

# SÉNAT

PREMIÈRE SESSION ORDINAIRE DE 1991 - 1992

---

Annexe au procès-verbal de la séance du 19 novembre 1991.

## AVIS

PRÉSENTÉ

*au nom de la commission des Affaires sociales (1) sur le projet de loi de finances pour 1992* CONSIDÉRÉ COMME ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE AUX TERMES DE L'ARTICLE 49, ALINÉA 3, DE LA CONSTITUTION,

TOME II

SANTÉ ET ACTION SOCIALE

Par M. Louis BOYER,

Sénateur.

---

(1) Cette commission est composée de : MM. Jean-Pierre Fourcade, *président* ; Louis Souvet, Marc Bœuf, Claude Huriet, Jacques Bimbenet, *vice-présidents* ; Hector Viron, Charles Descours, Guy Penne, Roger Lise, *secrétaires* ; José Balareello, Mme Marie-Claude Beaudeau, MM. Henri Belcour, Jacques Bialski, André Bohl, Louis Boyer, Louis Brives, Jean-Pierre Cantegrit, Gérard César, Jean Chérioux, François Delga, Jean-Pierre Demerliat, Michel Doublet, Jean Dumont, Jean-Paul Emin, Claude Fuzier, Mme Marie-Fanny Gournay, MM. Roger Husson, André Jourdain, Philippe Labeyrie, Henri Le Breton, Marcel Lesbros, François Lhuissier, Pierre Louvot, Jacques Machet, Jean Madelain, Mme Hélène Missoffe, MM. Arthur Moulin, Hubert Peyou, Louis Philibert, Claude Prouvoyeur, Roger Rigaudière, Guy Robert, Mme Nelly Rodi, MM. Gérard Roujas, Olivier Roux, Bernard Seillier, Franck Sérusclat, René-Pierre Signé, Paul Souffrin, Pierre-Christian Taittinger, Martial Taugourdeau.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (9e législ.) : 2240, 2255 (annexe n°3), 2256 (tomes II et III) et T. A. 533.

Sénat : 91 et 92 (annexe n° 2) (1991-1992).

---

Lois de finances.

## SOMMAIRE

	Pages
OBSERVATIONS DE LA COMMISSION .....	6
INTRODUCTION .....	7
TITRE PREMIER - LA POLITIQUE DE LA SANTE : UNE REPONSE CRITIQUE AUX INQUIETUDES LEGITIMES DE L'OPINION ET DES PROFESSIONNELS DE LA SANTE .....	9
<b>I. LA POLITIQUE DE PREVENTION SANITAIRE .....</b>	<b>10</b>
<b>A - L'AMENAGEMENT DES STRUCTURES .....</b>	<b>10</b>
<b>1. La création du centre national de santé publique .....</b>	<b>10</b>
<b>2. La création du haut comité de la santé .....</b>	<b>11</b>
<b>B - LA LUTTE CONTRE LES GRANDS FLEAUX .....</b>	<b>12</b>
<b>1. La lutte contre le SIDA .....</b>	<b>12</b>
<i>a) Des perspectives budgétaires décevantes ... ..</i>	<i>12</i>
<i>b) ... au regard de l'évolution de la maladie ... ..</i>	<i>13</i>
<i>c) ... et des conséquences dramatiques des événements survenus entre 1983 et 1985 .....</i>	<i>14</i>
<b>2. La lutte contre les autres grands fléaux .....</b>	<b>15</b>
<i>a) La lutte contre les maladies sexuellement transmissibles .....</i>	<i>15</i>
<i>b) La lutte contre la toxicomanie .....</i>	<i>15</i>
<i>c) La lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme .....</i>	<i>16</i>
<b>II. LA POLITIQUE HOSPITALIERE .....</b>	<b>19</b>
<b>A. LA MISE EN OEUVRE DE LA LOI HOSPITALIERE : SES DANGERS ET SES CARENCES .....</b>	<b>19</b>
<b>1. Une loi nocive par son contenu .....</b>	<b>19</b>
<i>a) La planification sanitaire : un cadre incertain .....</i>	<i>20</i>
<i>b) Le régime d'autorisation des équipements sanitaires : une menace pour l'autonomie et la liberté des établissements, publics ou privés ..</i>	<i>21</i>
<i>c) La réforme des établissements publics de santé : une tutelle encore pesante et une réforme dogmatique de l'organisation médicale interne des établissements .....</i>	<i>22</i>
<b>2. Une loi critiquable par ses carences .....</b>	<b>24</b>
<i>a) La grève du personnel infirmier : des mesures disparates pour une issue incertaine .....</i>	<i>24</i>
<i>b) La crise du personnel médical hospitalier : une menace pour la qualité de l'appareil hospitalier et du système de soins .....</i>	<i>25</i>

	Pages
B. LA GESTION DES HÔPITAUX : LES CONCLUSIONS DE VOTRE COMMISSION, PLUSIEURS FOIS RAPPELÉES AU COURS DES ANNÉES RÉCENTES, CONFORTÉES PAR UN RÉCENT RAPPORT DE LA COUR DES COMPTES .....	28
1. L'outil de planification sanitaire est juridiquement inefficace et économiquement médiocre .....	28
a) Les lacunes du dispositif réglementaire .....	28
b) La médiocrité des résultats de la politique de maîtrise de l'offre .....	29
2. Les instruments du contrôle sont peu opérants et paralysants .....	30
a) Les outils de gestion interne sont souvent rudimentaires .....	30
b) Les outils de la tutelle sont inadaptés .....	31
III - L'AVENIR DES PROFESSIONS DE SANTÉ : LA DOUBLE MENACE DU PÉRIL DÉMOGRAPHIQUE ET DU RATIONNEMENT DES SOINS .....	33
A. LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE : UN DIAGNOSTIC SANS PRESCRIPTION .....	33
1. Un bilan préoccupant .....	33
a) L'état des lieux .....	33
b) La régulation des flux : des prévisions convergentes .....	34
2. Un catalogue de solutions immédiates dont les conditions ne sont pas clairement définies .....	35
a) Le recensement des emplois potentiellement nécessaires .....	35
b) Les limites d'un recensement purement statistique .....	36
B. LES MÉCANISMES DE MAÎTRISE DES DÉPENSES DE SANTÉ : UNE MENACE POUR L'AVENIR DES PROFESSIONS DE SANTÉ ET UN RISQUE GRAVE DE RATIONNEMENT DES SOINS .....	36
1. La politique engagée par le Gouvernement : la généralisation du principe de la dotation globale .....	37
a) Les premières étapes de la généralisation de la dotation globale - Les règles applicables à l'hospitalisation privée et à la biologie médicale et les règles envisagées pour l'industrie pharmaceutique .....	37
b) L'extension de la dotation globale aux professions médicales et paramédicales ; le profil du projet gouvernemental .....	39
2. Les dangers du dispositif mis en oeuvre : une remise en cause des principes conventionnels et des conditions d'exercice .....	41
a) Une erreur de méthode .....	41
b) Une menace sur les principes qui fondent la vie conventionnelle et les conditions d'exercice des professions de santé .....	42

	Pages
TITRE II - L'ACTION SOCIALE EN FAVEUR DES FAMILLES, DES PERSONNES ÂGÉES ET DES PERSONNES HANDICAPÉES : UN BILAN CONTRASTÉ, DES INTENTIONS PROMETTEUSES .....	45
<b>I - LA POLITIQUE DE LA FAMILLE : DES INITIATIVES LIMITÉES MAIS POSITIVES ; LES PROMESSES D'UNE RÉFORME</b>	<b>45</b>
<b>A. LES PROPOSITIONS DU CONSEIL ÉCONOMIQUE ET SOCIAL : POUR UNE RÉFORME LIMITÉE, MAIS SIGNIFICATIVE, DU RÉGIME DES PRESTATIONS FAMILIALES</b> .....	<b>46</b>
<b>1. L'importance des dépenses engagées par la Caisse nationale d'allocations familiales</b> .....	<b>46</b>
<i>a) Le service des prestations et l'action sociale des caisses</i> .....	<i>46</i>
<i>b) Les contraintes imposées par le déséquilibre financier structurel du système de protection sociale</i> .....	<i>47</i>
<b>2. La nécessité d'une réforme ambitieuse des prestations familiales</b> .....	<b>48</b>
<i>a) Le diagnostic du rapport du Conseil économique et social</i> ..	<i>48</i>
<i>b) Les suggestions de votre commission</i> .....	<i>49</i>
<b>B. L'ACTION SOCIALE EN FAVEUR DES FAMILLES : UN BILAN NUANCÉ, DES INITIATIVES HEUREUSES</b> .....	<b>50</b>
<b>1. L'accueil de la petite enfance : des initiatives réelles et intéressantes</b> .....	<b>50</b>
<i>a) Les mesures destinées à faciliter la maternité</i> .....	<i>50</i>
<i>b) L'élargissement et l'amélioration des capacités d'accueil</i> .....	<i>51</i>
<b>2. Les crédits budgétaires : la traduction du volontarisme du secrétariat d'Etat</b> .....	<b>52</b>
<i>a) Les programmes d'action sociale</i> .....	<i>52</i>
<i>b) Les crédits de la protection de la maternité, de l'enfance, de la jeunesse et des sports</i> .....	<i>53</i>
<b>II - LA POLITIQUE D'ACTION SOCIALE EN FAVEUR DES PERSONNES ÂGÉES : LA PERSPECTIVE D'UNE RÉFORME MAJEURE ; UNE ACTION INNOVANTE DANS UN CONTEXTE BUDGÉTAIRE STRICT</b> .....	<b>54</b>
<b>A. L'ANALYSE DES CRÉDITS ET DES ACTIONS PRIORITAIRES : UN BILAN HONORABLE, MALGRÉ DES RÉDUCTIONS INOCCUPÉES DE CRÉDITS</b> .....	<b>54</b>
<b>1. Le programme d'humanisation des hospices</b> .....	<b>54</b>
<i>a) L'exécution du budget 1991</i> .....	<i>54</i>
<i>b) Les prévisions pour 1992</i> .....	<i>55</i>
<b>2. La politique de maintien à domicile</b> .....	<b>55</b>
<i>a) L'action sociale</i> .....	<i>55</i>
<i>b) Les soins à domicile</i> .....	<i>56</i>
<b>B. L'ÉTAT DE DÉPENDANCE DES PERSONNES ÂGÉES : LA PROMESSE DE L'EXAMEN D'UN PROJET DE LOI EN 1992</b> ....	<b>56</b>
<b>1. Les propositions contenues dans les rapports préparatoires</b> .....	<b>58</b>
<i>a) La création d'une allocation de dépendance</i> .....	<i>58</i>
<i>b) La rénovation des forfaits soins et le décloisonnement des secteurs sanitaire et social</i> .....	<i>58</i>

	Pages
	-
<i>c) Les autres propositions</i> .....	59
<b>2. Les zones d'ombre : le champ et le financement de l'allocation de dépendance</b> .....	60
<i>a) Le champ de la nouvelle prestation</i> .....	60
<i>b) Le mode de gestion et de financement</i> .....	61
<b>III - LA POLITIQUE D'ACTION SOCIALE EN DIRECTION DES PERSONNES HANDICAPÉES ET DES ACCIDENTÉS DE LA VIE : UNE ACTION PERSONNELLE VIGOUREUSE DU SECRÉTAIRE D'ÉTAT</b> .....	62
<b>A. LES RESSOURCES DES PERSONNES HANDICAPÉES : UNE ÉVOLUTION QUI APPELLE DES CRITIQUES SÉVÈRES</b> .....	62
<b>1. Les modalités de l'indexation de l'allocation aux adultes handicapés (A.A.H.)</b> .....	63
<i>a) L'évolution des crédits consacrés à l'A.A.H. en 1992 : une baisse regrettable</i> .....	63
<i>b) Le régime dérogatoire d'indexation : une situation inadmissible</i> .....	63
<b>2. L'article 84 de la loi de finances : une révision inopportune des modalités d'attribution de l'allocation aux adultes handicapés</b> .....	64
<i>a) L'objet de l'article 84</i> .....	64
<i>b) Les effets néfastes du dispositif</i> .....	65
<b>B. LA POLITIQUE D'ACTION SOCIALE DU SECRÉTAIRE D'ÉTAT : UNE ACTION PERSONNELLE VIGOUREUSE</b> .....	67
<b>1. L'accueil en établissements : des efforts incontestables</b> .....	67
<i>a) Le programme pluriannuel de création de places en établissements de travail protégé</i> .....	67
<i>b) Le plan de développement des Maisons d'accueil spécialisé (MAS)</i> .....	68
<b>2. L'effort d'insertion professionnelle</b> .....	68
<i>a) Des crédits budgétaires satisfaisants</i> .....	68
<i>b) L'échec de la loi du 10 juillet 1987</i> .....	69
<b>CONCLUSIONS</b> .....	71
<b>TRAVAUX DE LA COMMISSION</b> .....	73
<b>1. Audition des ministres</b> .....	73
<b>2. Examen de l'avis</b> .....	82

## OBSERVATIONS DE LA COMMISSION

*Votre commission regrette que la stagnation en francs courants et la diminution en francs constants du budget des affaires sociales et de l'intégration interviennent au moment où un renforcement des moyens de cette administration, en charge de la tutelle de l'ensemble du système de protection sociale, s'avère particulièrement nécessaire.*

*S'agissant de la politique familiale, son rapporteur pour avis ayant décrit les propositions de réforme présentées par le Conseil Economique et Social et les mesures positives d'action sociale développées par le Secrétariat d'Etat, votre commission a choisi de s'en remettre, non sans méfiance ni réserve, sur les crédits, à votre sagesse.*

*S'agissant de la politique en faveur des personnes âgées, le rapporteur pour avis ayant noté, d'une part, les restrictions budgétaires qui affectent le programme d'humanisation des hospices et décrit les mesures innovantes prises en matière de maintien à domicile des personnes âgées, et présenté, d'autre part, les orientations qui devraient soutenir le projet de loi, dont la discussion est prévue en 1992, relatif à l'état de dépendance des personnes âgées, votre commission a choisi de s'en remettre, non sans réserve, sur les crédits, à votre sagesse.*

*S'agissant de l'action développée par le secrétariat d'Etat aux handicapés et aux accidentés de la vie, le rapporteur pour avis ayant stigmatisé à la fois les conditions d'indexation et les modifications apportées par l'article 84 du projet de loi de finances pour 1992 aux conditions d'attribution de l'allocation aux adultes handicapés, et ayant au contraire mis en relief l'action vigoureuse et déterminée du secrétaire d'Etat, votre commission s'en est remise en conséquence, non sans bienveillance, sur ces crédits, à votre sagesse.*

*S'agissant enfin de la politique de la santé, le rapporteur pour avis ayant exprimé les critiques très sévères que justifient à la fois la politique de prévention sanitaire, la politique hospitalière et la politique de maîtrise des dépenses de santé actuellement engagées par le Gouvernement, votre commission vous invite, compte tenu des graves hypothèques qui pèsent sur l'avenir du système français de santé, à rejeter les crédits.*

**Elle s'est ainsi trouvée contrainte, du fait de l'unité du vote sur les crédits, d'émettre un avis défavorable sur l'ensemble du budget des affaires sociales et de l'intégration, soumis à son examen. Elle a retenu un avis semblable sur les dispositions de l'article 84 du projet de loi de finances rattaché à l'examen de ce budget.**

Mesdames, Messieurs,

Le projet de budget des affaires sociales et de l'intégration pour 1992 <sup>(1)</sup> s'élève à la somme de 39 426 millions de francs, marquant, en francs courants, une progression de 0,94 % et enregistrant ainsi, en francs constants, une diminution de l'ordre de 2 %. Les seuls crédits affectés à la santé diminuent de 0,78 % en francs courants.

Rapportés au taux d'augmentation globale des crédits inscrits dans la loi de finances, de 3,1 %, ces quelques chiffres montrent que le budget des affaires sociales ne compte pas parmi les priorités gouvernementales. Un tel choix paraît regrettable, au regard du rôle essentiel que joue l'administration des affaires sociales dans la tutelle de l'ensemble des intervenants de notre système de protection sociale, qui représente, pour 1992, en ressources, 2 117 milliards de francs. Cette administration mériterait de disposer des moyens d'exercer plus efficacement cette tutelle et de bénéficier des crédits nécessaires au rôle d'impulsion qui lui revient dans la gestion et la définition de notre politique sociale. Sans vouloir aucunement polémiquer sur ce sujet, la pénurie des moyens des services explique, en partie, le calendrier et les procédures qui ont précédé les décisions intéressant la transfusion sanguine, aujourd'hui tant contestées. Notre administration de santé publique exige donc d'être considérablement renforcée. La réduction des crédits budgétaires qui lui sont consacrés n'est certes pas le meilleur moyen d'y parvenir.

Ces observations préalables étant formulées, il convient de souligner que l'essentiel des crédits est consacré aux actions de caractère social -33 183 millions de francs- qui sont destinées soit au financement des actions de solidarité -allocation aux adultes

(1) Ces chiffres ne tiennent pas compte des aménagements, mineurs et, pour une bonne part, non reconductibles, apportés au texte initial à l'issue du débat à l'Assemblée nationale.

handicapés, aide médicale, aide sociale etc...- pour 31 809 millions de francs-, soit aux interventions de nature volontariste et d'action sociale, pour 1 374 millions de francs, qu'il s'agisse par exemple de la lutte contre la pauvreté, du fonds d'aide aux jeunes ou encore du plan de transformation des hospices et des créations de places en maisons d'accueil spécialisées ou dans les centres d'aide par le travail.

Les crédits d'action sanitaire sont, pour leur plus grande part, destinés à financer la politique de prévention et les actions de lutte contre les grands fléaux, pour 1 021 millions de francs, auxquels s'ajoutent les actions obligatoires de santé et les subventions à l'équipement sanitaire, pour 894 millions de francs.

Le ministère des affaires sociales intervient en outre pour 1 026 millions de francs dans le domaine de la formation des travailleurs sociaux -475 millions de francs- et de professionnels de la santé -551 millions de francs-. Ses dépenses au titre de la population et des migrations s'élèvent à 190 millions de francs, tandis que 48 millions de francs sont consacrés à la recherche.

Enfin, il convient de rappeler que 2 880 millions de francs sont consacrés au fonctionnement des services.

Votre commission des affaires sociales, saisie pour avis, laisse à la commission des finances le soin de procéder à une analyse plus attentive des seuls crédits budgétaires. Elle vous proposera, pour sa part, de revenir plus longuement sur les sujets qui méritent, selon elle, de retenir plus particulièrement l'attention, qu'il s'agisse, d'une part, de la politique de la santé et d'autre part, de la politique sociale développée en direction des familles, des personnes âgées et des handicapés.

Elle tentera de justifier, par ses développements, les raisons pour lesquelles, malgré certaines nuances, elle a choisi d'émettre un avis défavorable à l'adoption de l'ensemble des crédits soumis à son examen.

## TITRE PREMIER

### LA POLITIQUE DE LA SANTE : UNE REPONSE CRITIQUABLE AUX INQUIETUDES LEGITIMES DE L'OPINION ET DES PROFESSIONNELS DE LA SANTE

Les crédits budgétaires consacrés à la santé s'élèvent à 2 082 millions de francs, enregistrant ainsi une baisse, en francs courants, de 0,78 % par rapport aux crédits inscrits dans la loi de finances initiale pour 1991. Ils représentent 5,3 % du budget des affaires sociales et de l'intégration.

Il est vrai que cette baisse intervient après qu'une hausse sensible de ces crédits, de 8,35 %, eut été constatée pour 1991.

Une part importante de ces crédits est consacrée aux actions de prévention qui, sous nombre de leurs aspects, sont aujourd'hui au coeur de l'actualité et justifient donc de longs développements.

Il apparait en outre nécessaire, dans un souci de complémentarité avec l'avis présenté par M. Charles Descours, au nom de votre commission, sur la sécurité sociale, d'examiner les effets, sur nos structures sanitaires, hospitalières ou non, de la politique de maîtrise des dépenses engagées par le Gouvernement.

## **I. LA POLITIQUE DE PREVENTION SANITAIRE**

Le ministre délégué à la santé a, le 17 avril dernier, présenté une communication en conseil des ministres, consacrée à la politique de prévention, qui, outre un rappel des actions traditionnelles menées contre les grands fléaux, annonçait la création prochaine d'un centre national de santé publique et d'un haut comité de la santé publique.

### **A. L'AMENAGEMENT DES STRUCTURES**

#### **1. La création du centre national de santé publique**

La création du centre national de santé publique se traduit, en termes budgétaires, par l'affectation d'un crédit de 2,97 millions de francs.

Les missions immédiatement confiées au centre sont de trois ordres. Il devra d'abord organiser des réseaux de surveillance de certains phénomènes de santé. Parmi ces derniers, priorité sera donnée aux maladies transmissibles, aux accidents de l'environnement et à la morbidité hospitalière.

Il lui reviendra ensuite d'élaborer des protocoles d'intervention immédiate en cas d'urgence.

Il lui sera enfin demandé d'améliorer les outils d'appréciation et de mesures des phénomènes de santé publique, par une coordination plus étroite des efforts de recherche, de formation et d'intervention.

Dans le cadre de ces compétences, qui pourront être ultérieurement étendues, le centre, qui sera installé à l'hôpital

national de Saint-Maurice, disposera notamment du concours d'une antenne de l'Ecole nationale de la santé publique de Rennes, ainsi que du centre européen de surveillance du SIDA, du groupe GEST-santé publique et de l'unité de l'INSERM spécialisée dans la prévention.

Par ailleurs, des moyens nouveaux -à hauteur de 2 millions de francs- seront attribués aux observatoires régionaux de la santé, dont la fédération soutiendra l'activité du Centre national.

Votre commission s'interroge sur l'intérêt de la création de cette instance nouvelle. Notre pays compte une multitude de structures chargées, de près ou de loin, de participer à la politique de prévention. Le centre permettra-t-il d'assurer une meilleure synergie entre ces structures, ou ne constituera-t-il pas plutôt un organisme nouveau, s'ajoutant à un édifice complexe et fort hétérogène ? En l'état actuel de sa connaissance du projet, votre commission penche, malheureusement, plutôt pour la seconde hypothèse.

## 2. La création du haut comité de la santé

Parallèlement à la création du centre national de la santé publique, le Gouvernement a annoncé l'institution d'un haut comité de la santé, dont le statut est encore incertain.

Cette instance consultative serait appelée à se prononcer sur toutes les questions intéressant la prévention et aurait désormais la charge d'établir le rapport annuel sur l'état de santé des Français.

Le Haut Comité appelle les mêmes observations que le centre national. Sera-t-il une instance consultative unique, se substituant à l'ensemble des structures existantes ou coordonnera-t-il les activités de ces dernières, très disparates et difficilement comparables ?

Votre commission s'interroge, par exemple, sur le sort qui sera réservé au haut comité d'étude et d'information sur l'alcoolisme.

Sera-t-il supprimé, ou transformé, pour constituer l'une des instances internes du Haut Comité ?

A ces questions, aucune réponse claire et définitive n'a été apportée par le Gouvernement qui devra donc préciser ses intentions.

En somme, votre commission considère que la création de ces deux nouvelles instances, pour être pleinement appréciée, aurait dû s'accompagner d'une analyse exhaustive de l'ensemble des structures impliquées dans la politique de prévention sanitaire, dont l'efficacité et, dans un certain nombre de cas, l'utilité peuvent être, pour le moins, discutées.

Une telle réflexion aurait ainsi pu permettre de contribuer à élaborer un schéma institutionnel apte, au meilleur coût, de renforcer les outils d'observation et de prévention.

## B. LA LUTTE CONTRE LES GRANDS FLEAUX

Conformément à une tradition établie, votre commission se doit de rappeler le contenu des mesures engagées au titre de la lutte contre les grands fléaux. Il convient de noter, à cet égard, le relief particulier que prend un tel rappel, au moment où les feux de l'actualité sont braqués sur de multiples aspects de la politique gouvernementale engagée dans ces domaines.

### 1. La lutte contre le SIDA

#### *a) des perspectives budgétaires décevantes...*

Les crédits d'intervention consacrés à la lutte contre le SIDA s'élèveraient, en 1992, à 143,5 millions de francs, contre 140 millions au titre de l'exercice précédent. La moitié de ces crédits supplémentaires serait destinée à la prise en charge des personnes atteintes par la maladie, l'autre étant attribuée, au titre de la

prévention et de l'information, à l'agence française de lutte contre le SIDA.

Les crédits consacrés au financement des dépistages anonymes et gratuits continuent de diminuer, passant ainsi de 9 à 8 millions de francs. Enfin, le projet de loi de finances ne tient aucun compte, dans le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale, du coût supplémentaire induit par le projet d'indemnisation des victimes des transfusions sanguines.

Certes, d'autres intervenants publics participent, eux aussi, à la lutte contre la maladie. Il convient, à cet égard, de rappeler que les caisses d'assurance maladie ont consacré 20 millions de francs à cette maladie, par un prélèvement sur leurs fonds national de prévention.

L'agence française de lutte contre le SIDA disposera, quant à elle, en 1992, d'un crédit public annuel de 101,75 millions de francs, auquel s'ajoutent les subventions versées par la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et par l'organisation mondiale de la santé.

*b) ... au regard de l'évolution de la maladie...*

Il reste qu'au regard de l'évolution de la maladie, l'effort budgétaire apparaît très décevant. L'organisation mondiale de la santé estime à plus d'un million et demi le nombre de cas de SIDA observés au cours de la dernière décennie et à dix millions d'adultes le nombre de personnes séropositives. Un million d'enfants semblent nés contaminés. S'agissant de la France, 15 534 cas de SIDA étaient enregistrés au 30 juin 1991 -dont 342 enfants- dont la moitié sont décédés et le nombre réel de malades est estimé à environ 20 000 personnes. Selon les méthodes de calcul retenues, on estime entre 100 000 et 200 000 le nombre de personnes séropositives résidant sur le territoire français.

*c) ... et des conséquences dramatiques des événements survenus entre 1983 et 1985*

La timidité des initiatives budgétaires prises par le Gouvernement apparaît d'autant plus regrettable que les révélations, contenues dans le rapport de l'inspection générale des affaires sociales sur les faits et les décisions prises entre 1983 et 1985, mettent en évidence de graves erreurs d'appréciation, dont la presse s'est, depuis lors, largement fait l'écho.

Il n'appartient pas à votre commission, en l'état actuel de son information, de porter un jugement définitif sur ces événements. Une mission d'information commune a été créée par notre Haute Assemblée, à qui il reviendra de faire connaître ultérieurement ses conclusions.

En l'état actuel de cette affaire, qu'il soit toutefois permis à votre commission de formuler trois observations.

Il convient d'abord que le projet de loi d'indemnisation, dont le principe du dépôt a été annoncé par M. le Président de la République, soit adopté avant la fin de cette année et que, s'adressant à toutes les victimes malheureuses des transfusions de sang, mais aussi aux personnes contaminées à la suite d'une greffe d'organes ou d'un don de sperme, il permette une indemnisation juste, rapide, qui ne puisse pas priver les intéressés de faire valoir leurs droits auprès du juge.

Il faut ensuite que, dans les meilleurs délais, l'organisation et le fonctionnement de la transfusion sanguine fassent l'objet d'une réforme profonde, dans le respect de certains des principes actuels, au nombre desquels compte, au tout premier chef, celui de la gratuite des dons.

Il importe enfin de rechercher les moyens de pallier, en cas d'urgence ou de nécessité impérieuse, l'erreur d'appréciation ou l'absence d'intervention des autorités médicales, administratives ou politiques en matière de santé publique.

Par ailleurs, cette malheureuse affaire ne manquera pas de bouleverser le droit français applicable au risque thérapeutique. Le Gouvernement a annoncé, à cet égard, qu'un texte législatif sera prochainement présenté au Parlement. Un tel texte devra, dans le respect des droits légitimes des patients, éviter à la France les dérives constatées, en ce domaine, dans certains pays étrangers et tout particulièrement aux Etats-Unis.

## **2. La lutte contre les autres grands fléaux**

### *a) La lutte contre les maladies sexuellement transmissibles*

Les crédits affectés à la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles enregistrent une baisse sensible de 15 %, passant ainsi de 10 à 8 millions de francs.

En outre, les obstacles législatifs à la mise en oeuvre de l'article 50 de la loi de 1990, qui donne la possibilité aux centres de planification ou d'éducation familiale d'assurer le dépistage et le traitement de certaines maladies transmissibles ne sont toujours pas levés. Si le Gouvernement s'est engagé à lever ces obstacles avant la fin de l'année, aucune mesure législative ne semble, à ce titre, inscrite dans le projet de loi portant diverses dispositions d'ordre social, déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale.

Votre commission appelle donc solennellement l'attention du Gouvernement sur la nécessité impérieuse du respect de ses engagements, dans un contexte marqué par une méfiance croissante de l'opinion à l'égard de notre politique de prévention sanitaire.

### *b) La lutte contre la toxicomanie*

Les crédits globaux consacrés à la lutte contre la toxicomanie sont tout juste reconduits pour 1992, atteignant, tous efforts confondus, 678,3 millions de francs, contre 677,5 millions de francs pour 1991.

Certes, une telle stabilité intervient après des efforts notables développés au cours des années récentes, qui ont permis d'augmenter ces crédits de près de 50 % en quatre ans.

De telles dotations budgétaires contraindront, compte tenu de l'augmentation mécanique des dépenses de fonctionnement et, notamment, de personnel, à réduire de près de 30 millions de francs les efforts menés en vue de renforcer la politique de lutte contre la toxicomanie, qu'il s'agisse du développement des capacités d'hébergement, de l'aide directe aux toxicomanes ou des efforts de prévention et de recherche.

Votre commission rejette d'autant plus de telles propositions budgétaires, qu'elles affectent une population qui constitue, à elle seule, 20 % des cas de SIDA jusqu'alors répertoriés. Certes, dans le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale, un crédit supplémentaire de 2,4 milliards de francs a été inscrit à ce titre. Cet effort ne saurait constituer une réponse adaptée aux inquiétudes légitimes de votre commission.

### *c) La lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme*

Destinés à traduire, au plan budgétaire, les efforts engagés par le Gouvernement en vue de lutter plus efficacement contre le tabagisme et l'alcoolisme, à travers la loi du 10 janvier 1991, les crédits consacrés à ces actions pour la même année avaient été très fortement majorés. Force est de constater qu'après les effets rigoureux de la régulation budgétaire, observés cette année, les crédits inscrits pour 1992 sont à peine reconduits en francs courants, et baissent même de 0,8 % par rapport à la loi de finances initiale précédente.

La médiocrité des crédits illustre les incertitudes, nombreuses, qui pèsent sur les conditions d'application de la loi du 10 juin 1991 précitée. Certes, de nombreuses mesures législatives, d'application immédiate, sont d'ores et déjà entrées en vigueur, qu'il s'agisse en particulier de toutes les dispositions sélectives à la vente des boissons alcooliques.

Il reste que les textes d'application des mesures relatives à la publicité ne sont pas encore publiés. Il est vrai que certains ne sont applicables qu'au 1er janvier 1993.

L'année 1991 a été marquée, par ailleurs, par plusieurs événements qui ont montré que, dans ces domaines, tous les membres du Gouvernement n'entendent pas favoriser la lutte contre ces fléaux, et tout particulièrement contre le tabagisme.

Votre commission ne reviendra pas sur l'émotion suscitée par l'affaire "SEITA-Chevignon" qui désignait clairement, parmi ceux qui n'entendaient pas respecter les objectifs fixés par le Parlement, le ministre délégué au budget.

Ce dernier a cependant récidivé sur le sujet, plus grave, de l'augmentation du prix du tabac. Non content en effet d'en retarder le principe, il en a, en outre, fractionné, dans le temps, l'application. Ainsi, d'une hausse de 15 %, qui devait intervenir en une seule fois, est-on passé à trois augmentations étalées sur une année, de septembre 1991 à septembre 1992. Cette décision remet gravement en cause la volonté exprimée par la représentation nationale et affaiblit très gravement la portée attendue des mesures sur le prix du tabac, particulièrement forte sur les populations les plus jeunes.

La préparation du décret relatif à l'interdiction de fumer dans tous les lieux collectifs a, également, fait l'objet d'une récente campagne de presse et l'action de certains groupes de pression risque, là aussi, de limiter sensiblement la portée des dispositions votées par le Parlement.

En somme, votre commission condamne l'attitude d'un gouvernement qui, l'effet "d'affichage" obtenu, remet en cause une politique voulue par les deux assemblées du Parlement. Elle ne peut que regretter les effets néfastes, en termes de santé publique, d'une telle démarche.

\*

\* \* \*

**Marquée par une volonté affichée de restriction budgétaire, la politique de prévention engagée par le Gouvernement, marquée au mieux par la timidité et, au pire, par l'erreur coupable, ne saurait donc recueillir l'aval de votre commission des affaires sociales.**

## **II. LA POLITIQUE HOSPITALIERE**

Votre rapporteur ne reviendra pas, ici, sur les observations, présentées par M. Charles Descours, dans son excellent avis sur la sécurité sociale, relatives à l'évolution des dépenses hospitalières. Il entend seulement, à quelques semaines de la publication des premiers décrets d'application de la loi portant réforme hospitalière, rappeler rapidement les critiques qu'elle appelle, tant par ce qu'elle contient que par les sujets qu'elle n'aborde pas. Il souhaite, en outre, rappeler les observations constantes formulées par la commission sur la politique hospitalière du Gouvernement qui se trouvent confortées, cette année, par les conclusions présentées récemment par la Cour des Comptes dans son rapport annuel.

### **A. LA MISE EN OEUVRE DE LA LOI HOSPITALIERE : SES DANGERS ET SES CARENCES**

La loi portant réforme hospitalière constitue, par nombre de ses aspects, une menace grave pour l'avenir de notre système de soins. Abordant sous un angle inutilement dirigiste et dogmatique les problèmes liés à la planification sanitaire et à l'organisation hospitalière, elle néglige de traiter les problèmes essentiels posés aujourd'hui par le statut et les conditions de travail des personnels hospitaliers.

#### **1. Une loi nocive par son contenu**

Aucun des volets de cette loi ne saurait recueillir l'adhésion de votre commission, qu'il s'agisse de la planification sanitaire, de la réforme, inachevée, du statut et du contrôle des établissements publics de santé ou de la remise en cause de l'organisation et du fonctionnement médicaux desdits établissements.

*a) La planification sanitaire : un cadre incertain*

Les auteurs de la loi ont entendu substituer à la logique quantitative de la planification sanitaire, contenue dans la loi du 31 décembre 1970, une dynamique plus qualitative, par une rénovation des instruments et une plus large concertation entre les acteurs.

Ils ont voulu asseoir cette entreprise sur un effort important d'évaluation et d'analyse de l'offre et de la demande de soins. Le champ de la planification, autant que les moyens sur lesquels elle entend s'appuyer, ne peuvent toutefois que susciter les craintes les plus vives.

Afin d'introduire une dynamique plus qualitative, la loi ajoute à la carte sanitaire, qui conserve sa portée normative et continue de définir des indices, nationaux et régionaux, de besoins, le schéma d'organisation sanitaire, dont la vocation est d'effectuer la répartition géographique des moyens la plus apte à satisfaire, d'une manière optimale, les besoins de la population.

Le Gouvernement prétend appuyer l'élaboration de ces instruments de planification sur une meilleure évaluation de l'offre et de la demande de soins.

Le Sénat a, à cet égard, contribué à mieux définir les concepts et les moyens d'évaluation et d'analyse de l'activité hospitalière. Il attend, non sans inquiétude, de connaître les modalités d'application du texte que notre Haute Assemblée est parvenue à imposer.

Les cinq expériences régionales de planification développées au cours des deux dernières années ont, par leur échec relatif, fait ressortir à la fois la médiocrité des instruments actuels et les limites d'une entreprise condamnée par la faiblesse des moyens des services extérieurs de l'action sanitaire et sociale de l'Etat. Il existe, sur le terrain, les hommes et les volontés pour atteindre les objectifs de redéploiement et de maîtrise de l'appareil de soins qu'entend atteindre, à juste titre, le Gouvernement. Encore faut-il

exprimer la volonté de les associer en leur offrant les moyens financiers de leur réussite.

Quelle solution le Gouvernement propose-t-il pour y parvenir ? Il entend prélever, sur les ressources des hôpitaux, les sommes nécessaires -70 millions de francs en 1992- au renforcement de ses services extérieurs. Cette mesure, qui est contenue dans le projet de loi portant diverses dispositions d'ordre social, déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale, avait été envisagée par notre collègue Claude Huriet, rapporteur du projet de loi portant réforme hospitalière, au motif que le contrôlé gagne à être soumis à une tutelle efficace. Il reste que cette procédure, comme celle qui, dans le texte relatif à l'agence du médicament, confie à l'industrie pharmaceutique le soin de financer, pour une bonne part, ladite agence, constitue la marque d'un désengagement financier de l'Etat, dans des domaines qui relèvent, au plus haut degré, de sa compétence. Ces méthodes ont été, à juste titre, dénoncées par le Président de votre commission des affaires sociales dans le cadre de la discussion générale de la loi de finances.

*b) Le régime d'autorisation des équipements sanitaires : une menace pour l'autonomie et la liberté des établissements, publics ou privés*

A l'instar de la loi du 24 juillet 1987, qui n'est jamais entrée en application, le projet de loi organise un régime uniforme d'autorisation des équipements et des installations des établissements, publics ou privés, selon des modalités qui menacent l'autonomie des uns et la liberté d'entreprendre des autres. Il introduit surtout un régime d'autorisation à durée déterminée.

Le champ d'application des autorisations se confond avec celui de la planification et s'étend donc à la totalité de l'équipement sanitaire. Les garanties offertes, par la loi actuelle, à ceux des établissements qui gagent leurs demandes par une réduction de leurs moyens d'hospitalisation sont supprimées.

L'autorisation peut être soumise, sous peine de retrait, à des conditions d'évaluation périodique.

Elle peut être également subordonnée au respect d'engagements relatifs aux dépenses à la charge des organismes d'assurance maladie. Au mépris des compétences propres de ces derniers et dans le cadre d'une loi dont les objectifs sont exclusivement sanitaires, il est ainsi, subrepticement, introduit un contrôle des volumes d'activité qui s'exercera comme un chantage permanent sur les établissements.

Sous prétexte de favoriser la transparence, il est également institué un régime d'examen groupé des demandes qui, permettra, en fait, à l'autorité de tutelle de mieux "sélectionner" les bénéficiaires de autorisations sans bénéfice avéré pour la santé publique.

Si le principe d'une durée déterminée attachée aux autorisations ne peut être complètement écarté pour des raisons tenant à la nécessaire évolution de l'appareil de soins, les garanties qui l'entourent apparaissent très insuffisantes.

*c) La réforme des établissements publics de santé :  
une tutelle encore pesante et une réforme dogmatique  
de l'organisation médicale interne des  
établissements*

Si, sous l'impulsion du Sénat, la loi a doté les établissements publics d'un statut original, dont il conviendra d'examiner avec attention la traduction réglementaire, la tutelle a priori continuera de s'exercer sur tous leurs actes importants. Si elle a été réduite, pour un grand nombre de délibérations, à un seul contrôle financier, celui-ci s'exerce bien a priori. Le Gouvernement ne dit donc pas le droit lorsqu'il affirme avoir ainsi mis en place un contrôle a posteriori, à l'instar des règles retenues pour les collectivités locales.

La procédure budgétaire, même allégée, reste d'une lourdeur que la complexité du texte contribue à mettre en évidence. L'autorité de tutelle continue de vouloir exercer un contrôle d'opportunité, qu'elle n'a, de fait, pas les moyens de mettre en oeuvre, provoquant ainsi des retards inutiles et dommageables pour la gestion des hôpitaux.

Enfin, la loi nouvelle revient au projet de départementalisation des hôpitaux engagé par la loi du 3 janvier 1984, dont l'échec patent avait conduit, par la loi du 24 juillet 1987, au rétablissement d'un dispositif équilibré, respectueux des compétences et soucieux de renforcer les responsabilités des jeunes praticiens.

Dans la version retenue en 1984, les départements étaient destinés à fédérer autoritairement des services ou des parties de services. La loi adoptée en 1987, sur le rapport de notre collègue Charles Descours, si elle tournait le dos à la voie autoritaire, conservait les vertus structurantes d'un tel schéma.

Dans le texte adopté au printemps dernier, il était seulement proposé de distinguer départements et services par le mode de nomination de leurs responsables et le nombre de leurs unités fonctionnelles. Les unités fonctionnelles apparaissent ainsi comme le seul apport effectif du texte. Si l'on peut être favorable à leur institution, il est à craindre cependant qu'elles ne constituent qu'une bien maigre et illusoire compensation offerte à de jeunes ou de moins jeunes praticiens qui attendent une revalorisation de leur statut et de leur fonction. Cette remarque s'applique particulièrement aux hôpitaux généraux où les subtilités de la départementalisation et les délices démocratiques qu'elle secrète cèdent volontiers le pas, dans l'esprit des praticiens, à la crise du recrutement et à la faiblesse des moyens.

Le texte prévoit en outre que, si le modèle qu'elle suggère ne convenait pas aux hôpitaux, ceux-ci peuvent, avec l'accord large du collège médical, faire tout autre chose.

Cet article offre aux établissements une marge d'autonomie qui ne peut pas être négligée. Il ne s'appliquera cependant pas, loin s'en faut, au moins dans un premier temps, dans l'ensemble des établissements. Il ne constitue donc, en aucun cas, une réponse aux craintes légitimes qu'inspire le "modèle légal", défini par le texte.

Le Conseil constitutionnel a, fort opportunément, ébranlé ce dispositif en écartant les dispositions tendant à retenir un mode de

nomination distinct pour des structures -départements et services- identiques. Dans le cadre du projet de loi portant diverses dispositions d'ordre social, le Gouvernement entend combler le vide juridique ainsi créé, en prévoyant que désormais, chefs de service et de départements seront nommés par le ministre chargé de la santé et renouvelés par les autorités administratives locales. Nul doute qu'à cette occasion, notre Haute Assemblée tentera de rétablir le texte qu'elle avait retenu en juin dernier, seul respectueux de la hiérarchie du talent et du savoir.

## 2. Une loi critiquable par ses carences

Si la loi hospitalière paraît critiquable par son contenu, elle l'est peut-être plus encore par ce qu'elle ne contient pas. Une telle observation vaut tout particulièrement en ce qui concerne les personnels hospitaliers, dont le statut et les conditions de travail provoquent désormais des crises régulières, dont la plus récente a affecté les professions infirmières. Qu'il soit permis à votre commission d'évoquer, en outre, les difficultés très graves rencontrées désormais, dans l'exercice de leur activité, par les praticiens hospitaliers, dont la situation est désormais très dégradée.

### *a) La grève du personnel infirmier : des mesures disparates pour une issue incertaine*

Faute d'avoir, en temps voulu, répondu complètement aux aspirations du personnel infirmier, déjà largement exprimées à l'occasion de la crise du printemps 1988, le Gouvernement a dû subir, au cours de la période récente, une crise plus grave encore dont l'issue, à l'heure où sont écrites ces lignes, reste fort incertaine.

Votre commission rappelle pourtant que, dans un rapport présenté par notre collègue Charles Descours au printemps 1989, au nom d'une mission d'information présidée par notre collègue Claude Huriet, vingt-six propositions avaient été présentées, dont la mise en oeuvre de bon nombre d'entre elles aurait permis de faire l'économie de la crise actuelle.

Quoiqu'il en soit, le protocole d'accord récemment conclu avec certaines organisations représentatives comporte quelques mesures positives dont les plus importantes sont la création de 4 000

postes supplémentaires et de 1 500 postes pour les pénuries les plus graves, l'augmentation des quotas d'élèves infirmières, une meilleure rémunération des dimanches et des astreintes à domicile. Selon le ministre, le salaire net, primes comprises, d'une infirmière débutante pourra ainsi atteindre 9 680 francs par mois.

Ces mesures appellent deux observations. D'une part, acquises au gré d'une négociation longue, difficile et complexe, elles sont le résultat d'un compromis encore fragile et ne semblent constituer aux yeux des professionnels, qu'une somme de mesures disparates, prises au lieu et place d'un plan d'ensemble, visant à une véritable réhabilitation de leur activité.

D'autre part, et, en conséquence, il convient désormais qu'un dialogue s'engage, dans le calme retrouvé, en vue d'un règlement durable de ce conflit.

*b) La crise du personnel médical hospitalier : une menace pour la qualité de l'appareil hospitalier et du système de soins*

Si quelques mesures d'ordre réglementaire, d'une portée minime, sont annoncées, pour 1992, en ce qui concerne le statut des praticiens hospitalo-universitaires, des praticiens à temps partiel, des pharmaciens gérants ou des assistants des hôpitaux, rien ne permet d'espérer qu'une réflexion d'ensemble, visant à réformer le statut et à améliorer les conditions de travail des praticiens hospitaliers ne sera engagée, à court ou à moyen terme.

Or, la situation des praticiens hospitaliers subit une dégradation qui menace, désormais, la qualité des soins et atteint, pour certaines spécialités, un niveau catastrophique.

Qu'on en juge ! En 1991, sur 2 582 postes publiés, 1 432 n'ont pas été pourvus. En radiologie, 205 sur les 270 postes publiés n'ont pas trouvé preneur. Le tableau ci-après fait clairement ressortir, pour l'ensemble des spécialités, en CHU et hors CHU, la situation à l'issue du tour de recrutement pour 1991.

**SITUATION DES EMPLOIS DE PRATICIENS HOSPITALIERS A L'ISSUE DU TOUR DE RECRUTEMENT**

Disciplines de gestion	Total du mouvement			En service CHU			En service non CHU		
	Postes publiés	Nominations	Postes publiés non pourvus	Postes publiés	Nominations	Postes publiés non pourvus	Postes publiés	Nominations	Postes publiés non pourvus
			*			*			*
Médecine	666	378	288	164	152	12	502	226	276
Chirurgie	487	194	293	92	75	17	395	119	276
Anesthésiologie	408	205	203	127	105	22	281	100	181
Biologie	109	67	42	22	20	2	87	47	40
Radiologie	270	65	205	35	25	10	235	40	195
Pharmacie	110	43	67				110	43	67
Psychiatrie	532	198	334	13	13	0	519	185	334
<b>Total</b>	<b>2 582</b>	<b>1 150</b>	<b>1 432</b>	<b>453</b>	<b>390</b>	<b>63</b>	<b>2 129</b>	<b>760</b>	<b>1 369</b>

\* Ces postes sont, soit vacants, soit pourvus par des non titulaires.

A ceux-ci s'ajoutent les postes libérés par les praticiens hospitaliers ayant obtenu une mutation (cf. tableau 1).

La situation des postes "statutairement vacants" est la suivante :

- en service CHU :  $63 + 35 = 98$   
 - en service non CHU :  $1\ 369 + 186 = 1\ 555$   
**TOTAL..... 1 653**

Cette situation est liée à plusieurs ordres de facteurs. D'abord, la rémunération des médecins des hôpitaux, de quelque statut qu'ils relèvent, ne correspond, en aucune manière, aux responsabilités et aux tâches qui leur sont confiées.

Ensuite, les perspectives de carrière des praticiens hospitaliers s'avèrent de plus en plus médiocres. Ce n'est pas l'institution des unités fonctionnelles, qui constituera, à cet égard, une réponse adaptée et complète aux aspirations des jeunes praticiens à l'exercice de responsabilités réelles.

Enfin, l'organisation actuelle des études médicales tient un compte très insuffisant des besoins des établissements, ne leur permettant plus de disposer, pour certaines spécialités, de praticiens dont la formation et l'expérience garantissent la meilleure qualité des soins.

Le rapport présenté, à la demande du Gouvernement, par M. Jean-François Girard, Directeur général de la santé, relatif à la démographie médicale, préconise la création de plusieurs milliers de postes de praticiens hospitaliers, dont il justifie, par ailleurs, la nécessité. Or, les concours de recrutement ne permettent pas de pourvoir les postes existants.

Il convient donc bien d'engager une réflexion très approfondie sur la réforme du statut et des conditions de travail des praticiens hospitaliers. Votre commission des affaires sociales a confié à M. Claude Huriet, la mission d'engager une telle réflexion et de lui présenter ses conclusions au printemps prochain. Elle demandera au Gouvernement, à l'occasion du débat budgétaire, de permettre à la mission de disposer de l'ensemble des moyens et des éléments nécessaires à son bon aboutissement.

**B. LA GESTION DES HÔPITAUX : LES CONCLUSIONS DE VOTRE COMMISSION, PLUSIEURS FOIS RAPPELÉES AU COURS DES ANNÉES RÉCENTES, CONFORTÉES PAR UN RÉCENT RAPPORT DE LA COUR DES COMPTES**

Dans son rapport annuel pour 1991, la Cour des comptes a repris, pour leur plus grande part, les critiques adressées, depuis plusieurs années, tant par votre rapporteur que par son prédécesseur, M. Jean Chérioux, aux conditions de la gestion financière et administrative des hôpitaux. Qu'il lui soit donc permis de rappeler ici ce diagnostic commun.

Ce faisant, votre commission ne vise nullement à mettre en cause des services dont la qualité et le dévouement sont au-dessus de tout soupçon, mais, plutôt, de souligner la pénurie des moyens humains, juridiques et techniques, mis à leur disposition.

**1. L'outil de planification sanitaire est juridiquement inefficace et économiquement médiocre**

Si la loi portant réforme hospitalière du 31 décembre 1970 contenait de grandes ambitions, dans la gestion des capacités d'hospitalisation et des équipements lourds mis à la disposition de la population, les buts qu'elle s'assignait n'ont malheureusement pas été atteints.

*a) Les lacunes du dispositif réglementaire*

La carte sanitaire n'a jamais couvert que les seuls lits d'hospitalisation et les équipements lourds ; les textes qui auraient permis le contrôle du développement de l'hospitalisation de jour n'ont jamais été pris.

L'harmonisation des procédures d'autorisation ou d'approbation appliquées aux secteurs public ou privé, prévue par la loi du 24 juillet 1987, est à ce jour, restée lettre morte et la loi hospitalière, récemment adoptée, s'attache seulement à la réécrire dans des termes nouveaux.

La planification s'est donc réduite à la seule appréciation des besoins de lits par rapport à la population, calculés par grandes disciplines, alors que les techniques se sont diversifiées et que les plateaux techniques et les structures de soins alternatives à l'hospitalisation se sont développés.

L'obligation de révision de la carte sanitaire n'a jamais été respectée et, depuis vingt ans, une révision est intervenue dans quinze régions, alors qu'aucune n'a été enregistrée dans les dix autres.

Quelques exemples de planification réussie méritent toutefois d'être soulignés, qui se sont appliqués à des techniques de pointe, comme la transplantation d'organes ou la procréation médicalement assistée.

*b) La médiocrité des résultats de la politique de maîtrise de l'offre*

Faute, depuis dix ans, d'avoir conduit une politique effective de réduction du nombre des lits de court séjour ou d'avoir su les convertir en lits de moyen ou de long séjour, des travaux récents font ressortir un excédent de 60 000 lits d'aigus, soit pas moins de 25 % des besoins, eux-mêmes surestimés. Les disparités régionales n'ont en aucune manière été réduites.

La faiblesse du développement et de la mise en place d'outils statistiques informatisés et, quelquefois, une rigueur méthodologique insuffisante font apparaître des déficits de besoins, en réalité inexistantes.

L'absence quasi totale de coopération interhospitalière a interdit d'organiser une complémentarité des moyens et leur reconversion concertée.

L'Assistance publique de Paris a pourtant montré, par son plan directeur appliqué sur la période 1985-1989 et le plan stratégique qu'elle a arrêté pour les années 1990-1995 qu'il était possible de procéder, sans difficultés graves, aux redéploiements nécessaires.

Des expériences régionales récentes, si elles se sont révélées, partiellement, comme des échecs, pour des raisons méthodologiques identifiées, ont toutefois montré que des voies nouvelles pouvaient être dégagées.

## **2. Les instruments du contrôle sont peu opérants et paralysants**

Les moyens du contrôle, interne et externe, de l'hôpital s'avèrent, dans l'état actuel des choses, assez peu efficaces.

### *a) Les outils de gestion interne sont souvent rudimentaires*

La généralisation, intervenue en 1990, du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) à tous les établissements assurant le service public hospitalier ne peut suffire à cacher le caractère expérimental d'un outil pourtant décisif.

Les centres de responsabilités ne se sont pas développés autour des services, alors que rien ne saurait être obtenu des praticiens sans leur participation effective.

La tâche des hôpitaux n'a pas été simplifiée par la mise en oeuvre de la dotation globale, car, à la facturation individuelle, s'est substituée la transmission de feuilles de séjour, pourtant de peu

d'usage. Les relations entre les organismes d'assurance maladie et les établissements s'avèrent, en outre, très insuffisantes.

*b) Les outils de la tutelle sont inadaptés*

Les effectifs des Directions régionales et départementales de l'action sanitaire et sociale (DRASS et DDASS) sont restés, au mieux, stables depuis 1983. Les efforts de formation, destinés à permettre de passer d'une tutelle administrative classique à une véritable analyse économique et financière, sont très nettement insuffisants.

Les outils propres aux DDASS font presque totalement défaut. Le système d'information "PAGE", pourtant rudimentaire, n'est pas en place partout. Le système "EXPERT", plus performant, est seulement en cours d'expérimentation.

Les DRASS ne jouent qu'à peine le rôle d'impulsion, dans l'analyse économique et financière, que leur confiait pourtant la réforme, intervenue en 1977.

A partir de l'application informatique du système "AGIR", quelques éléments ponctuels d'analyse de gestion ont été mis au point, mais ils sont très inégalement utilisés.

Or, les organismes d'assurance maladie disposent de systèmes de gestion beaucoup plus pertinents (SAAB ou, surtout, BRISE, en Ile-de-France). Il convient donc de renforcer leur coopération avec les services extérieurs de l'Etat, départementaux ou régionaux.

Le calendrier budgétaire est étouffant. Il absorbe le temps des gestionnaires hospitaliers et des autorités de tutelle pour un résultat médiocre, tandis que les commissions dites "de l'article 35" ne permettent pas aux organismes d'assurance maladie de jouer pleinement leur rôle. Il convient donc que ces organismes, qui savent

que pouvoir et responsabilité sont inséparables, occupent pleinement la place qui leur revient.

**Un tel bilan est accablant. Il ne peut conduire votre commission qu'à condamner une politique hospitalière inadaptée, que la mise en oeuvre de la loi hospitalière ne permettra pas de corriger.**

### **III - L'AVENIR DES PROFESSIONS DE SANTÉ : LA DOUBLE MENACE DU PÉRIL DÉMOGRAPHIQUE ET DU RATIONNEMENT DES SOINS**

La politique développée par le Gouvernement à l'égard des professions de santé apparaît doublement menaçante. Elle n'offre, dans l'instant, aucune réponse aux difficiles questions soulevées par l'évolution de la démographie médicale. Les mécanismes de maîtrise des dépenses, en cours d'élaboration, constituent une menace grave, tant pour l'avenir des professions de santé et de leurs conditions d'exercice, que pour les patients, guettés par le rationnement des soins.

#### **A. LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE : UN DIAGNOSTIC SANS PRESCRIPTION**

Le Gouvernement a demandé à M. Jean-François Girard de lui présenter un rapport, récemment rendu public, sur l'état de la démographie médicale et sur les orientations qu'il lui paraîtrait, à cet égard, utiles de retenir. Ce rapport, dont il convient de présenter sommairement les conclusions, n'a, jusqu'à présent, fait l'objet d'aucune suite. Un groupe de travail a toutefois été récemment constitué sur ces sujets, dans le cadre des négociations engagées avec les professions médicales, et devrait ainsi permettre, dans un cadre légal et/ou conventionnel, de dégager les solutions qu'appelle la situation démographique actuelle.

#### **1. Un bilan préoccupant**

##### *α) L'état des lieux*

Selon le rapport, 152 036 médecins exercent une activité au 1er janvier 1991 en France métropolitaine. 48,5 % sont spécialistes et 51,5 % sont généralistes. 7 médecins sur 10 exercent en système libéral.

17,5 % d'entre eux ont moins de 35 ans et 8,2 % plus de 60 ans. 14 % ont entre 50 et 59 ans. La plupart, 60,3 %, a entre 35 et 49 ans. Les médecins généralistes restent les plus jeunes bien que la population des moins de 35 ans diminue chaque année du fait de la régulation de la formation (20 % de moins de 35 ans en 1991 contre 22 % en 1990).

Avec 250 médecins par habitant en 1988 -ce chiffre recouvrant de fortes disparités régionales- la France était en dessous de la moyenne européenne, située à 297,1. Ce constat surprenant tient notamment au fait que certains Etats n'ont pas introduit de numerus clausus et présentent donc des situations atypiques.

Le nombre de femmes exerçant la profession médicale était de 30,7 % en 1989 et le mouvement de féminisation se poursuit, puisqu'actuellement, 50 % des étudiants en médecine sont des femmes.

*b) La régulation des flux : des prévisions convergentes*

Les projections effectuées par les pouvoirs publics, les caisses et les instances ordinales convergent toutes pour l'analyse des grandes tendances de la démographie médicale durant les cinquante prochaines années.

Ces projections font ressortir un accroissement probable du nombre des médecins de l'ordre de 20 à 30 000 jusqu'en 2005-2010, suivie d'un bref palier et d'une rapide décroissance.

La phase de croissance, qui devrait s'achever en 2010, correspond au départ à la retraite des médecins diplômés avant 1970, qui étaient formés au rythme de 2 500 par an et à l'arrivée de médecins formés sous un numerus clausus variant de 4 000 à 5 000.

La phase de décroissance correspondra au départ à la retraite des médecins diplômés après 1975 (8 000 par an) et à l'arrivée

des médecins soumis au numerus clausus qui sera fixé après l'an 2 000.

Pour l'avenir, le rapport observe que deux instruments de régulation apparaissent clairement : numerus clausus et âge de départ de la retraite. Refusant de trancher sur le premier point, il note les effets limités de toute initiative sur le second.

## **2. Un catalogue de solutions immédiates dont les conditions ne sont pas clairement définies**

Faute de trancher sur les solutions à long terme, le rapport procède cependant à l'évaluation des moyens par lesquels la population de la médecine libérale pourrait être réduite, au profit de branches d'activité médicale souffrant aujourd'hui d'une situation de sous-emploi. De tels transferts ne sont cependant possibles, selon votre commission, qu'à certaines conditions.

### *a) Le recensement des emplois potentiellement nécessaires*

Prenant pour hypothèse l'excès du nombre des médecins installés en secteur libéral, le rapport s'est attaché à définir le nombre d'emplois salariés qui pourraient être créés, dans le secteur public ou privé. Cette évaluation aboutit au recensement de plus de 15 000 postes, dont le coût de la création serait de l'ordre de 3,3 milliards de francs, qu'il convient, selon le rapport, de rapporter aux dépenses qui seraient engagées par l'assurance maladie du fait de l'activité des mêmes médecins en secteur libéral, évaluées pour leur part à 21 milliards de francs.

Les créations de postes envisagées sont, grossièrement décrites, les suivantes :

- 1 660 postes en médecine du travail et de prévention, dont 560 dans le secteur privé et 1 100 dans le secteur public,
- 1 135 postes en médecine scolaire,

- 600 postes en médecine de santé publique,
- 6 400 postes dans le secteur hospitalier, public ou privé,
- le solde des postes ainsi créés pourrait concerner enfin des secteurs aussi divers que la médecine sportive, la médecine pénitentiaire, la protection maternelle et infantile, l'inspection du travail, la médecine des caisses d'assurance maladie et l'industrie pharmaceutique.

*b) Les limites d'un recensement purement statistique*

Selon votre commission, deux correctifs importants doivent être apportés aux propositions, intéressantes et riches d'enseignement, du rapport Girard.

D'une part, ainsi qu'il a été déjà dit à propos des seuls emplois hospitaliers, le statut et la rémunération des emplois dont la création est suggérée ne sauraient, en l'état, attirer réellement les jeunes praticiens. Le coût global de ces recrutements, évalué sur la base des rémunérations actuelles, mériterait donc d'être très sensiblement réévalué.

D'autre part, il paraît simplificateur, pour apprécier le montant des réductions de dépenses entraînées par celles des effectifs de la médecine libérale, de multiplier le chiffre d'affaires moyen de chaque cabinet médical par le nombre de médecins concernés.

En somme, si la démarche est positive, elle est incomplète et son bénéfice financier attendu est probablement surévalué.

**B. LES MÉCANISMES DE MAÎTRISE DES DÉPENSES DE SANTÉ : UNE MENACE POUR L'AVENIR DES PROFESSIONS DE SANTÉ ET UN RISQUE GRAVE DE RATIONNEMENT DES SOINS**

Les dépenses de santé prises en charge par l'assurance maladie n'ont cessé de croître au cours de la dernière décennie et la

part, dans le produit intérieur brut, de la totalité de ces dépenses est passée de 8 à 9,3 % entre 1980 et 1991.

Si l'allongement de la durée de la vie, les progrès de la médecine et des techniques et un plus large accès aux soins expliquent, en partie, une telle situation, il n'est pas douteux, cependant, qu'une meilleure maîtrise des dépenses devrait permettre, à coût égal, d'améliorer la qualité des prestations offertes à nos concitoyens.

Votre commission n'entend donc pas laisser penser qu'elle serait hostile à toute politique de maîtrise des dépenses. Elle souhaiterait seulement, par une description des mécanismes actuellement mis en oeuvre, justifier les orientations alternatives qu'il lui paraîtrait utile de retenir.

### **1. La politique engagée par le Gouvernement : la généralisation du principe de la dotation globale**

Que les responsables gouvernementaux le veuillent ou non, le processus actuellement engagé vise à généraliser, selon des modalités certes adaptées à la nature particulière de chaque catégorie de dépenses, le principe de la dotation globale, actuellement appliquée aux hôpitaux publics, dont les inconvénients ont pourtant été récemment dénoncés par la Cour des comptes.

*a) Les premières étapes de la généralisation de la dotation globale - Les règles applicables à l'hospitalisation privée, à la biologie médicale et les règles envisagées pour l'industrie pharmaceutique*

La réforme, d'ores et déjà engagée en ce qui concerne l'hospitalisation privée et la biologie, actuellement en cours d'examen parlementaire pour l'industrie pharmaceutique, devrait être prochainement étendue aux professions médicales et paramédicales.

La loi du 31 juillet 1991, portant diverses mesures d'ordre social, a consacré, au plan législatif, les "accords" conclus, l'un avec

l'ensemble des syndicats représentatifs de la biologie -soumis à des pressions intolérables, dénoncées en leur temps, par Charles Descours, rapporteur du projet de loi-, l'autre avec l'un des deux syndicats représentatifs de l'hospitalisation privée.

Dans les deux cas, les procédures sont identiques. Un accord tripartite annuel est conclu entre l'Etat, les caisses nationales d'assurance maladie et les professions concernées, en vue de déterminer, pour l'exercice considéré, le volume des dépenses prises en charge par l'assurance maladie. Une annexe aux conventions conclues, avec lesdites professions, par les caisses, fixe, sous réserve de l'agrément de l'Etat, les modalités de la répartition régionale et économique de cette enveloppe globale.

En cas d'échec des négociations, qu'il s'agisse de l'accord tripartite ou de l'annexe à la convention, il appartient au pouvoir réglementaire d'exercer son pouvoir de substitution.

Dans l'un comme dans l'autre des deux systèmes, le dépassement des objectifs annuels ainsi fixé entraîne un ajustement automatique des tarifs des prestations offertes par ces professions à leur clientèle.

Ce système, dit du "tarif flottant" fonctionne donc à enveloppe constante. Afin de permettre, techniquement, la mise en oeuvre d'un tel dispositif, la loi généralise, par surcroît, le principe du tiers payant.

S'agissant du médicament, faute d'être parvenue à contrôler la demande et la prescription, la France est le seul pays européen à maintenir encore un régime strict d'administration des prix, mis en place au lendemain de la seconde guerre mondiale.

Compte tenu des particularités de ce secteur d'activité, la procédure retenue, telle qu'elle résulte du projet de loi actuellement en cours de discussion diffère assez sensiblement de celles qui viennent d'être examinées.

Aux termes du projet -dans la rédaction qui recueille, dans l'instant, les faveurs du Gouvernement- l'Etat fixe unilatéralement le montant annuel du plafond des dépenses de médicaments remboursables par l'assurance maladie, sur l'avis de la profession et après la consultation de la caisse nationale d'assurance maladie.

Dans le cadre de cette enveloppe annuelle, il revient à une instance nouvelle, le comité du médicament, de négocier un accord annuel, relatif au plafond des dépenses et aux prix des produits avec chaque laboratoire pharmaceutique. Un autre accord est également négocié, au plan national puis par entreprise, en vue de réguler également les dépenses de promotion et de publicité. En cas d'échec des négociations ou dans l'hypothèse où les accords négociés par le comité ne sont pas approuvés par le Gouvernement, il revient à ce dernier de fixer unilatéralement le plafond des dépenses et les prix des produits.

Sans approuver les principes qui le sous-tendent, votre commission des Affaires sociales vous a proposé d'aménager profondément ce dispositif, en vous demandant, d'une part, d'ériger le Haut comité du médicament en une instance authentiquement indépendante, maîtresse de la politique économique du médicament, dans le respect des objectifs globaux fixés par l'Etat et en vous suggérant, d'autre part, de limiter les effets des dépassements de plafond et de permettre une plus grande liberté de fixation des prix par les entreprises.

*b) L'extension de la dotation globale aux professions médicales et paramédicales ; le profil du projet gouvernemental*

La négociation avec les professions médicales et paramédicales est d'ores et déjà engagée et devrait, selon le Gouvernement, aboutir à la fixation négociée d'un objectif annuel des dépenses et à la mise en oeuvre d'une tarification plus fine, par pathologie.

Dans l'état actuel de la négociation, deux textes permettent de cerner les intentions réelles des pouvoirs publics. D'une

part, un accord a été conclu le 16 octobre dernier, entre l'Etat et la caisse nationale d'assurance maladie, en vue de déterminer les procédures et les objectifs de la maîtrise négociée des dépenses. Répartissant, selon des règles encore floues et interprétées diversement, les rôles entre l'Etat et la caisse, ce texte vise à fixer d'abord un objectif annuel global et à confier ensuite à la caisse le soin de permettre, par une négociation avec les professions, le respect de cet objectif. Rien n'est dit, dans cet accord, des méthodes qui devront prévaloir dans la mise en oeuvre de ce mécanisme.

D'autre part, le ministre délégué à la santé a adressé à l'ensemble des professions médicales et paramédicales une lettre par laquelle il précise les principes sur lesquels doit être fondée la maîtrise négociée des dépenses d'assurance maladie.

Ces principes sont au nombre de trois : fixation, dans le cadre d'un accord tripartite annuel, d'un objectif quantifié et annuel des dépenses, développement d'actions nationales et locales de bon usage des soins et introduction de mécanismes régulateurs de la dépense.

Un effort est parallèlement développé en vue de maîtriser l'évolution de la démographie médicale. Un accord devrait être dégagé sur ce point avec les organisations syndicales -contre l'avis des responsables universitaires- et a conduit d'ores et déjà le Gouvernement à abaisser sensiblement le numerus clausus appliqué à l'entrée en seconde année pour les étudiants en médecine et en odontologie.

Certaines organisations appellent en outre de leurs voeux la création de chambres professionnelles qui seraient, aux côtés des instances ordinales, chargées de traiter des questions strictement professionnelles.

Tous les partenaires de la négociation semblent souhaiter un renforcement du rôle du médecin généraliste, le développement des actions en vue d'améliorer la qualité des prescriptions et du bon usage des soins, l'amélioration des systèmes de formation continue des praticiens et la mise en place d'outils performants d'évaluation.

## **2. Les dangers du dispositif mis en oeuvre : une remise en cause des principes conventionnels et des conditions d'exercice**

La manifestation du 17 novembre dernier a exprimé, avec éclat, l'hostilité des professionnels de la santé aux projets gouvernementaux. Cette hostilité, légitime, est fondée, selon votre commission, sur deux ordres de préoccupation. D'une part, la méthode retenue n'est pas la bonne et risque de conduire au rationnement des soins. D'autre part, les règles suggérées remettent en cause les principes qui fondent la vie conventionnelle et les conditions d'exercice des professions.

### *a) Une erreur de méthode*

Le principe de la dotation globale, qu'il s'applique aux établissements hospitaliers, aux laboratoires biologiques et pharmaceutiques ou aux professions médicales et paramédicales, repose d'abord sur une erreur de diagnostic qui conduit à considérer que la dépense de santé est essentiellement déterminée par l'offre.

Une telle conviction, renforcée par la crainte, inavouée, de remettre en cause les droits acquis par les assurés, conduit ainsi à enfermer les biologistes ou l'industrie pharmaceutique dans des limites qui sont, en fait, déterminées par le médecin prescripteur. Elle conduira bientôt, sûrement, à la mise en oeuvre de mécanismes de régulation de la prescription médicale, elle-même déterminée par l'état sanitaire de la population et la pression exercée par les patients.

Votre commission ne s'y trompe pas. Certes, dans le domaine de la santé, dont une bonne partie de la dépense est prise en charge par la collectivité, l'action sur l'offre n'est pas sans efficacité.

Elle pense, cependant, qu'une action sur la demande doit être corrélativement développée. Il ne s'agit, en aucune manière, de remettre en cause le niveau de la protection sociale accordée à nos concitoyens.

Il lui paraît seulement sage, dans le cadre d'un système qui garantit, aux personnes défavorisées en raison de leur situation sociale ou de leur état de santé, un niveau convenable de couverture sociale, de mettre plus directement en jeu -même modestement- la responsabilité financière des assurés. De la franchise au système dit du "prix de référence", applicable, dans certains pays aux dépenses de médicaments, les solutions techniques sont nombreuses.

Faute de parvenir à un juste équilibre dans l'action sur l'offre et la demande de soins, les initiatives prises par les pouvoirs publics conduiront, dans le souci, louable, de maîtriser la dépense remboursée, à réduire excessivement les dépenses de santé et, dès lors, à rationner les soins.

*b) Une menace sur les principes qui fondent la vie conventionnelle et les conditions d'exercice des professions de santé*

Que le Conseil constitutionnel se soit refusé à sanctionner la loi du 31 juillet 1991, ne suffit pas à convaincre votre commission que les règles nouvelles n'ont en rien affecté la liberté des organisations syndicales représentatives des professions de santé et les modalités actuelles de la vie conventionnelle.

Il convient d'abord d'observer que la fixation des objectifs annuels fait l'objet d'un accord tripartite, impliquant désormais directement l'Etat dans les mécanismes conventionnels. Cette règle, pour clarifier les rapports entre les parties signataires et l'autorité de tutelle, n'en constitue pas moins un bouleversement institutionnel fondamental, dont le Gouvernement s'est refusé, étrangement, à étendre le bénéfice à l'industrie pharmaceutique. Puisse la suite du débat parlementaire lui permettre d'évoluer sur ce point.

L'accord sur l'objectif annuel et les tarifs qui en découlent deviennent désormais l'acte contractuel principal, la convention devenant une simple annexe, destinée à régler et à organiser les professions. Cette hiérarchie des normes marque nettement la place que tiennent, dans les rapports avec les professions, les seuls

objectifs financiers. Que l'on ne parle pas, après cela, de maîtrise négociée et médicalisée.

Les organisations syndicales sont désormais, à l'instar du système allemand, organisées en comités professionnels. Seuls ces comités sont habilités à négocier et tout refus, par l'une des organisations représentatives qui les composent, de signer un accord accepté par d'autres, l'exclut du champ de la vie conventionnelle. Nonobstant l'avis du Conseil constitutionnel sur ce point, votre commission considère qu'il s'agit là d'une violation grave de la liberté syndicale. Quelles protestations ne manqueraient pas de soulever l'application de tels principes aux relations du travail !

Ces règles nouvelles, étendues aux professions médicales et paramédicales risquent, par surcroît, de porter atteinte aux conditions d'exercice de la médecine libérale.

D'ores et déjà, l'annexe n° 1 à la convention médicale, qui permet la conclusion de "contrats de santé", constitue une atteinte, sommaire mais réelle, au principe du libre choix du médecin par le patient.

La généralisation du tiers payant appliqué dans le cadre de ces contrats de santé mais aussi aux dépenses de biologie et d'hospitalisation privée remet en cause les fondements du paiement à l'acte.

Il y a fort à parier que les mécanismes de régulation auxquels songent actuellement les pouvoirs publics ne manqueront pas d'ébranler, directement ou indirectement, la liberté de prescription des praticiens.

La France a su, jusqu'à présent, permettre la coexistence d'un système de protection sociale sans cesse plus sophistiqué et plus étendu et d'une pratique libérale de la médecine.

Il est à craindre que les dispositifs actuellement mis en oeuvre par le Gouvernement mettent un terme à un équilibre dont le maintien avait permis à notre pays de disposer d'un des meilleurs systèmes de santé du monde.

\*

\* \*

**Ces dernières raisons, autant que toutes celles exprimées dans la première partie de ce rapport, consacrée à la politique de santé, ont conduit votre commission à émettre un avis très défavorable à l'adoption des crédits consacrés, dans le projet de loi de finances pour 1992, à la mise en oeuvre de cette politique.**

## TITRE II

### L'ACTION SOCIALE EN FAVEUR DES FAMILLES, DES PERSONNES ÂGÉES ET DES PERSONNES HANDICAPÉES : UN BILAN CONTRASTÉ, DES INTENTIONS PROMETTEUSES

Si votre commission a choisi de porter un jugement très sévère sur les mesures proposées en matière de santé, il lui a semblé en revanche opportun de réserver un accueil plus nuancé aux actions menées en direction des familles, des personnes âgées et des personnes handicapées.

#### **I - LA POLITIQUE DE LA FAMILLE : DES INITIATIVES LIMITÉES MAIS POSITIVES ; LES PROMESSES D'UNE RÉFORME**

Il appartient essentiellement à M. Charles Descours, dans le cadre de son avis sur la sécurité sociale, d'examiner l'évolution des prestations familiales. Il est apparu toutefois utile, dans le cadre du présent avis, d'examiner l'évolution de ces prestations afin de mieux cerner la portée des propositions présentées par le Conseil économique et social dont le Gouvernement s'est engagé à tirer les conclusions devant le Parlement en 1992. Votre commission vous propose, par ailleurs, d'examiner les initiatives développées directement par l'Etat, dans le cadre des crédits d'action sociale qui sont consacrés à la politique familiale.

## A. LES PROPOSITIONS DU CONSEIL ÉCONOMIQUE ET SOCIAL : POUR UNE RÉFORME LIMITÉE, MAIS SIGNIFICATIVE, DU RÉGIME DES PRESTATIONS FAMILIALES

### 1. L'importance des dépenses engagées par la Caisse nationale d'allocations familiales

L'action des caisses repose sur des enjeux financiers considérables et se trouve contrariée par les nécessités qu'impose l'équilibre de notre système de protection sociale.

#### *a) Le service des prestations et l'action sociale des caisses*

Les prestations familiales, dont le montant global s'élève à 138 milliards de francs, sont versées à 6 159 000 familles et concernent 13 269 000 enfants. Les allocations familiales, versées sans condition de ressources, continuent de constituer, à juste titre, une part décisive du total des prestations, qui représentent 72 % de l'ensemble des dépenses de la caisse nationale d'allocations familiales.

Selon le dernier rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale, les dépenses d'action sociale de la caisse se sont élevées, en 1990, à 10,3 milliards de francs et atteindraient, en 1991, 10,5 milliards de francs. Elles représentaient, à elles seules, 67,8 % de l'ensemble des dépenses d'action sociale des caisses en 1990.

Ces dépenses sont affectées à la réalisation de trois objectifs principaux :

- le développement des équipements et des services sociaux destinés à l'accueil des enfants et tout particulièrement des plus jeunes d'entre eux ;

- l'octroi d'aides financières destinées à en faciliter l'accès ;

- les interventions en faveur des familles les plus défavorisées ;

Ces objectifs devraient continuer de dominer la politique d'intervention des caisses dans les années à venir.

*b) Les contraintes imposées par le déséquilibre financier structurel du système de protection sociale*

Depuis de longues années maintenant, l'évolution des prestations familiales est déterminée par les contraintes qu'impose le déséquilibre financier des deux autres branches de la sécurité sociale et notamment celle des retraites, à la réforme structurelle de laquelle l'État ne semble toujours pas vouloir s'engager. La conséquence d'une telle situation est double.

D'une part, les prestations familiales, qui devraient, en principe, être indexées sur l'évolution du salaire minimum, ont tout juste bénéficié, jusqu'à une période récente, d'un alignement sur l'évolution des prix. Elles ne semblent plus, depuis 1990, permettre de préserver le pouvoir d'achat de leurs bénéficiaires. Une telle observation ressort clairement du rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale pour les années 1990 et 1991.

D'autre part, plutôt que d'être consacrés à un renforcement de la politique familiale, les excédents de la branche famille sont consacrés au financement des déficits des deux autres branches, vieillesse et maladie. Ces transferts ont atteint 4 431 millions en 1990 et 5 978 millions en 1991. Ils devraient être de près de 11 milliards de francs en 1992.

De tels soldes ne permettent plus de différer longtemps une réforme des prestations familiales, conforme aux exigences qu'impose la situation dégradée de notre démographie et souhaitée unanimement par la représentation nationale.

## **2. La nécessité d'une réforme ambitieuse des prestations familiales**

### *a) Le diagnostic du rapport du Conseil économique et social*

Le rapport du Conseil économique et social dénonce les modalités actuelles de fonctionnement de notre système de prestations familiales et avance un certain nombre de propositions.

Parmi les procès instruits contre les règles actuelles, il regrette notamment la diversité et la complexité du régime des prestations familiales et l'accroissement de la part de celles qui sont soumises à conditions de ressources. Il dénonce de la même manière l'extrême complexité et la variabilité des dispositifs fiscaux en faveur des familles.

Il note enfin que cette complexité accroît les coûts et les erreurs de gestion, opacifie les relations avec les assurés et nuit à l'efficacité du dispositif et à la perception de ses finalités.

Les propositions formulées par le Conseil économique et social sont fort nombreuses.

Votre commission a retenu tout particulièrement trois d'entre elles.

La première vise à définir un mode d'indexation spécifique des prestations familiales, par la détermination du "coût moyen d'entretien et d'éducation de l'enfant". Cet indicateur, très fin, pourrait tenir compte, au plan individuel, des critères qui justifient l'attribution de la prestation.

Le Conseil économique et social propose ensuite d'harmoniser les barèmes de ressources servant de base à la détermination des droits des allocataires.

Il suggère enfin que, dans le prolongement des mesures prises en 1990, qui permettent de prolonger le service des allocations familiales de seize à dix-huit ans, cet âge soit désormais repoussé jusqu'à vingt ans.

A ces propositions, les associations représentatives des intérêts des familles suggèrent d'en ajouter une quatrième, qui tendrait à maintenir les allocations familiales au titre du dernier enfant des familles qui en ont élevé trois ou plus.

*b) Les suggestions de votre commission*

Votre commission ajoutera à l'ensemble de ces propositions une observation essentielle. Face à la situation démographique dégradée de notre pays et compte tenu du développement, croissant, du travail féminin, un effort sensible doit être fait en vue de permettre aux mères -ou aux futures mères- de disposer de la liberté réelle de choisir entre vie familiale et activité professionnelle.

Sur l'ensemble de ces sujets, le Gouvernement s'est engagé à constituer un groupe de travail, en vue de saisir le Parlement dans le courant de l'année 1992.

Il appartiendra alors à la Haute Assemblée d'apprécier si les mesures préconisées par le Gouvernement permettront de réformer et d'améliorer le régime des prestations familiales dans les limites qu'impose le respect des grands équilibres de notre système de protection sociale mais aussi dans la mesure qu'autorise la situation financière de cette branche de prestations.

## **B. L'ACTION SOCIALE EN FAVEUR DES FAMILLES : UN BILAN NUANCÉ, DES INITIATIVES HEUREUSES**

Votre commission ne saurait nier les efforts réels qui ont précédé, suivi, ou accompagné la communication présentée le 6 mai dernier en conseil des ministres, relative à l'accueil de la petite enfance, sur laquelle elle souhaite particulièrement insister. Elle ne saurait contester non plus les initiatives prises en vue de mieux protéger les enfants maltraités ou de renforcer les droits de l'enfant. Elle entend montrer d'autre part que, dans un contexte budgétaire très strict, les crédits inscrits, dans la loi de finances pour 1992, au titre de la famille, sont l'expression de l'action volontariste du secrétariat d'Etat.

### **1. L'accueil de la petite enfance : des initiatives réelles et intéressantes**

Les mesures prises en faveur de la petite enfance visent tout autant à faciliter la maternité qu'à accroître les capacités et la qualité d'accueil des jeunes enfants.

#### *a) Les mesures destinées à faciliter la maternité*

Trois mesures destinées à faciliter la maternité ont été annoncées.

Il a d'abord été récemment décidé d'augmenter le nombre des examens cliniques et biologiques obligatoires de la femme enceinte. Les consultations obligatoires sont portées de quatre à sept et deux examens biologiques supplémentaires ont été rendus obligatoires, qui doivent permettre le dépistage de l'hépatite B et celui des anémies ferriques.

Une seconde mesure, d'ordre législatif, résulte de l'intégration dans le droit français, d'une directive européenne relative à la protection au travail des femmes enceintes, et dont l'objet

sera de généraliser le droit, pour lesdites femmes, de se rendre aux consultations prénatales pendant leur temps de travail.

La troisième mesure annoncée, également d'ordre législatif, vise, toujours dans le respect d'une directive européenne, à introduire plus de souplesse dans la répartition des congés pré et post-nataux, sans que la durée du congé prénatal puisse être inférieure à quatre semaines.

*b) L'élargissement et l'amélioration des capacités d'accueil*

Les "contrats enfance", introduits en 1988, à la suite d'une réflexion et d'un projet conçus par Michèle Barzach, alors ministre de la santé et de la famille, qui permettent aux caisses d'allocations familiales de passer contrat avec les collectivités locales en vue de favoriser le développement des capacités d'accueil des enfants de moins de trois ans, mais aussi des autres structures d'accueil offertes aux enfants de moins de six ans, ont rencontré un succès certain.

Au 31 décembre 1990, 600 contrats ont été conclus, offrant ainsi 15 000 places de crèches et 16 300 places d'accueil temporaires, permettant l'accueil de 41 000 enfants.

Le nombre de ces contrats pourrait avoisiner le millier à la fin du présent exercice.

La législation et la réglementation, applicables à l'accueil de la petite enfance, touffue et complexe, devraient faire l'objet d'un texte unique et simplificateur.

Enfin, un projet de loi relatif au statut des assistantes maternelles sera prochainement déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale. Ce texte a un double objet. Il vise, d'une part, à améliorer le statut des assistantes maternelles, qui sont clairement reconnues comme des agents contractuels des collectivités locales et qui voient

leur rémunération et les règles qui les déterminent sensiblement améliorées.

Il tend, d'autre part et surtout, à améliorer les conditions et la qualité de l'accueil des mineurs séparés de leurs parents et vivant, le jour seulement ou à titre permanent, en milieu familial. Les procédures d'agrément seront, à cet égard, simplifiées, tandis que le suivi de cette activité sera renforcé.

## **2. Les crédits budgétaires : la traduction du volontarisme du secrétariat d'Etat**

### *a) Les programmes d'action sociale*

Il n'est pas aisé de distinguer les crédits consacrés à l'action sociale en faveur des familles, très dispersés dans le document budgétaire.

Les principales traductions budgétaires de l'action sociale du secrétariat d'Etat sont les suivantes :

- 3 millions de francs sont consacrés aux "contrats-famille" ;

- 2,2 millions de francs sont destinés à faciliter l'accès au logement des familles les plus défavorisées ;

- 4,4 millions de francs devraient aller aux organismes en charge de l'éducation familiale et du conseil conjugal ;

- 7 millions de francs seront alloués au titre de l'information sur la contraception, dans le cadre de la "loi Neuwirth" ;

- 5,2 millions de francs soutiendront l'action de la fédération des centres sociaux ;

- 6 millions de francs iront aux associations de protection de l'enfance maltraitée tandis que 6 autres millions seront consacrés au fonctionnement du service d'accueil téléphonique pour l'enfance maltraitée, créé par la loi du 10 juillet 1989.

Il est précisé, enfin, que les crédits consacrés à l'institut de la famille et de l'enfance sont de 8,14 millions de francs.

*b) Les crédits de la protection de la maternité, de l'enfance, de la jeunesse et des sports*

Ces crédits, traditionnellement rattachés à la politique familiale, s'élèvent à 6,8 millions de francs, en stagnation par rapport à l'exercice précédent.

3,1 millions de francs vont à la maternité et sont essentiellement destinés à favoriser l'information, la collecte de données et à initier certaines actions de surveillance de la grossesse.

3,7 millions de francs sont consacrés à la santé de l'enfant et de l'adolescent et vont principalement au développement de la connaissance épidémiologique, à l'étude de la mort subite du nourrisson, ainsi qu'à la prise en charge des jeunes suicidants.

**En résumé, dans l'attente des mesures d'ensemble attendues pour 1992 et des initiatives, modestes mais certaines, prises par le secrétariat d'Etat, les crédits consacrés à la famille ont conduit votre commission à s'en remettre à votre sagesse, non sans méfiance et vigilance.**

## **II - LA POLITIQUE D'ACTION SOCIALE EN FAVEUR DES PERSONNES ÂGÉES : LA PERSPECTIVE D'UNE RÉFORME MAJEURE ; UNE ACTION INNOVANTE DANS UN CONTEXTE BUDGÉTAIRE STRICT**

La politique d'action sociale en faveur des personnes âgées - les problèmes, graves, liés aux retraites, ayant été parfaitement examinés par M. Charles Descours- est animée, malgré des contraintes budgétaires inopportunes, par une volonté réelle d'innovation. En outre, l'année 1992, devrait, selon toute vraisemblance, être marquée par l'examen -enfin !- d'un projet de loi destiné à répondre à l'état de dépendance des personnes âgées.

### **A. L'ANALYSE DES CRÉDITS ET DES ACTIONS PRIORITAIRES : UN BILAN HONORABLE, MALGRÉ DES RÉDUCTIONS INOCCUPÉES DE CRÉDITS**

L'analyse des crédits et des actions prioritaires du ministère appelle des remarques, en ce qui concerne tant le programme d'humanisation des hospices que la politique de maintien à domicile.

#### **1. Le programme d'humanisation des hospices**

Si l'examen des dispositions du projet de loi de finances pour 1992 laisse ressortir de sérieuses baisses de crédits, les restrictions budgétaires intervenues en 1991 justifient également quelques développements.

##### *a) L'exécution du budget 1991*

Le programme d'humanisation des hospices, engagé il y a maintenant deux ans, doit être achevé en 1995. 50 646 lits sont concernés par ce programme, dont 35 320 ont d'ores et déjà fait l'objet de contrats Etat-Régions.

Au titre de l'exercice 1991, la loi de finances initiale prévoyait une autorisation de programme de 498 millions de francs. Dans le cadre des mesures de régulation budgétaire intervenues le 9 mai dernier, ces crédits ont été réduits de 35,5 millions de francs (- 7,1 %).

Une telle décision ne pourra qu'engendrer des retards supplémentaires dans le programme, d'ores et déjà estimés à environ un demi-millier de lits.

Il est particulièrement choquant qu'une telle réduction soit intervenue sur des crédits qui s'adressent à un besoin croissant, né du vieillissement de la population.

#### *b) Les prévisions pour 1992*

Les crédits inscrits pour 1992 se situent, en autorisations de programme, à 496 millions de francs contre 498 millions en 1991 et les crédits de paiement s'élèvent à 402,4 millions de francs contre 484,8 millions de francs au titre du précédent exercice.

Même si l'intervention des régions dans le financement du programme ne permet pas d'apprécier les effets réels qu'entraîneront de telles compressions budgétaires, ces dernières n'apparaissent pas moins, dans leur principe, parfaitement critiquables.

## **2. La politique de maintien à domicile**

Votre commission ne peut que souligner les initiatives encourageantes prises par le secrétariat d'Etat en vue de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées.

#### *a) L'action sociale*

Dès 1990, l'Etat et la caisse nationale d'assurance vieillesse ont engagé, ensemble, un crédit de 32 millions de francs en

vue de favoriser l'écllosion de projets d'action sociale en direction des personnes âgées.

Les objectifs poursuivis étaient de trois ordres : l'aide aux familles confrontées aux difficultés de la dépendance, en termes d'information et de soutien, la réponse aux situations de crise et l'adaptation des logements aux handicaps des personnes âgées et, enfin, la garde à domicile.

613 projets ont été ainsi financés par l'Etat et la caisse nationale et ces crédits ont été reconduits pour 1991.

#### *b) Les soins à domicile*

Les services de soins à domicile se développent également à un rythme très rapide. Leur nombre est passé de 780 au 31 décembre 1986, à 1 132 au 31 décembre 1990, permettant de porter aux mêmes dates la capacité d'accueil de 28 228 lits à 42 761 lits.

Il convient d'espérer que l'instrument de planification sanitaire dont l'Etat a entendu se doter dans le cadre de la récente loi hospitalière, permettra de développer, plutôt que de restreindre cette voie privilégiée dans la recherche d'alternatives à l'hospitalisation.

### **B. L'ÉTAT DE DÉPENDANCE DES PERSONNES ÂGÉES : LA PROMESSE DE L'EXAMEN D'UN PROJET DE LOI EN 1992**

La prise en charge des personnes âgées dépendantes est un enjeu majeur de cette fin de siècle. 7,5 millions de personnes sont âgées de plus de soixante-cinq ans et, parmi elles, 1,2 million sont, à des degrés divers, en état de dépendance.

La prise en charge de ces personnes souffre d'une triple insuffisance : insuffisance quantitative et qualitative des établissements et des services ; insuffisance de la coordination des

services et des financements publics, qui conduit trop souvent à des placements inadaptés et coûteux pour la collectivité ; insuffisance de la prise en charge qui contraint les familles à supporter un poids financier trop lourd.

Lors du conseil des ministres du 7 novembre 1990, l'examen d'un projet de loi avait été annoncé pour la présente session. Il ne sera finalement déposé qu'au plus tôt à la fin de la présente année.

Deux rapports ont permis d'alimenter la réflexion gouvernementale.

Le premier, publié en juin dernier, a été présenté, par M. Jean-Claude Boulard, député, au nom de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale et à l'issue des travaux d'une mission d'information de douze membres, appartenant à tous les groupes. Ce rapport a fait l'objet d'un large accord, dépassant les clivages politiques.

Le second, demandé par le Gouvernement au commissariat général au plan, a été présenté, en septembre dernier, par M. Pierre Schopflin, au nom de la commission constituée à cet effet et qu'il présidait.

Ces deux rapports aboutissent à des conclusions communes sur un grand nombre de points. Quelques points de désaccord mettent toutefois en évidence les zones d'ombre qui demeurent et que seul, le dépôt du projet de loi et sa discussion permettront de faire disparaître.

## **1. Les propositions contenues dans les rapports préparatoires**

Les deux rapports permettent de dégager deux orientations essentielles, complétées par d'autres objectifs de moindre importance.

### *a) La création d'une allocation de dépendance*

La création d'une prestation en espèces, destinée aux personnes âgées dépendantes et attribuée sous condition de ressources, sans mise en jeu de l'obligation alimentaire mais avec récupération sur succession, est envisagée par les deux rapports.

Une telle prestation serait destinée à se substituer, pour les personnes âgées dépendantes, à l'allocation compensatrice créée par la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées, afin de recentrer cette prestation sur les catégories de personnes auxquelles elle était destinée.

### *b) La rénovation des forfaits soins et le décloisonnement des secteurs sanitaire et social*

Les deux rapports retiennent une première idée commune. Il appartient à l'assurance maladie seule d'assurer la prise en charge des dépenses de soins des personnes âgées qui sont également des assurés sociaux. Ces dépenses de soins doivent s'entendre comme incluant les frais liés aux soins corporels et à l'hygiène.

S'il n'est pas proposé de revenir sur le principe des forfaits, il est en revanche suggéré de clarifier leur contenu en leur donnant un caractère global.

La seconde ligne de force commune aux deux rapports a trait à la nécessité d'abolir le cloisonnement tarifaire qui sépare les secteurs sanitaire et social. Un tel choix suppose, concrètement, que les niveaux des forfaits ne varient plus en fonction de l'établissement

d'accueil, mais seulement en considération du degré de dépendance des personnes hébergées.

Afin de gager l'augmentation des dépenses d'assurance maladie que ne manquera pas d'entraîner la rénovation des forfaits, il est suggéré d'abord de diminuer le caractère attractif des placements en hôpital psychiatrique en relevant le forfait hospitalier ou en créant un forfait spécifique d'hébergement. Il est envisagé ensuite d'affecter à cette action nouvelle les moindres dépenses entraînées par la réduction des surcapacités hospitalières. Un relèvement de la cotisation d'assurance maladie sur les retraites semble, enfin, avoir été envisagée. Votre commission ne saurait retenir une telle hypothèse sans un règlement préalable du dossier des retraites, et, notamment, de leurs modalités d'indexation.

### *c) Les autres propositions*

Les deux rapports proposent enfin un ensemble de mesures dont certaines sont d'ailleurs d'ores et déjà engagées.

Tel est notamment le cas de l'augmentation des capacités d'accueil des établissements et services médicalisés. Un plan triennal, valant pour la période 1991 à 1993, prévoit la création de 45 000 places, dont 6 000 en long séjour, 29 000 en section de cure médicale et 10 000 dans les services de soins à domicile. Le doublement de ces moyens est souhaité, en même temps que doit être achevée, dans les délais prévus, l'humanisation des hospices.

D'autres propositions, de moindre importance, sont formulées parmi lesquelles il convient notamment de citer :

- le renforcement de l'encadrement des établissements privés à but lucratif ;

- la protection des droits des personnes âgées en établissements ;

- le développement de structures adaptées au besoin des personnes désorientées ;

- la coordination des actions des intervenants à domicile et le développement du recours aux familles d'accueil temporaires ;

- la concentration, sur les personnes âgées dépendantes, des déductions fiscales et des exonérations de cotisations sociales accordées au titre de l'emploi d'une aide à domicile ;

- l'amélioration de la planification des structures destinées aux personnes dépendantes ;

- le renforcement des moyens de formation des intervenants.

## **2. Les zones d'ombre : le champ et le financement de l'allocation de dépendance**

Deux divergences essentielles séparent les conclusions des deux rapports précités, qui portent l'une et l'autre sur la définition de l'allocation de dépendance, qu'il s'agisse de son champ d'application ou de son mode de financement.

### *a) Le champ de la nouvelle prestation*

Se fondant sur le caractère très inégalitaire des conditions d'attribution de l'aide ménagère autant que sur le rôle fondamental qu'elle joue dans la prévention de la dépendance, la mission "Boulard" a considéré que la nouvelle prestation ne devait pas seulement s'adresser à la grande dépendance, mais encore permettre de prendre en compte le caractère évolutif de l'état des personnes âgées. La mission a donc retenu le principe d'une allocation comportant six niveaux, dont les trois premiers correspondent à la prise en charge de l'aide ménagère.

Le rapport Schopflin préconise au contraire que le bénéfice de la nouvelle allocation soit réservé aux personnes incapables d'accomplir seules au moins un acte essentiel de la vie courante, dans le cadre d'un système à deux ou trois niveaux.

Toutefois, les considérations techniques qui entourent les positions prises dans chacun des deux rapports montrent assez bien

qu'un accord pourrait être trouvé sur ce premier sujet, à travers la définition des critères médicaux de l'attribution de la prestation, le vrai différend portant, en réalité, sur le mode de gestion et de financement de cette dernière.

*b) Le mode de gestion et de financement*

La mission "Boulard" a considéré, à juste titre, d'une part, qu'il ne saurait être laissé aux seuls départements la charge de supporter le coût financier induit par la dépendance des personnes âgées et que, d'autre part, le schéma de financement devait avant tout tenir compte des mécanismes en vigueur. Elle a proposé, en conséquence, qu'un fonds de financement de la dépendance soit créé, qui associe les départements, les caisses d'assurance vieillesse et l'Etat.

Le rapport Schopflin propose au contraire que les départements soient seuls en charge de la gestion de la nouvelle prestation, s'en remettant, pour la détermination de la participation de l'Etat, à une appréciation globale des effets de la décentralisation intervenue, depuis 1983, dans le domaine de l'action sociale aux personnes âgées.

Votre commission considère pour sa part que, compte tenu de l'enjeu financier -23 milliards de francs en régime de croisière- la solution retenue ne saurait exclure la participation de l'Etat et des caisses. Exprimant une telle préférence, elle indique ainsi également son choix quant au champ de la prestation nouvelle, qui lui paraît mieux définie par la mission "Boulard".

\*

\* \*

**Dans l'attente du dépôt du projet de loi qui permettra d'apprécier précisément les choix gouvernementaux et compte tenu des initiatives innovantes prises par le secrétariat d'Etat, les crédits et l'action qu'il développe en direction des personnes âgées ont conduit votre commission à vous proposer, non sans prudence ni réserve, de s'en remettre, à leur égard, à votre sagesse.**

### **III - LA POLITIQUE D'ACTION SOCIALE EN DIRECTION DES PERSONNES HANDICAPÉES ET DES ACCIDENTÉS DE LA VIE : UNE ACTION PERSONNELLE VIGoureuse DU SECRÉTAIRE D'ÉTAT**

Votre rapporteur ne consacrera, dans le cadre du présent avis, que de brefs développements à l'évolution des prestations servies aux personnes handicapées, qui a fait l'objet d'un examen plus attentif dans le cadre de l'avis présenté, au nom de votre commission, par M. Charles Descours, sur la sécurité sociale. Il souhaite en revanche, souligner plus longuement l'action personnelle, vigoureuse, engagée par le secrétaire d'Etat, dans un contexte budgétaire, là comme ailleurs, très rigoureux.

#### **A. LES RESSOURCES DES PERSONNES HANDICAPÉES : UNE ÉVOLUTION QUI APPELLE DES CRITIQUES SÉVÈRES**

La loi d'orientation en faveur des handicapés distingue quatre prestations :

- l'allocation d'éducation spéciale, prestation familiale versée aux personnes qui assument la charge d'un enfant handicapé ;

- l'allocation aux adultes handicapés, prestation de solidarité versée par l'Etat et garantissant un revenu minimum et une couverture sociale à ses bénéficiaires ;

- l'allocation compensatrice, prestation d'aide sociale financée par le département et destinée à compenser les dépenses entraînées par le recours à une tierce personne ou l'exercice d'une activité professionnelle ;

- la garantie de ressources, destinée à assurer aux handicapés exerçant une activité professionnelle un revenu fixé par référence au SMIC.

Votre rapporteur s'en tiendra ici aux seules observations qu'appelle l'allocation aux adultes handicapés, tant par son mode d'indexation que par les dispositions de l'article 84 de la loi de finances, rattaché à l'examen des crédits des affaires sociales et de

l'intégration, qui a modifié certaines des conditions de son attribution.

## **1. Les modalités de l'indexation de l'allocation aux adultes handicapés (A.A.H.)**

### *a) L'évolution des crédits consacrés à l'A.A.H. en 1992 : une baisse regrettable*

Les crédits destinés au financement de l'allocation aux adultes handicapés baissent, passant de 16 508 millions en 1991 à 16 357 millions pour 1992.

Trois facteurs d'explication justifient une telle évolution :

- l'ajustement aux besoins, déterminé par l'évolution prévisible de l'effectif des bénéficiaires et l'augmentation du montant de l'allocation, calculée par référence à la règle de droit établie et donc sur la base de l'accroissement constaté du salaire moyen. Les crédits justifient, à ce titre, une majoration de 217 millions de francs.

- La mesure contenue dans l'article 84 de la loi de finances qui, modifiant certaines des conditions d'attribution de l'allocation, réduit la dépense à hauteur de 100 millions de francs.

- Enfin, et surtout, une mesure d'économie résultant de l'application, à l'allocation aux adultes handicapés comme à d'autres prestations sociales, d'un mode dérogatoire d'indexation sur les prix, auquel il est recouru depuis plusieurs années. La réduction de crédits correspondante s'élève à la somme de 223 millions de francs.

### *b) Le régime dérogatoire d'indexation : une situation inadmissible*

C'est en 1987 que, pour la première fois, les pouvoirs publics ont choisi de renoncer à l'indexation des retraites -et, par voie de conséquence, de l'ensemble des prestations sociales- sur l'évolution du salaire brut moyen, dont le principe reste pourtant encore posé par le code de la sécurité sociale. C'est par dérogation à cette règle permanente que, depuis cette date, les gouvernements successifs ont demandé au Parlement de procéder à l'alignement de l'évolution des prestations sociales sur celle des prix, accompagnant une telle

demande de la promesse qu'un nouvel index serait défini avec l'accord des partenaires sociaux.

La mission, animée par M. Cottave, chargée de rechercher les moyens d'exploiter les orientations contenues dans le Livre blanc sur les retraites devait, avant la fin de cette année, présenter ses conclusions, parmi lesquelles devait donc compter un nouveau mode d'indexation. Il n'est donc pas acceptable que la loi de finances pour 1992 puisse anticiper, de quelque manière que ce soit, sur ces propositions, sans reconnaître "a priori", que les engagements gouvernementaux ne seront pas tenus.

Votre commission dénonce donc très solennellement un tel procédé, d'autant plus regrettable qu'il porte désormais atteinte au pouvoir d'achat de catégories de personnes particulièrement défavorisées.

## **2. L'article 84 de la loi de finances : une révision inopportune des modalités d'attribution de l'allocation aux adultes handicapés**

### *a) L'objet de l'article 84 (1)*

Conjointement aux crédits du ministère des affaires sociales, il vous revient d'examiner l'article 84 du projet de loi de finances. Il prévoit que l'allocation aux adultes handicapés ne sera plus perçue à compter d'un âge déterminé par décret, qui devrait être, selon les indications fournies à votre rapporteur, 60 ans. Elle sera remplacée, à compter de cet âge, par les avantages de vieillesse alloués en cas d'inaptitude au travail, c'est-à-dire une pension de vieillesse au minimum égale au montant de l'allocation aux vieux travailleurs salariés, complétée par l'allocation du fonds national de solidarité (FNS) pour atteindre le montant du minimum vieillesse.

Cette modification vise à harmoniser le passage de l'allocation aux adultes handicapés vers les avantages de vieillesse avec celui de l'assurance invalidité vers l'assurance vieillesse.

(1) Voir tableau comparatif page 66

Des dispositions transitoires sont prévues pour maintenir les situations individuelles plus favorables.

Après avoir été, comme le budget des Affaires sociales, réservé, cet article a été modifié dans le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale pour répondre à l'une des deux principales critiques qui lui étaient adressées.

*b) Les effets néfastes du dispositif*

D'une part, le régime de l'allocation aux adultes handicapés est plus favorable, dans un certain nombre de cas, que l'allocation supplémentaire du FNS qui va lui être, en partie, substituée. Contrairement à cette dernière, l'A.A.H. n'est pas récupérable sur les successions et, par le passé, la progression de l'allocation supplémentaire du FNS a été inférieure à celle de l'A.A.H.. Il convient d'ajouter que, compte tenu du mode actuel d'appréciation des ressources prises en compte pour l'attribution de l'une ou l'autre des deux prestations, certaines personnes peuvent, en l'état actuel de la législation, bénéficier, en sus du minimum vieillesse, d'une A.A.H. différencielle.

D'autre part, le texte initial pénalisait ceux des handicapés qui poursuivent une activité professionnelle au-delà de l'âge de 60 ans. Les intéressés conservaient, certes, le bénéfice de la garantie de ressources, mais perdaient en revanche, celui de la pension de vieillesse, qui, se substituant à l'A.A.H., ne pouvait être versée qu'après la cessation d'activité. Un amendement a corrigé, sur ce point, le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale.

Malgré cette modification, le nouveau système demeure cependant plus défavorable aux personnes handicapées que le régime en vigueur.

Votre commission considère, en outre, que les modalités d'attribution des avantages sociaux aux personnes âgées feront l'objet

d'un plus large examen, à l'occasion de la discussion du projet de loi sur la dépendance, dont la discussion sera engagée en 1992.

**C'est dans l'attente de cette discussion que votre commission a choisi d'émettre un avis défavorable à l'encontre de cet article, dont les conséquences techniques ne lui ont pas, par surcroît, paru très claires.**

### TABLEAU COMPARATIF

#### Texte initial

A l'article L. 821-1 du code de la sécurité sociale, sont ajoutées les dispositions suivantes :

«L'allocation aux adultes handicapés n'est plus perçue à compter d'un âge déterminé par décret en Conseil d'Etat. Elle est remplacée à compter de cet âge par les avantages de vieillesse alloués en cas d'incapacité au travail dans les conditions prévues aux alinéas 1 et 2 de l'article L. 341-15. Il peut être fait application de la dérogation prévue à l'article L. 341-16.

Lorsque le montant des avantages de vieillesse et de l'allocation aux adultes handicapés du bénéficiaire est supérieur au montant des avantages résultant de l'application du présent article, le montant supplémentaire résultant de l'allocation aux adultes handicapés est maintenu au niveau atteint au 31 décembre 1991, dans les conditions en vigueur à cette date.»

#### Texte considéré comme adopté par l'Assemblée Nationale

Alinéa sans modification

"L'allocation...

... L. 341-15.

"Toutefois, l'allocation aux adultes handicapés est maintenue, à la demande de l'allocataire, au-delà de l'âge déterminé par le décret mentionné à l'alinéa précédent lorsqu'il exerce une activité professionnelle. Dans ce cas, les avantages de vieillesse sont liquidés à cet âge. Leur service intervient à la date de cessation d'activité et au plus tard à un âge limite déterminé ; il met fin à l'allocation aux adultes handicapés."

Alinéa sans modification

## B. LA POLITIQUE D'ACTION SOCIALE DU SECRÉTAIRE D'ÉTAT : UNE ACTION PERSONNELLE VIGoureuse

La politique d'action sociale menée par le secrétaire d'Etat aux personnes handicapées mérite, malgré les critiques qu'elle appelle, d'être soulignée par sa vigueur, même si les ambitions affichées par la loi de 1987 en matière d'insertion professionnelle n'ont pas été, loin s'en faut, effectivement réalisées.

### 1. L'accueil en établissements : des efforts incontestables

#### *a) Le programme pluriannuel de création de places en établissements de travail protégé*

Le programme issu des protocoles d'accord signés le 9 novembre 1989 entre le secrétariat d'Etat et les associations représentatives des personnes handicapées et de leur famille, prévoit la création de 10 800 places de centres d'aide par le travail (C.A.T.) et de 3 600 places d'ateliers protégés sur quatre ans.

5 611 places ont été créées en centres d'aide par le travail en 1990 et 1991. 2 600 places supplémentaires seront créées en 1992. Les crédits affectés aux dépenses de fonctionnement des C.A.T. passent, à cet effet, de 4 132 millions à 4 361 millions de francs.

S'agissant de l'évolution des emplois en ateliers protégés, dont le recensement s'avère plus difficile, il est probable que les objectifs auront été atteints en 1991 et l'augmentation très sensible des crédits affectés à ce titre pour 1992 (+ 13 millions) permettra la création de 1 000 emplois en 1992.

Ces actions, très positives, appellent cependant deux remarques :

- il apparaît, d'une part, que la définition des besoins locaux, par les règles retenues, pénalise les départements dont

l'action avait été jusqu'alors la plus dynamique et où les besoins apparaissent donc les moins prioritaires ;

- il semble, d'autre part, que les crédits d'investissement, prioritairement engagés sur les maisons d'accueil spécialisé, n'aient pas permis d'accorder un soutien suffisant aux centres d'aide par le travail.

*b) Le plan de développement des Maisons d'accueil spécialisé (M.A.S.)*

Le plan de développement des MAS vise à accroître les capacités d'hébergement destinées aux adultes gravement handicapés de 4 840 places sur quatre ans (1990-1993).

Il revient essentiellement à l'assurance maladie de supporter l'essentiel de cette dépense, dès lors que les personnes accueillies sont prises en charge à 100 %.

Cependant, il a été convenu que des foyers à double financement pourraient être créés avec le concours des départements qui le souhaitent. Le succès de cette formule pourrait ainsi permettre de dépasser les seuls objectifs fixés au titre des MAS.

La participation de l'Etat à ce plan se traduit par des subventions d'investissements, à hauteur de 88 millions pour 1992, année au cours de laquelle 1 360 places devraient être créées.

## **2. L'effort d'insertion professionnelle**

*a) Des crédits budgétaires satisfaisants*

Les crédits budgétaires affectés à l'insertion professionnelle vont, d'une part, aux équipes privées de préparation et de suite du reclassement (E.P.S.R.). Ils s'élèvent, à ce titre, à 6,2 millions de francs pour 1992. Il convient de souligner que c'est en 1991 que la norme d'une E.P.S.R. par département, prévue par la loi de 1975, aura été atteinte.

Les aides à l'emploi des travailleurs handicapés passent de 17,65 millions de francs en 1991 à 25 millions de francs en 1992. Un tel accroissement confirme que l'Etat n'entend pas tirer prétexte des activités de l'AGEFIPH pour se désengager totalement d'actions dont la complémentarité doit toutefois apparaître clairement aux yeux des bénéficiaires.

*b) L'échec de la loi du 10 juillet 1987*

Le bilan effectué, pour 1989, de l'application de la loi du 10 juillet 1987 en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés est très décevant.

Il semble malheureusement qu'aucun flux net d'embauche significatif n'ait pu être effectivement décelé et que les alternatives légales à l'embauche directe continuent d'être largement utilisées.

C'est ainsi que 10 800 établissements passent contrat avec des centres d'aide par le travail et que plus d'un tiers des entreprises ont versé au moins une contribution au fonds de développement pour l'insertion professionnelle des handicapés, géré par l'AGEFIPH. Parmi ces dernières entreprises, 60 % n'emploient aucun travailleur handicapé.

Quant au fonds de l'AGEFIPH, dont les dysfonctionnements ont été analysés dans le cadre de l'avis présenté par MM. Alain Madelain et Louis Souvet sur l'emploi et la formation professionnelle, votre commission souhaiterait savoir quel usage sera fait de l'excédent constaté, de 1,3 milliard de francs.

Certes, le secrétaire d'Etat aux handicapés, au vu des résultats de la loi de 1987, a élaboré un plan ambitieux pour l'emploi des travailleurs handicapés. Il convient d'être assuré que les mesures visant à élargir le champ d'action de l'AGEFIPH permettent de consommer des fonds qui, à rester trop longtemps disponibles, constitueraient vite une proie facile pour qui cherche, partout où elles se trouvent, des ressources publiques non utilisées...

**Telles sont donc les principales observations qu'appelait l'examen, sommaire, de la politique menée en faveur des handicapés, à l'égard de laquelle votre commission aurait décidé de s'en remettre à la bienveillance de la Haute Assemblée si les crédits qui la soutiennent avaient pu faire l'objet d'un vote distinct.**

**Son attitude bienveillante se trouve confortée par l'annonce du dépôt et de la discussion, en 1992, d'un projet de loi destiné à actualiser et à approfondir la loi cadre de 1975.**

## CONCLUSIONS DE LA COMMISSION

**Compte tenu des très graves réserves qu'appellent les crédits consacrés à la politique de la santé et dès lors que l'ensemble des crédits soumis à votre examen font l'objet d'un vote unique, votre commission a donc choisi d'émettre à leur rencontre un avis défavorable, en rappelant toutefois que les crédits consacrés à la famille et aux personnes âgées auraient justifié, pour leur part, une réserve prudente et méfiante et que les efforts louables développés par le secrétaire d'Etat aux handicapés et aux accidentés de la vie auraient mérité une attitude plus bienveillante encore.**

**Votre commission précise toutefois que la bienveillance dont elle aurait entendu faire bénéficier certains des volets de la politique gouvernementale, tient aux espoirs que font naître les dépôts prochains de projets de loi qui, s'ils seront examinés en 1992, ne seront financés qu'en 1993. Par qui? Peut-être tient-on, dans la réponse à cette question, l'explication de la subite volonté gouvernementale d'agir enfin sur des sujets négligés depuis trop longtemps.**

## TRAVAUX DE LA COMMISSION

### I. AUDITION DES MINISTRES

*La commission des Affaires sociales s'est réunie le mardi 5 novembre 1991, sous la présidence de M. Jean-Pierre Fourcade, président, pour procéder à l'audition de MM. Jean-Louis Bianco, ministre des Affaires sociales et de l'intégration, Bruno Durieux, ministre délégué à la santé, Kofi Yamgnane, secrétaire d'Etat aux affaires sociales et à l'intégration, Michel Gillibert, secrétaire d'Etat aux handicapés et accidentés de la vie et Laurent Cathala, secrétaire d'Etat à la famille, aux personnes âgées et aux rapatriés, sur les crédits de leur département ministériel pour 1992 dont M. Louis Boyer est le rapporteur pour avis.*

*M. Jean-Louis Bianco, ministre, a indiqué que le budget de son ministère s'élèvera en 1992 à un peu plus de 39 milliards de francs, soit une progression de 1 % par rapport à 1991 et de 3 % si on inclut les crédits alloués du revenu minimum d'insertion. Ce chiffre est à resituer par rapport à l'ensemble des dépenses sociales qui représenteront 2.117 milliards de francs, dont 920 milliards au titre du régime général.*

*Le ministre a précisé ensuite que la solidarité venait au premier rang de ses priorités. Ainsi, la dotation du revenu minimum d'insertion (R.M.I.) progressera de 45 % pour s'établir à 13,2 milliards de francs, la lutte contre la pauvreté bénéficiera de 160 millions de francs, soit une progression d'un tiers. Les handicapés se verront proposer 2.600 places en centres d'aide par le travail (C.A.T.) et 1.350 en maisons d'accueil spécialisées (M.A.S.) supplémentaires et auront une majoration de 9 % de la garantie de ressources. Par ailleurs, les aides aux rapatriés seront dotées de 100 millions de francs, soit une progression de 25 %.*

*Dans le domaine de la santé, il a indiqué que ses objectifs prioritaires seront la prévention et la lutte contre les grands fléaux, notamment la toxicomanie et le Sida.*

*En ce qui concerne la contamination par le Sida, la prévention sera renforcée, surtout dans le secteur scolaire, et l'indemnisation des hémophiles sera prise en charge, à titre principal, par le budget de l'Etat avec un financement complémentaire des assurances. Un dispositif sera introduit par amendement au projet de loi de finances ou au collectif budgétaire. Les crédits susceptibles d'être engagés ne*

*seront pas limitatifs. Actuellement, ce dispositif est en négociation avec les associations. Un décret en fixera les modalités mais ne prévoira pas d'extinction des actions pénales.*

*Le ministre a apporté également des informations complémentaires sur la loi hospitalière. L'objectif est de sortir rapidement les décrets d'application, au plus tard d'ici à la fin de l'année. Ainsi, par exemple, les établissements pourront bénéficier prochainement de l'aide des missions d'échanges et de modernisation, dans le but de diffuser les résultats positifs obtenus par certains établissements. Le fonctionnement de ces commissions entraînera une participation des hôpitaux à hauteur de 70 millions de francs.*

*A propos de la maîtrise des dépenses de santé, le ministre a rappelé qu'un protocole d'orientation avait été signé entre l'Etat et les caisses d'assurance maladie le 16 octobre dernier. Il prévoit un objectif chiffré annuel de maîtrise des dépenses de santé tenant compte prioritairement des besoins de santé.*

*Pour sa détermination, des rencontres auront lieu dès cette semaine ou en début de semaine prochaine entre les présidents de syndicats des professions de santé, les présidents des caisses et les représentants de l'Etat.*

*En ce qui concerne l'intégration, les crédits pour les actions d'insertion passeront de 80 à 100 millions de francs. Le fonds d'aide aux jeunes sera doublé et doté de 98 millions de francs.*

*La modernisation des moyens des services publics sera poursuivie avec des actions de formation, le développement de l'informatique (un micro-ordinateur pour deux agents) dont les crédits progresseront de 30 % et la création de 65 emplois nouveaux dans les services extérieurs.*

*La mise en place de la «carte santé», sous forme de carte à mémoire, fera l'objet de la création d'un groupement d'intérêt économique (G.I.E.) doté en 1992 de 1,5 million de francs.*

*M. Charles Descours, rapporteur pour avis du budget de la sécurité sociale, a interrogé le ministre, notamment sur les points suivants :*

*- le déficit prévisionnel des comptes de la sécurité sociale et les perspectives pour 1992 ;*

*- les difficultés de trésorerie qui seraient apparues entre le 1er et le 15 octobre ;*

- le rendement de la contribution sociale généralisée (C.S.G.) et l'augmentation éventuelle de son taux en 1992 ;

- la date du débat sur la maîtrise des dépenses de santé au Parlement et l'intervention éventuelle de celui-ci au cours du processus de fixation de "l'objectif chiffré annuel" ou de son application ;

- la prise en compte de la médecine de ville dans le cadre de l'application du protocole du 16 octobre 1991 ;

- l'état des réflexions sur l'avenir des régimes de retraite ;

- les actions de prévention de la toxicomanie et du Sida ;

- le dispositif d'indemnisation des hémophiles contaminés.

En réponse, M. Jean-Louis Bianco, ministre, a apporté les précisions suivantes :

Malgré les mesures prises en juillet dernier, le déficit de la sécurité sociale pour 1991 devrait se creuser, mais l'objectif est de réaliser l'équilibre en 1992.

Le Gouvernement n'a pas l'intention de revaloriser la C.S.G. Le rendement attendu était de 42 milliards de francs mais le résultat réel ne sera connu que lors de la prochaine réunion de la commission des comptes de la sécurité sociale.

L'accord sur la maîtrise des dépenses de santé du 16 octobre 1991 constitue une première. Un débat sur ce thème aura lieu dès que le calendrier parlementaire le permettra. Le Parlement pourrait également être saisi après l'intervention des accords avec les professionnels.

Puis, M. Louis Boyer, rapporteur pour avis du budget de la santé est intervenu pour attirer l'attention du ministre sur différents problèmes :

- la publication tardive du taux directeur pour les budgets hospitaliers qui aurait dû être connu au 1er octobre ;

- les retards dans la sortie des textes d'application de la loi hospitalière ;

- l'état des négociations avec les infirmières, en rappelant l'intérêt des conclusions du rapport Descours sur les infirmières ;

- les hôpitaux qui pourront bénéficier de l'aide des commissions d'échanges et de modernisation ;

- le recrutement et le remplacement souvent difficile ou onéreux de certains praticiens hospitaliers comme par exemple les radiologues ;

- la date de l'examen de la réforme de l'Ordre des Médecins par le Parlement ;

- l'état du projet de loi sur la dépendance à la suite du rapport Schopfflin ;

- les orientations de la politique familiale notamment en matière de modes de garde pour la petite enfance ;

- le développement de la délinquance chez les jeunes immigrés et le rôle des familles dans la fixation des sanctions.

En réponse, M. Jean-Louis Bianco, ministre, a indiqué qu'aucune décision n'avait été prise sur le taux directeur car sa fixation est liée aux négociations salariales dans la fonction publique et à celles qui sont en cours avec les infirmières. A cet égard, il a précisé qu'une des difficultés résidait dans la diversité des organisations ayant pris part aux négociations.

Sur la réforme du Conseil de l'Ordre des médecins, il espère au moins une lecture du projet lors de cette session. Un projet sur la dépendance sera déposé en fin d'année mais impliquera des moyens financiers supplémentaires.

Il a précisé qu'il existait trois types de "carte santé" (Vitale, Santal, Professions de santé) et qu'il espérait sa généralisation au plus tard en 1985.

M. Bruno Durieux, ministre délégué à la santé, a pris la parole pour préciser l'état des textes d'application sur la loi hospitalière et des négociations avec les infirmières. Les propositions du Gouvernement sont :

- la réduction du temps de travail de 39 heures à 35 heures ;

- la création de 4.000 postes supplémentaires et de 1.500 postes pour les pénuries les plus graves ;

- l'augmentation des quotas d'élèves infirmières ;

- une meilleure rémunération des dimanches et des astreintes à domicile. Le salaire net, primes comprises, d'une infirmière débutante pourra ainsi atteindre 9.680 F par mois.

Il a estimé, en revanche, que la pénurie de praticiens hospitaliers pour certaines spécialités n'était pas générale et que ce constat devait être nuancé.

M. Laurent Cathala a indiqué que les deux rapports récents sur la dépendance étaient à l'étude et qu'un projet de loi serait examiné par le Parlement dans le courant de l'année 1992.

*Il a ensuite fait le point sur les mesures relatives aux modes de garde des enfants en bas âge. La Caisse nationale d'allocations familiales (C.N.A.F.) a créé des contrats-enfance qui connaissent un succès certain. Il en existe 1.000 après deux ans d'existence, dont 400 signés en 1991. 33 % des couples travaillant et ayant besoin d'un garde sont concernés.*

*Un projet sur l'amélioration du statut de l'assistante maternelle sera soumis au Parlement avant la fin de l'année.*

*M. Michel Gillibert, secrétaire d'Etat aux handicapés et accidentés de la vie, a confirmé ensuite que sur les problèmes de l'Association nationale de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des handicapés (A.G.E.F.I.P.H.), un médiateur avait été nommé, à qui il appartiendra de faire élire un nouveau bureau et le président. Ces derniers devront rénover les statuts de l'organisme. A défaut, c'est le médiateur qui proposera des réformes et l'Etat pourra intervenir.*

*En outre, en 1992, sera proposée une réforme de la loi de 1975 sur les handicapés, qui sera "une mise à plat" et une adaptation de la précédente.*

*M. Kofi Yamgnane, secrétaire d'Etat aux affaires sociales et à l'intégration, a rendu hommage à la qualité des conclusions du rapport Thyraud sur l'immigration et a remarqué que si les immigrés constituent 7 % de la population, ils représentent 30 % des personnes en prison.*

*Il a également admis l'importance de la famille qui continue souvent à être une référence pour ces immigrés, et a estimé qu'il serait souhaitable, en effet, de mieux associer les parents à la vie scolaire et à l'application des peines.*

*M. Jean Chérioux a approuvé le principe d'un débat parlementaire sur la maîtrise des dépenses de santé en souhaitant qu'il soit toutefois l'occasion d'une plus vaste discussion sur l'évolution de l'ensemble du système français de protection sociale.*

*S'agissant de la politique familiale et de l'aide apportée aux personnes âgées dépendantes, il a insisté sur l'aide directe aux familles qui assurent la garde d'un parent et aux conditions d'accueil et d'hébergement, dans le cadre familial, des assistantes maternelles.*

*Il a estimé que, pour réussir, une politique d'intégration devait respecter certaines contraintes psychologiques en soulignant notamment l'intérêt qu'il y aurait à passer du concept d'immigré à celui de résident étranger. Il a enfin souhaité connaître l'état de la réflexion gouvernementale sur la modernisation de l'appareil hospitalier parisien et notamment sur les conditions de rénovation de l'hôpital Boucicaut.*

*M. Franck Sérusclat a demandé quelle serait la composition des missions d'échanges et de modernisation constituées dans le cadre hospitalier.*

*Il s'est interrogé sur la forme que pourrait prendre la relation future entre l'évolution des honoraires médicaux et la maîtrise des dépenses de santé.*

*Il a exprimé la crainte que les employeurs et les compagnies d'assurances ne fassent un mauvais usage des informations contenues dans les cartes de santé. Il a rappelé l'importance, dans la définition de l'action en faveur des handicapés, d'une meilleure définition de leurs relations avec la société. Il a enfin considéré que la simplification des structures en matière d'immigration et d'intégration devrait absolument s'accompagner d'une restructuration et d'un renforcement des aides apportées aux intervenants.*

*Mme Marie-Claude Beaudeau, après avoir observé la stagnation, en francs courants, du budget du ministère des affaires sociales et sa diminution en francs constants, a souligné que l'évolution très rapide des dépenses consacrées au revenu minimum d'insertion traduisait avant tout un accroissement sensible de la pauvreté.*

*Elle a demandé au ministre s'il était en mesure d'assurer absolument la sécurité des transfusions sanguines actuellement réalisées en France. Elle a manifesté, à cet égard, son attachement au maintien des principes éthiques qui soutiennent la transfusion sanguine et notamment celui du bénévolat du don.*

*Après s'être interrogée sur les mesures, actuellement à l'étude, pour améliorer les conditions d'accueil des jeunes enfants et les dispositions prises en faveur des handicapés et des établissements chargés de les prendre en charge, elle a rappelé son attachement à la suppression de l'obligation, faite actuellement aux adultes handicapés, de paiement du forfait hospitalier.*

*Elle a exprimé la nécessité de consacrer les excédents dégagés par les caisses d'allocations familiales à une relance de la politique familiale en soulignant notamment l'importance de la mise en place prochaine d'un statut nouveau pour les assistantes maternelles.*

*Elle s'est enfin inquiétée de l'avenir du centre national de santé publique et des conséquences de son implantation à l'hôpital national Saint-Maurice sur le fonctionnement de ce dernier.*

*M. Jean Madelain a interrogé M. Michel Gillibert, secrétaire d'Etat aux handicapés et accidentés de la vie, sur les conditions dans lesquelles étaient créées les places en centres d'aide par le travail en soulignant tout particulièrement le traitement, injuste selon lui, subi à cet égard par le département d'Ille-et-Vilaine.*

*M. François Delga a demandé dans quels délais serait publié le décret relatif à la situation des personnes malentendantes et tout particulièrement à leur liberté de choix sur leur mode de communication.*

*Il a également demandé de quelle manière le Gouvernement entendait permettre à la population de répondre à l'appel du Professeur Montagnier en faveur d'un examen systématique des personnes transfusées entre 1980 et 1985. Il a souligné, à cet égard, l'intérêt de systématiser le dépistage du SIDA à certains moments importants de la vie, comme la naissance ou le mariage.*

*M. Olivier Roux a souhaité obtenir des précisions sur le coût et la nature de la campagne de lutte contre la pauvreté envisagée par le Gouvernement ainsi que sur les régimes de sanction qui seraient applicables aux fumeurs qui transgresseraient les règles d'interdiction de fumer dans les lieux publics.*

*M. Claude Prouvoyeur a rappelé que l'amélioration du statut des assistantes maternelles ne pouvait faire oublier les obligations qu'impose la situation actuelle de l'ensemble des travailleurs sociaux.*

*M. Jacques Machet a indiqué qu'à sa connaissance plus aucun crédit destiné au financement de l'aide ménagère n'était disponible dans son département.*

*M. André Bohl a observé qu'un examen attentif de la situation des travailleurs sociaux exigeait que de meilleures relations et une*

*plus grande transparence s'établissent sur ce plan entre l'Etat et les départements. Il a demandé si la prestation de dépendance qu'envisageait de créer le Gouvernement au bénéfice des personnes âgées serait une prestation de sécurité sociale ou une prestation d'aide ou d'action sociale en soulignant l'importance d'une telle qualification au regard de nos obligations européennes.*

*M. Jean-Pierre Fourcade, président, a regretté que l'on puisse à la fois souligner les sous-emplois graves dans le secteur social et constater l'état de dégradation avancé du système de formation des catégories de personnels concernées.*

*M. Jean-Louis Bianco, ministre des affaires sociales et de l'intégration a répondu à MM. André Bohl, Jean-Pierre Fourcade et Claude Prouvoyeur en indiquant que des aides fiscales significatives seraient accordées aux personnes employant du personnel à domicile. Il a ajouté que ce mécanisme s'accompagnerait d'un allègement sensible de leurs charges sociales.*

*Il a indiqué que des négociations, coordonnées par M. Jean-Pierre Sueur, Secrétaire d'Etat aux collectivités locales, étaient actuellement en cours sur les filières de formation des personnels sociaux.*

*Il a enfin ajouté qu'une mission interministérielle destinée à renforcer la polyvalence des formations avait été confiée à M. Blocquaux, inspecteur général des affaires sociales.*

*Il a enfin annoncé, dans ce domaine, des mesures législatives qui seraient contenues dans le prochain projet de loi portant diverses mesures d'ordre social.*

*Il a alors fait observer à Mme Marie-Claude Beaudeau et M. Jean Chérioux que le débat sur la protection sociale devait être organisé autour de ses trois branches. L'année 1991 a, à cet égard, été consacrée à la santé et à l'assurance maladie. Les deux exercices à venir devraient permettre d'analyser les deux autres branches.*

*Il a répondu à M. Franck Sérusclat que les missions d'échanges et de modernisation compteront cinq personnes et a voulu le rassurer en lui précisant que l'accès aux "cartes santé" serait réservé aux seuls professionnels.*

*Il a enfin précisé que l'augmentation sensible des crédits consacrés au revenu minimum d'insertion était liée essentiellement à la montée en charge de cette nouvelle prestation.*

Il a indiqué à Mme Marie-Claude Beaudou et à M. François Delga que M. Imbert, président de la Fondation nationale de la transfusion sanguine, serait chargé de conduire la réforme du système français de transfusion dans le strict respect des principes actuels. Il a précisé qu'un rapport serait présenté sur l'état actuel de la sécurité de la transfusion sanguine et sur les voies et moyens de mieux contrôler le fractionnement et l'importation des produits sanguins.

Il a enfin précisé que toute mesure prise en direction de la population devait avant tout éviter de déclencher une panique.

M. Bruno Durieux, après avoir assuré à M. Jean Chérioux que le projet de modernisation de certains hôpitaux parisiens devrait rapidement aboutir à des propositions concrètes, a indiqué à Mme Marie-Claude Beaudou que l'installation du centre national de santé publique à l'hôpital national Saint Maurice ne serait d'aucun effet sur ce dernier. Il a voulu rassurer M. Olivier Roux en lui rappelant que la lutte contre la consommation de tabac passait plus par l'incitation que par la sanction. Il a précisé à Mme Marie-Claude Beaudou que 264 enfants avaient été atteints par le Sida par transmission maternelle.

M. Michel Gillibert a répondu à Mme Marie-Claude Beaudou et à M. Jean Madelain que plus de 4 milliards seraient consacrés au financement des centres d'aide par le travail, soit une augmentation de 5,5 % des crédits, sans aucun redéploiement des moyens actuels.

Il a tout particulièrement indiqué à M. Jean Madelain que les critères de création des places de centres d'aide par le travail étaient communs à l'ensemble du territoire et que, sous réserve d'un examen particulier, l'Ille-et-Vilaine n'avait pas subi, selon lui, un sort particulier.

Il a précisé à M. François Delga que le décret destiné à mieux cerner la situation des personnes malentendantes était actuellement en cours d'arbitrage interministériel.

M. Kofi Yamgnane a rappelé que l'aide spécifique aux quartiers les plus défavorisés avait été très sensiblement renforcée et que la création, en 1991, de 2.000 emplois dans les zones d'éducation prioritaire ne devait pas permettre à Mme Marie-Claude Beaudou, en contrepoint, de critiquer la suppression d'un poste dans son département. Il a souligné que 162 millions de francs avaient été consacrés à la lutte contre la pauvreté et la précarité et, tout particulièrement, à la création de centres départementaux d'urgence

et qu'une campagne nationale, d'un coût de 40 millions de francs, serait bientôt engagée.

*Il a rappelé que l'utilisation du revenu minimum d'insertion en vue de mener des actions sociales en faveur de la formation pouvait être autorisée dans le cadre d'un programme départemental d'insertion approuvé par l'Etat.*

*M. Laurent Cathala, secrétaire d'Etat à la famille, aux personnes âgées et aux rapatriés, a répondu à M. Jean Chérioux que, d'ores et déjà, des efforts importants avaient été développés pour permettre l'installation à domicile des assistantes maternelles. Il a indiqué à M. André Bohl que la forme juridique de la prestation de dépendance en faveur des personnes âgées n'avait pas encore été arrêtée. Il a, enfin, précisé à M. Jacques Machet que si, en effet, des difficultés sur le financement de l'aide ménagère étaient apparues au cours de l'exercice 1991, tous les objectifs de soins infirmiers avaient été pleinement atteints.*

## II - EXAMEN DE L'AVIS

*Réunie le mercredi 20 novembre 1991 sous la présidence de M. Jean-Pierre Fourcade, président, la commission des Affaires sociales a procédé à l'examen du rapport pour avis de M. Louis Boyer sur les crédits du budget de la santé inscrits dans le projet de loi de finances pour 1992.*

*Après avoir regretté que la stagnation en francs courants et la diminution en francs constants du budget des affaires sociales et de l'intégration interviennent au moment où un renforcement des moyens de cette administration, en charge de la tutelle de l'ensemble du système de protection sociale, s'avère particulièrement nécessaire, le rapporteur pour avis a d'abord procédé à une présentation sommaire de la ventilation de ces crédits, avant d'examiner les divers volets de la politique gouvernementale.*

*S'agissant de la politique familiale, le rapporteur pour avis a décrit les propositions de réforme présentées par le Conseil Economique et Social et les mesures d'action sociale développées par le Secrétariat d'Etat en s'en remettant, en conclusion, sur ces crédits, à la sagesse, qu'il a souhaitée méfiante et réservée, de la commission.*

*S'agissant de la politique en faveur des personnes âgées, le rapporteur pour avis a d'abord noté les restrictions budgétaires qui affectent le programme d'humanisation des hospices et décrit les mesures innovantes prises en matière de maintien à domicile des personnes âgées.*

*Il a d'autre part présenté les orientations qui devraient soutenir le projet de loi, dont la discussion est prévue en 1992, relatif à l'état de dépendance des personnes âgées. Après avoir souligné les zones d'ombre qui affectent encore ce dossier, le rapporteur pour avis s'en est remis, sur les crédits affectés à l'action en faveur des personnes âgées, à la sagesse de la commission, qu'il a souhaitée toutefois prudente et réservée.*

*S'agissant de l'action développée par le secrétariat d'Etat aux handicapés et aux accidentés de la vie, le rapporteur pour avis, après avoir stigmatisé à la fois les conditions d'indexation et les modifications apportées par l'article 84 du projet de loi de finances pour 1992, aux conditions d'attribution de l'allocation aux adultes handicapés, a au contraire mis en relief l'action vigoureuse et déterminée du secrétaire d'Etat. Il s'en est remis en conséquence, sur ces crédits, à la sagesse de la commission, qu'il a voulu bienveillante.*

*S'agissant enfin de la politique de la santé, le rapporteur pour avis a exprimé les critiques très sévères que justifient à la fois la politique de prévention sanitaire, la politique hospitalière et la politique de maîtrise des dépenses de santé actuellement engagées par le Gouvernement.*

*Il a ainsi, compte tenu des graves hypothèques qui pèsent sur l'avenir du système français de santé, invité la commission à rejeter les crédits consacrés à la politique sanitaire du Gouvernement pour 1992. Il a, en conséquence, proposé d'émettre un avis défavorable sur l'ensemble des crédits soumis à l'examen pour avis de la commission.*

*Il a suggéré un avis semblable sur les dispositions de l'article 84 du projet de loi de finances rattaché à l'examen de ces crédits.*

*M. Jean Chérioux est intervenu pour souligner la démarche nuancée et l'analyse approfondie qui ont précédé l'expression de l'avis du rapporteur.*

*Il a rappelé que cet avis devait être rapproché de celui présenté par M. Charles Descours sur les crédits consacrés à la sécurité sociale et conduisait donc à un rejet global, par la commission, de la politique sanitaire et sociale du Gouvernement.*

*M. Jean Madelain a condamné les procédures d'indexation des prestations familiales qui aboutissent à remettre en cause le*

*maintien du pouvoir d'achat de ces prestations. Il a en outre critiqué sévèrement les attermolements du Gouvernement constatés dans la mise en oeuvre de la lutte contre le tabagisme, en insistant particulièrement sur les hausses retardées du prix du tabac.*

*Mme Hélène Missoffe a souligné que la France était parvenue, dans la gestion de son système de santé, à un point de rupture. Elle a mis sur le compte des erreurs de gestion commises depuis 1981, la gravité de la situation actuelle. Elle a enfin souhaité que de plus larges développements soient consacrés à la gestion des fonds confiés à l'association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des handicapés (A.G.E.F.I.P.H.).*

*M. Paul Souffrin, après avoir constaté avec le rapporteur pour avis qu'il existait un grand nombre de postes vacants en milieu hospitalier, a toutefois précisé qu'il existait des disparités considérables entre les établissements. Il a ajouté que la situation s'était fortement dégradée au cours de la période récente.*

*Il a enfin rejoint les précédents orateurs pour regretter la faiblesse des initiatives du Gouvernement dans la lutte contre le tabagisme.*

*M. Claude Huriet a insisté sur les conditions du financement de certaines dispositions de la loi du 20 décembre 1988.*

*Il s'est interrogé sur les conditions budgétaires de la transformation de la direction de la pharmacie et de la création de l'Agence du médicament.*

*Il a enfin souhaité que les établissements hospitaliers soient autorisés à ouvrir une ligne budgétaire consacrée spécifiquement à la recherche.*

*M. Franck Sérusclat a regretté la prise de position finale du rapporteur pour avis qui, malgré sa position nuancée sur certains aspects du budget, n'en a pas moins condamné une politique de santé que la manifestation du 17 novembre dernier, par ses ambiguïtés, a suffi à justifier.*

*M. Guy Penne a rappelé qu'il convenait de continuer de permettre aux établissements hospitaliers de participer aux efforts de recherche et d'expérimentation médicales.*

*Mme Marie-Claude Beaudeau a fait observer au rapporteur pour avis que les créations de places en centres d'aide par le travail, semblaient ne pas être effectuées partout dans de bonnes conditions et laissaient apparaître des inégalités entre les départements.*

*Le rapporteur pour avis s'est engagé à reprendre dans son rapport les observations particulières présentées par les intervenants, qu'il s'agisse notamment de celles relatives à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme ou de celles consacrées à l'évolution des prestations et de l'action sociale.*

*M. Jean-Pierre Fourcade, président, a formulé deux observations. Il a d'une part rappelé que l'A.G.E.F.I.P.H. disposait d'un excédent financier fort important, actuellement évalué à 1,3 milliard de francs. Il a souligné l'urgence de définir les conditions de l'utilisation de tels crédits, tant paraissait forte la préoccupation exprimée par le ministre délégué du budget de récupérer, partout où elles se trouvent, les ressources publiques non utilisées.*

*Il a d'autre part indiqué que, selon lui, la lourdeur des procédures était en grande partie responsable de la crise de recrutement des praticiens hospitaliers.*

*Il a souhaité à cet égard qu'une décentralisation de ces procédures soit entreprise.*

*La commission a alors, conformément à la proposition de son rapporteur pour avis, émis un avis défavorable à l'encontre des crédits des affaires sociales et de l'intégration contenus dans la loi de finances pour 1992, ainsi qu'à l'encontre de l'article 84 de ladite loi, rattaché à l'examen de ces crédits.*