

N° 73
SÉNAT

PREMIÈRE SESSION ORDINAIRE DE 1984-1985

Annexe au procès-verbal de la séance du 19 novembre 1984.

AVIS

PRÉSENTÉ

*au nom de la commission des Affaires sociales (1), sur le projet de loi
de finances pour 1985, 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 Béranger, Guy Besse, André Bohl, Charles Bonifay, Louis Boyer, Louis Caiveau, Jean-Pierre Cantegrit, Marc Castex, Jean Cauchon, Henri Collard, Georges Dagonia, Marcel Debarge, André Diligent, 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 Rabineau, Gérard Roujas, Olivier Roux, Edouard Soldani, Paul Souffrin, Louis Souvet, Georges Treille.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (7^e législ.) : 2367 et annexes, 2365 (annexes nos 2 et 3), 2366 (tomes I et II) et in-8° 683.

Sénat : 68 et 69 (annexes nos 1 et 2) (1984-1985).

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

SOMMAIRE

	Pages
EXAMEN PAR LA COMMISSION	3
INTRODUCTION	5
PREMIERE PARTIE. — LA SANTE	7
I. — Les crédits du Secrétariat d'Etat à la santé	7
A. Les dépenses en matière de prévention et de protection	8
1. Les dépenses obligatoires de santé: 3,151 milliards de francs.	8
2. Les actions volontaristes: 154 194 877 F	11
B. Les crédits consacrés à la formation des personnels médicaux et paramédicaux	13
1. La formation	13
2. Les bourses de formation	15
C. Les crédits consacrés à la recherche	15
D. La pharmacie et le médicament	15
E. Les dépenses en matière d'équipements hospitaliers	16
II. — Les inquiétudes quant au fonctionnement de notre système de soins	17
1. L'encadrement très rigoureux des dépenses hospitalières	18
2. Les lourdes menaces pesant sur les investissements des établissements hospitaliers	22
3. Les réformes à venir: une nécessité	24
a) P.M.S.I. (projet médicalisation des systèmes d'information)	24
b) Réforme de la planification des équipements sanitaires	26
DEUXIEME PARTIE. — L'AIDE SOCIALE	29
I. — Les moyens du ministère des Affaires sociales	29
1. Présentation générale des crédits gérés par le ministère	29
a) Section commune: 2 milliards 176 pour 1985	29
b) La section santé: 29 milliards 682 pour 1985	30
2. Les moyens des services font l'objet de mesures d'austérité	30
a) Diminution des effectifs	30
b) Volonté de s'adapter aux besoins et d'améliorer la productivité	31

II. — L'action sociale à la charge de l'Etat, victime de l'austérité.....	32
1. Le maintien de la politique menée en faveur de la famille.....	33
2. La formation des personnels sociaux est lourdement menacée....	33
3. Les économies en matière d'action sociale obligatoire et d'actions volontaristes.....	37
4. Une lourde hypothèque pour l'avenir: les restrictions en matière d'investissement en équipements sociaux.....	38
TROISIEME PARTIE. — LES EFFETS PERVEFS DE LA DECENTRALISA- TION. LE DESENGAGEMENT DE L'ETAT.....	41
A. Le désengagement de l'Etat se traduit par un transfert de charges vers les collectivités locales.....	41
1. Répartition des compétences en matière sanitaire et sociale.....	41
a) En matière d'aide sociale.....	42
b) En matière de santé.....	43
2. Les menaces quant à un éventuel désengagement de l'Etat.....	44
a) Les « personnes sans domicile de secours ».....	44
b) Les personnes handicapées.....	47
c) Les personnes âgées.....	47
B. Les responsabilités de l'Etat en matière de lutte contre la pauvreté ..	49
1. Le constat en 1984.....	49
2. Les responsabilités.....	50
3. A quel niveau doivent être prises les solutions.....	51
CONCLUSIONS.....	55

La Commission a tout d'abord entendu M. Jean Chérioux, Rapporteur pour avis du projet de loi de finances pour 1985 sur les crédits de la santé et de l'aide et action sociale. M. Jean Chérioux, rappelant que les crédits santé et aide sociale sont au cœur du débat politique, constate qu'après les années fastes où l'on a procédé à des réformes de structures, de grande envergure, le projet de loi de finances pour 1985 impose des mesures sévères d'austérité. Ceci se traduit par des reculs inacceptables tant en ce qui concerne les actions sanitaires que les actions sociales. Le Rapporteur a présenté les coupes sombres réalisées au travers du fascicule budgétaire.

Il a ensuite présenté les très graves difficultés que connaissent les établissements hospitaliers dans leur gestion, en raison de la très faible progression de leurs dotations budgétaires en 1984 et 1985.

Dans le domaine social, M. Jean Chérioux a présenté les principales actions pour lesquelles des économies étaient réalisées.

Enfin, le Rapporteur a fait état de graves inquiétudes générées par les effets pervers de la décentralisation. Les premiers mois d'application de la réforme font penser que l'Etat se désengage insidieusement de certaines de ses responsabilités.

Présentant alors les moyens de lutte contre la grande pauvreté, M. Jean Chérioux a rappelé les responsabilités de l'Etat en matière de progression du chômage, et de limitation de son indemnisation. Il a dénoncé l'insuffisance des moyens dégagés, et souhaité que soit réellement défini un ensemble de mesures relevant de la solidarité nationale auquel les collectivités locales et les partenaires sociaux pourraient apporter leur concours.

Au cours du débat qui a suivi, auquel ont participé MM. Hector Viron, Louis Boyer, Jean-Paul Bataille, Henri Collard, Bernard Lemarié, Pierre Jouvot, Jean-Pierre

Fourcade et Jean Chérioux, il a été apporté des précisions sur la situation catastrophique que connaissent certains hôpitaux, et sur les conséquences dramatiques qu'auront dans l'avenir les « non-investissements » des années 1983-1984-1985, ainsi que l'ensemble des réformes qui ont profondément modifié les structures hospitalières françaises.

En ce qui concerne l'action sociale et les effets induits par la décentralisation, les sénateurs ont insisté sur les très lourdes responsabilités financières qui incombent désormais aux départements, et qui résultaient pour partir du désengagement de l'Etat. Ils ont souhaité voir mentionnées dans le rapport, leurs inquiétudes quant à l'accroissement dans l'avenir du budget de l'aide sociale à l'enfance, moyen indirect de lutte contre la pauvreté, et mis à la charge du département, alors qu'il est clair que l'Etat porte là une lourde responsabilité.

A l'issue de ce débat, et au vu des conclusions de M. Jean Chérioux, constatant des reculs inacceptables dans le domaine de l'action sanitaire et sociale, la situation financière très difficile des hôpitaux, et le désengagement insidieux de l'Etat, après la mise en place de la décentralisation, la Commission des affaires sociales, procédant au vote, a rejeté l'ensemble des crédits pour la santé et l'action sociale pour 1985.

Mesdames, Messieurs,

Comme chaque année nous avons à examiner les crédits du ministère des Affaires sociales et de la Solidarité nationale, ainsi que ceux du secrétariat d'Etat chargé de la santé, qui lui est rattaché.

La nouvelle répartition des compétences résultant de la modification de la composition du Gouvernement intervenue en juillet 1984 n'a eu que peu d'incidences sur la structure du document budgétaire qui vous est soumis. Une fois encore l'unité du domaine social l'emporte sur les découpages ministériels successifs ! Souhaitons que cette thèse se vérifie également dans la gestion quotidienne et pratique et que ces multiples découpages ministériels n'entraînent pas d'incohérence ou une mauvaise coordination dans les actions à mener.

Depuis 1981 les orientations prises en matière de santé et d'action sociale et les débats passionnés dans le cadre duquel elles ont été prises, nous ont très largement montré que ces deux domaines constituaient un maillon fondamental du débat politique. 1981-1982-1983, période des années fastes, voyait se succéder propositions, projets, Charte de la santé, documents, qui peu ou prou, visaient à une modification en profondeur des structures existantes et à une remise en cause de l'héritage sanitaire et social, auquel nous avons eu maintes fois l'occasion de redire notre attachement.

L'époque des grands bouleversements semble révolue. Le secteur de la santé et de l'action sociale est aujourd'hui frappé de plein fouet par les mesures d'austérité que le Gouvernement est tenu de prendre, en raison de ses erreurs passées. Le budget de la santé est un budget pauvre, il n'est plus au rang des priorités retenues par le Gouvernement dans la loi de finances pour 1985 et nous ne pouvons que le déplorer.

Mais ce qui est encore plus grave, c'est que dans ce contexte d'austérité et de gestion draconienne, un certain nombre de réformes sont mises en place. Les pouvoirs publics n'ont renoncé à rien en ce qui concerne les structures hospitalières et leur financement.

Bien plus, à l'heure de la décentralisation, les mesures d'austérité décidées entraînent une révision à la baisse de la politique d'action sociale mise en place depuis vingt ans. L'Etat, pour les actions dont il a conservé la compétence, se désengage, faisant ainsi reposer une responsabilité financière de plus en plus lourde sur les collectivités locales. La Haute Assemblée, grand Conseil des communes de France, entend dénoncer avec force ce mouvement insidieux.

*
* *

Au-delà donc du strict examen des crédits santé et action sociale des deux ministères, c'est donc l'ensemble de la politique arrêtée par le Gouvernement en matière de santé et d'aide sociale que nous pouvons examiner, afin de dénoncer les reculs inacceptables que nous constatons, ainsi que les effets pervers de la décentralisation dus à un relatif désengagement de l'Etat.

PREMIERE PARTIE

LA SANTE

I. — LES CREDITS DU SECRETARIAT D'ETAT A LA SANTE

Le budget « santé » recouvre des dépenses liées aux actions de fonctionnement et d'investissement hors de l'administration.

Les crédits gérés par le secrétariat d'Etat à la santé ne constituent qu'une part infime des dépenses de santé en général. La consommation médicale finale était de 320 milliards de francs en 1983, et les crédits relevant de la compétence du secrétariat d'Etat à la santé s'élèvent à 5 143,37 millions de francs. La participation financière de l'Etat est faible, mais les options que ce dernier choisit influent de manière fondamentale sur les orientations de la politique de la santé.

C'est pourquoi il convient d'examiner ces crédits avec soin et de dénoncer de façon plus large les risques qu'encourt notre système de soins.

Les crédits de la santé s'élèvent à 5,1 milliards de francs, soit une progression par rapport à 1983 d'un peu moins de 5 %. La santé n'est pas dans le projet de loi de finances pour 1985, retenue comme une priorité. Bien plus, les rigoureuses mesures d'austérité imposées entraînent des coupes sombres parfois dramatiques. Comme on le verra, la plupart des postes sont en régression.

LES DIVERSES DOTATIONS ET LEUR EVOLUTION

Rubriques budgétaires	Dotations 1984	Dotations 1985	Variations	
			en valeur absolue	1985/1986 en valeur réelle
I — Santé				
Dépenses obligatoires de santé (chap. 47.14)	2 821,07	3 151,87	+ 330,80	+ 12 %
Programme d'action sanitaire (chap. 47.13) ..	178,69	154,19	-- 24,50	-- 14 %
Autres actions de protection sanitaire - chap. 34.11, 36.51, 47.51 (partie), chap. 50 (partie) CP	87,83	82,43	-- 5,40	-- 6 %
Formation des professions sanitaires - chap. 43.31, 43.32, 43.34 (partie)	593,13	569,86	-- 23,27	-- 4 %
Ecole nationale de la santé publique (chap. 36.41)	48,98	51,24	+ 2,26	+ 5 %
Actions dans le domaine du médicament - chap. 47.51 (partie)	10,70	9,20	- 1,50	-- 14 %
Action en matière d'équipements hospitaliers et médicaux (chap. 47.52)	12,77	11,27	1,50	- 12 %
Conventions à l'Institut Curie (recherche), chap. 47.51 (partie), chap. 50 (partie) CP	20,40	22,21	1,73	-- 8 %
Investissements sanitaires (chap. 56.10)				
AP	13,00	15,00	+ 2,00	+ 15 %
CP	19,00	15,50	4 50	- 24 %
Subventions d'équipement sanitaire, chap. 66.11 (hors hospice)				
AP	920,70	691,80	228,90	- 25 %
CP	1 120,40	1 075,60	-- 44,80	-- 4 %
Total santé DO + CP	4 913,05	5 143,37	+ 230,32	+ 5 %

Une place à part devant être faite à la psychiatrie, force est de dire que les mesures de rigueur arrêtées permettent difficilement de financer des actions nouvelles.

A. Les dépenses en matière de prévention et de protection

1. Les dépenses obligatoires de santé : 3,151 milliards de francs

Le chapitre 47-14, principal poste de dépenses (80 %), regroupe les anciens chapitres 47-11 et 47-12, et à ce titre les domaines restant de la compétence de l'Etat après la mise en place de la décentralisation.

On peut brièvement rappeler les compétences de l'Etat.

a) contrôle de l'hygiène et mesures générales contre les épidémies : 6,8 millions de mesures d'économie;

b) services de santé à Mayotte et dans les territoires d'outre-mer;

c) lutte contre l'alcoolisme : réduction de crédits de 7,8 %;

d) lutte contre la toxicomanie : 4,6 % de réduction de crédits. Les rigueurs budgétaires empêchent toute création, voire même toute extension des services existants;

e) crédits d'hygiène mentale + 18 % : 2,4 milliards.

Ils financent l'ensemble des activités ambulatoires réalisées par les secteurs psychiatriques.

Cette très forte progression résulte de la compensation en cours d'année, de l'insuffisance des crédits arrêtés par la loi de finances pour 1984.

En effet, les calculs pour le budget 1984 avaient été faits sur la base des contributions de l'Etat, avant la loi sur la décentralisation, soit 80 % de la dépense totale. Depuis le 1^{er} janvier 1984, l'Etat gère la totalité du secteur psychiatrique. Cette erreur de calcul a fait apparaître un trou de 350 millions partiellement corrigé par une dotation complémentaire de 290 millions. Par rapport à la dotation de 1984 « rectifiée », les crédits d'hygiène mentale progressent de 4 %. Cette évolution ne permet pas d'envisager de nouveaux recrutements, ni la mise en place de nouveaux moyens.

En 1983, le bilan des prises en charge ambulatoires et à domicile était le suivant :

— 3 000 agents de statut départemental (infirmiers, psychologues, assistantes sociales, orthophonistes...);

— nombre de dispensaires et points de consultation en hospices, maisons de retraite, prisons : 4 600;

— nombre de consultants : 605 000 dont 205 000 nouveaux consultants;

— nombre de visites à domicile effectuées par les divers membres des équipes : 655 000;

— nombre de placements familiaux spécialisés en psychiatrie : 2 700.

Ces activités ambulatoires sont réalisées par les secteurs psychiatriques. Actuellement le territoire français est subdivisé en 780 secteurs de psychiatrie pour adultes et 290 intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile. Il est à noter qu'environ un tiers des secteurs ou intersecteurs sont dorénavant rattachés à ces centres hospitaliers généraux.

Le système actuel consacre un clivage « prévention-soins » sans rapport avec la réalité.

Les structures hospitalières sont financées par le régime de la sécurité sociale.

En 1981 l'équipement hospitalier psychiatrique pouvait se décrire ainsi :

— nombre d'établissements hospitaliers disposant d'unités d'hospitalisation en psychiatrie : 200 (dont 100 centres hospitaliers généraux)

— nombre de lits : 120 000;

— nombre de malades hospitalisés : 100 000 (120 000 en 1971);

— pourcentage de malades présents en placement d'office ou volontaires par rapport à l'ensemble des hospitalisés : 41,5 % (73 % en 1971);

— durée moyenne de séjour des patients hospitalisés : 132 jours (247 jours en 1971).

Les structures ambulatoires sont financées par l'Etat à 100 % mais 80 % de leur activité sont consacrés aux soins et non à la prévention. En effet, la politique de secteur a notamment permis :

— la diminution sensible du nombre des patients hospitalisés (24 000 malades de moins en 15 ans);

— la réduction de la durée moyenne de séjour à l'hôpital, celle-ci est passée en dix ans de 247 jours à 132 jours;

— le développement des prises en charge ambulatoire, le nombre des patients suivis hors l'hôpital ayant été multiplié par 3 au cours de la même période.

Il conviendra dans les années à venir d'harmoniser le financement de la psychiatrie publique, de favoriser la mobilité des agents entre les structures intra ou extra hospitalières, et d'améliorer au niveau

départemental la coordination entre la psychiatrie publique et privée, et l'ensemble du système de santé. Le IX^e Plan fixe un certain nombre d'objectifs : fermeture de 12 000 lits inoccupés et transformation de 28 000 lits en institutions plus légères.

Votre commission reviendra plus longuement sur les dangers que peuvent entraîner ces mesures. Il lui semble primordial que de telles mesures de fermeture ou de transformation soient arrêtées en coordination avec les autres professionnels de santé, afin qu'ils répondent au besoins réels. Plus particulièrement, la transformation du secteur psychiatrique peut influencer de façon considérable sur l'évolution des structures d'hébergement pour les personnes âgées. En ce domaine, une solution radicale tendant à la fermeture des lits psychiatriques est une aberration. Nous aurons l'occasion d'y revenir dans notre partie consacrée aux effets pervers de la décentralisation.

2. Les actions volontaristes : 154 194 877 F

Les économies décidées entraînent une réduction des crédits pour un montant de 26,5 millions de francs.

On peut rappeler que le chapitre 47-13 regroupant les programmes de protection et de prévention sanitaire avait enregistré une progression considérable entre 1981 et 1982 (1981 : 115 millions; 1982 : 249 millions).

Le projet de loi de finances pour 1984 fixait une progression de 8,89 %. Après ces années fastes, les mesures draconiennes sont d'autant plus dures à arrêter.

- Votre Rapporteur ne peut que déplorer que les programmes consacrés à la maternité et l'enfance, et plus particulièrement ce qui a trait à la périnatalité, fassent l'objet de 10 millions de francs d'économies sur un total de 28 millions de francs.

- De même, les actions de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies voient leurs crédits réduits de 1,295 million de francs.

- Les crédits affectés aux programmes régionaux de prévention ont été également révisés en baisse :

1983 : 55,4 millions de francs.

1984 : 46,7 millions de francs.

On peut rappeler que ces crédits déconcentrés servent au financement des observatoires régionaux ainsi qu'au lancement d'études ou d'action de prévention.

Il existe actuellement 22 observatoires régionaux dont trois outremer (Guadeloupe, Guyane, Réunion); 12 d'entre eux ont été créés entre mars 1983 et mai 1984; 2 doivent être mis en place en Bourgogne et Corse. Ces observatoires ont procédé à l'inventaire des diverses sources de données épidémiologiques, locales et effectué les études portant sur des thèmes aussi divers que la périnatalité, l'analyse de la mortalité régionale, les personnes âgées, le cancer, l'alcool, l'environnement, la santé au travail. La mise en œuvre de la politique de promotion de la santé, dans le cadre du IX^e Plan, passait par la mise en place des comités consultatifs de promotion de la santé, au niveau départemental (30) et régional (15), chargés de favoriser la prévention.

— De l'exploitation des rapports transmis par les DRASS sur l'utilisation des crédits « Programmes régionaux de prévention » il est ressorti que sur 48,9 millions de francs consacrés à ces programmes :

— 22,7 millions de francs ont été consacrés aux observatoires régionaux de la santé et à la réalisation d'enquêtes épidémiologiques;

— 17,3 millions de francs ont permis l'élaboration de programmes de prévention (5,9 millions de francs : hygiène de vie (nutrition, alcool, tabac); 7,1 millions de francs : protection de la santé de la mère et de l'enfant; 1,1 million de francs : environnement et hygiène du milieu);

— 8,9 millions de francs ont été consacrés à l'éducation pour la santé.

En 1984 et suivant les dossiers communiqués par les DRASS, on peut déjà constater que les programmes retenus se situent dans le cadre de la lutte contre les inégalités en matière de santé, basée sur une bonne connaissance de l'état de santé de la population concernant en priorité des groupes de populations défavorisées présentant des risques spécifiques, soit en raison de leurs conditions de travail, soit en raison de leur environnement sanitaire, soit en raison de leur milieu d'habitation; une attention particulière est portée aux populations résidant dans les quartiers sensibles retenus par la Commission nationale pour le développement social des quartiers.

Pour 1985, les économies arrêtées vont freiner le développement de ce type d'études et d'actions préventives, à l'heure où il eût été très utile de porter plus particulièrement l'attention sur les populations défavorisées, en matière d'habitat et d'accès au système de soins.

• Votre Rapporteur note que les crédits consacrés aux secours d'urgence ne font pas l'objet de mesures d'économie.

La dotation fixée en 1984 est reconduite en 1985, soit 35 694 millions de francs. Elle permettra de verser à divers centres hospitaliers des subventions de fonctionnement pour les secrétariats SAMU, les centres 15, et pour permettre l'acquisition de matériel de radio-communication destiné au fonctionnement des services d'aide médicale urgente (SAMU et SMUR).

Au 31 juillet 1984, il existait 88 SAMU rattachés aux centres hospitaliers des chefs-lieux de département, et il y avait 11 centres 15 en activité. Six autres centres 15 devraient être créés en 1985. La gestion de ces centres doit être assurée conjointement par le service public hospitalier et par la médecine privée d'exercice libéral.

A ce sujet, il convient de rappeler que le projet de loi relatif à l'aide médicale urgente n'a toujours pas été déposé devant le Parlement. Il lui serait soumis à la session de printemps 1985 mais sans certitude. Il conviendra alors d'examiner ce texte avec la plus grande attention pour qu'il ne constitue pas une atteinte supplémentaire à l'exercice de la médecine libérale. En effet, il faudra définir clairement la place et le rôle du secteur privé et des médecins libéraux.

B. Les crédits consacrés à la formation des personnels médicaux et paramédicaux

1. La formation

Ces crédits représentent 443 702 millions de francs, soit une diminution des crédits de 13 millions de francs par rapport à 1984.

Ces restrictions visent essentiellement les écoles de formation de sages-femmes et les auxiliaires médicaux. Ces économies sont réparties tant sur les écoles publiques que sur les écoles privées.

Il est à craindre que certaines écoles ne soient obligées de fermer.

On peut rappeler quels sont les effectifs en formation, toutes années confondues (derniers chiffres connus octobre 1982).

infirmiers	45 177
puéricultrices	828
aides anesthésistes.....	822
infirmiers de salles d'opérations....	223
cadres infirmiers	990
laboratins.....	1 208
manipulateurs d'électro-radiologie..	1 113
masseurs kinésithérapeutes.....	6 294
pédicures	876
ergothérapeutes.....	632

Quant aux crédits consacrés à la formation des étudiants en médecine, en odontologie et en pharmacie, ils sont simplement reconduits en francs courants, soit 64 976 millions de francs.

On peut craindre que la loi de 1982 sur la réforme du 3^e cycle soit difficile à mettre en œuvre sur certains points. Et plus particulièrement sur la participation des médecins généralistes non universitaires à l'enseignement de 3^e cycle. Ces médecins devraient être rémunérés en cours complémentaires. Un crédit d'environ 4,6 millions de francs est prévu au budget 1985 de l'Education nationale pour prise en charge de ces cours. Par ailleurs, le décret du 9 juillet 1984, dans ses articles 11 à 22, a rappelé le principe et fixé les modalités d'organisation du stage chez le praticien. La rémunération de ces maîtres de stages est prise en charge par le ministère des Affaires sociales et de la Solidarité nationale. Etant donné la faible progression des crédits consacrés à la formation, tout laisse à penser que ces stages pourront difficilement être organisés et financés en 1985.

• En revanche les crédits affectés à la formation des personnels gestionnaires, assurée par l'Ecole nationale de la santé publique, à Rennes, progressent de 5 % pour atteindre 51,2 millions de francs.

Personnel :

- reconduction du budget 1984 majoré de 5,50 %;
- mesures complémentaires s'élevant à 465 980 F.

Fonctionnement :

- subvention de 11 823 064 F soit la reconduction du budget voté en 1984 moins 2 %.

Le Rapporteur enregistre la progression de ces crédits. A l'heure de la réforme du financement des établissements hospitaliers, cela suppose de la part de leurs gestionnaires des compétences accrues en matière de gestion, d'évaluation des besoins. Il est probable que dans les années à venir, le contenu des études devra être renforcé.

2. Les bourses de formation

Votre Rapporteur s'inquiète également des mesures d'économie décidées en matière de bourses. Les crédits finançant les bourses d'études dans le secteur paramédical s'élèvent à 117,9 millions de francs enregistrant une diminution de 13,4 millions par rapport à 1984.

C'est donc que le montant des bourses ne sera pas revalorisé et que le nombre des bénéficiaires n'augmentera pas pour 1985.

C. Les crédits consacrés à la recherche

On peut rappeler que le budget de la recherche échappe très largement au secrétariat d'Etat à la santé. Ce dernier ne gère plus que des actions secondaires. Le chapitre 36-51 regroupe les dépenses destinées au service central de protection contre les rayonnements ionisants (SCPRI) et à l'INSERM, pour un montant total de 39.134 millions de francs, soit une progression de + 1,8 million par rapport à 1984. On peut regretter que pour les actions restant de la compétence du secrétariat d'Etat à la santé, la progression des crédits soit aussi faible, alors que le rôle de l'INSERM est fondamental en matière de progrès médical, de recherche pure et appliquée à de nouvelles thérapeutiques.

D. La pharmacie et le médicament

- Les subventions de l'Institut Pasteur sont de plus en plus réduites (12,5 millions en 1985 contre 18,4 millions en 1984), d'une part parce qu'elles tiennent dorénavant compte des ventes réalisées par cet institut et d'autre part parce que la participation de l'Etat est pour la presque totalité imputée sur les crédits du ministère de la Recherche.

- De façon plus générale, en 1985 les actions en faveur de la pharmacie seront faibles, les crédits y étant consacrés diminuant de 1,5 million de francs pour être fixés à 11,2 millions pour 1985.

E. Les dépenses en matière d'équipements hospitaliers

Là également les mesures d'économies décidées ont été très sévères. Votre Rapporteur ne peut qu'être très inquiet de ces mesures prises, car non seulement elles ont pour conséquence de différer la réalisation d'équipements dont on pouvait avoir besoin dans l'immédiat, mais de façon dramatique, elles hypothèquent l'avenir de notre parc hospitalier, remettant en cause tant ses structures que son niveau technologique.

Votre Rapporteur se contentera ici de faire état des chiffres bruts renvoyant à la partie consacrée aux menaces qui pèsent sur le système de soins, pour faire des développements plus complets.

Le tableau ci-dessous permet de constater que les subventions d'investissement d'équipements sanitaires régressent de 25 % par rapport à 1984 pour les autorisations de programme et de 4 % pour les crédits de paiement. C'est dire que les chantiers engagés dans le passé devraient être en règle générale poursuivis, mais que pratiquement aucune opération nouvelle ne pourra être lancée.

(En millions de francs)

	Dotations 1984		Dotations 1985		% 1985/1984	
	CP	AP	CP	AP	CP	AP
66.11 : subventions d'équipement sanitairep (hors hospice) ..	1 120,4	920,7	1 075,6	691,8	- 4	- 25

La diminution constatée s'inscrit dans le cadre d'une politique déjà engagée visant à réduire la distorsion existant jusque là entre les autorisations de programme et les crédits de paiement.

Cette décision est lourde de conséquences d'autant plus qu'associée à une autre mesure décidée en juillet 1984 par le Gouvernement, elle ôte toute possibilité d'investissement en matière sanitaire. Sans vouloir pêcher par un parisianisme excessif, j'achèverai ici par un exemple concret. Le futur hôpital du 15^e verra-t-il le jour

dans les mois ou années qui viennent ? Dans les hypothèses financières que le Gouvernement impose, sa réalisation semble gravement compromise. Il doit reprendre les services gérés par les hôpitaux Boucicaut et Vaugirard et pour partie ceux de l'hôpital Laënnec, afin de permettre à ces derniers de dégager des lits de long séjour, dont tout le monde sait que Paris a un besoin urgent. C'est donc le redéploiement d'une partie des activités hospitalières parisiennes qui est ici remis en cause.

II. LES INQUIETUDES QUANT AU FONCTIONNEMENT DE NOTRE SYSTEME DE SOINS

1984 a été l'année de mise en œuvre d'un certain nombre de réformes, relatives à l'organisation et à la gestion du système de soins. Il s'agit des textes relatifs aux nouveaux statuts des médecins hospitaliers et hospitalouniversitaires et de l'introduction de la dotation globale, qui modifient profondément l'élaboration et la réalisation des budgets des hôpitaux.

1985 devrait voir se généraliser le système de la dotation globale à l'ensemble des établissements publics hospitaliers ainsi qu'aux établissements privés participant au service public. Cette année, devrait également prendre place une réforme qui modifiera en profondeur les structures hospitalières : il s'agit là de la départementalisation, mais les textes réglementaires en la matière ne sont pas publiés, et on peut s'interroger sur les raisons de ce retard. Nous pourrions y voir la confirmation des inquiétudes soulevées par votre Rapporteur lors de la discussion du projet de loi portant réforme hospitalière. Pour éviter les bouleversements gravement préjudiciables au bon fonctionnement de notre système hospitalier, ne serait-il pas loisible d'envisager d'une part une mise en œuvre plus souple du département, modulable selon les cas, d'autre part, au sein de cette structure de redéfinir les responsabilités des intervenants, en particulier les responsabilités respectives du chef de département et des chefs d'unités fonctionnelles.

A moyen terme, d'autres réformes au contenu imprécis sont envisagées : il s'agit d'une réforme de la planification hospitalière, et de la carte sanitaire, ainsi qu'un projet de loi relatif aux alternatives à l'hospitalisation.

Une fois encore, votre Rapporteur constate que ces réformes lourdes de conséquences sont envisagées à un moment où les établissements connaissent de graves difficultés financières.

1. L'encadrement très rigoureux des dépenses hospitalières

Le rythme annuel d'accroissement des dépenses de santé était de 9,5 % fin juin 1984. Il confirme la décélération de ce poste de dépenses. Le taux de croissance des dépenses hospitalières, *stricto sensu*, est passé de 13 % en août 1983 à 10 % en août 1984.

Les résultats seraient tout à fait satisfaisants, et votre Rapporteur pourrait s'en réjouir s'ils n'étaient pas le résultat d'une politique drastique menée à l'encontre des établissements hospitaliers, et ce depuis maintenant deux ans. L'an dernier je parlais « d'hôpitaux garottés », et je pourrais encore employer cette triste image aujourd'hui.

Nous pouvons tout d'abord brièvement rappeler les caractéristiques de la dotation globale telle qu'elle s'est appliquée en 1984 aux 29 C.H.R. (Centres Hospitaliers Régionaux). Ces derniers couvrent 40 % des dépenses hospitalières. Le décret du 11 août 1983 a prévu, dans son article 61, que seuls les Centres Hospitaliers Régionaux seraient concernés par l'application de la réforme en 1984, et, dans son article 62, que la dotation globale ne couvrirait, au cours de cette même année 1984, que les dépenses liées à l'hospitalisation *stricto sensu*, les autres recettes financées par la sécurité sociale étant intégrées par étapes à la dotation globale au cours des deux années suivantes. Pour assurer un passage sans heurt d'un système de financement à l'autre, les dispositions transitoires ont prévu que les journées d'hospitalisation dues au titre des exercices précédant 1984 continueraient à être facturées aux organismes de sécurité sociale suivant l'ancien système, les sommes payées à ce titre venant en déduction du montant du douzième payé par la caisse pivot au cours des trois premiers mois et un ajustement étant opéré à partir d'avril s'il apparaissait que les sommes en cause étaient soit supérieures, soit inférieures aux prévisions.

La situation de trésorerie des établissements s'est donc trouvée étroitement liée à la qualité des prévisions effectuées en début d'exercice. Certains établissements qui avaient surestimé les facturations en début d'année ont connu des tensions au cours des premiers mois, d'autres au contraire ont disposé de liquidités plus

abondantes que prévu, compensées par une diminution de la dotation globale à partir d'avril. Cependant, malgré la variété des situations locales, l'ensemble des responsables estime que la réforme a eu des répercussions satisfaisantes sur la situation financière des établissements, et s'accorde à constater que les organismes de sécurité sociale et les établissements hospitaliers ont collaboré de manière exemplaire pour assurer la mise en place des nouveaux mécanismes de financement.

Les établissements hospitaliers hors C.H.R. sont restés sous l'ancien régime du prix de journée dont la progression était encadrée par le même taux directeur que celui arrêté pour les C.H.R. Toutefois, les modifications intervenues dans la nomenclature comptable, qui ont fait l'objet de l'arrêté du 22 septembre 1983, s'imposent dès 1984 à la totalité des établissements, ainsi que l'ensemble des dispositions modifiant la présentation des documents budgétaires. De cette manière, les responsables d'établissements et les services de tutelle ont été en mesure de se familiariser avec les nouveaux mécanismes de gestion au cours de l'exercice 1984, avant que soit mise en œuvre, en 1985, la réforme du financement.

La généralisation au 1^{er} janvier 1985 de la dotation globale devrait bien se faire, le versement par 1/12^e de cette dotation permettant une sorte de « lissage » dans la trésorerie des établissements hospitaliers. L'interrogation de votre rapporteur porte sur les capacités des caisses de sécurité sociale à supporter cette généralisation et à modifier en conséquence leurs règles de trésorerie.

Il reste que le taux directeur fixé pour les budgets 1984 et celui fixé pour 1985 ont des conséquences très graves pour les établissements hospitaliers.

Dans le secteur public, ces derniers termineront pour la plupart l'année 1984 en enregistrant un déficit d'environ 2 %, comme le montre le tableau ci-dessous :

<i>Taux directeurs attribués pour 1984 :</i>	
crédits de personnel (technicité-ancienneté)	: + 6,30 % (y compris G.V.T.) indice garanti
autres comptes	: + 5,00 %
<i>Situation d'août en projection sur décembre :</i>	
• crédits de personnel	: déficit moyen national : 2,15 %
autres comptes	: déficit moyen national : 1,60 %
• Sans tenir compte de l'accord salarial d'octobre 1984.	

Le dépassement des crédits de personnel est la conséquence d'une absence de compensation de mesures sociales depuis 1982. Il s'agit ainsi de la réforme des droits syndicaux et autorisations d'absence, du paiement d'indemnité pour perte d'emploi aux auxiliaires, de l'allongement des études d'aide-soignant nécessitant le détachement des agents, de l'application des contrats de solidarité, d'une modification de l'assiette des cotisations salariales des praticiens temps plein, de l'augmentation des gardes des internes, de la rémunération des « faisant fonction d'interne » (F.F.I.) (+ 1 102 F par mois), de la réforme des études médicales, du statut des médecins, des 39 heures hebdomadaires et la cinquième semaine de congés annuels...

Au seul titre de 1984, le cumul de ces mesures aurait dû porter le déficit sur les crédits de personnel à 6,3 %. Les directeurs réussiront à le contenir alentour de 2 % grâce aux mesures de gestion suivantes :

- report des recrutements pour remplacer les agents (démissionnaires, retraités, mutés)
- postes laissés vacants volontairement pour la durée de l'exercice,
- non paiement des charges salariales et des caisses de retraite.

Le dépassement des crédits des autres comptes est la conséquence d'un dérapage inflationniste. Les prix de fournitures indispensables au fonctionnement et à la nature même des établissements hospitaliers ont fortement augmenté.

Il en est ainsi des spécialités pharmaceutiques + 9 %, des films radiologiques + 12 %, des carburants et combustibles + 22 %, du linge + 26 %, et des primes d'assurance + 54 %.

Pour y faire face les directeurs d'établissement ont :

- comprimé les achats touchant les prestations hôtelières (cuisine, blanchissage) soit spontanément, soit sur injonctions ministérielles par voie de circulaires émanant du ministère de la Solidarité nationale;
- différé au maximum les paiements aux fournisseurs qui deviennent dans de nombreux cas les « banquiers » de fait des hôpitaux (en un an + 35 jours de délais).

La qualité des soins médicaux a été dans l'ensemble maintenue. Aucune restriction (sauf exception) n'est intervenue sur le matériel médical et le personnel des services de soins. Les compressions

engendrées par ces mesures touchent les services périphériques (technique, entretien, administratif). Par contre, la qualité des soins en général a commencé à souffrir des mesures de gestion déjà décrites notamment du fait de la baisse des prestations hôtelières et de celles de l'entretien.

Si, dans l'immédiat, la situation n'a encore rien de très alarmant à terme, et à court terme, les risques sont importants :

— les directeurs ont sous-doté les comptes d'amortissement de leurs budgets. ce qui signifiera dans les années qui viennent une baisse de l'investissement hospitalier et un retard notamment par rapport à l'évolution des techniques médicales. Cette baisse de l'investissement serait en l'état actuel des budgets inférieurs à la demande de remplacement.

— la réduction des effectifs, par le biais des non remplacements, commence à toucher dans certains cas, et touchera de manière générale, les services de soins dans les mois qui viennent si aucune mesure n'est prise par la tutelle ministérielle.

Or, la circulaire de juillet 1984 maintient l'encadrement des dépenses hospitalières pour 1985.

Il n'y aura aucune création de postes et il « conviendra de mettre en œuvre les orientations du IX^e Plan » à savoir supprimer des lits excédentaires.

En 1985, les budgets hospitaliers progresseront de 5,7 % par rapport à 1984. Dans cette marge, 0,2 % seront affectés au financement de déficits antérieurs.

Cette augmentation a été fixée compte tenu d'une décélération des prix (hypothèse retenue : 4,5 % en 1985 contre 6,7 % en 1984). Mais il est à craindre, qu'en réalité, le taux d'inflation ne soit plus élevé, et surtout l'incertitude demeure quant à l'évolution des salaires qui représentent 70 % des dépenses d'un hôpital.

La Commission des affaires sociales a souhaité voir illustrer cette évolution par une situation concrète qui leur a été exposée par notre collègue M. Boyer. Il s'agit de l'hôpital général de Gien qui, comme tout établissement hospitalier, a vu la progression de son budget fixée à + 5,2 % pour 1985 par rapport à 1984. Dans ce cadre financier très rigoureux, l'hôpital doit absorber une hausse du prix des prothèses de 36 % en 1984, du prix du sang de 8,7 %. En 1985, l'hôpital devra

procéder aux revalorisations des catégories de personnel C et D décidées au 1^{er} janvier 1983 et au 1^{er} janvier 1984 et qui n'avaient pu entrer en vigueur faute de moyens financiers. De plus, en 1985, la rémunération d'un interne coûtera 70 000 F par an au lieu de 36 500 F. L'augmentation des charges est donc, on le voit, sans commune mesure avec le très faible accroissement des ressources. Enfin, l'hôpital souffre d'un manque certain de personnel. L'application de la législation du travail sur les 39 heures, et la cinquième semaine de congés payés, devrait être compensée par la création de huit postes supplémentaires. Aucune n'a été accordée jusqu'à présent. Etant donné le manque de moyens financiers et humains, l'hôpital de Gien ne peut consentir aucun équipement en informatique qui pourrait améliorer sa productivité. Les retards pris en ce domaine seront difficiles à rattraper dans l'avenir.

Au vu de cet exemple, on peut s'interroger. La qualité des soins n'a pas souffert dans les structures hospitalières importantes C.H.R., C.H.U. Mais qu'en est-il des soins dispensés dans les petites unités hospitalières qui ne peuvent différer indéfiniment des investissements ou redéployer son personnel ?

Les établissements hospitaliers privés connaissent les mêmes difficultés pour 1984. En particulier, les insuffisances constatées en 1984 et prévisibles pour 1985 laissent à penser que les établissements ne disposeront l'année prochaine d'aucune marge de manœuvre pour financer les hausses prévisibles de la valeur du point. Le dérapage entre la réalité des salaires moyens en 1983 et les bases retenues dans les budgets étant supérieur à 2 %, il apparaît que les établissements ont été contraints à des compressions de moyens.

2. Les lourdes menaces pesant sur les investissements des établissements hospitaliers

Plus grave, parce que cela hypothèque l'avenir de notre système hospitalier, est la situation des hôpitaux en matière d'investissement.

Investir pour les établissements hospitaliers répond en fait à un triple impératif : maintien et bonification du patrimoine, inclusion du progrès de la science (technique et médical), gain de productivité et de fonctionnement.

Ce triple impératif n'a de signification que dans l'optique d'une satisfaction optimale des besoins des malades hospitalisés.

Actuellement, les hôpitaux ne peuvent satisfaire pleinement ces objectifs. Leurs possibilités d'investir souffraient déjà depuis de nombreuses années de règles comptables inadaptées. Les récentes mesures gouvernementales (circulaire du 17 juillet 1984) aggravent considérablement les difficultés.

— Une sous-estimation des amortissements :

Cette sous-estimation est le résultat des modalités comptables applicables aux amortissements hospitaliers qui, se référant à la valeur d'achat, s'étalent sur des durées excessivement longues d'utilisation. Le montant des amortissements ainsi sous-estimé ne peut suffire au renouvellement du capital (en matériel de cuisine : 10 à 15 ans; appareils médicaux : 5 à 10 ans; matériel électrique : 10 à 20 ans...).

— Les difficultés économiques nationales actuelles trouvent leur traduction, nous l'avons vu, dans une restriction des taux d'augmentation budgétaires annuels.

Pour rester dans les limites de leurs crédits autorisés, les directeurs restreignent les dotations des comptes qui ne concernent pas directement les prestations fournies aux malades, au rang desquels figurent les amortissements. Certains établissements hospitaliers ont été ainsi amenés à utiliser une fraction des amortissements en remboursement du capital des emprunts souscrits dans le domaine hospitalier.

— La circulaire du 17 juillet 1984, du ministère des Affaires sociales et de la Solidarité nationale, met en place principalement deux mesures importantes :

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

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

Or, compte tenu du contexte économique actuel et des restrictions dont font l'objet les budgets des ministères, les possibilités d'obtenir des subventions de l'Etat sont quasi-nulles.

— A cela s'ajoute la suppression des prêts sans intérêt octroyés par la Caisse d'assurance maladie.

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

Il est certain que notre parc hospitalier est aujourd'hui performant. Il n'est pas besoin de le développer à l'infini ou de le transformer totalement. Mais les mesures décidées empêchent la modernisation des équipements, et l'utilisation de nouvelles technologies. Ceci est lourd de menaces pour l'avenir.

3. Les réformes à venir : une nécessité

a) Projet de médicalisation des systèmes d'information (P.M.S.I.)

L'une d'entre elles concerne le fonctionnement interne des hôpitaux et devrait permettre un jour le fonctionnement des établissements hospitaliers sous le régime du budget global et non celui de la dotation qui ne prend pas en compte les besoins réels des établissements. Il s'agit pour cela de mettre en place un nouvel outil de gestion, ayant comme paramètre de référence le coût de traitement de chaque pathologie.

En effet, l'activité hospitalière est mesurée actuellement, soit au niveau de l'offre de soins : nombre de lits, nombre et qualité des agents, nombre de services spécialisés ou de haute technicité..., soit au niveau de l'utilisation des moyens : journées, entrées, durées moyennes de séjour, actes médico-techniques.

Depuis 1970 dans certains pays les recherches ont abouti à la mesure de l'activité par les caractéristiques des personnes recevant les soins et les types de procédure.

La direction des hôpitaux entend promouvoir une expérience en ce sens, le projet de médicalisation des systèmes d'information (P.M.S.I.). Le projet P.M.S.I. a commencé à être expérimenté à partir du 1^{er} janvier 1983 dans un certain nombre d'hôpitaux, dans leur section hôpital court séjour, la création d'une base de données hospitalières françaises permettant de décrire le produit hospitalier (ou l'activité médicale) par l'éventail des cas (caractéristiques des malades et types des procédures de soins).

L'objectif est de relier l'utilisation des ressources au produit de l'hôpital, les malades, pour améliorer la gestion interne, favoriser les études d'évaluation de la qualité des soins, comparer complexité des cas et productivité dans le cadre de l'allocation budgétaire par budget global.

Les contraintes à maîtriser sont les suivantes :

- des résumés de sortie standardisés dans un nombre suffisant d'hôpitaux pour créer une base de données de taille satisfaisante,
- la validation par tests empiriques des variables explicatives nécessaires à la création de groupes de diagnostic homogènes sur le plan statistique et le consensus de la communauté médicale sur l'homogénéité clinique des groupes,
- la mise au point d'un produit statistique performant sur du matériel informatique français.

En juin 1984, les résultats suivants ont été enregistrés :

1) Le recueil des données conforme au projet fonctionne dans 13 établissements, soit en plus des six précédents, Hôtel-Dieu de Paris, Antoine Béclère à Clamart, Niort Marie-Lannelongue, Tonners à Besançon, Saint-Etienne, Bordeaux, et continue à s'étendre.

2) Le traitement d'une bande magnétique rassemblant les données de 220 000 séjours des hôpitaux de Grenoble et de sa région, d'une base de 120 000 séjours des hôpitaux a conduit aux conclusions suivantes :

— La faisabilité : il existe d'ores et déjà en France plusieurs systèmes de recueil de données médicales permettant de classer les séjours hospitaliers en groupes homogènes au plan clinique et de l'utilisation des ressources.

— L'opérabilité : on retrouve une hiérarchie comparable des séjours selon leur complexité en France et dans les autres pays utilisant la même classification.

— Des analyses comparatives entre hôpitaux sont possibles.

Cet outil performant, s'il voit le jour, devra être utilisé à bon escient. Replacé dans le contexte du budget global, il doit permettre d'évaluer et d'attribuer des moyens financiers à chaque hôpital en fonction de ses besoins réels. Cette évaluation doit se faire à la base, avec la collaboration et la participation de l'ensemble du personnel soignant.

b) *La réforme de la planification des équipements sanitaires.*

Les axes de réflexion en ce domaine sont les suivants :

- Afin de mieux maîtriser le volume des équipements, l'Etat souhaite élargir le champ de la planification. Celui-ci ne se bornerait plus aux seules capacités d'hospitalisation et aux équipements matériels lourds. Il prendrait en considération certaines formes de soins sans hébergement (hôpitaux de jour, soins gratuits à domicile) ainsi que certaines unités très coûteuses (services d'urgence, centres de fécondation *in vitro*...). Pour certains équipements, les critères de planification seraient complétés par des critères d'implantation et de fonctionnement destinés à renforcer la qualité et la sécurité des services qu'ils rendent à la population.

- Réduire les inégalités entre régions et secteurs. Les équipements nécessaires à chaque région seraient définis en tenant compte non seulement du nombre de ses habitants mais aussi de sa composition démographique et de son état sanitaire. Un tel système permettrait par exemple de prendre en considération le cas de régions ou secteurs dont la population est plus âgée que la moyenne nationale, ou qui connaissent, à âge égal, un taux de mortalité plus élevé. Il s'appuierait notamment sur les études épidémiologiques menées par les observatoires régionaux de la santé.

- Traiter de façon égale le secteur public et le secteur privé. Les schémas d'équipement s'appliqueraient de la même manière aux établissements publics et aux établissements privés. Les procédures et le délai d'autorisation seraient harmonisés. En outre, grâce à une unification des Commissions compétentes, la politique d'équipement sanitaire et la politique d'équipement social se trouveraient rapprochées. La présence du système privé d'hospitalisation est indispensable; elle assure la liberté de choix du malade, et permet l'émulation.

Le tableau ci-joint rappelle la répartition des lits entre les deux systèmes.

**Lits hospitaliers publics et privés, par région,
répartis en court, moyen et long séjour au 27 août 1984.**

	Court séjour		Moyen séjour		Long séjour		Ensemble public + privé		
	Secteur public	Secteur privé	Secteur public	Secteur privé	Secteur public	Secteur privé	C.S.	M.S.	L.S.
France entière	207 812	106 074	47 949	55 102	52 202	2 564	313 886	103 051	54 766

- Le système hospitalier privé assure 1/3 des hospitalisations, avec 16 % des lits de médecine, 42 % des lits en gynécologie-obstétrique, et 50 % des lits en chirurgie.

- En matière d'équipements lourds, on constate également l'existence de certaines disparités dans la répartition des appareils en faveur du secteur public ou en faveur du secteur privé.

Equipements lourds	Etablissements publics	Etablissements privés
Scanners	100 (71 %)	41 (29 %)
Caméras à scintillation	114 (74 %)	40 (26 %)
Appareils de radiothérapie	101 (29 %)	244 (71 %)
Postes d'hémodialyse en centre	1 407 (59 %)	969 (41 %)

Enfin, cette nouvelle réglementation devrait permettre d'associer plus étroitement les partenaires sociaux.

La modification des règles retenues en matière de carte sanitaire est une nécessité. Le redéploiement de lits hospitaliers, voire même de pans entiers de notre système de soins, et je pense très précisément au secteur psychiatrique, doit être conduit dans un cadre adapté à la réalité et aux besoins. Mais quelle sera l'utilité de ce cadre si dans les années qui viennent, les mesures d'austérité empêchent de dégager des crédits ? Le système hospitalier public ne pouvant se moderniser, assistera-t-on à un transfert d'activité vers le système de soins privés et à l'émergence d'une médecine à deux vitesses ?

Il n'en est rien à l'heure actuelle, et il est encore temps de revenir sur des décisions dont les conséquences sont dramatiques. C'est la raison pour laquelle votre Commission jette ce cri d'alarme.

DEUXIEME PARTIE

L'AIDE SOCIALE

A. Les moyens du ministère des Affaires sociales

1. Présentation générale des crédits gérés par le ministère

La nouvelle répartition des compétences ministérielles qui découle du changement de gouvernement intervenu en juillet 1984, n'a eu que peu d'incidence sur la structure du document budgétaire traditionnellement commun aux ministères sociaux.

Comme auparavant, le projet de budget pour 1985, reste composé de trois sections.

I. Section commune.

II. Santé et Solidarité nationale.

III. Travail. Emploi. Formation professionnelle.

a) Section commune : 2 milliards 176 pour 1985

La section commune regroupe les moyens de l'administration centrale des ministères des Affaires sociales et du Travail, de l'Emploi et de la Formation professionnelle, ainsi que l'intégralité des crédits de fonctionnement, de statistiques et d'études générales des services extérieurs des Affaires sanitaires et sociales, du Travail et de l'Emploi.

Pour 1985, les crédits de cette section évoluent comme suit :

	1984	1985	% 85/84
Budget général DO.....	1 859 286 705	2 117 524 639	+ 13,85
CP.....	62 733 000	58 950 000	6,03
Total DO + CP.....	1 922 019 705	2 176 474 639	+ 13,24
AP.....	79 368 000	61 235 000	22,85

Le ministère des Affaires sociales et de la Solidarité nationale gère la totalité des crédits inscrits à la section commune, à l'exception des crédits d'informatique, d'études et de statistiques (55,09 millions de francs) des services extérieurs du travail et de l'emploi, qui relèvent directement de ce ministère.

b) La section santé : 29 milliards 682 pour 1985

La section santé-solidarité nationale réunit les crédits d'intervention et d'équipement dans le domaine de la santé, de l'action sociale et de la population. Elle conserve en outre les crédits de personnel des services extérieurs des affaires sanitaires et sociales, ainsi que les crédits consacrés aux rapatriés.

La plupart des dépenses de cette section correspondent à des prestations ou à des droits en faveur de certaines catégories de bénéficiaires prévus par la loi et revêtent de ce fait un caractère obligatoire pour l'Etat.

Pour l'ensemble de la section les crédits votés en loi de finances initiale pour 1984 et les crédits prévus en loi de finances initiale pour 1985 se présentent comme suit :

	1984	1985	% 85/84
Budget général DO.....	27 523 608 967	28 086 464 703	+ 2,05
CP.....	1 663 576 000	1 543 735 000	- 4,08
Total	29 187 184 967	29 630 199 703	+ 1,70

Cette évolution prend en compte le double effort de rigueur et de solidarité qu'impose un contexte économique difficile, en s'efforçant de maintenir à niveau l'engagement de l'Etat en matière d'action obligatoire et en mettant en œuvre les instruments indispensables à une politique sanitaire et sociale volontariste.

2. Les moyens des services font l'objet de mesures d'austérité

a) Diminution des effectifs

Le projet de budget pour 1985 fait apparaître des modifications importantes au niveau des moyens mis à la disposition des services. Ces modifications résultent principalement de priorités nouvelles liées à l'incidence des mesures prises en vue d'une maîtrise accrue des dépenses publiques.

Selon les instructions du Premier ministre en effet, une économie doit être réalisée sur les emplois en 1985 par la mise en réserve de 1 % des effectifs de l'administration centrale et des services extérieurs, tandis que les dépenses de fonctionnement doivent être réduites de 2 %.

b) Volonté de s'adapter aux besoins et d'améliorer la productivité

Parallèlement aux mesures d'économies et à la réduction des investissements exécutés par l'Etat, les dépenses en capital diminuent de 22,8 % pour ce qui est des autorisations de programme et de 6 % pour les crédits de paiement, des mesures sont prises tant en ce qui concerne les personnels, que le fonctionnement même des services.

— Mesures portant sur les emplois :

• de l'administration centrale :

Au 31 décembre 1984, le total des effectifs de l'administration centrale pouvait être évalué à 3 500 agents : 112 emplois sont supprimés (97 emplois de titulaires, 15 emplois de contractuels), dont 37 au titre de la redistribution interministérielle des emplois ; 19 emplois sont supprimés (12 emplois de titulaires, 7 emplois de contractuels) et 18 sont créés (17 emplois de titulaires dont 1 délégué aux industries et 1 emploi de contractuel) dans le cadre des transformations d'emplois ; 14 emplois sont créés (4 emplois de titulaires et 10 emplois de contractuels hors catégorie) pour permettre la mise en place des 195^e du Conseil général des hôpitaux institué par l'article 48 de la loi du 9 juillet 1984.

• Des services extérieurs des Affaires sanitaires et sociales :

La redistribution demandée touche 174 emplois des services extérieurs, dont 12 doivent être transférés au ministère des Relations extérieures pour renforcer les moyens de l'O.F.P.R.A. ; des redistributions d'emplois au sein du ministère permettent de maintenir la cohérence de la structure des effectifs, soit par des promotions au grade supérieur (transformation de 26 emplois d'adjointes de santé scolaire du 1^{er} grade en 1 infirmière en chef et 22 infirmières), soit par la suppression d'emplois de corps en voie d'extinction (transformation de 33 médecins de santé publique (ancien cadre) en 25 médecins inspecteurs de 2^e classe (nouveau cadre)).

— Mesures portant sur les rémunérations :

Un abondement des primes a été autorisé pour les personnels de l'administration et les membres de l'inspection générale des affaires sanitaires et sociales pour environ 7 millions de francs. Une dotation a été inscrite pour poursuivre la formation des personnels. En ce qui concerne les services extérieurs 8,5 millions de francs sont accordés pour l'amélioration des régimes indemnitaires.

— Amélioration du fonctionnement des services.

• C'est ainsi qu'une dotation de 1 195 million de francs est destinée à améliorer les enquêtes et statistiques de santé. Le renforcement des services centraux concerne notamment l'aménagement des locaux de l'îlot Fontenoy, les locaux de documentation et l'amélioration des œuvres sociales pour un peu plus d'un million, et la réévaluation des moyens des COTOREP (+ 1 million) pour accélérer les procédures.

• L'effort porte également sur le développement de la bureautique.

8 millions de francs sont destinés à permettre la poursuite de la stratégie bureautique, grâce à l'implantation de matériel de traitement de textes et d'outils d'aide à la gestion des services (micro ordinateur), à l'administration centrale. Ils permettent par ailleurs, d'assurer la bureautique dans les services extérieurs, grâce à l'équipement des Directions régionales des affaires sanitaires et sociales. Toutefois, dans le cadre des investissements exécutés par l'Etat, il s'avère que les économies à réaliser affectent plus particulièrement les crédits destinés aux études d'organisation informatique-recherche. Il n'en reste pas moins qu'une dotation de 6 070 millions de francs devrait favoriser les études d'organisation pour la maintenance et le développement des applications informatiques intéressant tant l'administration centrale que les services extérieurs.

**B. L'action sociale à la charge de l'Etat
victime de l'austérité**

Pour une très large part, l'aide sociale est transférée au département. Mais l'Etat conserve des compétences pour ce qui relève d'un principe de solidarité nationale, alors que le département gère des solidarités de voisinage.

En examinant les dotations au ministère pour 1985, votre Rapporteur constate les compressions budgétaires très strictes qui ont été décidées sur certains chapitres. Ces mesures peuvent porter gravement préjudice aux nombreuses institutions et associations du secteur social, qui forment un tissu de solidarité indispensable à notre pays. Ces réductions de crédit s'ajoutent aux restrictions budgétaires des deux années précédentes. Jusqu'à présent les différents intervenants sociaux avaient pu faire face, il est à craindre que le « resserrement de l'étau » en 1985 crée des situations irréversibles.

En effet, si le Gouvernement maintient et accentue son effort en faveur de la famille et des jeunes, il impose des restrictions sévères tant en ce qui concerne la formation des personnels, que le fonctionnement des institutions sociales et que les opérations d'équipements.

1. Le maintien de la politique menée en faveur de la famille

Votre Rapporteur note que cette priorité n'a pas été trop sacrifiée dans le projet de budget pour 1985. Elle s'exprime par des actions menées en faveur de la natalité et des jeunes.

— Les mesures nouvelles correspondantes s'élèvent à 13 millions de francs.

- Développement des contrats-famille : + 3 millions de francs.
- Prévention en faveur des jeunes : + 7 millions de francs.
- Information en direction des familles : + 2 millions de francs.
- Renforcement des moyens de fonctionnement de l'Institut de l'enfance et de la famille, créé par le décret n° 84-124 du 22 février 1984 : + 1 million de francs.

Mais votre Rapporteur tient à rappeler que l'on jugera le Gouvernement sur sa politique familiale, en fonction des orientations qu'il donnera à l'action des Caisses d'allocations familiales, et à l'évolution des prestations familiales servies.

2. La formation des personnels sociaux est lourdement menacée

La dotation pour les subventions aux écoles de formation sociale est ramenée de 375,6 millions de francs en 1984 à 370,9 millions de francs en 1985, soit une diminution de 4 650 millions. Lorsque l'on

sait que 95 % des dépenses de ces écoles sont absorbées par des dépenses de personnel, tout laisse à penser que certaines d'entre elles vont devoir fermer.

- Le poste budgétaire le plus lourdement frappé concerne les Centres de formation de travailleurs sociaux, dont la subvention diminue d'environ 6,5 % en francs constants.

On peut à ce sujet rappeler quelles sont les différentes professions sociales et leur nombre en 1984.

Ces professions peuvent être regroupées en trois catégories :

- *les professions principalement centrées sur la famille* : les assistants de service social sont au nombre de 35 130 et 6 000 en formation, les conseillères en économie sociale familiale sont 3 100 en exercice et 350 en formation, les travailleuses familiales sont actuellement 8 250 et 530 stagiaires sont en cours de formation, on estime à environ 70 000 les aides ménagères en fonction dont un certain nombre bénéficient de la formation qui vient d'être mise en place;

- *les professions éducatives* : les éducateurs spécialisés sont 28 000 et 7 500 en formation, on dénombre 19 500 moniteurs éducateurs et 2 500 sont en formation, les éducateurs techniques spécialisés, pour 5 700 en exercice, sont 1 000 en formation, les aides médico-psychologiques sont 2 850 et 250 en formation, les éducateurs de jeunes enfants sont au nombre de 9 570 et 2 000 en formation;

- *les aides chargées des fonctions d'animation* :

Elles relèvent de la tutelle conjointe des ministères des Affaires sociales et de la Solidarité nationale et de la Jeunesse et des Sports. 3 800 animateurs sont en exercice. Pour sa part le ministère des Affaires sociales et de la Solidarité nationale finance la formation de 1 000 animateurs.

A l'heure du fonctionnement des Centres sociaux, il est intéressant d'en présenter les principales caractéristiques ainsi que leurs difficultés financières.

52 écoles de service social ont en formation 5 600 étudiants qui préparent en trois années le diplôme d'Etat d'assistant de service social. La formation se déroule à plein temps; 14 mois sur les trois années sont consacrés à des stages.

Four l'année scolaire 1983-1984 :

-- 20 % des étudiants bénéficiaient d'une rémunération de la formation professionnelle;

-- 28 % des étudiants ont reçu une bourse d'étude du ministère des Affaires sociales et de la Solidarité nationale.

Les Centres de formation sont sous le contrôle technique, pédagogique et financier du ministère des Affaires sociales et de la Solidarité nationale. Les Centres sont de statuts divers, cependant une des caractéristiques est que 80 % des étudiants sont scolarisés dans des organismes de statut privé, type associatif. Ainsi, sur 52 écoles, 41 ont un statut de droit privé et 11 se rapprochent d'un statut public ou semi-public.

• Les Centres se trouvent dans une situation de paupérisation qui s'accroît d'année en année. Plusieurs facteurs y ont contribué :

— la non prise en charge par la subvention ministérielle de l'ensemble des charges des Centres; actuellement, seuls sont pris en charge les « frais de personnels » et les « impôts et taxes ».

— la non actualisation des subventions depuis plusieurs années, en fonction de l'augmentation réelle du coût de la vie;

— l'appauvrissement des ressources propres des associations dû :

• au désengagement des communes et des départements qui subventionnaient les centres de plein gré et aussi à celui des organismes à vocation sociale. Ce désengagement a été accéléré par le fait que les écoles sont restées sous tutelle de l'Etat, alors qu'une grande partie des tâches d'action sociale a été transférée à l'exécutif départemental. Ainsi, les centres sont entrés dans une dépendance encore plus étroite à l'égard du ministère des Affaires sociales et de la Solidarité nationale.

• à la diminution des taxes d'apprentissage perçues auprès des entreprises et due à la crise économique.

La situation décrite ci-dessus a provoqué des déficits successifs qui, cumulés d'année en année, ont rendu inexistantes les réserves des associations, au point que le recours au découvert bancaire est devenu indispensable pour plusieurs centres. Alors que l'encadrement en personnel pédagogique était déjà insuffisant, plusieurs Conseils d'administration n'ont pas pu pourvoir au remplacement du personnel. De plus, plusieurs licenciements économiques ont dû être réalisés.

Dans ce contexte plus que précaire, les prévisions budgétaires pour l'année 1985 mettent en péril la survie de centres.

D'ailleurs plusieurs Directions régionales de l'action sanitaire et sociale ont annoncé qu'elles ne pourraient pas financer en 1985 l'ensemble du dispositif existant. Certains D.R.A.S.S. proposent aux divers centres de travailleurs sociaux de leur région, des regroupements qui ne constituent pas, à notre avis, un réel facteur d'économie et qui, en toute hypothèse, introduisent une concurrence anarchique entre les divers centres qui se sentent menacés dans leur survie. Les menaces de fermeture de centres ne sont plus voilées et certaines écoles se voient refuser depuis une ou deux années le remplacement de leurs formateurs, si bien que l'encadrement très réduit laisse présager un retrait d'agrément à court terme.

On assiste ainsi, progressivement à un « pourrissement » du dispositif de formation. Le ministère ne veut pas procéder au conventionnement des centres de formation, et diminue l'enveloppe de la dotation.

Pourtant, le rôle de ces institutions est suffisamment important pour qu'elles continuent de fonctionner. D'une part, elles assurent une formation à finalité professionnelle qui permet à environ 2 000 jeunes par an de trouver un emploi. Une étude montre qu'au bout de neuf mois, 93 % des diplômés de ces écoles ont un emploi.

D'autre part, dans le cadre des mesures d'urgence prises contre la pauvreté, il est évident que les travailleurs sociaux ont un rôle à jouer. Pourquoi, dans ces conditions détruire les structures existantes, dont on a un besoin accru ?

Enfin, en ce qui concerne les crédits consacrés à la formation, on note que la dotation pour la formation permanente des personnels dirigeants des associations est seulement reconduite en francs courants à son niveau de 1984, soit 3 352 millions de francs. Cette simple reconduction à niveau des crédits a lieu pour la deuxième année consécutive. De même les économies décidées concernent également les bourses aux étudiants en formation. La dotation est fixée à 54 752 millions de francs en 1985 soit une économie de 6,34 millions de francs par rapport à 1984.

3. Les économies en matière d'action sociale obligatoire et des actions volontaristes

- Le chapitre 46-23, dont la dotation s'élève pour 1985 à 7 107 770 millions de francs, soit une diminution de 1 136 130 millions de francs par rapport à 1984 (— 15,82 %) couvre 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, allocation différentielle aux adultes handicapés. Il finance également les frais d'hébergement, d'entretien et de formation professionnelle des personnes handicapées en établissements de rééducation professionnelle, les frais de fonctionnement des centres d'aide par le travail (C.A.T.), ainsi que les frais afférents aux centres d'hébergement et de réadaptation.

La première partie des dépenses couvertes par ce chapitre sont pratiquement incompressibles. Il s'agit de prestations légales d'aide sociale. Cependant, une partie des économies provient de la mise en place, en 1984, d'un barème progressif de prise en charge des cotisations d'assurance personnelle et de la réforme de l'assiette des cotisations d'assurance maladie dues par les bénéficiaires de l'allocation des adultes handicapés, l'assiette étant désormais constituée par le montant maximum de la prestation.

Il semble donc que les crédits destinés à financer les centres d'hébergement et les centres de réadaptation, ainsi que les frais de fonctionnement des C.A.T. soient tout juste reconduits à leur niveau de 1984. Or, ces institutions rencontrent déjà de graves difficultés de fonctionnement. Certains de ces établissements font état de déficit prévisionnel d'environ 6 à 8 %, ce qui pose de très graves problèmes de trésorerie. De plus, l'attitude des pouvoirs publics peut paraître très inquiétante.

Dans le contexte économique et social actuel on peut rappeler ce que recouvre le concept général de « centre d'hébergement ». Il s'agit de centres d'accueil d'urgence, d'internats de réadaptation sociale, de centres d'accueil « mères et enfants ». Il n'est pas besoin de préciser que les capacités de ces institutions sont insuffisantes aujourd'hui, pour répondre à l'ensemble des besoins. Non seulement les pouvoirs publics n'envisagent aucune extension de ces structures, mais encore des instructions sévères sont données pour limiter leurs activités et le personnel d'encadrement. La maîtrise des dépenses d'aide sociale à la

charge de l'Etat fait revenir sur des mesures prises en 1976 et 1979 pour étendre l'activité des centres d'hébergement à de nouvelles catégories de bénéficiaires. Des instructions sont données pour interdire le dépassement du niveau d'activités prévu en début d'année, alors que les besoins le justifieraient largement. Plus précisément, une circulaire du ministère des Affaires sociales revient à une interprétation très stricte et limitative de certaines dispositions en vigueur et qui n'avaient jamais été appliquées. Ainsi, elle impose un maximum de six mois à la durée d'hébergement d'une personne. De plus, on fixe de façon globale pour tous les centres d'hébergement un taux d'encadrement de 1 pour 7. Or, pour certains centres cela les condamne à ne faire que de l'accueil de nuit, alors que leur clientèle requiert des actions spécifiques de réadaptation sociale.

- En matière de programmes d'action sociale 68 150 millions de francs d'économies sont réalisés, pour porter la dotation à 468 608 millions de francs en 1985. C'est ainsi qu'en 1985 l'Etat n'assurera plus que 50 % du financement des postes de coordonnateurs créés en 1982, et chargés de veiller auprès des bureaux d'aide sociale à la mise en œuvre des actions menées en faveur des personnes âgées.

En ce qui concerne les actions menées en faveur des inadaptés et des handicapés, la dotation attribuée diminue de 2,4 % par rapport à 1984. Les subventions aux associations œuvrant en faveur des personnes handicapées sont diminuées, mais les 1 790 emplois d'auxiliaires de vie sont reconduits. Or, ces emplois devraient être développés, afin de répondre à la demande croissante des handicapés, souhaitant demeurer chez eux, mais qui ont, pour cela, besoin d'une tierce personne.

Quatre millions d'économie vont également restreindre considérablement les actions menées auprès des toxicomanes tant en matière de prévention que de réadaptation sociale. Il s'agit d'un domaine d'intervention lourdement touché puisqu'il enregistre une diminution de plus d'un quart des crédits.

4. Une lourde hypothèque pour l'avenir : les restrictions en matière d'investissement en équipements sociaux.

Les mesures d'économie décidées sont draconiennes puisque les autorisations de programmes en matière d'équipement social sont réduites de 54 % par rapport à 1984.

Sur cette évolution spectaculaire il convient de faire la remarque suivante. La tendance des dernières années avait été d'afficher des intentions larges et optimistes en prévoyant un montant d'autorisation de programmes très élevé. Mais, par contre la progression des crédits de paiement ne correspondait en rien aux besoins réels qui sont, on peut le rappeler, les suivants : une opération d'équipement social doit être réalisée sur trois ans, en réalisant trois tranches financières successives pour des montants égaux à 30 %, 50 %, puis 20 % de l'ensemble du coût de l'opération. Or les années précédentes, les opérations inscrites en autorisations de programme étaient bloquées faute de crédits de paiement. C'est pourquoi en 1984 et 1985 on a considérablement réduit les autorisations de programme afin de redonner une juste proportion aux crédits de paiement.

Mais, et nous le déplorons profondément, il s'agit d'un rééquilibrage entre un programme et sa réalisation, à la baisse. Globalement on peut dire qu'au terme de cette opération, l'Etat va essayer de réaliser effectivement quelques projets, ce qu'il ne faisait pas jusqu'à présent, mais en tout état de cause, il s'engage sur beaucoup moins de projets qu'auparavant. Ceci est particulièrement vrai en ce qui concerne les opérations de transformation d'hospices comme le montre le tableau ci-dessous.

Plus dramatiques sont les mesures arrêtées pour les autres catégories d'équipement social. Autorisations de programme et crédits de paiement sont respectivement réduits de 54 et 66 %. C'est dire qu'en 1985, pratiquement aucune réalisation ne pourra être envisagée, et que surtout très peu d'opérations sont envisagées dans les années qui viennent.

(En milliers de francs)

Rubriques budgétaires	Dotations 1984	Dotations 1985	Variations	1985/ 1984
			en valeur absolue	en valeur réelle
Transformation des hospices 66.11 et 66.20				
AP.....	330,00	266,9	63,1	19 %
CP.....	212,00	350,00	+ 138	+ 65 %

TROISIEME PARTIE

LES EFFETS PERVERS DE LA DECENTRALISATION. LE DESENGAGEMENT DE L'ETAT

A. Le désengagement de l'Etat se traduit par un transfert de charges vers les collectivités locales

Il s'agit d'un mouvement insidieux, pour l'instant de faible amplitude, mais s'il devait, dans les mois, voire les années à venir, prendre plus d'importance, il imposerait un surcroît de charges aux collectivités locales, qu'elles ne peuvent assumer et qui, par essence, relèvent de la compétence de l'Etat. Avant d'examiner les domaines où l'Etat semble se désengager, il convient de rappeler, en matière d'action sanitaire et sociale les compétences de chacun.

1. Répartition des compétences en matière sanitaire et sociale

Le 1^{er} janvier 1984 est entrée en vigueur la section 4 du titre II de la loi du 22 juillet 1983 relative à la répartition des compétences entre l'Etat et les collectivités locales. En ce domaine, la nouvelle répartition des compétences est fondée sur une idée de solidarité : ce qui a trait à la solidarité de voisinage est confié au département, ce qui se rattache à la solidarité nationale revient à l'Etat. La traduction législative de ce principe s'est réalisée par l'attribution d'une compétence de droit commun au département, sous réserve d'exceptions. Celles-ci constituent la compétence de l'Etat.

Cette nouvelle répartition des compétences a mis fin au système dit « des financements croisés » qui caractérisait jusqu'à présent l'aide

sociale. Inscrites en totalité au budget du département, les dépenses d'aide sociale faisaient l'objet d'une participation de l'Etat (de 60 % en moyenne) et des communes (de 10 % en moyenne) différente selon la nature des dépenses classées en trois groupes. La participation de l'Etat variait selon les départements, selon des barèmes établis en 1955 en fonction de la richesse relative des départements. Désormais, l'Etat finance entièrement les prestations qu'il conserve au titre des exceptions au transfert — environ 12 milliards de francs en 1984 —. Quant au département, il finance intégralement, avec le concours maintenu des communes, les prestations d'aide sociale et les actions de prévention sanitaire qui lui sont transférées — au total près de 39 milliards de francs en 1984.

a) *En matière d'aide sociale*

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

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

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

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

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

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

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

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

— le service départemental d'action sociale prévu par l'article 28 de la loi du 30 juin 1955 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

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

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

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

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

b) *En matière de santé.*

En application du critère général de répartition des compétences, la sphère d'attribution de l'Etat concerne deux ensembles d'activités.

Il s'agit, d'une part de la lutte contre les maladies mentales (sectorisation psychiatrique), les toxicomanies et l'alcoolisme.

Il s'agit, d'autre part, du contrôle administratif et technique des règles d'hygiène.

Le département, quant à lui, est compétent pour les actions suivantes :

- la protection sanitaire de la famille et de l'enfance (P.M.I.);
- la lutte contre la tuberculose et les maladies sexuellement transmissibles;
- le dépistage précoce des affections cancéreuses et la surveillance après traitement des anciens malades;
- les actions de lutte contre la lèpre dans les départements d'outre-mer;
- les vaccinations, en collaboration avec les communes.

2. Les menaces quant à un éventuel désengagement de l'Etat

Votre commission s'inquiète pour l'avenir, de l'attitude de l'Etat vis-à-vis de trois catégories de personnes bien particulières. Il est à craindre que les pouvoirs publics ne cherchent par tous les moyens à restreindre leurs interventions. Il s'agit plus particulièrement des personnes âgées, des handicapés, et des personnes sans domicile de secours.

a) Les « personnes sans domicile de secours ».

La notion de domicile de secours apparaît, avant comme après le transfert de compétences, comme la base de l'imputation des dépenses d'aide sociale.

L'article 194 précise qu'à défaut de domicile de secours, les frais d'aide sociale incombent au département où réside l'intéressé au moment de la demande d'admission à l'aide sociale « à moins qu'il ne s'agisse d'une personne dont la résidence sur le territoire métropolitain résulte de circonstances exceptionnelles et qui n'a pu choisir librement sa résidence ou d'une personne pour laquelle aucun domicile fixe ne peut être déterminé. Dans ces cas, les frais d'aide sociale incombent en totalité à l'Etat ».

Le transfert de compétences en matière d'aide sociale, qui a pris effet au 1^{er} janvier 1984, s'est réalisé à législation et réglementation constantes et n'a pas entraîné de modification aux règles qui président à l'acquisition et à la perte du domicile de secours. La notion de domicile de secours régit, d'une part, les relations financières entre départements, d'autre part, les relations entre ces derniers et l'Etat.

Le transfert de compétences découlant de la loi du 22 juillet 1973 a introduit une nouvelle logique en répartissant l'aide sociale en deux blocs de compétences distincts : l'aide sociale départementale, l'aide sociale de l'Etat. Dans leur sphère respective de compétences, chaque département, d'une part, l'Etat, d'autre part, gèrent seuls les prestations qui leur incombent et en assurent intégralement le financement — sous la réserve pour les départements du maintien de la participation des communes.

Les prestations accordées aux personnes sans domicile de secours ne sont pas spécifiques. Il s'agit de l'ensemble des prestations relevant de la compétence du département, sous les conditions légalement prévues pour en bénéficier. C'est seulement au niveau de l'imputation des dépenses qui en résultent que s'opère la distinction entre les dépenses provenant du versement des prestations à des personnes ayant un domicile de secours ou assimilés, qui sont à la charge du département et celles provenant du versement des prestations à des personnes considérées comme sans domicile de secours qui sont à la charge de l'Etat.

Pour la grande majorité des bénéficiaires de l'aide sociale, la question du domicile de secours ne se pose pas. Dans la plupart des cas, les personnes faisant appel à l'aide sociale ont acquis un domicile de secours. Le délai d'acquisition a été ramené à trois mois. A l'inverse, les deux catégories de personnes sans domicile de secours à la charge de l'Etat couvrent, d'une part, les personnes réfugiées tant que celles-ci répondent aux deux conditions cumulatives prévues par l'article 194 (leur présence résulte de circonstances exceptionnelles; ils n'ont pu librement choisir leur résidence) ce qui est en fait le cas tout le temps que les personnes réfugiées sont en centres d'hébergement, mais non quand elles ont acquis une résidence personnelle. Elles concernent, d'autre part, les personnes pour lesquelles aucun domicile fixe ne peut être déterminé, ce qui est le cas des personnes dont le mode de vie ne leur permet pas de justifier d'une résidence habituelle de trois mois.

L'article 24 de la loi du 29 décembre 1983 reconnaît compétence au Président du Conseil général pour constater l'absence de domicile de secours. En cas de contestation soumise à la juridiction administrative, l'absence de domicile de secours est présumée et les dépenses imputées sur le budget de l'Etat.

Pour les cinq dernières années il n'est pas possible de préciser le nombre de personnes dépourvues de domicile de secours. Les prévisions de dépense se font donc par actualisation des sommes engagées précédemment, mais il est à craindre qu'un effort supplémentaire ne soit à fournir en 1985.

Pour 1985, la dotation devant couvrir les dépenses afférentes aux personnes sans domicile de secours augmente d'environ 8 % (cf. tableau ci-joint). Cette augmentation risque de ne pas couvrir les besoins réels. En tout état de cause, il ne saurait être question de revenir sur la compétence de l'Etat en ce qui concerne les personnes sans domicile de secours.

(En milliers de francs)

Article	Libellé	Crédits demandés
10	Aide médicale générale	667 850
20	Aide médicale aux tuberculeux	27 230
30	Aide médicale aux malades mentaux	150 750
40	Aide médicale en matière de contraception	100
50	Aide à l'enfance	135 620
60	Aide Sociale aux personnes handicapées	89 660
70	Aide Sociale aux personnes âgées	188 510
80	Aide à la famille	50
Total		1 259 770

Au-delà de l'insuffisance des crédits affectés aux « sans-domicile de secours », on peut également s'interroger sur l'adéquation des textes en vigueur à la situation actuelle, après la mise en place de la décentralisation. Il s'agit plus particulièrement de l'aide sociale à l'enfance qui relève depuis le 1^{er} janvier 1984 de la compétence du département. Auparavant, cette catégorie de dépenses appartenait au groupe I, c'est-à-dire que l'Etat assurait une grande partie du financement de ces prestations.

ex. : Ville de Paris Finistère DOM	Etat 55 %	Département 45 %
	Etat 89 %	Département 11 %
	Etat ≥ 94 %	Département ≥ 6 %

Mais les règles concernant les enfants « sans domicile de secours » n'ont pas été modifiées. Pour être tout à fait exact, il convient de faire remarquer que la notion de « domicile de secours » n'existe pas pour les enfants. L'enfant a le domicile de secours de ses parents, mais les enfants relevant de l'aide sociale à l'enfance ont leur domicile de secours dans le département où ils se trouvent au moment où l'aide est accordée. De ce principe et des nouvelles règles de compétence résultant de la décentralisation, il résulte que dans le cas d'une famille, dont les parents sont reconnus sans domicile de secours, les allocations d'aide sociale qui seront versées aux adultes seront prises en charge par l'Etat, alors que les allocations versées aux enfants resteront à la charge du département. Cette dissociation est tout à fait injustifiée. Il conviendrait donc de modifier les textes en vigueur pour que la notion de « domicile de secours » soit étendue aux enfants, afin

que l'ensemble des prestations versées aux « sans domicile de secours » : parents et enfants soient effectivement pris en charge par l'Etat.

b) *Les personnes handicapées*

Plus précises et plus vives sont les pressions de l'Etat, en ce qui concerne l'orientation des personnes handicapées.

Les établissements pour handicapés comme les CAT doivent faire face à de très graves difficultés financières. La très faible progression des prix de journée en 1984, et les prévisions pour 1985 ne permettent aucune création de postes, et à fortiori aucune extension des capacités, alors que les demandes d'admission sont de plus en plus nombreuses.

De plus, le double financement de ces institutions offre une possibilité pour l'Etat de se dégager quelque peu de ses responsabilités. C'est ainsi que pour l'établissement des budgets des CAT, pour 1985, l'ensemble des charges sociales payées pour les handicapés devra être financée par le compte d'exploitation de l'atelier. C'est dire que si les charges de ce compte augmentent, ce sont les salaires versés aux handicapés qui diminueront.

Plus généralement, les orientations retenues en matière de structures d'accueil sont plus ou moins fonction de considérations financières, au détriment d'une réelle appréciation des besoins. Il est certain que dans la mesure du possible il faut favoriser l'insertion du handicapé dans la vie quotidienne : scolarité normale, formation professionnelle... Mais cette intégration a ses limites, et il est indispensable de poursuivre le développement de structures protégées de travail et de vie. Or, des arguments financiers viennent pervertir cette réflexion, et pour ne retenir qu'un exemple, on peut rappeler que le prix de journée dans un CAT est pris en charge par l'Etat, alors que le budget de fonctionnement d'un foyer occupationnel est à la charge du département. A l'heure de l'austérité et de la décentralisation, ces arguments financiers pèsent très lourd, lorsque l'Etat répond mal à ses engagements.

c) *Les personnes âgées*

Les mêmes menaces pèsent sur les orientations prises en ce qui concerne l'hébergement des personnes âgées. J'en ai déjà longuement fait état dans mes avis budgétaires précédents, et dans le rapport présenté au nom de la Commission de contrôle sur l'hébergement des

personnes âgées. Il faut une fois encore attirer l'attention sur les points suivants :

— En matière psychiatrique : la réforme du secteur psychiatrique est à faire, mais la transformation des lits doit être menée avec soin, et une réelle connaissance des besoins. Il est ainsi faux de dire que toutes les personnes âgées hébergées en psychiatrie le sont à tort. C'est vrai pour une partie d'entre elles — mais prévoir que l'ensemble d'entre elles devraient être hébergées en maison de retraite est un piège financier pour les collectivités locales. Il faudrait créer une structure sanitaire géro-psycho-geriatrique, pour prendre en charge ces personnes.

— Les aberrations du système de tarification empêchent également les pouvoirs publics de reconnaître réellement les besoins. La transformation des hospices ne doit pas se faire uniquement en maisons de retraite avec section de cure médicale. Le vieillissement de la population française, l'allongement de la durée de vie font que le nombre de personnes âgées gravement dépendantes, voire grabataires, augmente. Cette catégorie relève à l'évidence, de structures sanitaires. On manque encore à l'heure actuelle cruellement de lits de long séjour.

— Comme je l'ai déjà dénoncé dans mes précédents rapports, la grille d'évaluation des besoins, permettant d'ouvrir une section de cure médicale, est en réalité un couperet financier pour les maisons de retraite. Ces dernières se voient refuser le conventionnement d'un certain nombre de lits alors même que leur population hébergée a vieilli, ou que les demandes d'admission concernent des personnes ayant perdu toute autonomie.

— Dans ce contexte l'éventualité que l'ouverture ou le maintien de services d'aides ménagères puissent être soumis également à une grille d'évaluation peut faire craindre le pire. Plus précisément, en ce qui concerne les dépenses d'aide ménagère, on peut s'inquiéter de la faible progression du Fonds national d'action sanitaire et social en faveur des personnes âgées de la caisse nationale d'assurance vieillesse. 88 % des crédits de ce Fonds sont consacrés à l'action individuelle. Ce type d'action est en grande partie consacrée à l'aide ménagère à domicile, qui, en 1983, représentait environ 1,155 milliard de francs. En juillet 1984, le Fonds national d'action sanitaire et social a dû assurer un financement complémentaire, afin d'assurer le maintien en volume des interventions d'aide ménagère à domicile faites en 1983. Les prévisions quant à 1985, sur le simple maintien en francs courants des dotations 1984 fait apparaître un déficit d'environ 50 millions de francs. L'alternative est simple : ou bien réduire le nombre d'heures d'aide, ou bien, et il semble que l'on s'oriente dans cette voie, demander une participation plus forte aux bénéficiaires de cette aide. Dans un cas comme dans l'autre il s'agit d'une régression.

Une fois encore il ne s'agit pas de fonds budgétaires, gérés par l'Etat, mais les orientations qu'il fixe pèsent indiscutablement sur les décisions prises par les organismes de sécurité sociale et en particulier la caisse d'assurance vieillesse.

— Enfin, n'y a-t-il pas désengagement de l'Etat, ou à tout le moins, manque de cohérence dans sa politique en matière de soins à domicile ? Le IX^e Plan fixe comme objectif la fermeture de lits hospitaliers, mais dans le même temps, les DRASS ont reçu pour instruction de limiter toute ouverture de service de soins à domicile. Vers quelle structure devra-t-on se tourner si le développement de l'une ne vient pas compenser la fermeture de l'autre ?

B. Les responsabilités de l'Etat en matière de lutte contre la pauvreté

Les mesures d'austérité arrêtées tant dans le domaine sanitaire qu'en matière sociale sont lourdes de conséquences dramatiques lorsque parallèlement on prend en compte l'aggravation du phénomène de pauvreté.

1. Le constat en 1984

Beaucoup d'éclairages sont utilisables pour mesurer d'une manière ou d'une autre ce phénomène.

Œuvres charitables et associations constatent une très forte augmentation de demandes de secours. Le secours catholique avance ainsi deux chiffres. En 1982, cette organisation a reçu 250 000 « SOS » concernant le logement et en 1983, 450 000, soit une augmentation de pratiquement 100 %. De même les aides exceptionnelles des caisses d'allocations familiales ont fortement progressé.

— Les bénéficiaires de secours ont augmenté de 13 % en 1980 et 1982 et les dépenses, de 33 %.

— Les prêts d'honneurs ont augmenté de 32 % et les dépenses de 60,6 % entre 1980 et 1982.

— Entre 1977 et 1982 le montant des dépenses d'aide sociale est passé de 150,6 millions à 496,5 millions de francs.

2. Les responsabilités

Certes, il serait faux de présenter ce phénomène comme nouveau et succédant à une période de richesse et de prospérité pour tous, sans exclusion aucune.

Mais il est des mesures qui ont contribué à aggraver la paupérisation d'une fraction de la population française.

La lutte contre ce fléau qu'est la pauvreté a toujours préoccupé les pouvoirs publics. En 1954, déjà, l'Abbé Pierre, fondateur des Compagnons d'Emmaüs, mobilisait les Parisiens et les alertait sur des cas de pauvreté dramatiques. On peut également rappeler la politique de M. Chaban-Delmas pour résorber les bidonvilles, mais il s'agissait d'une très faible fraction de la population française, traditionnellement marginale.

Depuis trois ans, le phénomène s'est aggravé, et a pris une ampleur considérable. Il est lié dans une large mesure, à la grave crise économique que traversent les pays industrialisés depuis 1973. M. Oheix en 1981, présentait un rapport intitulé « Contre la précarité et la pauvreté », qui faisait état déjà, d'une augmentation du nombre des « smicards » depuis 1978.

La France n'a pas été épargnée. Alors que nos dirigeants s'engageaient à stopper la progression du chômage, rejetant l'entière responsabilité de ce drame sur les précédents gouvernants, force est de constater que depuis 1981, le chômage s'est accru, et qu'il s'est en quelque sorte aggravé. Les statistiques montrent en effet que la durée du chômage a beaucoup augmenté.

Face à cette montée du chômage, et tenus par des impératifs financiers et l'obligation d'assainir le système, les partenaires sociaux ont modifié les règles d'indemnisation du chômage. Et les pouvoirs publics n'ont pas mise en œuvre une réelle politique de solidarité sociale.

Il s'agit du décret du 24 novembre 1982 qui impose une durée maximale d'indemnisation du chômage, aux travailleurs privés d'emplois.

Ce décret a tout d'abord eu comme effet d'accélérer et d'accroître le nombre des radiations au régime d'indemnisations : de 9 000 en 1981 on est passé à 20 000 radiations en 1982, 360 000 en 1983 et 230 000 pour le seul premier semestre 1984.

Les durées d'indemnisations ont été limitées dans le temps, soit trente mois pour ceux qui n'ont pas cinquante ans, quarante-cinq mois puis soixante mois pour ceux ayant plus de cinquante ou cinquante-cinq ans.

Le régime de solidarité qui relaie sous certaines conditions le régime d'assurance, n'offre pas non plus de réponses satisfaisantes dans tous les cas. Certes, il prévoit une allocation d'insertion pour les jeunes n'ayant jamais travaillé, une allocation de solidarité pour les chômeurs ayant travaillé cinq ans au moins. Mais ce système de solidarité ne prend par exemple pas en compte le cas des femmes seules n'ayant jamais travaillé.

Ce régime d'indemnisation que ce soit au titre de l'assurance ou de la solidarité, n'assure pas un revenu minimal décent à l'ensemble de ses bénéficiaires. Ceci est particulièrement vrai en ce qui concerne les titulaires d'une allocation de fin de droits. Cette allocation forfaitaire est à l'heure actuelle de 41,40 F par jour. Elle est portée à 82,80 F si le chômeur privé d'emploi depuis plus d'un an est âgé de plus de 55 ans. C'est dire qu'un certain nombre de chefs de famille doivent vivre et faire vivre leur famille avec 1 200 F par mois, ce qui est notoirement insuffisant.

3. A quel niveau doivent être prises les solutions ?

Il est impossible d'imaginer que les communes, par l'intermédiaire de leurs bureaux d'aide sociale, ou les départements qui gèrent depuis le 1^{er} janvier 1984 25 milliards de francs de crédits d'action sociale, puissent répondre à ces nouveaux besoins.

Cela ferait peser sur les budgets des collectivités locales des charges financières insupportables.

De plus, la responsabilité de cette pauvreté incombant pour partie au Gouvernement, sa prise en charge relève de la solidarité nationale. Il est dans ce contexte d'autant plus dramatique de constater que l'Etat ne poursuit pas la politique sociale menée jusqu'à présent et qu'il se désengage de certaines de ses responsabilités. Un exemple est à cet égard frappant :

Des raisons sociologiques expliquent dans une certaine mesure, la moins grande résistance du ditto social, face à une baisse brutale du

niveau de revenus. Les liens familiaux se sont détendus et la solidarité de voisinage, de quartier, joue beaucoup moins. Ceci est particulièrement net dans les grandes villes, et les populations rurales sont en principe moins touchées. Mais traditionnellement, en cas de difficultés économiques, on assiste toujours à un exode plus ou moins massif vers les zones urbanisées. Les centres d'hébergement dont le taux d'occupation est à l'heure actuelle, au niveau maximal, recueillent ainsi des personnes déracinées, sans plus aucune relation ni sociale et encore moins familiale. Cet aspect de la pauvreté est particulièrement dramatique et il nécessite un travail de restructuration de la personnalité, un réapprentissage de la vie sociale, d'une participation à un travail productif. Il est dramatique, dans ce contexte, de voir que l'Etat freine l'activité de ces centres d'hébergement et limite leur personnel d'encadrement, les transformant ainsi en simple accueil de nuit. De plus, l'Etat a-t-il dégagé les moyens suffisants pour répondre aux besoins de ces nouveaux « sans domicile de secours » ?

Les premières mesures arrêtées par le Gouvernement lors du Conseil des ministres du 17 octobre 1984 sont à cet égard notoirement insuffisantes.

Elles ne permettront même pas de compenser les mesures d'économie arrêtées par le projet de loi de finances pour 1985, à savoir diminution des crédits aux écoles de formation, faible progression des budgets des centres d'hébergement, diminution des subventions en matière d'investissements sociaux... Plus dérisoires encore semblent les moyens arrêtés pour lutter contre la pauvreté au regard de la multiplication par trois des crédits inscrits pour la prise en charge des objecteurs de conscience. Les crédits inscrits sur cette ligne passent de 46 438 millions en 1984 à 141 658 millions de francs pour 1985. Votre commission désapprouve et juge presque scandaleuse une telle progression de ces crédits alors que pour combien d'actions autrement plus indispensables, des mesures d'austérité ont été réduites.

De plus, et ceci est encore plus grave, elles ne s'inscrivent pas dans le cadre de protection sociale que la France a mis en place. Elles sont totalement inadaptées à la situation de notre pays en 1984, et traduisent encore une fois une inacceptable régression. Il est dramatique que les pouvoirs publics s'en remettent aux organismes de charité, et à la générosité de tous pour lutter contre la pauvreté.

Votre commission jette ce cri d'alarme pour que soit défini rapidement le cadre d'intervention des pouvoirs publics. Les mesures relèvent à l'évidence de la solidarité nationale. C'est à ce niveau que doivent être

prises les solutions. Dans ce cadre ainsi déterminé, les collectivités locales apporteront leur contribution dans la mesure de leurs moyens. Mais les moyens traditionnels de l'action sociale qui désormais relèvent de la compétence des départements avec participation des communes, ne sont pas suffisants pour enrayer ce phénomène.

La mise en œuvre en commun d'un plan de lutte contre la pauvreté a été ainsi proposé par l'association des maires des grandes villes de France. Celle-ci subordonnait l'efficacité d'un certain nombre de solutions pragmatiques, à la mise en place immédiate, en priorité et à titre provisoire d'un système de solidarité nationale. Dans ce cadre, un appel est alors lancé à tous les partenaires politiques et sociaux : Etats, communes, départements, régions, organismes sociaux, œuvres charitables, pour prévenir les situations de détresse, et prendre en charge les populations marginalisées. C'est ainsi qu'en matière de logement il conviendrait de développer les commissions examinant les cas de loyers impayés. Ces commissions, pour être mises en place, requièrent la participation de l'Etat à hauteur de 35 % du montant des avances faites par ces commissions, ainsi que celles des collectivités locales et des offices d'H.L.M. En matière de logement il faudrait également décréter un moratoire des factures.

Votre commission pense qu'il est urgent de revaloriser les allocations versées aux chômeurs, afin de leur donner droit à un minimum décent. Le Sénat entend très prochainement faire des propositions en ce sens.

Pour la grande majorité des bénéficiaires de l'aide sociale, la question du domicile de secours ne se pose pas. Dans la plupart des cas, les personnes faisant appel à l'aide sociale ont acquis un domicile de secours. Le délai d'acquisition a été ramené à trois mois. A l'inverse, les deux catégories de personnes sans domicile de secours à la charge de l'Etat couvrent, d'une part, les personnes réfugiées tant que celles-ci répondent aux deux conditions cumulatives prévues par l'article 194 (leur présence résulte de circonstances exceptionnelles; ils n'ont pu librement choisir leur résidence) ce qui est en fait le cas tout le temps que les personnes réfugiées sont en centres d'hébergement, mais non quand elles ont acquis une résidence personnelle. Elles concernent, d'autre part, les personnes pour lesquelles aucun domicile fixe ne peut être déterminé, ce qui est le cas des personnes dont le mode de vie ne leur permet pas de justifier d'une résidence habituelle de trois mois.

L'article 24 de la loi du 29 décembre 1983 reconnaît compétence au Président du conseil général pour constater l'absence de domicile de secours. En cas de contestation soumise à la juridiction administrative, l'absence de domicile de secours est présumée et les dépenses imputées sur le budget de l'Etat.

Pour les cinq dernières années il n'est pas possible de préciser le nombre de personnes dépourvues de domicile de secours. Les prévisions de dépense se font donc par actualisation des sommes engagées précédemment, mais il est à craindre qu'un effort supplémentaire ne soit à fournir en 1985.

Pour 1985, la dotation devant couvrir les dépenses afférentes aux personnes sans domicile de secours augmente d'environ 8 % (cf tableau ci-joint). Cette augmentation risque de ne pas couvrir les besoins réels. En tout état de cause, il ne saurait être question de revenir sur la compétence de l'Etat en ce qui concerne les personnes sans domicile de secours.

CONCLUSION DE VOTRE COMMISSION

Votre commission ayant pu constater :

— la réduction des crédits affectés aux actions volontaristes, que ce soit en matière sanitaire ou sociale, notamment dans la lutte contre la toxicomanie, l'alcoolisme ou encore les actions en faveur des personnes âgées;

— que les établissements hospitaliers ont rencontré cette année des difficultés de gestion et de trésorerie considérables, qui ne feront que s'aggraver en 1985, si les options financières retenues ne sont pas modifiées;

— la diminution dramatique des subventions pour les investissements en équipements tant sanitaires que sociaux et qui pèsent lourdement sur la modernisation de notre parc hospitalier, freine l'introduction de nouvelles technologies pour demain, portant ainsi préjudice à la qualité des soins dispensés;

— qu'au travers d'une très forte diminution des crédits d'action sociale, c'est tout le tissu de solidarités locales, d'œuvres sociales qui est remis en cause à l'heure où la lutte contre la pauvreté impose au contraire un renforcement de ces structures et de leurs moyens;

— que l'austérité imposée aujourd'hui n'est encore une fois que la conséquence d'une politique décidée hier et déjà condamnable, mais qu'elle impose pour demain des situations sociales que votre commission ne peut accepter.

En conséquence, il vous est demandé de **rejeter les crédits consacrés à la santé et à l'action sociale dans le projet de loi de finances pour 1985.**