prestations automatiquement liées à des prestations de Sécurité sociale (cotisations d'assurance maladie...),
- les prestations de subsistance (allocations aux personnes âgées et handicapées),

- les prestations faisant appel à la « solidarité nationale » (I.V.G., etc.) ;

— compétences de l'Etat en matière sanitaire :

- la protection de la santé mentale, la lutte contre les toxicomanies et contre l'alcoolisme,
- le contrôle administratif et technique des règles d'hygiène, sous réserve des attributions des communes dans le cadre des bureaux municipaux d'hygiène et des services municipaux de désinfection.

Les compétences du département :

— compétence du département en matière de prestations d'aide sociale :

- l'aide médicale, à l'exception des cotisations d'assurance personnelle,
- l'aide sociale à l'enfance, à l'exception de la fonction de tuteur des pupilles de l'Etat conservée par le commissaire de la République,
- l'aide sociale aux familles, à l'exception des allocations pour soutien de famille qui sont à la charge de l'Etat,
- l'aide aux personnes âgées,
- l'aide aux personnes handicapées, dont le versement de l'allocation compensatrice versée aux personnes dont le handicap requiert la présence d'une tierce personne ;

— compétences du département en matière de prévention sanitaire et de services sociaux :

- actions de prévention sanitaire et sociale :
 - lutte contre les fléaux sociaux, prophylaxie de la tuberculose et des maladies vénériennes,
 - dépistage précoce du cancer et surveillance après traitement des anciens malades,
 - lutte contre la lèpre, principalement dans les D.O.M.,
 - vaccinations,
 - protection sanitaire de la famille et de l'enfance (P.M.I., à l'exception des mesures concernant l'I.V.G.) ;
- services sociaux :
 - service départemental d'action sociale prévu par la loi du 30 juin 1978 relative aux institutions sociales et médico-sociales,
 - service de l'aide sociale à l'enfance,
 - service de protection maternelle et infantile.

Les services extérieurs de l'Etat seront mis à la disposition du département dans l'attente de leur réorganisation et de leur partage.

On voit donc à l'énoncé de cette énumération, que si le principe de répartition des compétences est assez simple, dans les faits la ligne de pontage risque de s'établir plus difficilement, et ne manquera pas de susciter des difficultés tout au long de l'année 1984, et dans les années suivantes.

b) *Les attributions des instances départementales.*

Les attributions du conseil général.

En vertu des articles 34 et 42 de la loi du 22 juillet 1983, le conseil général aura compétence pour adopter un règlement départemental d'aide sociale et pour arrêter le schéma départemental des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

— Règlement départemental d'aide sociale.

Ce règlement définit les conditions d'attribution de toutes les prestations d'aide sociale versées par les départements, dont le montant ne peut être inférieur à un seuil fixé par décret. Le règlement peut en revanche prévoir des conditions d'attribution et des montants plus favorables que ceux qui sont fixés par décret, ceci intégralement à la charge du département.

— Schéma départemental.

Le schéma départemental des établissements et services sociaux et médico-sociaux est arrêté par le conseil général ; il aura notamment pour objet d'apprécier l'adaptation des moyens existants aux besoins, de prévoir les aménagements souhaitables et les services nouveaux à créer, de définir les priorités en matière d'investissements et de fonctionnement et d'aider à la programmation des actions du département.

Les attributions du président du conseil général.

Le président du conseil général a un pouvoir général d'attribution des prestations transférées, sous réserve toutefois des pouvoirs reconnus :

- à l'autorité judiciaire pour le placement d'enfants en difficulté,
- aux commissaires de la République lorsqu'ils agissent en qualité de tuteurs des pupilles de l'Etat,
- aux commissions d'admission de l'aide sociale,
- et aux commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel des handicapés (C.O.T.O.R.E.P.).

— Un pouvoir de création et d'habilitation des établissements.

Le président du conseil général sera compétent pour autoriser la création ou l'extension des établissements et services sociaux qui fournissent des prestations que le département prend en charge.

En revanche, le pouvoir d'autorisation du président du conseil général ne s'exerce pas pour les établissements et services qui fournissent des prestations prises en charge par l'Etat ou par la Sécurité sociale.

Au surplus, les pouvoirs d'autorisation s'inscrivent dans le cadre des dispositions actuelles et notamment celles prévues par la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales et des décrets pris pour son application.

L'habilitation, c'est-à-dire la décision qui autorise les établissements sociaux à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale sera désormais délivrée par le président du conseil général ; cette compétence nouvelle s'exerce à l'égard des nouveaux établissements ou à l'occasion des procédures de révision de ces habilitations prévues par la réglementation en vigueur. Elle ne devrait pas conduire à une remise en cause générale des habilitations actuellement en vigueur, le département étant aux termes de l'article 53 substitué de plein droit à l'Etat dans les droits et obligations découlant des conventions signées par ce dernier.

*2. Les transferts opérés en 1984 :
les menaces pour l'avenir.*

a) Les conditions du transfert de compétences en matière d'action sociale et de santé.

La première conséquence du transfert sera de mettre fin au système des financements croisés avec une participation de l'Etat et des communes variable selon la nature des dépenses et selon le département.

Les prestations transférées au département seront financées par celui-ci ; de son côté, l'Etat financera totalement les prestations non transférées. Les départements devraient recevoir les ressources nécessaires pour faire face aux charges du transfert sous deux formes :

- le produit d'impôts d'Etat transférés ;
- une dotation générale de décentralisation revalorisée chaque année.

Le projet de loi de finances pour 1984 prévoit que le montant des transferts de charges en matière sociale, serait l'année prochaine

de 19 milliards 409 millions de francs (1). Le produit des ressources fiscales transférées serait de 12 milliards 680 millions de francs (dont 7.680 millions de francs pour la vignette, 4.000 millions de francs pour les droits de mutation à titre onéreux et 1.000 millions de francs de plus-value fiscale résultant de la modification du régime d'exonération d'impôts fonciers bâtis dont bénéficient les constructions neuves).

La dotation générale de décentralisation, inscrite au budget du ministère de l'Intérieur devrait donc atteindre 6.729 millions de francs, le transfert des compétences se traduisant par ailleurs dans le « bleu » de la Santé par la suppression de quatre chapitres (chap. 46-11 et 46-21 d'aide médicale et sociale, et chap. 47-11 et 47-12 de protection et de prévention sanitaires et de lutte contre les fléaux sociaux) et une diminution de 13 milliards 551 millions de francs pour les dépenses ordinaires de 1983 à 1984.

Un bilan définitif des transferts de charges devrait être établi à la fin de l'année 1984, lorsque seront connus les comptes administratifs de 1983. Un ajustement des crédits de l'Etat sera, le cas échéant, opéré pour tenir compte des transferts de charge globalement constatés. Malgré les affirmations solennelles et réitérées du Gouvernement, selon lesquelles aucun transfert de compétences ne serait effectué sans un transfert de ressources correspondantes, votre Rapporteur ne peut qu'exprimer son inquiétude devant les risques de « dérapages financiers » que présente le nouveau système de répartition, et cela pour plusieurs raisons.

b) *Les dangers de la réforme.*

— *L'augmentation prévisible des dépenses sociales.*

Les charges sociales et sanitaires, du fait de l'allongement de la durée de la vie, de la modernisation et l'humanisation des établissements d'accueil ne peuvent que croître.

Par ailleurs, les demandes de prestation, en période de crise économique, ne peuvent que se multiplier. Mais, comme votre Rapporteur le soulignait déjà l'année dernière, en aucun cas la prise de conscience de l'ampleur des besoins face à la limitation des moyens ne doit entraîner une régression de la protection accordée jusqu'ici à des catégories particulièrement défavorisées de la population, ni instaurer des inégalités de protection d'un département à l'autre.

(1) Dont 45 millions de francs au titre de la révision des barèmes d'aide sociale.

— *Une indexation menaçante pour l'avenir.*

Les ressources allouées aux collectivités locales risquent de se révéler insuffisamment évolutives tant en ce qui concerne les impôts transférés qu'en ce qui concerne la dotation générale de décentralisation, indexée sur la D.G.F., elle-même indexée sur l'augmentation de la T.V.A. Ce point a été suffisamment analysé par notre collègue Christian Poncelet dans son excellent rapport au nom de la mission de décentralisation pour que votre Rapporteur se dispense d'y revenir.

— *Une participation des communes aux dépenses d'aide sociale encore mal définie.*

L'article 93 de la loi du 7 janvier 1983 et l'article 32 de la loi du 22 juillet 1983 ont confirmé le principe du maintien d'une participation des communes aux dépenses d'aide sociale.

En effet, les communes continuent d'exercer les compétences qui sont les leurs dans le domaine de l'aide sociale, notamment en ce qui concerne l'instruction des dossiers et les admissions d'urgence à l'aide médicale.

Toutefois, la nouvelle répartition des compétences entre l'Etat et les collectivités locales dans le domaine de l'aide sociale rend nécessaire une modification des règles de calcul des contingents communaux fixées par le décret du 21 mai 1955 : les communes contribuaient jusqu'alors au financement de certaines prestations qui seront désormais prises en charge par l'Etat dès le 1^{er} janvier 1984. En revanche, elles ne participaient pas aux dépenses liées aux prestations du groupe I (sauf en ce qui concerne les bureaux municipaux d'hygiène). Pour l'année 1982, la contribution de l'ensemble des communes aurait été de l'ordre de 5 milliards de francs.

Un décret en Conseil d'Etat doit normalement fixer les modalités pratiques de participation des communes aux dépenses d'aide sociale. Votre Rapporteur souhaiterait avoir des précisions en la matière, notamment sur les critères qui seront adoptés pour la fixation du montant de cette participation, et sur les dispositions prises pendant la période transitoire.

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

Le système antérieur des financements croisés a conduit les départements à assurer une charge croissante de trésorerie, liée au fait que l'Etat remboursait chaque année sa participation sous forme d'acomptes et d'une régularisation intervenant avec une année de décalage.

La dette totale de l'Etat s'élèvera à la fin de 1983 à environ 9 milliards de francs, contre 4 milliards de francs en 1979.

L'article 4 de la loi du 22 juillet 1983 prévoit bien que les sommes restant dues par l'Etat seront intégralement remboursées, mais à partir du 1^{er} janvier 1985 et sur un délai de douze ans. Il est inutile de souligner que ce délai de remboursement aboutira à une véritable spoliation des départements qui vont assurer dans ces conditions une large partie de la dette de l'Etat.

B. — Les projets en cours d'élaboration.

Deux questions restent aujourd'hui en suspens. La première tient aux conditions de l'affectation, à terme, des personnels de l'action sanitaire et sociale. La seconde est liée au contenu de la loi complémentaire, dont le dépôt est annoncé pour le printemps prochain, qui précisera les responsabilités des différents acteurs de la politique sanitaire et sociale.

1. Les conséquences de la décentralisation sur la répartition des personnels en poste dans les services extérieurs.

Selon la loi n° 82-213 du 2 mars 1982 relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions, pour l'exercice des pouvoirs et des responsabilités dévolus aux exécutifs départementaux et régionaux, des services ou parties de services de la préfecture ont été placés sous l'autorité des présidents des assemblées départementales et régionales. En revanche, en ce qui concerne les services extérieurs de l'Etat, la loi a prévu qu'ils seraient mis à disposition, en tant que de besoin, des présidents des assemblées locales pour la préparation et l'exécution des délibérations de celles-ci. Les modalités de cette mise à disposition sont le maintien de l'unité des services sous l'autorité des chefs de service et des commissaires de la République et son caractère provisoire limité par le vote de la loi portant répartition des compétences entre les différentes collectivités. Enfin, il est prévu qu'une convention entre le représentant de l'Etat et le président de l'assemblée locale fixe les modalités de la mise à disposition. Elle précise, en particulier, la situation des agents en fonction dans ces services. Ceux-ci restent régis par les statuts qui leur sont applicables lors de l'entrée en vigueur de la loi. De même, il n'est pas procédé à des mises à disposition individuelles.

La loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat a précisé la situation future des services extérieurs. En effet, le Parlement a confirmé le principe qu'à tout transfert de compétences devrait correspondre le transfert des services ou partie de services chargés à titre principal des compétences transférées. Cependant, la loi a précisé les modalités de ces transferts dans le temps (art. 8). Les services extérieurs de l'Etat seront réorganisés, dans un délai de deux ans à compter de la publication de la loi relative aux garanties statutaires accordées au personnel des collectivités locales, pour permettre leur transfert à l'autorité locale concernée. Par ailleurs, la loi du 7 janvier 1983 a précisé que les services non transférés pourront, en tant que de besoin, être mis à la disposition des autorités locales. Pour cela, elle a prorogé et confirmé le système conventionnel mis en place par la loi du 2 mars 1982. Celui-ci sera également appliqué aux services de l'Etat qui doivent être transférés, pendant la période nécessaire à leur réorganisation. Au cours de celle-ci, les services extérieurs resteront donc placés, dans leur organisation actuelle, sous l'autorité des chefs de service et des commissaires de la République.

En conséquence, bien que les dispositions de la loi n° 83-663 du 22 juillet 1983 relative à la répartition des compétences entreront en application le 1^{er} janvier 1984, aucune répartition de personnel n'aura lieu à cette date. Des études sont en cours pour que, dans le délai de deux ans fixé par la loi du 7 janvier 1983, les services soient réorganisés et transférés sous l'autorité des présidents des assemblées locales.

2. La loi complémentaire.

Le transfert des compétences autorisé par la loi de décentralisation devra faire l'objet d'une loi complémentaire destinée à clarifier les responsabilités des différents acteurs de la politique sanitaire et sociale. Dans l'instant, aucune information ne permet de savoir le contenu précis de cette loi, sinon la réponse apportée par le Gouvernement au Rapporteur pour avis du budget de la Santé de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale. Le projet devrait être présenté au Parlement au cours de la session de printemps 1984. La réponse donnée au Rapporteur pour avis de l'Assemblée nationale est la suivante :

« Le projet de loi complémentaire répond à plusieurs objectifs :

« Prioritaire, le premier sera d'intégrer dans les dispositions législatives existantes, les modalités d'exercice des compétences confiées au département. Cela concernera au premier chef les pou-

voirs qu'assumera le président du conseil général à l'égard de l'autorisation de création, du fonctionnement et de la tarification des établissements et services sociaux du département qui fournissent des prestations d'aide sociale dont le financement relèvera désormais du département. De même, la composition des commissions d'admission à l'aide sociale sera revue afin de rééquilibrer la participation du conseil général.

« Le second objectif sera d'assurer la cohérence des actions sociales menées dans le département. Il s'agira, en premier lieu, de préciser les modalités de la coordination, notamment pour le fonctionnement du service social. Il y aura lieu également de mieux définir la place et le rôle des bureaux d'aide sociale qui, devenant des centres communaux d'action sociale, seront appelés à confirmer leur vocation de lieux de coordination de l'action sociale locale. Cet objectif conduira enfin à préciser le rôle de l'Etat qui, dans le cadre des blocs de compétence définis, conservera le financement de certaines prestations d'aide sociale. Il aura, de ce fait, un champ d'intervention directe précis, mais conservera des pouvoirs généraux de contrôle, d'incitation, d'expérimentation.

« Le troisième objectif visera à définir les garanties que la loi donnera aux usagers. La fixation des conditions minimales d'attribution des prestations d'aide sociale conduira également à préciser des normes qui resteront simples, notamment au plan qualitatif dont le but sera essentiellement d'assurer la finalité des équipements sociaux. Les garanties que la loi donnera aux gestionnaires de ces derniers devront également être précisées, notamment pour ce qui a trait aux conventions d'aide sociale.

« Le quatrième objectif sera de clarifier et d'harmoniser les systèmes de prise en charge au titre de l'aide sociale, de simplifier et de moderniser les mécanismes actuels qui ont vieilli, notamment au regard de l'affectation des ressources des personnes âgées à leurs frais d'hébergement. L'évolution a conduit l'aide sociale à intervenir plus en termes de droit qu'en termes d'assistance. La toilette de textes anciens permettra de tenir compte, là où il en est besoin, de cette évolution. »

Votre Commission ne saurait, en l'instant, porter une appréciation sur des intentions qui paraissent bonnes. Des intentions à la réalisation...

CONCLUSIONS DE LA COMMISSION

En somme, votre Commission :

— constatant la réduction sensible des crédits affectés aux actions volontaristes, qu'il s'agisse de la politique de la santé ou de l'action sociale ;

— condamnant des annulations de crédits en cours d'exercice, qui enlèvent aux engagements contenus dans la loi de finances toute crédibilité ;

— notant la situation très difficile dans laquelle sont placés les établissements sanitaires et sociaux, du fait des restrictions budgétaires qui leur sont imposées ;

— renouvelant son opposition aux bouleversements de nos structures hospitalières et à la mise en place d'une médecine de pénurie ;

— craignant, pour le présent et l'avenir, les effets financiers de l'impécuniosité de l'Etat sur les transferts de compétence, qui pénaliseront les collectivités locales ;

— constatant qu'en tout état de cause, la rigueur appliquée aujourd'hui n'est malheureusement que la conséquence d'une politique économique initiale condamnable,

vous demande de **rejeter** les **crédits consacrés** à la **Santé** et à l'**Action sociale** dans la loi de finances pour **1984**.