

N° 92

SÉNAT

PREMIÈRE SESSION ORDINAIRE DE 1988 - 1989

Annexe au procès-verbal de la séance du 21 novembre 1988

AVIS

PRÉSENTÉ

au nom de la commission des Affaires sociales (1) sur le projet de loi de finances pour 1989, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE,

TOME II

SANTÉ - ACTION SOCIALE

Par M. Louis BOYER,

Sénateur.

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

Voir les numéros :

Assemblée nationale (9e législ.) : 160 et annexes, 294 (annexes n° 30 et 32), 295 (tomes XI et XII) et T.A 24.

Sénat : 87 et 88 (annexes n° 30 et 37) (1988-1989).

Lois de finances. - Santé - Action sociale.

SOMMAIRE

	Pages
TRAVAUX DE LA COMMISSION	5
INTRODUCTION	9
PREMIERE PARTIE : LES PRIORITES RETENUES EN MATIERE D'ACTION SOCIALE	11
I. - Les priorités retenues par le Gouvernement en matière d'action sociale	13
A. La lutte contre l'exclusion sociale au travers du revenu minimum d'insertion	13
1° Bilan des divers plans de lutte contre la pauvreté	13
a. <i>Le plan de janvier 1983</i>	13
b. <i>Les programmes dits "d'urgence"</i>	14
c. <i>Les compléments locaux de ressources (C.L.R.)</i>	15
d. <i>Les départements-pilotes : circulaire n° 88-05 du 23 février 1988</i>	16
2° Mise en place du R.M.I. (Revenu Minimum d'Insertion) et coexistence pour 1989 avec le programme de lutte contre la pauvreté reconduit depuis 1984	18
a. <i>Mise en place du Revenu Minimum d'Insertion</i>	18
b. <i>Maintien pour 1989 du plan de lutte contre la pauvreté</i>	19
B. Le renforcement des actions en faveur des personnes âgées	21
1° Les deux priorités retenues dans le projet de loi de finances pour 1989	21
a. <i>La formation des intervenants de l'aide à domicile</i>	21
b. <i>L'humanisation des hospices</i>	21
C. L'effort consenti en faveur des personnes âgées	27
1° L'augmentation des crédits destinés au financement de l'A.A.H.	27
2° L'augmentation des crédits affectés aux actions spécifiques envers les personnes handicapées	27
3° La nécessité d'un effort à long terme à l'encontre des personnes handicapées, notamment en ce qui concerne leur hébergement	30
a. <i>Etablissements pour enfants</i>	30
b. <i>Etablissements pour adultes</i>	31
c. <i>L'importance des besoins à couvrir</i>	32

II. - La reconduction des autres crédits d'action sociale ne permet pas le développement de certaines actions pourtant très importantes	34
A. La reconduction des dépenses traditionnelles en matière d'action sociale	34
1° Prise en charge de dépenses obligatoires ayant le caractère de remboursement ou de subventions	35
<i>a. Remboursement par l'Etat aux départements et collectivités locales des soldes afférents aux dépenses d'aide sociale antérieures à 1984</i>	35
<i>b. Prise en charge des dépenses afférentes à l'interruption volontaire de grossesse</i>	35
2° La reconduction à niveau de la plupart des programmes d'action sociale	36
<i>a. Les budgets des établissements sociaux</i>	36
<i>b. La formation des travailleurs sociaux</i>	37
<i>c. La reconduction des crédits d'aide sociale</i>	37
B. Les insuffisances budgétaires en matière de politique familiale	39
1° Un certain effort en faveur de l'amélioration du cadre de vie des familles	40
2° L'action sociale en faveur des familles ne constitue pas une priorité budgétaire	40
3° La faiblesse des crédits budgétaires affectés aux modes de garde de la petite enfance	42
DEUXIEME PARTIE : LES PRIORITES RETENUES EN MATIERE D'ACTION SANITAIRE	43
I. - La lutte contre le SIDA constitue la priorité essentielle dans le domaine sanitaire	45
A. Bilan de l'épidémiologie de la maladie	45
1° Données actuelles	45
2° Prévisions	46
B. Bilan des mesures adoptées depuis cinq ans	47
1° La prévention	47
<i>a. Des mesures en relations avec le comportement des individus</i>	47
<i>b. Des mesures à caractère plus général</i>	48
2° La surveillance et les soins	49
<i>a. En 1987-1988 ont été insitutés les C.I.S.I.H. (Centres d'Information et de Soins de l'Immuno-déficience Humaine)</i>	49

<i>b. La Direction Générale de la Santé</i>	50
<i>c. Le traitement des malades atteints du S.I.D.A. représente 0,5 % de l'activité hospitalière totale</i>	50
3° La politique de recherche	50
4° La coopération internationale	51
C. Présentation du plan de lutte anti-SIDA	52
1° L'information et la formation	52
2° Le refus de l'exclusion	52
3° Prise en charge	53
4° La recherche	53
II. - La poursuite de la baisse des crédits de fonctionnement	53
III. - Le maintien à niveau du financement des actions à caractère sanitaire traditionnelles ne permet pas de satisfaire des objectifs pourtant sensibles	55
1° Les crédits affectés aux actions de formation	55
2° La reconduction des crédits affectés aux actions de prévoyance ne permet pas le soutien d'objectifs pourtant sensibles ..	55
<i>a. Les crédits consacrés à la lutte contre la toxicomanie</i>	56
<i>b. L'insuffisance des crédits et l'absence de volonté en matière de lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme</i>	57
IV. - La nécessité d'une réflexion globale sur le système hospitalier	61
1° Assouplir les règles financières applicables aux établissements hospitaliers	62
<i>a. Moduler les règles applicables en matière d'investissements hospitaliers</i>	62
<i>b. Assouplir les règles d'application du budget global</i>	63
2° Mener une réflexion d'ensemble sur le fonctionnement et l'organisation des établissements hospitaliers	66
<i>a. Poursuivre la réflexion en ce qui concerne les personnels infirmiers</i>	66
<i>b. Elargir la réflexion à l'ensemble des personnels exerçant à l'hôpital et notamment aux médecins</i>	67
3° Renforcer la coopération entre le service public hospitaliers et les établissements privés d'hospitalisation en ce qui concerne l'utilisation des équipements	69
CONCLUSION	71

TRAVAUX DE LA COMMISSION

La commission des Affaires sociales, sous la présidence de M. Bernard Lemarié, a procédé à l'examen des crédits Santé - Action Sociale inscrits dans le projet de loi de finances pour 1989. M. Louis Boyer, rapporteur pour avis de la commission des Affaires sociales, a tout d'abord indiqué que pour 1989 le budget de la solidarité, de la santé et de la protection sociale s'élevait à 35,77 milliards de francs, soit une progression d'environ 2,3 %.

En intégrant la dotation de 6 milliards de francs prévue pour financer le revenu minimum d'insertion, l'ensemble des crédits consacrés à la solidarité et à la santé est porté à 41,6 milliards de francs.

Ce budget traduit trois priorités gouvernementales, à savoir la mise en place d'un plan national de lutte contre le SIDA, l'introduction du revenu minimum d'insertion et l'accentuation des actions en faveur des personnes âgées et des handicapés.

A propos du revenu minimum d'insertion, le rapporteur a déploré que les propositions du Sénat tendant à améliorer l'efficacité du dispositif n'aient pas été retenues par l'Assemblée nationale.

A propos des personnes âgées, M. Boyer a indiqué que la priorité retenue concerne la rénovation de 50.000 lits d'hospices. Une autre priorité budgétaire envers les personnes handicapées se traduit par la création de 1.700 places en CAT. Mais le rapporteur a regretté le projet de décret modifiant le calcul de la base ressources pour l'attribution de l'AAH, et permettant une économie de 77 millions de francs, injustement réalisée sur des personnes aux revenus très faibles ; de plus, il a souhaité que le Gouvernement adopte une mesure réglementaire complétant le dispositif législatif instituant le contrat Epargne-Handicap. Enfin, à propos de la disposition introduite dans le projet de loi

portant diverses mesures d'ordre social permettant de prolonger le placement d'un jeune handicapé dans un établissement d'éducation spéciale, le rapporteur s'est inquiété des modalités financières de prise en charge et des difficultés pratiques posées par cette disposition.

En dehors de ces actions prioritaires, M. Louis Boyer a déploré que les crédits finançant des actions traditionnelles ne soient que simplement reconduites, et qu'elles ne s'accompagnent pas d'une politique volontariste du Gouvernement, notamment en ce qui concerne la famille.

Abordant l'examen des crédits consacrés à la santé, le rapporteur a déploré leur diminution nette de 3,7 % (1,9 milliard de francs pour 1989) et s'est inquiété en particulier de la baisse de 5,7 % qui affecte les subventions d'équipements sanitaires (530 millions de francs en crédits de paiement pour 1989). Il a ensuite brièvement exposé le contenu du plan national de lutte contre le SIDA en indiquant que les épidémiologistes de l'INSERM estimaient le nombre des décès à 4.600 pour 1989 et à 8.000 pour 1990, alors que le nombre de malades atteints du SIDA pris en charge dans les hôpitaux serait d'environ 10.000 à la fin 1989.

Par ailleurs, M. Boyer a déploré que la faiblesse des crédits consacrés à la lutte contre la toxicomanie, l'alcoolisme ou le tabagisme ne permette pas l'adoption d'une politique d'envergure dans ces différents domaines.

Enfin, le rapporteur a souhaité, en ce qui concerne le secteur hospitalier, que l'on assouplisse les règles de gestion hospitalière, notamment en ce qui concerne les investissements, et qu'une réflexion soit menée sur le fonctionnement et l'organisation des hôpitaux, en incluant l'ensemble des personnels.

Il a par exemple indiqué que, pour remédier aux difficultés graves que connaissent les hôpitaux généraux, menacés de démedicalisation pour certains, il faudrait dans les quatre ans qui viennent procéder à la création nette de postes d'assistants.

En conclusion, M. Boyer a rappelé les aspects positifs de ce budget (effort en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées - mise en place du RMI - lutte contre le SIDA), mais également les aspects négatifs (diminution nette des crédits santé, notamment les subventions d'équipements sanitaires - absence de politique volontariste en ce qui concerne la famille, la lutte contre la toxicomanie, l'alcoolisme ou le tabagisme et refus de mettre en place le contrat Epargne - Handicap).

Il a estimé que le bilan était donc nuancé, et que de plus ce budget était un budget d'attente qui ne méritait ni excès de louanges ni condamnation sans appel.

Au cours de la discussion générale qui a suivi et à laquelle ont participé MM. Jean Chérioux, Henri Collard, Claude Huriet et Pierre Louvot, le rapporteur a apporté des précisions concernant les crédits affectés à la formation des intervenants à domicile, et confirmé les besoins en maisons d'accueil spécialisées pour les handicapés lourds.

Il a reconnu que les dépenses de l'Etat en faveur des personnes âgées ou handicapées, ainsi que la mise en place du RMI, entraîneraient automatiquement un accroissement des dépenses des départements. En ce qui concerne la rénovation des hospices, il a indiqué qu'elle se ferait au travers de contrat de plan Etat - Région, ce qui aurait l'inconvénient de relancer des financements croisés, et que, d'autre part, la transformation de ces lits se ferait en unités de long séjour ou en lits avec section de cure médicale. Enfin, M. Louis Boyer a apporté un certain nombre de précisions sur le développement du SIDA et sur les conséquences multiples et imprévisibles que ceci aurait sur le fonctionnement des hôpitaux.

A l'issue de la discussion générale, la commission, sur la proposition de son rapporteur, s'en est remise à la sagesse pour l'adoption des crédits Santé - Action sociale du budget Solidarité, Santé et Protection sociale.

INTRODUCTION

Mesdames, Messieurs,

L'examen strict des crédits budgétaires consacrés dans le projet de loi de Finances pour 1989 à l'action sociale et à la santé se complète pour votre rapporteur par le rappel des politiques menées par le Gouvernement qui s'appuient sur d'autres enveloppes budgétaires, voire d'autres types de financement. C'est ainsi qu'à l'occasion de l'examen des crédits consacrés à la santé, il nous est permis d'appeler de nos vœux une réforme du mode de fonctionnement de nos structures hospitalières tant en ce qui concerne les personnels que leur financement. De même, l'adoption des lois de décentralisation a profondément bouleversé l'exercice des compétences de l'Etat et des collectivités territoriales, si bien que l'examen de certains crédits budgétaires appellent des commentaires sur les politiques menées parallèlement par les départements.

Pour en revenir au strict examen des crédits budgétaires, et à titre d'introduction, on peut indiquer que le projet de budget pour 1989 de la solidarité, de la santé et de la protection sociale s'élève à 35,77 milliards de francs contre 34,95 milliards de francs en 1988 soit une progression d'environ 2,3 %. Pour être tout à fait exact, il convient d'ajouter la dotation budgétaire inscrite au budget des charges communes et qui s'élève à 6 milliards de francs. En tenant compte de cette dotation qui doit financer le revenu minimum d'insertion, l'ensemble des crédits consacrés à la solidarité et à la santé est porté à 41,6 milliards de francs.

La répartition entre crédits affectés au secteur sanitaire et crédits affectés au secteur social est la suivante :

- pour 1989, 1,9 milliard de francs pour les crédits santé soit - 3,7 % par rapport à 1988 ;

- pour 1989, 31,4 milliards de francs pour les crédits action sociale hors RMI, soit + 2,2 % par rapport à 1988.

REPARTITION DES CREDITS SANTE/ACTION SOCIALE

	L.F. 1988	P.L.F. 1989	Variation en valeur absolue	Variation en %
Crédits relatifs à la santé	2.053,92	1.981,21	- 72,71	- 3,7 %
Crédits relatifs à l'action sociale	30.588,38	(hors RMI*) 31.478,48	+ 890,10	+ 2,2 %

(millions de francs)

Ces constatations globales masquent des évolutions diversifiées qui traduisent la volonté du Gouvernement de développer des actions prioritaires, à savoir :

- la mise en place d'un plan national de lutte contre le SIDA,
- l'introduction du revenu minimum d'insertion,
- l'accentuation des actions en faveur des personnes âgées et des handicapés.

Tout en partageant le choix de ces actions prioritaires, votre rapporteur rappellera tant en ce qui concerne l'action sociale, qu'en matière sanitaire, les responsabilités qui incombent à l'Etat et dont il ne saurait se dégager.

*

* *

I. PREMIÈRE PARTIE : LES PRIORITÉS RETENUES EN MATIÈRE D'ACTION SOCIALE

PRESENTATION DES CREDITS ACTION SOCIALE

	1988	1989	Évolution en %
TOTAL DES CREDITS SOLIDARITE PROTECTION SOCIALE	30.786.084.282	31.467.094.007	+ 2,2
- DEPENSES ORDINAIRES			
+ CREDITS DE PAIEMENT			

TITRE III				
Chapitre 36 21	Etablissements nationaux à caractère social	54.421.927	54.186.321	- 0,4
Chapitre 37 53	Actions sociale, éducative et culturelle pour les Français rapatriés d'origine nord-africaine	250.000.000	100.000.000	- 60,0
TOTAL TITRE III		294.421.927	154.186.321	- 50,9
TITRE IV				
Chapitre 43 33	Professions sociales - Formation	379.808.572	383.979.541	+ 1,1
Chapitre 43 34	Enseignement social - Bourses	44.641.638	44.884.000	+ 0,5
Chapitre 46 02(*)	Actions en faveur des rapatriés	28.000.000	25.900.000	- 7,5
Chapitre 46 22	Remboursement dépenses IVG	172.000.000	160.000.000	- 6,9
Chapitre 46-23	Actions sociale obligatoire	5.597.700.000	5.819.040.000	+ 3,9
Chapitre 46 24	Persones sans domicile de secours	1.441.200.000	1.384.000.000	- 3,9
Chapitre 46 25	Fonds national de solidarité	283.000.000	133.000.000	- 53,0
Chapitre 46 26	Remboursement aux départements	800.605.587	800.605.587	-
Chapitre 46 92	Allocations adultes handicapés	13.224.000.000	14.076.000.000	+ 6,4
Chapitre 47-21	Programmes d'action sociale	610.043.255	601.623.255	- 1,4
Chapitre 47-22	Majoration des rentes anciens combattants	91.500.000	107.000.000	+ 16,9
Chapitre 47-23	Subventions à divers régimes sociaux	7.245.430.000	7.200.730.000	- 0,6
Chapitre 47 81	Travailleurs migrants	106.833.303	105.145.303	- 1,6
TOTAL TITRE IV		30.023.162.355	30.841.907.686	+ 2,7
TOTAL DEPENSES ORDINAIRES		30.317.584.282	30.996.094.007	+ 2,2

TITRE V		Autorisations de programme	Credits de paiement	Autorisations de programme	Credits de paiement	Autorisations de programme	Credits de paiement
Chapitre 56-20	Equipement social	11.500.000	16.000.000	6.470.000	6.000.000	43,7	7,3
TITRE VI							
Chapitre 66-20	Subventions d'équipement social	450.000.000	452.000.000	480.000.000	465.000.000	+ 6,7	+ 2,8
TOTAL DEPENSES EN CAPITAL		461.500.000	488.500.000	486.470.000	471.000.000	+ 5,4	+ 0,5

*1 Ce chapitre figurait en 1988 dans les services généraux du Premier ministre

Crédits paiement	L.F. 1988	P.L.F. 1989	Variation absolue
- dépenses ordinaires	30.317.584.282	30.996.094.007	678.509.725
- dépenses en capital	468.500.000	471.000.000	2.500.000
TOTAL	30.786.084.282	31.467.094.007	681.009.725

Le tableau ci-dessus retrace, chapitre par chapitre, les crédits budgétaires consacrés à l'action sociale

Comme il a été indiqué plus haut, il convient d'y ajouter la dotation de 6 milliards de francs inscrite au budget des charges communes et qui finance le revenu minimum d'insertion.

De l'analyse de ces crédits, il ressort que le gouvernement retient trois priorités en matière d'action sociale :

- la lutte contre l'exclusion sociale,
- les actions en faveur des personnes âgées,
- les mesures en faveur des personnes handicapées.

Votre rapporteur reconnaît le bien fondé d'un tel choix, mais entend souligner que l'ampleur des besoins nécessite un engagement durable de l'Etat.

Par ailleurs, en analysant les crédits-strictement reconduits à niveau- pour le financement des autres actions sociales, on ne peut qu'insister sur le caractère également important de ces mesures et dont l'Etat ne saurait se désengager.

I. LES PRIORITES RETENUES PAR LE GOUVERNEMENT EN MATIERE D'ACTION SOCIALE

A. LA LUTTE CONTRE L'EXCLUSION SOCIALE AU TRAVERS DU REVENU MINIMUM D'INSERTION

1. Bilan des divers plans de lutte contre la pauvreté

a) Le plan de janvier 1983

Le premier "programme de lutte contre la pauvreté et la précarité" décidé le 26 janvier 1983 était composé de mesures de nature et de portée diverses sinon disparates dont certaines sont toujours en vigueur (amélioration des passages d'un bloc de protection sociale à l'autre) et même se développent (lutte contre l'illettrisme, stages pour mères isolées), tandis que d'autres n'ont pas survécu (cellule d'information des usagers dans les D.R.A.S.S., services d'accueil pour parents isolés, services d'urgence 24 H/24). Il est intéressant de noter que ces dernières mesures, par exemple, témoignaient déjà de la volonté de transformer le rôle de l'Etat avant même la mise en application de la décentralisation de l'aide sociale : en effet, il s'agissait d'impulser des dispositifs dont les partenaires locaux devaient se saisir, ensuite pour les développer et les financer, d'où sans doute, leur inégal taux de survie.

Les mesures destinées à éviter les ruptures de prestations étaient ciblées avec précision, et visaient l'amélioration des circuits de caisse à caisse, et l'accélération du passage de l'allocation d'éducation spéciale à l'A.A.H., du passage des indemnités journalières d'assurance-maladie aux pensions d'invalidité, de l'A.P.I. aux allocations mensuelles de l'A.S.E.

Le programme de 1983 voulait également s'attaquer aux causes de la pauvreté et favoriser le développement social : il s'agissait surtout de rappeler la nécessité de la lutte contre

l'illettrisme, de l'aide aux impayés, du repérage précoce des situations de pauvreté ou de l'insertion par l'économique (circulaire 44).

C'est dans le cadre des programmes dits "d'urgence", qu'un certain nombre d'autres pistes du rapport OHEIX ont pu se concrétiser : (par exemple, création de "cellules pauvreté" auprès de chaque Préfet ; passation de conventions d'objectifs avec les associations, pratique qui tend à se substituer à celles des subventions de fonctionnement).

b) Les programmes dits "d'urgence"

A partir de 1984, les gouvernements successifs ont élaboré, au début de chaque hiver, des programmes spécifiques. D'abord limités à l'urgence, ces programmes ont rapidement glissé vers des dispositifs à moyen et long terme, s'étalant sur toute l'année (fonds d'aide aux impayés de loyer, actions de réinsertion professionnelle,...). Ce qui est à noter, c'est le caractère résolument mobilisateur de toutes ces actions. Les préfets ont été invités à mobiliser autour d'eux l'ensemble des actions de la protection sociale. Dès la première circulaire, celle du 23 octobre 1984, sur la mise en place de dispositifs d'urgence pour les personnes en situation de pauvreté et de précarité, il leur était demandé de réunir, immédiatement, les représentants de toutes les personnes publiques ou privées susceptibles d'apporter leurs concours aux actions envisageables ou de proposer des initiatives : élus locaux (représentants du département et des communes principalement concernés), Centres Communaux d'Action Sociale, Caisses de Sécurité Sociale, A.S.S.E.D.I.C., organismes d'H.L.M., associations caritatives ou non...

A l'occasion du bilan effectué pour 1987/1988, on note que la presque totalité des départements ont institué une coordination générale à la Préfecture ou à la M.D.A.S.S., assortie parfois de coordination décentralisée dans les sous-préfectures ou au niveau des grandes agglomérations.

Présentes dans 65 départements sur 88, les cellules spécialisées interpartenariales dans l'attribution des aides pour les

factures d'électricité sont les plus démultipliées géographiquement. Il ressort en général que la coordination fonctionne au mieux là où elle s'appuie sur des pratiques acquises dans le cadre de Fonds interdépartementaux (fonds d'aide aux impayés de loyer, fonds d'aide au relogement et de garantie, fonds EDF/GDF...).

La participation des départements, des Caisses d'Allocations Familiales et des communes importantes (ou de leurs Centres Communaux d'Action Sociale) paraît un acquis définitif du plan d'action contre la pauvreté dans la grande majorité des départements. Il en est de même pour les associations caritatives.

A noter que les Centres Communaux d'Action Sociale importants jouent, dans certains départements, le rôle de "pivots" ayant chacun en charge un secteur géographique au-delà des limites de leurs communes, ce qui semble efficace pour couvrir les zones rurales et centraliser le recensement des besoins à un niveau qui reste proche de la population.

Par ailleurs, les préfets signalent également que tantôt les départements, tantôt les C.C.A.S. mettent sur pied des programmes d'accompagnement du plan d'action contre la pauvreté, ce qui accroît ses effets. La coordination peut être l'occasion d'orienter les personnes en difficulté vers les services les mieux à même de traiter leur demande, ce qui améliore l'efficacité globale du travail social.

Les associations caritatives ont été invitées à participer aux programmes d'urgence dès leur lancement. Des moyens supplémentaires leur ont été donnés et il semble qu'une collaboration nouvelle soit née à cette occasion entre les Pouvoirs Publics et les institutions privées : concertation accrue, passation de conventions d'objectifs, contrôles effectués a posteriori...

c) Les compléments locaux de ressources (C.L.R.)

Le Gouvernement a mis en place le 29 octobre 1986 dans le cadre du plan d'action contre la pauvreté et la précarité, par convention entre l'Etat et les Conseils Généraux, un nouveau

dispositif visant à donner une allocation forfaitaire de 2.000 francs par mois aux personnes démunies de toutes ressources. Cette allocation est versée en contrepartie d'un travail à mi-temps.

Ce nouveau dispositif a été reconduit le 23 octobre 1987.

Mi-juillet 1988, 77 départements ont montré l'intérêt qu'ils portaient à ce dispositif en contractant avec l'Etat pour accueillir 18.912 bénéficiaires C.L.R. potentiels. L'engagement financier de l'Etat correspondant à ces actions a été de 100 millions de francs.

d) Les départements-pilotes : circulaire n° 88-05 du 23 février 1988

Treize départements ont été choisis pour expérimenter des actions de coordination renforcée en matière de lutte contre la pauvreté et la précarité à la suite du rapport voté par le Conseil Economique et Social en février 1987, sur les objectifs suivants :

- détecter et appréhender les différents facteurs de précarité au niveau le plus proche possible des populations concernées ;

- rechercher des solutions à l'ensemble de ces problèmes (de manière concomitante) en coordonnant de manière étroite les moyens existants dont la maîtrise est fréquemment dispersée ;

- suivre et évaluer ce dispositif expérimental.

RAPPEL DES MODES DE GESTION DES CREDITS PAR CAMPAGNE

	1984/1985	1985/1986	1986/1987	1987/1988
Associations	99	115	117	123,5
Offices agricoles	112	-	-	-
Préfets - Urgence	233	311	204	233,1
C.L.R. (voir- cidessous)	-	-	-	-
Total (en millions de Francs)	444	426	405*	356,6**

* Auquel il convient d'ajouter :

- 200 millions de francs coût évalué par le Ministère de l'Agriculture des denrées mises gratuitement à disposition par la C.E.E.

à noter également l'effort multiplicateur induit par le mécanisme des conventions passées entre l'Etat et les départements - L'effort des collectivités locales peut être estimé à 123 millions de francs.

** Auquel il convient d'ajouter les C.L.R (43 millions de francs en 1987).

Un groupe de travail interministériel a été mis en place pour animer et coordonner, en liaison avec les différents départements ministériels intéressés, l'action des Pouvoirs Publics en direction des plus démunis.

L'évolution des dispositifs d'urgence montre que la priorité est donnée à l'aide au logement, qui dans le bilan 1986/1987 représente plus de 52 % du volume total des aides. Cette progression s'est faite au détriment de l'aide alimentaire, mais cette diminution a été compensée par l'utilisation des surplus agricoles de la C.E.E.

2. Mise en place du R.M.I. (Revenu minimum d'Insertion) et coexistence pour 1989 avec le programme de lutte contre la pauvreté reconduit depuis 1984.

a) Mise en place du Revenu Minimum d'Insertion

Il ne s'agit pas ici de refaire l'examen d'un dispositif qui vient de faire l'objet d'un large débat au Sénat, et à propos duquel notre éminent collègue, M. Pierre Louvot, rapporteur au fond pour la commission des affaires sociales, a fait des propositions intéressantes pour rendre le dispositif plus efficient et plus adapté aux règles nouvelles issues de la décentralisation. Malheureusement, force est de constater que l'Assemblée nationale s'en est tenue à son vote de première lecture ce qui induira dans les années à venir nombre de difficultés d'application.

Le champ d'application de ce nouveau dispositif législatif est très large puisqu'il devrait concerner 570.000 ménages soit environ 1.500.000 personnes.

Pour l'Etat, le mécanisme du R.M.I. devrait représenter en année pleine un coût de 9 milliards de francs qui correspond au versement d'une allocation différentielle et à l'attribution de l'allocation de logement social pour les titulaires du R.M.I., ne bénéficiant d'aucune autre aide au logement (coût de la mesure estimé à 400 millions de francs en 1989).

Compte tenu du montant retenu pour le revenu minimum garanti (2.000 francs pour une personne seule ; 3.000 francs pour un couple ; 600 francs par personne à charge) et des règles de calcul de la base ressources des bénéficiaires du R.M.I., on peut indiquer que le montant moyen des ressources disponibles des titulaires du R.M.I. sera d'environ 2.953 F pour une personne seule, 3.890 F pour un couple sans enfant, 4.425 F pour un couple avec un enfant et 5.075 F pour un couple avec deux enfants.

Pour 1989, il est prévu pour la mise en place du revenu minimum d'insertion, une dotation de 6 milliards de francs, inscrite au budget des charges communes.

Parallèlement, à cette charge nouvelle pour l'Etat, il convient de rappeler la participation financière du département qui prend à sa charge le volet insertion du dispositif, et le financement des cotisations d'assurance volontaires des bénéficiaires du R.M.I. ne disposant pas d'une couverture sociale. Ce financement devrait être compensé par les économies réalisées par les départements en matière d'aide médicale gratuite.

b) Maintien pour 1989 du plan de lutte contre la pauvreté

Parallèlement à ce dispositif central de lutte contre l'exclusion sociale, au travers du R.M.I., le gouvernement maintient et même accentue les moyens d'action traditionnels de lutte contre la pauvreté.

Il s'agit par là d'accompagner la mise en place du revenu minimum d'insertion et d'éviter toute rupture de prise en charge.

A l'intérieur des crédits strictement affectés à l'action sociale, les crédits affectés à la lutte contre la pauvreté sont renforcés.

Au chapitre 47-21 - Art. 70 :

Programme de lutte contre la pauvreté : 295 millions de francs sont inscrits pour 1989 contre 300 millions de francs en 1988, mais en réalité ceci permet d'inscrire 5 millions de francs d'action nouvelle pour les actions d'urgence gagées sur 10 millions de francs d'économies permises par la suppression progressive des C.L.R. (compléments locaux de ressources).

Au chapitre 46-23 - Art. 60 :

Allocations diverses : une mesure nouvelle de 10 millions de francs est prévue pour développer des actions alternatives à l'accueil des personnes en centre d'hébergement.

Au chapitre 47-21 - Art. 10 :

Action sociale générale. Dans le cadre des programmes locaux de développement social des quartiers une mesure nouvelle de 3 millions de francs est inscrite qui sera plus particulièrement consacrée au suivi des familles démunies. Un crédit de 600.000 francs sera notamment affecté au financement des actions de lutte contre l'illettrisme.

Lors du Conseil des Ministres du 16 novembre 1988, le Ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale présentant ce dispositif de lutte contre la pauvreté, pour aider à la mise en place du R.M.I., a indiqué qu'au total, des crédits de près de 500 millions de francs seraient consacrés à l'accueil et l'hébergement d'urgence des personnes sans abri, à l'aide alimentaire, à faciliter l'accès aux soins, à l'aide au logement ainsi qu'à l'insertion professionnelle. L'utilisation de ces crédits sera très largement déconcentrée, et plus de 140 millions de francs seront versés aux associations qui luttent contre la pauvreté.

B. LE RENFORCEMENT DES ACTIONS EN FAVEUR DES PERSONNES AGEES

1. Les deux priorités retenues dans le projet de loi de finances pour 1989

a) La formation des intervenants de l'aide à domicile

Le chapitre 46-33 - article 20 consacré à la formation des intervenants de l'aide à domicile progresse de 114 % pour être fixé à 8,9 millions de francs mais ce mouvement résulte pour une large part d'un regroupement de crédits sur cet article. En réalité, c'est une mesure nouvelle de 2 millions de francs qui est prévue pour la mise en place d'un programme de qualification des intervenants de l'aide à domicile.

Il s'agit là d'une première mesure pour répondre aux recommandations de la commission nationale d'études sur les personnes âgées dépendantes, publiées en mai 1988, et qui insistaient sur la nécessité de donner aux intervenants de l'aide à domicile une formation spécifique en gérontologie sociale.

Cette mesure s'intègre dans une réflexion d'ensemble que le ministre délégué chargé des personnes âgées entend voir mener sur la nécessité d'une formation polyvalente des travailleurs à domicile afin qu'ils puissent s'adapter à l'évolution des besoins.

b) L'humanisation des hospices

*** Rappel historique**

A l'origine, les hospices -établissements ou services dépendants d'un hôpital mais autonomes- servaient à accueillir des

vieillards, ou des malades sans prise en charge médicale. Ces structures étaient fondées sur la notion d'assistance.

Il convenait donc de procéder à leur transformation, tant sur le plan juridique, que physique par une modernisation des locaux. La loi du 30 juin 1975 modifiée a prévu que les hospices seraient transformés dans un délai de 15 ans :

- soit en unité sanitaire de long séjour relevant de la loi hospitalière,
- soit en unité locale et médico-sociale relevant de la loi sociale.

L'ensemble des hospices y compris l'assistance publique de Paris totalisait à l'origine 214.000 lits.

La transformation juridique des hospices n'a été mise en place qu'à compter du mois de juin 1980 (la transformation des prises en charge ayant débuté en 1977 pour le long séjour et en 1978 pour les créations de sections de cure médicale). A l'heure actuelle plus de 143.000 lits d'hospice ont été transformés juridiquement en :

- 108.660 lits de maison de retraite (dont 38.000 places de section de cure médicale) soit 77,6 % des lits transformés ;
- 27.620 lits de long séjour (19,7 % des lits transformés) ;
- 1.740 lits de moyen séjour (1,24 % des lits transformés) ;
- 1.990 lits divers (1,4 % des lits transformés) : il s'agit dans la majorité des cas de lits pour handicapés.

A l'heure actuelle, il reste un stock de 70.800 lits à transformer soit 33 % des lits originels. La majorité d'entre eux sont localisés dans les sections d'hospices d'hôpitaux.

L'exigence d'humanisation des hospices et en particulier de suppression des salles communes appelle l'intervention coordonnée de l'Etat et de ses partenaires pour encore 50.000 lits. Le coût total prévisionnel des travaux s'élève à plus de 10 milliards de francs. L'Etat propose aux collectivités locales de réaliser l'ensemble de ce programme en 7 ans, c'est-à-dire d'ici à 1995. Pour la période de 1989-1993 le programme sera réalisé dans le cadre des contrats de plan Etat-Région. Les opérations seront financées avec un taux de subvention de 60 %, dont 30 % à la charge de l'Etat, et 30 % à la charge des collectivités locales.

A cet effet, les crédits d'Etat seront portés à 388,3 millions de francs dès 1989 soit une augmentation de 29 millions de francs par rapport à 1988 et seront de l'ordre de 475 millions de francs par an de 1990 à 1995.

On ne peut que soutenir un tel objectif qui s'inscrit dans la continuité d'un effort mené dans le cadre du IXe Plan et comme le montre le tableau ci-dessous.

MONTANT DES DOTATIONS AFFECTEES AUX CONTRATS DE PLAN
PAR RAPPORT AUX DOTATIONS LOI DE FINANCES
Chapitre 66-20, article 90

Années	Loi de finances	Contrat de plan
1984	245 400 000	102 837 120
1985	279 900 000	208 172 020
1986	243 030 000	217 730 000
1987	339 000 000	257 519 640
1988	359 300 000 (prévisions)	281 860 360 (prévisions)
TOTAL	1 466 630 000	1 068 119 140

On peut également indiquer que ces lits seront juridiquement transformés en lits de long séjour ou en lits avec section de cure médicale.

Cet effort ainsi consenti en faveur de l'hébergement des personnes âgées ne devra pas malheureusement être le seul, lorsqu'on connaît les problèmes de prise en charge des personnes âgées dépendantes. A moyen terme, c'est une réflexion d'ensemble qu'il faut impérativement engager afin de trouver les solutions adéquates. Il s'agirait notamment de parvenir à la définition d'une prise en charge fonction non plus de l'établissement d'hébergement mais fonction de la personne âgée elle-même. De plus, il convient également de réfléchir sur les modalités d'hébergement temporaire pouvant être proposées aux personnes âgées et à leurs familles.

Le bilan qui peut être fait des capacités d'hébergement pour les personnes âgées et sur la persistance des hébergements indus en milieu hospitalier ou psychiatrique montre la nécessité d'une telle réflexion qui associe l'Etat, les régimes d'assurance maladie et les collectivités territoriales.

Les établissements médico-sociaux pour personnes âgées offrent une capacité d'accueil de 453.675 lits au 31 décembre 1986.

Les personnes âgées peuvent être hébergées en :

- logements-foyers (publics ou privés)	120 928 lits
- maisons de retraite privées	112 293 lits
- hospices et maisons de retraite publiques autonomes	99 614 lits
- sections d'hospices et maisons de retraite des hospitaux publics	114 476 lits
- autres établissements publics et privés (résidence d'hébergement temporaire, pension de famille, etc)	6 364 lits
Capacité totale d'accueil	453 675 lits

Pour répondre aux besoins particuliers des personnes âgées perdant leur autonomie, des lits de section de cure sont créés dans les établissements médico-sociaux. Les sections de cure ont connu un développement très rapide au cours des dernières années.

Entre 1982 et 1986, leur capacité a été pratiquement multipliée par 3 (22.394 places au début de l'année 1983).

Au 31 décembre 1986 (selon les statistiques établies par la CNAM) il existait 67.567 lits de section de cure se ventilant ainsi :

	Hospices	Maisons de retraite	Logements-foyers
1986	9 320	54 134	2 113
1987	9 102*	57 678	2 184

*La réduction correspond à des lits d'hospice transformés soit en lits de maison de retraite, soit en lits de long séjour

A ce nombre, il convient d'ajouter 3.377 places créées par redéploiement en 1987 et 7.500 places créées au titre de l'année 1988.

A côté de ces 453.675 lits d'hébergement en établissements médico-sociaux, il était dénombré à la même date (31 décembre 1986) 59.670 lits de long séjour installés et pris en charge par l'assurance maladie.

Les lits de long séjour qui relèvent du secteur sanitaire, accueillent des personnes n'ayant plus leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien. Leurs moyens médicaux sont plus lourds que ceux des maisons de retraite avec section de cure.

Toutefois, les 59.670 lits de long séjour ne peuvent être additionnés en terme de capacité aux lits d'hébergement dans le secteur médico-social sans risque de doubles comptes. En effet, un certain nombre de ces lits de long séjour ne sont pas encore autorisés juridiquement et fonctionnent en fait dans des lits d'hospice et sont déjà décomptés à ce titre.

Les lits de long séjour se ventilent ainsi :

- en hôpitaux publics	53 421
- en hôpitaux privés	3 419
- hospices et centres publics autonomes	2 377
- maisons de retraite privées	453

Fin 1986, il était donc recensé 125.237 lits (sections de cure et longs séjours confondus) pour l'accueil des personnes âgées les plus dépendantes.

Cependant, aujourd'hui un certain nombre d'entre elles continuent d'être "hébergées" en médecine, en moyen séjour et en psychiatrie.

C'est ainsi qu'une enquête effectuée par la CNAM en 1984 relevait un taux d'inadéquation des placements de :

- 48 % en médecine,
- 41 % en psychiatrie.

C'est souvent la réponse apportée par l'environnement familial ou social lorsqu'une "crise" survient et ne permet pas de maintenir la personne âgée à son domicile. Il y a tout intérêt sur le plan financier pour la famille à prolonger ce "placement" sans rechercher une solution sociale adaptée, mais de tels "placements" en établissement sanitaire constituent une déviation préjudiciable aux personnes âgées.

Aussi, pour parvenir à une meilleure prise en charge des personnes âgées en fonction de leurs besoins, il convient de poursuivre et d'intensifier le redéploiement des moyens, des services sanitaires qui n'assurent pas leur vocation initiale, vers les établissements médico-sociaux insuffisamment médicalisés, notamment vers les hospices restant à transformer ou vers des réalisations nouvelles à vocation médico-sociale qui viendraient augmenter l'équipement de ce secteur.

Il apparaît évident en outre que le cloisonnement des établissements pour personnes âgées les uns sanitaires, les autres médico-sociaux, montre l'incohérence des prises en charge. Il convient de rappeler que la politique à mener en ce qui concerne l'hébergement des personnes âgées est de la compétence des départements. Toute réflexion sur ce problème doit donc étroitement associée les Conseils généraux, qui devront assumer une partie de la charge financière.

Enfin, un décret prévoyant la fusion des commissions nationale et régionales de l'hospitalisation, des institutions sociales et médico-sociales, et de l'équipement sanitaire et sociale, en commissions nationale et régionales des équipements sanitaires et sociaux devrait paraître prochainement. Cette mesure qui harmonise la procédure de création des établissements comportant des moyens d'hospitalisation et des établissements sociaux, va dans le sens d'un décloisonnement entre le sanitaire et le social et donc d'une meilleure affectation des personnes âgées en fonction de leurs besoins.

C. L'EFFORT CONSENTI EN FAVEUR DES PERSONNES HANDICAPEES

Globalement, l'ensemble des crédits destinés aux personnes handicapées s'élève à 19,96 milliards de francs pour 1989, soit une progression de 5,5 % par rapport à 1988. Mais il convient de distinguer les crédits affectés au financement de l'AAH (allocation aux adultes handicapés) de ceux affectés à d'autres actions spécifiques. Sur ce dernier point, l'effort consenti est réel mais il ne permet de couvrir tous les besoins, et là encore une réflexion doit être menée pour que des engagements durables soient pris pour le moyen terme.

1. L'augmentation des crédits destinés au financement de l'AAH

La contribution de l'Etat au financement de l'AAH inscrite au chapitre 46-92 est fixée, pour 1989, à 14,07 milliards de francs, soit une hausse de 6,4 % par rapport à 1988. Cette augmentation résulte d'un ajustement aux besoins prévisibles estimé

à + 996 millions de francs et une économie de 144 millions de francs permise par une modification du mode d'indexation de l'allocation et du mode de calcul des ressources du bénéficiaire. En effet, l'AAH étant indexée sur les retraites du régime général, la revalorisation en fonction de l'évolution des prix devrait autoriser une économie d'environ 67 millions de francs. L'autre source d'économie est beaucoup plus contestable, puisqu'il est envisagé, pour le calcul de la base ressources des allocataires de réintégrer l'abattement fiscal accordé aux personnes invalides de situation modeste (article 157 bis du code général des impôts). Ce nouveau mode de calcul permettrait une économie de 77 millions de francs, mais celle-ci se ferait sur le compte de personnes déjà très défavorisées ce qui paraît très injuste.

2. L'augmentation des crédits affectés aux actions spécifiques envers les personnes handicapées

Les actions spécifiques pour les personnes handicapées sont financées sur le chapitre 46-23 intitulé "Action sociale obligatoire", articles 20, 69, 70 sur le chapitre 47-21, article 30 et sur le chapitre 6-20, article 10. Sur le chapitre 46-23, 124 millions de francs supplémentaires sont inscrits au titre de mesures d'ajustements aux besoins.

De plus, un certain nombre de mesures nouvelles sont arrêtées, qui concernent :

- la création de places en CAT. Un crédit de 93,5 millions de francs est inscrit au chapitre 46-23, article 70 qui doit permettre la création de 1 700 places en CAT en 1989. Cet effort consenti est appréciable si on le compare aux 1 170 places créées en 1988, mais il doit impérativement être maintenu dans l'avenir si l'on veut résorber les besoins actuels qui sont criants.

- les crédits d'investissements concernant les établissements pour handicapés inscrits au chapitre 66-20, article 10 progressent comme l'année dernière de 5 %. Ils sont portés pour 1989 à 42 millions de francs en autorisations de programme et à 41 millions de francs en crédits de paiement et devraient financer la création de maisons d'accueil spécialisées et de foyers d'hébergement.

- sur le chapitre 47-21, article 30, une mesure nouvelle de 2 millions de francs devrait permettre de revaloriser la subvention versée par l'Etat pour la rémunération des auxiliaires de vie.

En 1988, 1864 postes d'auxiliaires de vie équivalents temps plein ont été financés par le ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale sur la base d'une subvention annuelle de 59 160 F (4 830 F × 12 mois) pour chaque poste.

Cette dépense, au cours des cinq dernières années, a évolué de la façon suivante :

	1984	1985	1986	1987	1988
nombre d'auxiliaires de vie	1 792	1 864	1 864	1 864	1 864
coût en millions de francs	98,9	99,3	106,5	106,5	110,3 (dotation prévisionnelle)

Cette contribution financière de l'Etat au fonctionnement des services d'auxiliaires de vie couvre en moyenne la moitié de leurs dépenses. Les services disposent, comme autre ressource principale, des participations de leurs usagers.

L'aide financière apportée par les collectivités territoriales aux services d'auxiliaires de vie reste faible. L'enquête portant sur ces services, réalisée en 1985, indiquait que 60 services sur 256 ont bénéficié en 1984 d'une telle aide pour un montant global de 5,1 millions de francs (2,3 pour les communes et 2,8 pour les départements). Depuis cette date, quelques départements se sont engagés plus activement dans le financement de ces services, conformément à la compétence qui leur a été attribuée par les lois de

décentralisation en matière de maintien à domicile des personnes handicapées.

Enfin une dernière mesure financée sur le chapitre 46-23, article 50, mérite d'être signalée. Il s'agit de l'augmentation des crédits finançant l'organisation de la curatelle d'Etat. Cette procédure doit permettre le maintien à domicile des personnes handicapées isolées. Ceci concerne également les personnes âgées. Les crédits inscrits pour 1989 s'élèvent à 109 millions de francs contre 80 millions de francs en 1988.

3. La nécessité d'un effort à long terme à l'encontre des personnes handicapées, notamment en ce qui concerne leur hébergement

Il est intéressant de faire ici le bilan des capacités d'hébergement tant pour l'accueil des enfants handicapés que pour celui des adultes.

a) Etablissements pour enfants

A partir des estimations faites à l'occasion d'opération de redéploiement, il est possible de retracer de la façon suivante l'évolution des capacités des établissements ou services spécialisés dans l'accueil des enfants handicapés.

1984 : 130 000 places

1985 : 127 000 places

1986 : 125 000 places

1987 : 123 000 places

1988 : 121 000 places

Les établissements et services médico-éducatifs pour déficients mentaux et enfants atteints de troubles de la conduite et

du comportement accueillent, quant à eux en 1988, 98 000 enfants, dont :

34 000 cas lourds (polyhandicapés, arriérés et débiles profonds, troubles psychiatriques graves)

30 000 déficients mentaux moyens

34 000 déficients légers

b) Etablissements pour adultes

Maisons d'accueil spécialisées

Elles accueillent des personnes handicapées totalement dépendantes et nécessitant des soins et une surveillance médicale constante.

Elles sont actuellement au nombre de 164 qui totalisent 6 286 lits et places. Sur ces 164 maisons d'accueil spécialisées, 143 ont été autorisées pour recevoir des handicapés mentaux ou polyhandicapés ce qui doit représenter, à terme, 5 619 lits et places pour les déficients les plus lourds.

Les foyers

Ils sont destinés à accueillir soit des travailleurs handicapés (foyers d'hébergement), soit des personnes plus dépendantes n'exerçant pas d'activité professionnelle (foyers de vie ou occupationnels). Les usagers participent à leurs frais d'hébergement en fonction de leurs ressources. Faute d'informations de la part des départements sur les nouvelles créations intervenues depuis le partage des compétences issu des lois de décentralisation, on ne dispose plus d'évaluation des effectifs.

Foyers expérimentaux pour adultes lourdement handicapés

Afin de clarifier les responsabilités de l'assurance maladie et des départements, compétents, depuis le transfert opéré par les lois

de décentralisation pour ce qui concerne l'hébergement des adultes handicapés, et de conjuguer leurs efforts pour répondre à des besoins urgents, la circulaire du 14 février 1986 a mis en place un programme expérimental de foyers pour adultes gravement dépendants, et qui ne peuvent exercer aucune activité professionnelle. Ces foyers sont financés conjointement par l'assurance maladie et par l'aide sociale départementale et ont un prix de journée qui se décompose en deux éléments distincts couvrant respectivement les prestations de soins, arrêtées par le préfet, et les dépenses d'hébergement et d'animation, arrêtées par le président du conseil général.

A ce jour, la création de 26 établissements pour une capacité de 857 places a été autorisée par décision conjointe de l'Etat et des présidents de conseils généraux concernés, alors que des candidatures provenant de près de la moitié des départements ont été déposées depuis la mise en place de la procédure. Ceci traduit l'intérêt suscité par une formule associant l'effort de l'Etat et de la sécurité sociale à ceux des collectivités sociales afin d'apporter des solutions concrètes au problème de l'hébergement des personnes gravement handicapées.

Les centres d'aide par le travail

Les CAT offrent aux personnes handicapées la possibilité d'exercer une activité professionnelle assortie de soutiens sociaux, éducatifs, médicaux et psychologiques. Après une période d'essai, les travailleurs handicapés bénéficient de la garantie de ressources instaurée par la loi d'orientation du 30 juin 1975. Les centres d'aide par le travail ont connu ces dernières années un développement particulièrement important puisqu'on est passé de 27 000 places en 1975 à 65 000 en 1987. En 1988, la progression s'élève à 1 170 places nouvelles. Au total, fin 1989, il devrait donc y avoir 67 870 places en CAT.

c) L'importance des besoins à couvrir

Lors d'une audition de l'UNAPEI par le rapporteur dans le cadre de l'examen de la loi de finances, les responsables de cette association se sont inquiétés du manque de places d'accueil pour les handicapés. Selon leurs estimations, 2 500 enfants inadaptés ne

seraient pas scolarisés en établissements ordinaires ou spécialisés. Ils seraient soit hospitalisés, soit gardés à la maison. En ce qui concerne les adultes, on peut considérer qu'il manque 20 000 places en CAT et 6 000 places dans les MAS (maisons d'accueil spécialisées). De plus, il faut réfléchir au développement de structures de jour à double financement (département/Etat ou sécurité sociale) qui pourraient prendre en charge les jeunes sortis d'établissements spécialisés, dans l'attente d'une place en CAT ainsi que les adultes vieillissants ne pouvant plus exercer qu'une activité à mi-temps en CAT.

Face à un bilan que l'on peut juger inquiétant votre rapporteur s'étonne et s'indigne du refus opposé par l'actuel Gouvernement à la mise en place d'un dispositif qui inciterait les handicapés à développer leurs propres capacités d'épargne.

En décembre 1987, en effet, le Parlement, dans le projet de loi de finances rectificative a adopté deux mesures fiscales permettant l'institution du contrat Epargne-handicap. Ce dispositif qui s'inspire très largement du mécanisme de la rente-survie souscrit par les parents au projet d'un enfant handicapé, permet à la personne handicapée de se constituer une épargne autonome. Pour être tout à fait complet, le dispositif devrait être complété par une mesure d'ordre réglementaire prévoyant comme pour la rente survie que le montant de cette épargne ne serait pas inclus dans la base ressources prise en compte pour le versement de l'AAH. Un an après le vote de la loi, cette disposition n'a toujours pas été adoptée, ce qui constitue une atteinte inadmissible à la souveraineté du Parlement.

Alors que chacun sait, que dans les années à venir, le problème des personnes handicapées vieillissantes va se poser de manière aiguë, il faut tout faire pour aider celles d'entre elles qui pourront par leur épargne contribuer d'une manière ou d'une autre à leur propre hébergement et plus généralement à leur propre prise en charge.

A cet égard, le vote intervenu au Sénat lors de la discussion du projet de loi portant diverses mesures d'ordre social ne constitue qu'un palliatif et ne doit en aucun cas différer l'adoption de mesures structurelles à moyen terme. En effet le Sénat a adopté par deux articles additionnels après l'article 6, des dispositions qui

modifient les articles 6 et 46 de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 et qui prévoient que la CDES (commission départementale de l'éducation spéciale) et la COTOREP (commission technique d'orientation et de reclassement professionnel) peuvent décider conjointement de prolonger au-delà de 20 ans le placement d'un jeune handicapé dans son établissement d'éducation spéciale, lorsqu'il ne peut être immédiatement admis dans l'établissement pour adulte désigné par la COTOREP.

Ces dispositions ne constituent qu'une réponse provisoire à des situations d'urgence ou de détresse, mais elles sont imprécises en ce qui concerne le mode de prise en charge financière du jeune handicapé qui en bénéficiera. De plus, il convient d'insister sur leur caractère provisoire. Pour le jeune handicapé il ne peut s'agir d'une situation durable car l'établissement d'éducation spéciale n'est plus adapté à ses besoins. Enfin, il s'agit d'une mesure très difficile à mettre en oeuvre, car elle suppose une première réunion de la COTOREP, pour désigner l'établissement d'accueil pour adultes, puis une deuxième réunion conjointe COTOREP-CDES pour constater le manque de places et décider la prolongation du placement. Cette procédure laisse rêveur, lorsqu'on connaît les délais de réunion de la COTOREP. Il faut donc impérativement que tous les partenaires concernés réfléchissent à la mise en place de structures peut-être plus souples que celles existant à l'heure actuelle, et qui soient adaptées au long terme.

II. LA RECONDUCTION DES AUTRES CREDITS D'ACTION SOCIALE NE PERMET PAS LE DEVELOPPEMENT DE CERTAINES ACTIONS POURTANT TRES IMPORTANTES

A. LA RECONDUCTION DES DEPENSES TRADITIONNELLES EN MATIERE D'ACTION SOCIALE

Comme l'année dernière, on constate que la plupart des actions traditionnelles dans le domaine de l'action sociale sont reconduites à niveau.

1. Prise en charge de dépenses obligatoires ayant le caractère de remboursement ou de subventions

a) *Remboursement par l'Etat aux départements et collectivités locales des soldes afférents aux dépenses d'aide sociale antérieures à 1984*

Les crédits inscrits au chapitre 46-26 pour un montant de 800,6 millions de francs comme en 1988 correspondent au remboursement en 12 annuités par l'Etat du solde des sommes dues aux collectivités locales à la date d'entrée en vigueur de la décentralisation. Cette dette, qui ne produit pas d'intérêt sera amortie d'ici à 1996.

b) *Prise en charge des dépenses afférentes à l'interruption volontaire de grossesse*

La prise en charge par l'Etat des dépenses afférentes à l'interruption volontaire de grossesse résulte de la loi n° 82-1172 du 31 décembre 1982.

Les crédits correspondant à ce remboursement sont inscrits au chapitre 46-22 - article 10 et pour 1989 sont fixés à 160 millions de francs soit une diminution de 6,9 % par rapport à 1988. Ceci résulte d'un ajustement, sur la base des dépenses constatées et compte tenu d'une diminution du nombre des interventions pratiquées, depuis 1984, comme le montre le tableau ci-dessous

Nombre d'I.V.G. pratiquées et rapport entre les I.V.G. et les naissances vivantes depuis 1979

Années	Nombre de naissances vivantes	Nombre d'I.V.G. déclarées	Rapport I.V.G. sur 100 naissances
1979	757 354	156 810	20,7
1980	800 376	171 288	21,3
1981	805 483	180 695	22,4
1982	797 223	181 122	22,7
1983	748 790	182 862	24,4
1984	760 000	178 517	23,4
1985	768 000	169 600	22,0
1986	778 468	163 954	21,1
1987	770 000	160 718	20,9

(France métropolitaine)

On peut indiquer que les établissements hospitaliers publics effectuent 66 % des interruptions volontaires de grossesse

déclarées (501 entités juridiques) et 338 établissements privés assurent 34 % des I.V.G.

La diminution des crédits -par ajustement aux besoins constatés- est régulière depuis 1987.

PLF 1986 : 200 millions de francs

PLF 1987 : 175 millions de francs (- 12,5 %/1986)

PLF 1988 : 172 millions de francs (- 1,5 %/1987)

PLF 1989 : 160 millions de francs (- 6,9 %/1988)

2. La reconduction à niveau de la plupart des programmes d'action sociale

a) Les budgets des établissements sociaux

En moyens de fonctionnement, comme l'année dernière, les crédits inscrits au chapitre 36-21 pour les établissements nationaux à caractère social sont quasiment reconduits à niveau, et s'élèvent à 54,186 millions de francs, soit une diminution de 0,4 % par rapport à 1988.

Les dépenses en capital inscrites aux titres V et VI progressent de + 5,4 % pour les autorisations de programme qui sont fixées à 486,4 millions de francs et de + 0,5 % pour les crédits de paiement qui s'élèvent à 471 millions de francs. Mais à l'intérieur de ce volet, il convient de remarquer que les investissements exécutés par l'Etat et inscrits au chapitre 56-20 diminuent quasiment de moitié pour les autorisations de programme (6,7 millions pour 1989).

) *b) La formation des travailleurs sociaux*

La progression des crédits inscrits au chapitre 43-33 est identique à celle enregistrée dans le projet de loi de finances pour 1988. Les crédits sont fixés à 383,97 millions de francs soit une progression de + 1,1 %.

Les crédits inscrits au chapitre 43-34 pour le financement des bourses sont fixés à 44,8 millions de francs, soit une augmentation de 0,5 % par rapport à 1988. Le nombre de boursiers équivalent taux plein diminue de 6 % (3 400) et le montant des bourses sera revalorisé de 2,5 % en septembre 1989 pour être fixé à 10 660 F.

Selon les indications fournies par le ministère, au 1er janvier 1988, l'ensemble des professions sociales regroupaient 213 990 personnes en activité et 24 494 personnes en formation, dont certaines en cours d'emploi (environ 5 000 personnes).

c) La reconduction des crédits d'aide sociale

Globalement, les crédits pour l'aide sociale (chapitres 46-23 et 46-24) passent de 7 milliards de francs à 7,1 milliards de francs (+ 1 % par rapport à 1988). Les ajustements aux besoins permettent le financement d'actions nouvelles.

En ce qui concerne le chapitre 46-24 regroupant les dépenses engagées pour les personnes sans domicile de secours, la diminution de 3,7 % est fonction de la diminution de la consommation des crédits constatée en 1987 et 1988. Au total les crédits inscrits à ce chapitre s'élèvent à 1,384 milliard de francs.

Les dépenses de ce chapitre sont des dépenses d'aide sociale ou médicale correspondant par leur nature aux dépenses transférées dans le domaine de compétences des collectivités locales,

mais imputées à l'Etat en raison de l'absence de domicile de secours des personnes prises en charge.

Les crédits pour 1989 ont été déterminés par différence entre les dépenses brutes estimées pour 1989 et le montant prévu des recettes en loi de finances. En loi de finances initiale, l'inscription correspond aux prévisions de dépenses nettes des recettes qui sont rattachées en cours d'année par voie de fonds de concours. Les dépenses brutes pour 1989 ont été calculées en affectant aux prévisions de dépenses 1988 des paramètres d'évolution en volume et en prix (application du taux directeur).

En 1989 comme en 1988 la dotation budgétaire la plus élevée concerne l'aide médicale (68,18 % du chapitre) (945,6 millions de francs).

S'agissant de l'aide sociale (415,8 millions de francs) l'augmentation constante depuis 1984 du poste "aide sociale aux personnes âgées" conduit à solliciter un virement de l'article 10 à l'article 20 en 1989.

Enfin, un crédit de 22 570 000 F est demandé à l'article 90 afin de permettre la couverture des remboursements dus aux pays étrangers. Ceux-ci concernant les frais engagés par la Suisse en faveur de nos ressortissants admis au bénéfice de l'aide sociale en Suisse et qui sont pris en charge par la France, conformément aux dispositions de la convention d'assistance franco-suisse du 9 septembre 1931. Par ailleurs, ils recouvrent la prise en charge des frais d'hospitalisation d'un Français placé dans un hôpital psychiatrique en Turquie et des frais de placement des personnes âgées françaises dans un établissement suisse (Feuillasse).

B. LES INSUFFISANCES BUDGETAIRES EN MATIERE DE POLITIQUE FAMILIALE

CREDITS CONSACRES A LA FAMILLE DANS LE BUDGET DU MINISTERE DE LA SOLIDARITE, DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE
(en millions de francs)

Titres, chapitre et articles	Credits votes 1988	Credits demandes 1989	1989/1988	Evolution en %
Titre III				
Chapitre 46-21 Etablissements sociaux à caractère social				
Article 30 Institut de l'enfance et de la famille	5,59	5,59	0	0
Titre IV				
Chapitre 47-13 Programmes de protection et de prévention des tiers				
Article 20 Maternité, enfance, jeunesse et sports	7,10	6,82	- 0,28	- 3,9
Chapitre 47-21 Programmes d'actions sociales				
Article 10 Actions sociales générales	24,60	26,80	+ 2,20	+ 8,9
Costrats familles				
Développement social des quartiers				
Actions logement				
Arti le 51 Organismes familiaux	10,95	10,95	0	0
Article 52 Actions d'éducation familiale et sociale	11,12	11,12	0	0
Article 53 Services de voir sage en faveur des familles	18,06	18,06	0	0
Article 60 Actions sociales en faveur des enfants et des jeunes	57,07	55,07	- 2	- 3,5
Article 90 Informations en matière d'actions sociales des familles	2,47	0,40	- 2,07	- 83,8
		(dont campagne familiale des mois de mai = 2,07)		
Total	136,93	134,78	- 2,15	- 1,57

	Autorisations de programme	Credits de paiement						
Titre VI								
Chapitre 66-20 Investissements sociaux								
Article 30 Etablissements d'aide à l'enfance, l'adolescence et la famille	6,50	7,20	6,50	7,50	+ 0,3	0	+ 4,6	
Article 70 Aménagement social mortuaire	20,00	21,20	20,00	20,50	- 0,8	0	3,7	
Article 60 Mode de garde de la petite enfance	6,00	6,10	6,00	5,5	0,5	0	- 0,5	

TOTAL GENERAL (Crédits de paiement)	171,43	168,28	- 3,15	- 1,84
--	---------------	---------------	---------------	---------------

Pour être tout à fait exact et avoir une vision globale d'un budget Famille, il faut ajouter aux crédits spécifiquement consacrés à la Famille dans le budget de la solidarité, de la santé et de la protection sociale et qui s'élèvent à 168,28 millions de francs pour 1989, d'autres lignes budgétaires du même ministère qui, indirectement, bénéficient aux familles (actions vers les handicapés, lutte contre la toxicomanie, l'alcoolisme...), ainsi que des crédits inscrits sur d'autres budgets (financement de l'APL), les prestations familiales versées par les régimes de sécurité sociale, et les actions financées par les collectivités locales.

L'état retraçant l'effort social de la Nation annexé au projet de loi de finances pour 1988 indique que les dépenses consacrées à la famille se sont élevées à 212,55 milliards de francs en 1986.

Les crédits directement inscrits au budget de la solidarité, pour la famille sont donc faibles comparativement à la masse financière indiquée ci-dessus, mais surtout ils sont en diminution de 1,8 % et ne traduisent pas de réelle volonté gouvernementale en matière familiale.

1. Un certain effort en faveur de l'amélioration du cadre de vie des familles

En subventions de fonctionnement, une action nouvelle de 2 millions de francs est inscrite à l'article 10 du chapitre 47-21 qui concerne l'action sociale générale. L'action sociale en faveur des familles peut être individualisée dans cet article à hauteur de 26,8 millions de francs (+ 8 %) par rapport à 1988 et c'est elle qui profite de cette action nouvelle, affectée au développement social des quartiers et aux actions logement. En subventions d'investissement, l'article 70 du chapitre 66-20 qui retrace les opérations d'investissement liées au développement social des quartiers et les contrats-famille a été reconduit en légère augmentation (+ 500 000 F).

2. L'action sociale en faveur des familles ne constitue pas une priorité budgétaire

Les crédits de l'Institut national de l'enfance et de la famille (INEF) (chapitre 36-21, article 30) ont été strictement reconduits par rapport à 1988 (5,551 millions de francs). Mais cet organisme n'a pas vraiment les moyens d'assurer les tâches qui lui ont été confiées par le décret n° 84-124 du 22 février 1984.

L'action de l'Etat en faveur du tourisme social stagne (chapitre 47-21, articles 51 et 60).

Au chapitre 47-21, la participation de l'Etat aux dépenses de fonctionnement des organismes familiaux (article 51) et aux dépenses des chantiers de jeunesse (article 60) est maintenue au même niveau que l'année dernière : 10,221 millions de francs (essentiellement au titre des emplois FONJEP dans les maisons de vacances) pour les organismes familiaux et 800 000 F pour les chantiers de jeunesse. Par contre, on peut noter une légère diminution, même si elle est symbolique, des crédits consacrés à l'article 60 aux opérations prévention-été qui passent de 10,3 millions de francs en 1988 à 10,2 millions de francs en 1989. En 1988, sept nouveaux départements ont bénéficié d'une action spécifique de l'Etat portant le nombre des départements dits prioritaires à 21.

Le nombre de jeunes concernés est d'environ 200 000 et devrait être porté à 250 000. La réduction de la participation du ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale sera donc transférée sur les autres acteurs concernés par ces opérations : le ministère de la justice, le secrétariat d'Etat à la jeunesse et aux sports, le fonds d'action sociale pour les travailleurs immigrés, les caisses d'allocations familiales et surtout les collectivités locales (départements et communes dont la contribution financière double les crédits de l'Etat).

Les crédits consacrés à l'éducation familiale et sociale à l'article 52 du chapitre 47-121 sont strictement reconduits : 11,125 millions de francs affectés pour une large part au fonctionnement des établissements d'information, de consultation et de conseil familial (7,35 millions de francs en 1988 et 1989).

On peut également regretter les économies faites sur l'action sociale en faveur des jeunes et des enfants (57,07 millions de francs en 1988 et 55,07 millions de francs en 1989, soit une baisse de 2 millions). Ce chapitre est en diminution constante depuis 1984 largement du fait de la décentralisation. Les économies touchent, entre autres, les crédits ouverts à l'article 60 du chapitre 47-21 en faveur de l'enfance maltraitée (1 million en 1988 contre 800 000 F en 1989). Ceci apparaît en singulière contradiction avec les déclarations

de Mme le secrétaire d'Etat, chargé de la famille, qui fait de la lutte contre l'enfance maltraitée l'une de ses actions prioritaires.

Les crédits affectés aux services collectifs de voisinage en faveur des familles, pour une large part décentralisés (ils s'élevaient à 83,9 millions de francs en 1982), ont été maintenus à l'article 53 du chapitre 47-21 au même niveau qu'en 1988 (18,06 millions de francs).

Enfin, les aides de l'Etat à l'investissement des établissements sociaux d'aide à l'enfance, à l'adolescence et à la famille ont subi une baisse importante depuis 1984 : 51 millions de francs en 1984, 5 millions de francs en 1985, 10,3 millions de francs en 1986, 8 millions de francs en 1987, 7,2 millions de francs en 1988, 7,5 millions de francs en 1989 (crédits de paiement).

3. La faiblesse des crédits budgétaires affectés aux modes de garde de la petite enfance

La diversification des modes de garde des enfants, qui est affirmée comme une des toutes premières priorités de la politique familiale du Gouvernement, n'a pas de traduction budgétaire très significative puisque la plus grande part de l'aide de l'Etat en la matière (soutien aux équipements mis en place par les collectivités locales) se fait par le biais de la dotation globale d'équipement.

L'aide directe de l'Etat se fait en direction des structures innovantes des modes de garde. C'est ainsi qu'à l'article 60 du chapitre 47-21, le programme "Soutien aux modes de garde parentaux" est en baisse (2,6 millions en 1988 et 2,4 millions de francs en 1989), tandis qu'à l'article 80 du chapitre 66-20, la ligne d'équipement en faveur des promoteurs privés baisse de 0,5 million de francs (5,5 millions de francs). Et cette aide à des initiatives privées n'aura des effets que très limités dans la mesure où les structures de garde concernées sont des crèches parentales et associatives qui offrent actuellement 5 à 6 000 places. Elles ne représentent à terme qu'environ 10 % de l'accueil collectif. Plutôt que de s'orienter vers un saupoudrage de crédits de plus en plus restreints, l'Etat se doit de résoudre le problème de la garde des jeunes enfants de manière plus globale.

II. DEUXIEME PARTIE : LES PRIORITES RETENUES EN MATIERE D'ACTION SANITAIRE

	1988	1989	Evolution en %
TOTAL DES CREDITS DE LA SANTE - DEPENSES ORDINAIRES + CREDITS DE PAIEMENT	2.069.330.110	1.992.617.546	-3,7

TITRE III				
Chapitre 34 11	Protection et prévention sanitaire matérielles et fonctionnement technique	13.332.386	13.232.386	0,07
Chapitre 36 41	Economies de la santé publique	52.492.367	52.492.367	-
Chapitre 36 51	INSERM et SCPRI	42.037.583	41.537.583	-1,2
TOTAL TITRE III		107.862.336	107.262.336	-0,5
TITRE IV				
Chapitre 43 31	Professions médicales et paramédicales - actions spécifiques de formation et recyclage	6.691.000	6.431.000	-3,9
Chapitre 43 32	Professions médicales et paramédicales - formation	429.670.229	429.670.229	-
Chapitre 43 34	Enseignement sanitaire et social Bourses, Professions paramédicales	102.199.546	108.510.546	+ 6,2
Chapitre 47 13	Programmes de protection et de prévention sanitaires	117.550.877	113.310.877	3,6
Chapitre 47 14	Actions et services obligatoires de santé	277.671.117	285.611.117	+ 2,8
Chapitre 47 15**	Lutte contre la toxicomanie	294.251.979	346.409.569	+ 17,7
Chapitre 47 51**)	Interventions dans le domaine de la recherche de la pharmacie, du médicament et des équipements hospitaliers et médicaux	30.453.026	24.734.872	18,8
TOTAL TITRE IV		1.258.487.774	1.314.678.210	+ 4,5
TOTAL DEPENSES ORDINAIRES		1.366.350.110	1.421.937.546	+ 4,1

	Autorisations de programme	Credits de paiement	Autorisations de programme	Credits de paiement	Autorisations de programme	Credits de paiement
TITRE V						
Chapitre 56 10	Equipe sanitaire	13.200.000	8.400.000	16.700.000	16.500.000	- 41,7
Chapitre 56 90	Etudes et contrôle des opérations d'équipement	16.700.000	15.900.000	14.000.000	14.000.000	16,2
TOTAL TITRE V		29.900.000	24.300.000	30.700.000	30.500.000	- 9,4
TITRE VI						
Chapitre 66 11	Subventions d'équipement sanitaire	618.500.000	668.500.000	610.000.000	530.000.000	1,4
Chapitre 66 50	Subventions d'équipement à la recherche médicale, SCPRI	10.180.000	10.180.000	10.180.000	10.180.000	-
TOTAL TITRE VI		628.680.000	678.680.000	620.180.000	540.180.000	1,3
TOTAL DEPENSES EN CAPITAL		658.580.000	702.980.000	652.680.000	570.680.000	0,9

(*) y compris les crédits consacrés à la prévention.

(**) Les chapitres 47 51 et 47 52 sont fixés dans le projet de loi de finances pour 1989 sous le titre du chapitre 47 51.

Crédits paiement	L.F. 1988	P.L.F. 1989	Variation absolue
- dépenses ordinaires	1.366.350.110	1.421.937.546	+ 55.587.436
- dépenses en capital	702.980.000	570.680.000	- 132.300.000
Total	2.069.430.110	1.992.617.546	- 76.813.436

Comme l'indique le tableau ci-dessus, les crédits de la santé sont fixés dans le projet de loi de finances à 1,99 milliard de francs soit une diminution de 3,7 % par rapport à 1988.

Pour apprécier la portée réelle de ces crédits, il convient de les rapprocher d'autres masses financières qui, à un titre ou à un autre, sont liées à la santé :

- le montant de la consommation médicale totale était de 424,14 milliards de francs en 1987,

- les dépenses courantes de santé ont atteint 475,8 milliards de francs pour 1987,

- les dépenses hospitalières seules se sont élevées à 185,96 milliards de francs pour la même année.

Ayant replacé les crédits-santé du budget de la solidarité et de la protection sociale dans leur contexte général, on peut indiquer que leur évolution traduit un effort prioritaire en ce qui concerne la lutte contre le SIDA, la poursuite de la baisse des crédits de fonctionnement ainsi que la simple reconduction des autres actions en matière sanitaire qui peut faire craindre un certain désintérêt pour des objectifs pourtant sensibles.

Enfin, en matière hospitalière, les événements des dernières semaines incitent, d'urgence, à la mise en oeuvre d'une réflexion sur l'avenir à moyen terme de notre appareil hospitalier.

I. LA LUTTE CONTRE LE SIDA CONSTITUE LA PRIORITE ESSENTIELLE DANS LE DOMAINE SANITAIRE

A. BILAN DE L'EPIDEMIOLOGIE DE LA MALADIE

1. Données actuelles

Selon l'O.M.S., les données estimées de séropositivité dans le monde sont de : 2,5 millions de sujets en Afrique, 1,2 million de sujets aux Etats-Unis, de 0,5 million de sujets en Europe, soit pour le monde entier un nombre de sujets séropositifs atteignant 5 à 10 millions. En France, le nombre de sujets séropositifs est estimé à 250.000. Le S.I.D.A. est une maladie à déclaration obligatoire en France depuis le décret du 10 juin 1986. Au 30 juin 1988, 4.211 cas de S.I.D.A., correspondant à la définition de l'O.M.S. ont été recensés à la Direction Générale de la Santé depuis mars 1982.

Ces cas se répartissent en 4.091 cas adultes et 120 cas pédiatriques, environ 40 % de ces sujets sont décédés. La répartition par sexe donne 3.653 sujets masculins et 558 sujets féminins, soit un sex-ratio de 6,5.

Les classes d'âge les plus touchées sont : la classe 20-29 ans avec 26 % des cas, la classe 30-39 avec 39 % des cas et la classe 40-49 avec 18,5 % des cas.

La répartition par groupe de transmission est la suivante :

- homosexuels/bisexuels masculins	: 59,2 %
- Toxicomanes intraveineux	: 13,6 %
- Homosexuels et toxicomanes	: 2,9 %
- Hémophiles	: 1,1 %
- Sujets à partenaires infectés ou à risque	: 10,2 %

- Transfusés	: 6,8 %
- Indéterminé	: 6,2 %

La répartition géographique des cas est caractérisée par une concentration en deux zones : la région Ile-de-France avec 52 % des cas et une zone sud rassemblant les régions : Aquitaine, Midi-Pyrénées, Languedoc-Roussillon et Provence-Alpes-Côte d'Azur (13,6 % des cas). Les départements d'outre-mer regroupent 4,3 % des cas déclarés.

En Europe, au 30 juin 1988, 14.300 cas ont été recensés par le centre collaborateur O.M.S. sur le S.I.D.A. (Hôpital Claude Bernard - Paris). Au 30 juin 1988, l'O.M.S. recensait 100 410 cas de S.I.D.A. déclarés par les 5 continents. L'O.M.S. estime le nombre de cas réel à 150.000.

2. Prévisions

Les prévisions, en nombre de cas diagnostiqués, ne peuvent être faites pour une période supérieure à 2 ans, compte tenu de l'allongement progressif du temps de doublement des cas.

Les prévisions pour la fin décembre 1988, en France, sont de 9.512 cas cumulés, soit 3.136 nouveaux cas pour le second semestre 1988, et à l'échéance de décembre 1989, de 21.101 cas cumulés, dont 6.928 nouveaux cas diagnostiqués au second semestre 1989. Les estimations des épidémiologistes de l'INSERM sont de 3.600 à 5.700 morts pour l'année 1989 (4.600 en moyenne) et de 6.100 à 9.000 morts pour l'année 1990 (près de 8.000 en moyenne). On voit que malgré un ralentissement modeste de la progression de l'épidémie, le nombre de morts double presque d'une année sur l'autre et que, sauf progrès thérapeutique, le nombre de morts pour 1991 devrait continuer à progresser de la même façon, dépassant le nombre de morts par accidents de la route. Il est actuellement impossible de faire des estimations sérieuses à 10 ans.

En décembre 1989, compte tenu de l'espérance de vie actuelle des sujets atteints de S.I.D.A., environ 10.000 patients seront pris en charge dans les hôpitaux pour cette maladie.

B . BILAN DES MESURES ADOPTEES DEPUIS CINQ ANS

Les pouvoirs publics se sont efforcés de définir une politique de lutte contre le S.I.D.A., cohérente et efficace, qui repose sur quatre grands axes : la prévention, la surveillance et les soins, la recherche, la coopération internationale.

1. La prévention

La prévention représente encore, à l'heure actuelle, le seul moyen efficace de limiter la progression de l'infection. Dans ce domaine, deux types de mesures ont été décidées :

a) Des mesures en relations avec le comportement des individus

D'une part, l'abrogation, début 1987, de l'article L. 282 du Code de la Santé Publique relatif à l'interdiction de la publicité sur les préservatifs a permis d'enregistrer un accroissement supérieur à 40 % de la vente des préservatifs en pharmacie, en près d'un an, ainsi qu'un doublement du nombre des homosexuels et bisexuels masculins affirmant utiliser les préservatifs.

D'autre part, le décret réglementant la vente libre des seringues, pris le 13 mai 1987 a été prorogé pour une année supplémentaire : la libération de l'accès aux seringues a provoqué un changement de comportement de la part des toxicomanes qui utilisent davantage les seringues propres et réduisent le nombre de leurs injections, ayant pris, semble-t-il, la mesure des risques de transmission du S.I.D.A.

b) Des mesures à caractère plus général

Si la recherche de la séropositivité demeure le seul moyen de savoir si une personne a été contaminée, les pouvoirs publics considèrent toujours que le dépistage des anticorps dirigés contre le virus de l'immunodéficience humaine (V.I.H.) ne doit être pratiqué qu'à bon escient et nullement de façon systématique et aveugle.

Pour permettre aux populations exposées de se faire dépister, le décret n° 88-61 du 18 janvier 1988 a institué les centres de dépistage anonyme et gratuit. A ce jour, on compte 109 consultations de dépistage, dont 81 en milieu hospitalier et 28 dans des dispensaires antivénéériens, réparties sur l'ensemble du territoire, à raison d'au moins une par département. Les dépenses de ces centres sont prises en charge à 70 % par la sécurité sociale et à 30 % par l'Etat, lequel a dépensé 7,5 millions de francs en 1988.

Hors dons du sang, les ventes de tests de dépistage, cotés B 70 par la sécurité sociale, ont triplé en un an, atteignant 2,3 millions en 1987 et celles des tests de confirmation, cotés B 180, ont doublé dans le même temps.

Depuis l'obligation de tester les dons de sang, instaurée en 1985 et, celle des dons d'organe, en 1987, on a pu enregistrer une diminution considérable des risques de transmission du virus par transfusion et transplantation.

La politique d'information est indispensable, d'une part, pour aider à la prise de conscience des individus issus des populations exposées et susciter leur responsabilisation, d'autre part, pour dissiper les malentendus en fournissant des données scientifiquement rigoureuses, accessibles à tous.

Outre, la diffusion de spots publicitaires à la télévision, relatifs à l'emploi des préservatifs, de messages transmis sur le

réseau minitel ou la distribution de documents, des actions plus spécifiques ont été menées en direction des jeunes. Soutenues par le ministère chargé de la Santé, plusieurs associations relaient cette information tout en venant en aide aux séropositifs et aux malades atteints du S.I.D.A. Différentes enquêtes montrent qu'une modification progressive des comportements se fait jour, suite à ces campagnes d'information.

La formation des professionnels de santé et des travailleurs sociaux confrontés aux problèmes résultant de l'infection par le V.I.H. et chargés de répercuter l'information reçue, de même que la formation des agents en contact avec le milieu des toxicomanes, constituent des leviers efficaces. Près de 2.000 personnes de ces catégories ont été concernées en un peu plus d'une année et 5 millions de francs dépensés à cet effet.

2. La surveillance et les soins

Afin de prendre en charge les séropositifs asymptomatiques et les malades atteints du S.I.D.A., une véritable politique d'accueil a été mise en place.

a) En 1987 - 1988 ont été institués les C.I.S.I.H., (Centres d'Information et de Soins de l'Immunodéficienc e Humaine), au nombre de 23, répartis comme suit : 3 dans les départements d'outre-mer, 14 en province et 6 à Paris et sa région. Il s'agit d'une expérience pilote qui vise, d'une part, à assurer la coordination d'un réseau hospitalier permettant de maîtriser des paramètres médico-économiques afin de mieux cerner les coûts hospitaliers d'une pathologie particulière, dans le cadre des budgets hospitaliers, d'autre part, de réaliser des études épidémiologiques et promouvoir la recherche clinique.

La finalité des C.I.S.I.H. consiste à coordonner les différentes activités liées au traitement du S.I.D.A., en établissant une liaison entre les unités cliniques, médico-techniques et la recherche. Dans ce but, 200 emplois paramédicaux ont été dégagés et 22 postes de praticiens hospitaliers spécialement affectés, tandis que

20 millions de francs étaient consacrés à l'équipement des plateaux techniques.

b) La Direction Générale de la Santé centralise, seule, les déclarations obligatoires anonymes de S.I.D.A. avéré et en fournit la synthèse trimestrielle qu'elle publie dans le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, soit 4.211 cas au 30 juin 1988, en nombre cumulé depuis le début de l'épidémie. Le recueil des données s'effectue dans le strict respect de la confidentialité, en accord avec la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

c) Le traitement des malades atteints du S.I.D.A. représente 0,5 % de l'activité hospitalière totale et devrait passer à 1 ou 2 % dans les années à venir. Toutefois, cette activité est concentrée dans les C.H.R. qui y consacrent 1,4 % de leur activité et un maximum de 2,8 % au sein de l'Assistance Publique de Paris. Hors salaires, la dépense consacrée au S.I.D.A. s'est élevée à 562 millions de francs en 1987 pour 180 milliards de francs de budget des hôpitaux.

Un malade présentant un S.I.D.A. avéré séjourne en moyenne 30 jours/an à l'hôpital et pour un séropositif asymptomatique, la durée moyenne de séjour est de 13 jours/an. Cela donne une indication sur les coûts occasionnés par cette pathologie, d'autant qu'à lui seul, le traitement à l'A.Z.T. revient à environ 53.000 F/malade/an.

3. La politique de recherche

Depuis près de deux ans, la communauté scientifique a été mobilisée et incitée à développer les recherches dans cinq domaines : la biologie moléculaire, cellulaire et la multiplication virale ; l'immunologie ; les procédés de diagnostic ; les aspects thérapeutiques cliniques et biologiques et la vaccination ; l'épidémiologie et la recherche clinique.

Plus d'une cinquantaine d'équipes de recherche se sont orientées dans l'un de ces cinq grands domaines. La détermination

exacte des effectifs concernés et donc les salaires correspondants, pour chacun des organismes de recherche concernés, est malaisée : elle représente pourtant l'essentiel de l'effort financier consacré à la lutte contre le S.I.D.A. De ce point de vue, il est tout à fait comparable, *mutatis mutandis*, à celui qui est habituellement présenté par les Etats-Unis qui incluent toujours les salaires dans les chiffres qu'ils communiquent.

A titre d'illustration, l'INSERM a consacré pour sa part 20 millions de francs de crédits propres en 1987, hors salaires ; l'Institut Pasteur a affecté 31 millions de francs et envisage la construction d'un bâtiment consacré à l'étude des rétro-virus. La Fondation pour la Recherche Médicale a dépensé près de 4 millions de francs, dont 1,2 million de francs pour les bourses de formation en 1987, tandis que l'Association de Recherche pour le Cancer en dépensait 6.

4. La coopération internationale

D'emblée, la France a souhaité tenir une place de premier plan dans le concert des nations qui oeuvrent dans la lutte contre l'épidémie de S.I.D.A. à travers le monde. Outre la signature d'accords entre l'Institut Pasteur et le département de la Santé des Etats-Unis, la France participe à l'effort communautaire, particulièrement aux programmes de recherche - santé et d'aide aux pays en développement (35 M Ecus).

Au travers du ministère des Affaires Etrangères, la France soutient le programme spécial de lutte contre le S.I.D.A. de l'O.M.S. et désire développer sa coopération scientifique et technique en finançant aussi bien des bourses de recherche pour des scientifiques étrangers venant en France que l'équipement de centres de dépistage dans les pays qui en font la demande, et en apportant son soutien à la diffusion des informations relatives au S.I.D.A. vers les pays d'expression française. En 1988, 12 millions de francs sont affectés à ces programmes.

Au travers du ministère de la coopération, 13 millions de francs ont été dégagés pour répondre aux demandes exprimées par

une quinzaine de pays d'Afrique Noire en vue de renforcer le soutien aux équipes mixtes participant aux recherches cliniques et épidémiologiques sur le terrain et fournir la logistique nécessaire au dépistage sérologique. Le ministère envisage d'accroître son action dans le domaine de la formation et de promouvoir l'éducation pour la santé.

C. PRESENTATION DU PLAN DE LUTTE ANTI-SIDA

Le programme national de lutte contre le S.I.D.A. comporte quatre axes :

1. L'information et la formation

Pour prévenir l'extension de la maladie, il n'y a actuellement que deux solutions : la fidélité ou le préservatif. Il faut donc faire prendre conscience du problème à l'ensemble de la population. 100 millions de francs y seront consacrés en 1989 pour la promotion de l'utilisation du préservatif, l'augmentation du nombre de formateurs, le lancement d'une campagne d'information grand public, le développement du dépistage anonyme et gratuit. Une agence de programme va être créée pour coordonner et évaluer l'ensemble de l'action d'éducation pour la santé et pour recueillir et diffuser l'information sur la maladie.

2. Le refus de l'exclusion

Un Conseil National du S.I.D.A. sera créé. Cette autorité morale de consultations et de propositions devra réfléchir sur les conséquences du développement de l'épidémie sur l'ensemble de la société et donnera son avis sur les campagnes d'éducation pour la santé menées par les Pouvoirs Publics.

3. Prise en charge

Les moyens financiers et humains des hôpitaux seront accrus. Le budget des hôpitaux en 1989 comprendra une enveloppe de 430 millions de francs destinés au traitement des malades. 200 nouveaux emplois, dont 30 de praticiens hospitaliers, seront créés en 1989 pour être affectés spécifiquement aux centres hospitaliers qui prennent en charge le plus grand nombre de malades. Les hôpitaux de jour et les appartements thérapeutiques seront développés. Les moyens des centres de post-cure pour toxicomanes seront augmentés. Un groupe de travail étudiera les incidences du S.I.D.A. sur l'organisation et le fonctionnement des hôpitaux. Le soutien psychologique apporté aux séropositifs et aux malades sera amélioré grâce à la formation des généralistes et à la coopération des associations.

4. La recherche

La recherche est le seul espoir de guérison pour les porteurs du virus et d'immunité pour l'ensemble de la population. Il faut promouvoir la recherche fondamentale, la recherche de vaccins et de nouveaux médicaments, les essais thérapeutiques, les recherches multi-centriques sur le comportement des français face à la sexualité et à l'infection V.I.H. Les crédits de recherche seront portés à 150 millions de francs pour l'année 1989. Un conseil scientifique regroupant les meilleurs spécialistes sera créé. La France souhaite qu'une coopération européenne se développe dans ce domaine, dès 1989.

II . LA POURSUITE DE LA BAISSSE DES CREDITS DE FONCTIONNEMENT

Les trois chapitres concernés (34-11, 36-41 et 36-51) connaissent une baisse moyenne de 0,5 % résultant essentiellement de l'effort de rationalisation accompagnant l'adaptation des moyens des services.

Le chapitre 34-11, consacré au financement du matériel et du fonctionnement technique des services de protection sanitaire subit une baisse globale de 0,07 % avec une dotation de 13,2 millions de francs. Seul l'article 80 relatif aux vaccinations non obligatoires bénéficie d'une augmentation de 500.000 F liée à la mise en oeuvre d'un programme de vaccination contre le tétanos touchant en particulier les personnes âgées.

Le chapitre 36-41 relatif aux crédits de l'Ecole nationale de la Santé publique sont maintenus et s'élèvent à 52,4 millions de francs. Ils concernent la rémunération du personnel, aussi bien que les dépenses en matériel.

Enfin, le chapitre 36-51 relatif au fonctionnement des services de l'INSERM et du S.C.P.R.I. (Service central de la protection contre les rayonnements ionisants) connaît une baisse de 1,2 % avec des crédits s'élevant à 41 millions de francs contre 42,03 % en 1988.

On rappellera que depuis 1983 l'INSERM, créé en 1964 en substitution de l'Institut National d'Hygiène, et qui relevait auparavant du ministère de la Santé, est devenu un établissement public national à caractère scientifique et technologique, placé sous tutelle conjointe du ministère de la Recherche et du ministère chargé de la Santé. La dotation figurant à l'article 10 du chapitre 36-51 relatif aux subventions de fonctionnement de l'INSERM (2,6 millions de francs) concerne le financement des registres de pathologies (cancers et maladies cardio-vasculaires).

Quant aux articles 21 et 22 du chapitre 36-41 qui s'élèvent respectivement à 7,5 millions de francs et 31,3 millions de francs, ils concernent le financement des postes de dépenses de fonctionnement du Service central de protection contre les rayonnements ionisants (S.C.P.R.I.) consacrés en grande partie aux charges de personnels. Les autres crédits alloués à cet organisme figurent au chapitre 66-50 des subventions d'équipement et s'élèvent à 9,2 millions de francs, comme l'an dernier, affectés à 71 %, aux dépenses de fonctionnement et à 29 % aux dépenses d'équipement.

III . LE MAINTIEN A NIVEAU DU FINANCEMENT DES ACTIONS A CARACTERE SANITAIRE TRADITIONNELLES NE PERMET PAS DE SATISFAIRE DES OBJECTIFS POURTANT SENSIBLES

1. Les crédits affectés aux actions de formation

Sur les deux chapitres 43-31 et 43-32 qui regroupent les actions de formation et de recyclage des professions médicales et paramédicales, les crédits diminuent de 1,1 % pour être fixés à 436,1 millions de francs.

En ce qui concerne le financement des bourses de l'enseignement sanitaire et social, un effort de rattrapage est accompli ce qui se traduit par des crédits en hausse de + 6,2 % et fixés à 108,5 millions de francs pour 1989. Cette augmentation résulte tout à la fois d'une diminution des effectifs boursiers d'environ 7,6 % puisqu'en septembre 1989 ils ne seront plus que 10.000, et d'une revalorisation du montant des bourses. Le montant des bourses à taux plein augmentera en effet de 14,9 % pour être fixé à 10.660 francs par an.

Cet effort permet d'aligner le taux des bourses des professions paramédicales sur celui des professions sociales, mais il reste encore inférieur à celui des bourses de l'enseignement supérieur (14.573 francs en juin 1988).

2. La reconduction des crédits affectés aux actions de prévoyance ne permet pas le soutien d'objectifs pourtant sensibles

L'ensemble des crédits inscrits aux chapitres 47-13, 47-14, 47-15 et 47-51 regroupe 770 millions de francs, soit 38,65 % du budget de la santé et connaît une hausse apparente de 6,9 % par rapport à 1988 (719,92 millions de francs). En fait, les crédits sont simplement reconduits si l'on tient compte de ce que les 52 millions de francs venant abonder le chapitre 47-15 consacré à la lutte contre

la toxicomanie correspondent à la consolidation, dans le budget de la santé, des crédits figurant au budget de la Justice au titre de la MILT (Mission interministérielle de lutte contre la toxicomanie) qui avaient été reversés au ministère de la santé l'an dernier.

Cette simple reconduction ne permet pas le renforcement des actions centrées autour d'objectifs pourtant sensibles tels que la lutte contre la toxicomanie, l'alcoolisme ou le tabagisme.

a) Les crédits consacrés à la lutte contre la toxicomanie

Les crédits consacrés à la lutte contre la toxicomanie figurant au chapitre 47-15 connaissent une hausse de 15 %. En fait, les 52 millions de francs de mesures nouvelles résultent d'une consolidation sur le budget de la santé, des crédits inscrits l'an dernier au chapitre du budget de la Justice réservé au financement de la MILT dont on rappellera qu'il est un chapitre de redistribution vers les autres budgets.

L'ensemble des crédits consacrés à la lutte contre la toxicomanie, dans le cadre du budget de la santé, s'élevait 293,4 millions de francs pour 1988 (soit plus de 14 % du budget de la santé) hors MILT et 360 millions de francs en intégrant les 65,8 millions de francs qui devaient être réservés au budget de la santé courant 1988 au titre de la MILT. En considérant l'ensemble des dotations budgétaires spécifiquement affectées à la lutte contre la toxicomanie, force est de constater qu'elles sont seulement reconduites d'une année sur l'autre, à hauteur de 546 millions de francs.

Dotations budgétaires	1988	1989
Justice chapitre 37-00 mission interministérielle de lutte contre la toxicomanie	147	147
Jeunesse et sports chapitre 37-93 Action interministérielle de lutte contre la toxicomanie	53	53
Solidarité chapitre 47-15 Lutte contre la toxicomanie	294	346
Reports de 1987 sur 1988	50,6	
TOTAL	544,6	546

Il ne semble pas que la lutte contre la toxicomanie ait retenu l'attention du Gouvernement alors qu'il s'agit d'un objectif primordial. La mission interministérielle de lutte contre la toxicomanie, dont le nouveau président est Mme Catherine Trautman aura-t-elle les moyens d'une politique d'envergure. A consulter les fascicules budgétaires, on peut craindre que non. Une fois de plus, le rattachement administratif de la MILT a été modifié, afin qu'elle relève du Premier Ministre et non plus de la justice. Il faut espérer que les énergies ne se gaspillent plus à propos de ces querelles de clocher et qu'un travail d'envergure soit enfin accompli.

Dans ces premières déclarations, le nouveau président de la MILT a entendu mettre fin au "tout répressif" qui constituait soi-disant l'unique philosophie de son prédécesseur. Gardons nous également de ces querelles de chapelle pour définir une politique globale et cohérente qui repose sur trois volets fondamentaux : la répression du trafic, la prévention et les soins. Il faut pour cela utiliser les structures existantes, comme par exemple les secteurs d'hygiène mentale et faire preuve de fermeté, notamment en appliquant les textes sur l'injonction thérapeutique. En ce domaine, il serait désastreux que l'Etat ne prenne pas ses responsabilités.

b) L'insuffisance des crédits et l'absence de volonté en matière de lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme

* La simple reconduction des crédits consacrés à la lutte contre l'alcoolisme

En l'absence de réponse sur les orientations budgétaires retenues pour 1989 pour la lutte contre l'alcoolisme, on peut indiquer qu'en 1988, 138 millions de francs ont été affectés à cet objectif et répartis sur plusieurs chapitres comme indiqué ci-après :

Récapitulation des crédits pour 1988

Chap. 47-13 - art. 30	4.850.000
Chap. 47-14 - art. 52	130.475.452
Chap. 43-31 - art.50	750.000
Chap. 66-11 - art. 50	<u>2.025.000</u>
	138.100.452 F

Les crédits de l'article 30 du chapitre 47-13 correspondent à des subventions ponctuelles à des associations participant à la recherche et à la lutte contre l'alcoolisme (3,75 millions de francs en 1988 dont 1,8 million affectés à la lutte contre l'alcoolisme) et au financement du haut comité d'études et d'information sur l'alcoolisme.

Les crédits de l'article 52 du chapitre 47-14 sont destinés à financer les frais de fonctionnement des structures de prévention sanitaire et de soins ambulatoires tels que les 870 centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie (CHAA) qui ont reçu 90 millions de francs, les comités départementaux de défense contre l'alcoolisme (29,3 millions de francs en 1988) et les mouvements néphalistes (2,6 millions de francs en 1988). Enfin, 3 millions de francs ont été affectés aux matériels de vérification légale des alcoolémies et 5,5 millions de francs ont été utilisés pour la création de cinq nouveaux CHAA et pour le renforcement des actions dans plusieurs départements.

Au titre de l'article 50 du chapitre 66-11, 2,3 millions de francs ont été affectés au subventionnement d'équipements sanitaires liés à l'alcoolisme et à la toxicomanie (mais la distribution est inconnue) et 2,025 millions de francs ont été accordés en autorisations de programme.

Pour 1989, en neutralisant les modifications de structures, les crédits sont reconduits à hauteur de 1988.

Or, il est impératif de poursuivre et d'accentuer la lutte contre ce fléau. On peut indiquer qu'en 1985 (dernières statistiques connues), l'alcoolisme était directement responsable de 215.296 décès, c'est-à-dire 26 % de l'ensemble des décès mais indirectement on peut lui imputer environ 50.000 décès par an (accidents de la route et du travail). La volonté gouvernementale doit également se manifester au travers d'actions extra-budgétaires, notamment par l'application stricte de la loi du 31 juillet 1987 sur la publicité en faveur des boissons alcooliques et éventuellement par le renforcement de ce dispositif législatif.

A titre d'exemple, et à propos des opérations de parrainage d'activités sportives, je voudrais me féliciter de la décision du tribunal de grande instance de Paris, en date du 30 juin 1988 qui a condamné le gérant de la S.N.C. union de brasserie "33 Export" à 50.000 francs d'amende et 15.000 F de dommages et intérêts à verser au comité national de défense contre l'alcoolisme, partie civile ; ceci à cause de la participation au rallye du Var, en novembre 1987, d'une voiture pilotée par Didier Auriol et qui arborait sur les flancs et le capot la mention "33 Export" reprenant le graphisme des packs de bière. Cette mention figurait également sur la combinaison du pilote.

Le tribunal a ainsi entendu faire une stricte application de l'article L. 18 du code des débits de boisson en assimilant les activités de parrainage à la publicité. Ce faisant, et comme le montrent les attendus du jugement, le tribunal n'a pas retenu le contenu de la circulaire ministérielle du 16 octobre 1987, qui essayait par des moyens spécieux de revenir sur un dispositif voulu par le législateur.

Après avoir rappelé les dispositions de l'article L.18, la 16ème chambre du tribunal de grande instance de Paris continue comme suit : "en adoptant ces dispositions, le législateur a entendu soumettre sans équivoque possible à un régime identique le parrainage et la publicité en matière alcoolique dans le domaine du sport, quelles que soient par ailleurs les précisions contournées qui figurent dans la circulaire ministérielle du 16 octobre 1987.

"En faisant figurer dans le cadre d'une manifestation sportive automobile sur les véhicules y participant et sur les combinaisons de certains coureurs (personnalités connues pour une activité n'ayant pas de rapport avec la production ou la distribution de boissons alcooliques) les éléments caractéristiques (dénomination, graphisme, couleurs de la publicité qui sont habituellement utilisés en vue de la promotion de la bière que la société qu'il dirige fabrique et commercialise), J.-C. Helou a contrevenu aux dispositions de l'article L. 18, les éléments de l'infraction étant réunis indépendamment de l'importance de l'exploitation journalistique induite par cette opération publicitaire interdite".

Il faut espérer que le Gouvernement fort du soutien parlementaire et judiciaire saura faire une utilisation juste et

rigoureuse de la loi du 30 juillet 1987, qui constitue un moyen important pour la prévention de l'alcoolisme.

* Le manque de volonté en ce qui concerne la lutte contre le tabagisme.

Au titre du chapitre 47-13, article 30, la prévention du tabagisme a bénéficié en 1988 de 1,08 million de francs. 854 000 F ont été affectés au comité national contre le tabagisme qui oeuvre à la fois pour la sensibilisation des populations aux droits des non fumeurs, pour une information du grand public, notamment par la mise en place d'un service minitel, et pour le respect de la réglementation. 81 000 F ont été attribués à la Société d'Etude de la dépendance tabagique qui a pour objet de promouvoir la recherche sur les mécanismes psychophysiologiques de la tabaco dépendance. Les associations ont été subventionnées à concurrence de 150 000 F. Enfin, en dehors de l'article 30 du chapitre 47-13, une somme de 4 millions de francs a été affectée au Comité d'éducation pour la santé pour le financement d'une campagne télévisée contre le tabac et de la journée du 7 avril 1988 consacrée à l'action internationale contre le tabac. Avec un total de 5,08 millions de francs, les crédits affectés à la lutte contre le tabagisme tels qu'ils ont été présentés à votre rapporteur paraissent ne pas être à la mesure du fléau.

Sur ce sujet également, les statistiques rappelées dans le rapport Hirsch publié en septembre 1987 parlent d'elles-mêmes. Il y était indiqué que le tabagisme était responsable d'un peu plus de 50 000 morts par an, et que si la consommation globale ne s'accroissait guère, elle touchait désormais des tranches de population de plus en plus jeunes et féminisées. De plus, la contradiction est flagrante lorsqu'on sait que ce secteur économique emploie 50 000 personnes et que l'Etat en retire un revenu fiscal d'environ 23 milliards de francs.

Enfn, les campagnes médiatiques n'ont pas été jusqu'à présent très efficaces, et la loi du 9 juillet 1976 sur la publicité pour le tabac est trop facilement contournée par de la publicité indirecte.

Il est flagrant, dans ce domaine, que la volonté politique est essentielle pour impulser une politique de lutte véritablement efficace.

Or comme il a été indiqué plus haut, les crédits budgétaires affectés à la lutte contre le tabagisme sont dérisoires comparés au coût de ce fléau. Des crédits fixes à 1,08 million de francs en 1988 comparés à un coût pour la santé estimé à 45 milliards de francs pour 54 000 décès.

De plus, rien n'a encore été décidé quant à une augmentation significative du prix du tabac, afin que cette mesure ait un réel effet dissuasif. Il semble bien en ce domaine que le Gouvernement s'abrite derrière la fragilité de notre indice des prix.

Enfin, peu de choses sont mises en oeuvre pour développer la prévention notamment en direction des jeunes et donc dans le système éducatif. Alors que c'est par la prévention dès le plus jeune âge que doit commencer la lutte contre le tabac.

IV. LA NECESSITE D'UNE REFLEXION GLOBALE SUR LE SYSTEME HOSPITALIER

De manière très indirecte, et au travers de crédits très faibles, le budget de la santé intervient en ce qui concerne nos structures hospitalières. Mais on ne peut négliger l'importance de ce secteur lorsqu'on sait que la consommation de soins hospitaliers, secteur public et secteur privé, représente 207,9 milliards de francs, soit 48,6 % de l'ensemble de la consommation médicale en 1987.

Votre rapporteur, en ce domaine, tient à peu près le même langage que l'année dernière, à savoir qu'au-delà de la nécessaire maîtrise des coûts hospitaliers, il faut assouplir les règles de gestion financière afin de responsabiliser les gestionnaires d'hôpitaux et qu'il faut mettre en oeuvre une réflexion d'ensemble sur l'organisation et le fonctionnement des hôpitaux. Cette réflexion concerne pour l'essentiel les personnels -toutes catégories confondues- et la crise

récente qui a opposé les infirmières au Gouvernement témoigne, s'il en était besoin, de l'urgence d'une telle démarche.

1. Assouplir les règles financières applicables aux établissements hospitaliers

"

a) Moduler les règles applicables en matière d'investissements hospitaliers

En l'état actuel de la réglementation, l'octroi de subventions de l'Etat commande toujours, la décision de moderniser les plateaux techniques lorsqu'ils sont susceptibles d'engendrer un surcoût ultérieur de fonctionnement pour l'assurance maladie.

Le plan de financement est le suivant : participation obligatoire de l'Etat variant de 40 % (avec des dérogations permettant de moduler cette participation entre 20 % et 5 %) et recours complémentaire à l'aide des collectivités locales, à l'emprunt (notamment auprès des caisses d'assurance maladie de nouveau autorisées à offrir des prêts sans intérêt) ou à l'autofinancement. Par contre, les investissements non générateurs de coût peuvent, par dérogation, être exonérés de toute participation obligatoire de l'Etat.

Cette situation retarde bien entendu les opérations puisqu'il faut attendre la subvention gouvernementale et elle méconnaît de surcroît le mécanisme même des investissements, lesquels se traduisent effectivement le plus souvent par des surcoûts immédiats, mais par des économies de gestion ultérieures.

C'est pourquoi il paraît nécessaire de laisser aux établissements hospitaliers publics la liberté de trouver les sources de financement les mieux adaptés à leurs besoins, en limitant au strict nécessaire l'obligation de subvention de l'Etat et en recherchant d'autres sources de financement, notamment par un élargissement des possibilités d'emprunt.

Cette réforme s'impose d'autant plus, pour permettre aux établissements d'assurer l'entretien de leurs bâtiments et de moderniser leurs équipements, lorsqu'on note la faiblesse des crédits budgétaires affectés aux subventions d'équipements sanitaires, et leur tendance à diminuer, comme le montre le tableau ci-dessous :

	1984	1985	1986	1987	1988	1989
Autorisations de programme chap 66-11 (millions de francs)	771	748,5	588	617	618	610

Pour 1989, le montant des crédits de paiements est fixé à 530 millions de francs, contre 668,5 millions de francs en 1988, soit une diminution de 5,7 %.

De plus, le strict maintien des autorisations de programme doit notamment financer des équipements hospitaliers liés aux Jeux Olympiques d'hiver de 1992. Il ne faudrait pas que cet objectif compromette la participation de l'Etat à d'autres investissements hospitaliers également nécessaires.

b). Assouplir les règles d'application du budget global

La réforme du financement des établissements hospitaliers publics et privés participant au service public a été appliquée dès 1984 aux centres hospitaliers régionaux puis généralisée à l'ensemble des établissements en 1985.

Ce système prévu par la loi du 19 janvier 1983 repose sur deux principes fondamentaux :

- la fixation du budget autorisé pour une année sur la base du budget arrêté l'année précédente et en fonction d'un taux de progression dit "taux directeur" ;

- le versement par les caisses d'assurance maladie d'une dotation globale de financement qui correspond à la part des

dépenses obligatoirement prises en charge par les régimes d'assurance maladie

L'exercice 1988 a été placé sous le signe de la poursuite de la politique de rigueur que rend indispensable la situation des régimes de protection sociale.

Les efforts de gestion et de redéploiement au sein des établissements ont été privilégiés et la politique de redéploiement engagée en 1986 au niveau départemental a été étendue à la région.

Sur l'objectif de 0,8 % de redéploiement, 0,2 % ont été réservés aux actions interdépartementales.

Les résultats de cette innovation ont permis l'ouverture de nouveaux établissements ou de nouveaux services dont le coût élevé rendait impossible l'absorption sur une seule enveloppe départementale.

Le taux directeur d'évolution des dépenses des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux sous compétence tarifaire de l'Etat, a par ailleurs été fixé à 1,9 % auxquels s'ajoute une marge de manoeuvre de 0,8 % qui, laissée à la discrétion des tutelles départementales, contribue à la réduction des disparités entre établissements et participe à la mise en oeuvre des redéploiements.

Les premiers résultats pour l'exercice 1988 laissent apparaître un taux de progression légèrement plus élevé compte tenu de l'incidence de mesures exogènes qui pèsent sur le budget des établissements (majoration supplémentaire de trois points du taux de la cotisation employeur à la CNRACL).

Pour 1989, le taux directeur retenu serait de 3 % sans compter les adaptations nécessitées ultérieurement pour prendre en

compte les mesures relatives aux personnels hospitaliers et le coût du plan SIDA.

En ce qui concerne le versement de la dotation globale, le décret n° 83-744 du 11 août 1983 qui a instauré ce mode de financement, a été successivement modifié par le décret n° 85-1272 du 2 décembre 1985 puis par le décret n° 86-1404 du 31 décembre 1986.

Le versement par douzièmes indifférenciés ne permettait pas de prendre en considération la situation financière particulière de chaque établissement hospitalier.

Les articles 40 et 41 tels qu'ils découlent du décret n° 85-1272, permettent désormais de moduler le versement de la dotation globale en fonction du type d'activité de chaque établissement et de ses besoins de trésorerie.

Les allocations mensuelles peuvent varier du vingt-quatrième au huitième du montant total de la dotation globale et être versées entre le premier et le 15 du mois suivant les prévisions de décaissement des hôpitaux.

Le décret n° 86-1404 du 31 décembre 1986 a, quant à lui, essentiellement permis d'affiner l'évaluation du montant des dotations globales par l'analyse a posteriori des recettes en atténuation (articles 19 modifié et 28-1).

Enfin, la modification de l'article 17 du décret du 11 août 1983 est actuellement en cours d'approbation. Il convient, en effet, dans un souci de bonne gestion, d'autoriser l'ordonnateur jusqu'à l'approbation du budget, à engager, liquider et ordonnancer certaines dépenses de la section d'investissement dans la limite du dernier budget approuvé : remboursement en capital des emprunts, achats de produits stockés.

En ce qui concerne la modification des règles applicables au budget global, le ministre de la santé a apporté les précisions suivantes : un groupe de travail pluridisciplinaire qui comprend des directeurs d'établissements, des représentants de l'administration centrale et des services extérieurs se met actuellement en place et a reçu pour mission de préparer pour le début de l'année 1989 des mesures concrètes de modification de la législation et de la réglementation afin de permettre la transformation de la tutelle a priori en une tutelle a posteriori sur la majorité des délibérations des conseils d'administrations.

C'est dans ce cadre que sera abordé l'assouplissement du budget global. L'objectif est, tout en veillant à la maîtrise de l'évolution des coûts, de redonner aux responsables des établissements une plus grande liberté d'action dans le cadre d'objectifs préalablement négociés avec l'autorité de tutelle. Il s'agit donc de faire évoluer les procédures actuelles et de favoriser au sein des établissements hospitaliers la concertation entre les partenaires pour élaborer un véritable projet d'établissement.

2. Mener une réflexion d'ensemble sur le fonctionnement et l'organisation des établissements hospitaliers

a) Poursuivre la réflexion en ce qui concerne les personnels infirmiers

A propos du conflit des infirmières, on peut indiquer que la charge financière résultant pour le système hospitalier, de l'application du protocole d'accord du 21 octobre 1988 peut être évaluée à 2 milliards de francs en année pleine. Ceci représente environ 1 % de l'ensemble des budgets de fonctionnement des établissements d'hospitalisation publics seront financés en 1989 hors taux directeur.

Mais en-dehors du strict point de vue financier il convient de mener une réflexion approfondie sur la formation des infirmières,

et sur leur rôle au sein de l'hôpital. Sur ce sujet, le ministre a également apporté les précisions suivantes.

Le principe d'une modification des dispositions de l'arrêté du 23 décembre 1987 fixant les conditions d'accès aux écoles d'infirmières, a été inscrit dans le protocole d'accord du 21 octobre 1988. En application de ce protocole, un groupe de travail comprenant notamment des membres désignés par des organisations représentatives de la profession infirmière a été immédiatement constitué. A partir des conclusions de ce groupe de travail, un projet d'arrêté a été élaboré, qui sera soumis au conseil supérieur des professions paramédicales dans sa séance du 25 novembre 1988.

Ce projet d'arrêté modifie notamment l'article 4 du décret du 23 décembre 1987 qui autorisait les personnels ayant cinq ans d'activité professionnelle à postuler dans les écoles d'infirmières.

A propos de la formation des infirmières, ce groupe de travail devrait réfléchir également sur une réforme du financement des écoles d'infirmières, notamment de celles qui ne sont pas rattachées à une structure hospitalière. Le dispositif actuel est en effet peu rationnel et repose en grande partie sur des subventions du ministère de la santé, dont on ne connaît pas précisément le mode de calcul, et qui diminuent régulièrement d'année en année.

Par ailleurs une commission nationale comprenant des représentants des organisations représentatives des infirmiers hospitaliers sera très prochainement mise en place. Elle sera chargée de réfléchir sur le rôle et la place de l'infirmière dans l'organisation des soins et devra remettre un rapport au ministre sur ce sujet avant le 15 février 1989.

b) Elargir la réflexion à l'ensemble des personnels exerçant à l'hôpital et notamment aux médecins

Pour améliorer le fonctionnement du système hospitalier et notamment celui des hôpitaux généraux, il faut impérativement

relancer la mise en place de l'assistantat prévu par le décret du 28 septembre 1987.

En effet, les hôpitaux généraux se trouvent en effet confrontés, depuis l'extinction de la filière de l'internat et la suppression des CES (certificats d'études spécialisées), par la réforme des études médicales à un risque de démedicalisation, aggravé par la baisse prévisible du nombre d'internes, liée à la réduction du *numerus clausus* et par une certaine désaffection des hôpitaux de la part des médecins.

Les initiateurs de la réforme pensaient pouvoir combler les besoins d'encadrement médical des hôpitaux généraux par l'apport des internes de médecine générale mais l'expérience a déjoué ces prévisions non seulement parce que les internes de médecine générale ne font pas le même travail que les internes de région sanitaire, mais également parce que leur passage obligatoire à l'hôpital général se limitant à trois semestres, il ne correspond pas au besoin de stabilité des services. Enfin, force est de constater, que les internes de spécialité se détournent parfois des services de spécialité des hôpitaux généraux jugés, souvent à tort, peu formateurs, et ceci fréquemment sous l'influence de considérations liées au plan de carrière.

Ainsi, la création d'un corps intermédiaire entre les internes et les jeunes praticiens hospitaliers, l'assistantat, corollaire du *clercat* lui-même rétabli dans les CHU, devait attirer de futurs médecins généralistes intéressés par un complément de formation en hôpital avant une installation parfois difficile en ville (assistants généralistes) mais également des internes de spécialité désireux, en fin de 3^e cycle, de préparer une future carrière de praticien hospitalier en hôpital général (assistants spécialistes).

D'une durée d'un ou deux ans, renouvelable au total pour 4 ans pour les spécialistes, l'assistantat est financé par la transformation de trois postes d'internes en deux postes d'assistants.

Or, il faut constater que la mise en place de cette réforme se fait difficilement, pour des raisons financières mais également

administratives. Des enquêtes ponctuelles menées en 1988, il ressort qu'au mieux 340 postes d'assistants auront été mis en place en 1988 ce qui est notoirement insuffisant, et ne pourra pas éviter la démedicalisation de certains hôpitaux généraux.

On note en effet une très grande disparité d'une région à l'autre et même d'un hôpital à l'autre. Le Gouvernement s'est engagé à examiner la situation hôpital général par hôpital général pour, au vu des besoins, procéder à une estimation des postes d'assistants qui devront être éventuellement créés, en plus des postes d'internes transformés. En tout état de cause, le rythme de transformation des postes d'interne en postes d'assistant devrait se poursuivre progressivement au rythme d'environ 500 par an pour parvenir à un total de 2.000 postes d'assistants en 4 ans. Cette progressivité est nécessaire pour permettre aux générations d'interne à venir d'accéder dans des conditions équivalentes à ces postes d'assistants.

Votre rapporteur est convaincu qu'il faudra en outre, dans les quatre ans qui viennent financer en dépenses nettes, des créations de postes d'assistants pour résoudre les situations particulièrement dramatiques de certains hôpitaux.

3. Renforcer la coopération entre le service public hospitalier et les établissements privés d'hospitalisation en ce qui concerne l'utilisation des équipements

A la lecture du Journal Officiel du 15 novembre, publiant l'arrêté relatif aux autorisations d'équipements lourds demandées par des établissements de soins privés, votre rapporteur craint qu'on ne retombe dans une guerre stérile et vaine entre établissements publics et privés.

En ce qui concerne les équipements lourds, on peut rappeler que les indices de besoins sont les suivants. Le taux d'équipement de la région -rapport du nombre d'appareils autorisés à la population recensée- doit être confronté à l'indice national de besoins qui, fixé par arrêté, constitue la "carte sanitaire" de ces équipements :

- scanner : 1 appareil pour un nombre d'habitants (de la région) compris entre 140.000 et 250.000 (arrêté du 13 avril 1987) ;

- médecine nucléaire : 1 appareil pour un nombre d'habitants (de la région) compris entre 150.000 et 250.000 (arrêté du 13 avril 1987) ;

- hémodialyse : 40 à 45 appareils par million d'habitants (dans la région), (arrêté du 9 avril 1984) ;

- appareils de radiothérapie : 1 appareil par million d'habitants (dans la région) (arrêté du 25 février 1986) ;

- lithotripteurs extra-corporels : 1 appareil pour une population (dans la région) comprise entre 1.500.000 et 2.800.000 habitants, (arrêté du 9 juin 1988) ;

- R.M.N. (Résonance magnétique nucléaire) : 1 appareil pour une population (dans la région) comprise entre 600.000 et 1.600.000 habitants (arrêté du 9 juin 1988) ;

- les appareils d'angiographie numérisée n'ont pas d'indice, et l'évaluation des besoins se fait à l'échelle de la région.

Du 1er août 1987 au 31 juillet 1988, le Ministre de la santé a donné 140 autorisations tant aux hôpitaux publics qu'aux établissements privés pour l'un ou l'autre des principaux équipements matériels lourds. Il s'agit tantôt d'autorisations nouvelles, tantôt du remplacement d'appareils anciens. Les équipements en cause ont été :

- 51 scanographes, (32 en secteur privé dont 2 G.I.E. incluant un centre hospitalier public)

- 4 lithotripteurs, (dont 3 en secteur privé)

- 12 appareils d'R.M.N., (dont 7 en établissements privés)

- 35 appareils de médecine nucléaire, (dont 13 en secteur privé)

- 23 machines de radiothérapie, (dont 15 en établissements privés)

- 14 angiographes numérisés, (dont 6 en établissements privés)

- 1 appareil de circulation sanguine extra-corporelle.

L'inquiétude est grande parmi les professionnels à la lecture de l'arrêté publié le 15 novembre 1988 puisque toutes les demandes émanant des établissements privés pour dix R.M.N. et dix huit scanners ont été rejetées. Cette première décision du nouveau ministre de la santé traduit-elle un revirement total de politique, qui serait gravement préjudiciable au bon fonctionnement de notre système de santé. Je crois qu'il faut mettre fin à cet état d'esprit et chercher au contraire à développer par tous les moyens, une collaboration étroite entre secteur public et secteur privé en matière d'équipements lourds. Une instruction ministérielle en date du 11 septembre 1986 y encourageait déjà, et on aurait tout intérêt à développer des structures de coopération telles que le G.I.E. (groupement d'intérêts économiques).

*

* *

En conclusion, votre rapporteur hésite à vous proposer soit l'adoption, soit le rejet des crédits santé-action sociale, car la comparaison des éléments positifs et négatifs incite à une attitude beaucoup plus nuancée.

Au rang des éléments positifs, on retrouve :

- l'effort mené en faveur des personnes âgées par la rénovation des hospices, celui décidé pour les personnes handicapées, par la création de 1.700 places supplémentaires en CAT ;

- la volonté de lutter contre l'exclusion sociale par la mise en place du RMI ;

- l'adoption d'un plan national de lutte contre le SIDA.

Mais des éléments négatifs peuvent également être mis en lumière, à savoir :

- la diminution nette de 3,7 % des crédits consacrés à la santé, et plus particulièrement la diminution des subventions aux équipements hospitaliers ;

- l'absence d'initiative gouvernementale en matière de politique familiale, de lutte contre la toxicomanie, l'alcoolisme ou le tabagisme ;

- le refus du Gouvernement de prendre, par voie réglementaire, une mesure complétant le dispositif législatif permettant la mise en place des contrats Epargne-handicaps.

Au-delà de ce bilan, nécessairement nuancé, il convient de reconnaître que ce budget est un budget d'attente, qui, à ce titre, ne justifie pas une approbation sans réserve, mais ne mérite pas non plus de condamnation sans appel.

C'est pourquoi la commission des Affaires sociales, sur proposition du rapporteur, a décidé de s'en remettre à la sagesse du Sénat pour l'adoption des crédits santé-action sociale, du budget de la solidarité, de la santé et de la protection sociale.