

N° 62

SÉNAT

PREMIÈRE SESSION ORDINAIRE DE 1981-1982

Annexe au procès-verbal de la séance du 23 novembre 1981.

A V I S

PRÉSENTÉ

*au nom de la Commission des Affaires sociales (1) sur le projet de loi
de finances pour 1982, ADOPTE PAR L'ASSEMBLEE NATIONALE.*

T O M E II

**SOLIDARITÉ NATIONALE
SANTÉ**

Par M. Jean CHÉRIOUX,

Sénateur.

(1) *Cette commission est composée de : MM. Robert Schwint, président ; André Rabineau, Victor Robini, Louis Boyer, Jean Chérioux, vice-présidents ; Roger Lise, Jacques Bialski, Hubert d'Andigné, Hector Viron, secrétaires ; Jean Amelin, Pierre Bastié, Mme Marie-Claude Beaudeau, MM. Henri Belcour, Jean Béranger, Noël Berrier, André Bohl, Charles Bonifay, Pierre Bouneau, Louis Caiveau, Jean-Pierre Cantegrit, Marc Castex, Henri Collette, Michel Crucis, Georges Dagonia, Charles Ferrant, Marcel Gargar, Jean Gravier, André Jouany, Louis Jung, Louis Lazuech, Mme Geneviève Le Bellegou-Béguin, MM. Bernard Lemarié, Pierre Louvot, Jean Madelain, André Méric, Mme Monique Midy, MM. Michel Moreigne, Jean Natali, Charles Ornano, Bernard Pellarin, Raymond Poirier, Henri Portier, Paul Robert, Gérard Roujas, Pierre Sallenave, Louis Souvet, René Touzet, Georges Treille, Jean Varlet.*

Voir les numéros :

**Assemblée nationale (7^e législ.) : 450 et annexes, 470 (annexe 34), 471 (tome XV) et in-8° 57.
Sénat : 57 et 58 (annexe 29) (1981-1982).**

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

SOMMAIRE

	Pages
— Un nouveau découpage ministériel	5
— Qui n'est pas sans risque quant à la cohérence de l'action menée	6
— Les attributions des nouveaux ministères et la répartition des services	7
— Une nouvelle politique et beaucoup d'inconnues	8
PREMIÈRE PARTIE. — PRÉSENTATION DES CRÉDITS CONSACRÉS A LA SANTÉ ET A LA SOLIDARITÉ NATIONALE	9
— Les crédits globaux	9
— La section commune : un renforcement des moyens	10
— Les grandes masses des crédits de santé et d'action sociale	11
• 96 % de dépenses ordinaires	11
— Crédits et actions nouvelles	12
1. — <i>Renforcement des moyens des services</i>	12
2. — <i>Dans les crédits d'intervention, part toujours considérable des dépenses obligatoires, mais croissance relative des dépenses « volontaires »</i>	14
a) Des crédits pour la formation des personnels	14
b) Le remboursement de la participation de l'Etat aux dépenses obligatoires d'aide sociale et médicale	14
c) Des crédits en nette augmentation pour financer des programmes de protection et de prévention sanitaires qui relèvent du Ministre de la Santé	18
d) Des crédits également accrus pour financer des programmes d'action sociale qui relèvent de la solidarité nationale	19
3. — <i>Les dépenses en capital</i>	20
DEUXIÈME PARTIE. — LES OBSERVATIONS DE LA COMMISSION FACE AUX PREMIÈRES MESURES ANNONCÉES PAR LE GOUVERNEMENT EN MATIÈRE DE SANTÉ	23
I. — Orientations générales et premières mesures	23
a) Les orientations prioritaires	23
b) Les mesures d'ores et déjà prises	24
1) En ce qui concerne la politique hospitalière	24
2) En ce qui concerne les médecins	25
3) Et le secteur paramédical	25
c) Les intentions et prises de position	26
— les nouvelles priorités	26
d) Rupture et continuité	27

II. — Les mises en garde de la Commission des Affaires Sociales : la crainte d'une remise en cause de l'acquis	29
1. — En matière de médecine ambulatoire : ne pas décourager l'exercice libéral	30
a) Le danger d'un « gel » de la sélection	31
b) Les inconnues de la « réforme de la réforme » des études médicales ..	33
c) L'ambiguïté des centres de santé intégrés et les premières fausses notes	33
2. — En matière de politique hospitalière : ne pas nier les efforts entrepris	36
a) Un grand effort d'équipement et d'humanisation	36
1. Le développement et l'adaptation des capacités hospitalières	36
2. L'humanisation des hôpitaux	41
b) La recherche d'une plus grande rigueur dans la gestion financière	43
c) Une inquiétude quant aux nouvelles mesures prises par le Gouvernement	44
1. Le rétablissement des budgets supplémentaires de 1981 et la procédure de fixation des prix de journée	44
2. Les mesures envisagées pour simplifier la gestion des établissements	47
3. L'attitude à l'encontre du secteur privé	48
• La suppression du secteur privé à l'hôpital public	48
• La « tolérance » à l'égard des hôpitaux privés	49
4. Deux incertitudes	49
• La politique du personnel	49
• La décentralisation	49
d) Le rappel des positions de la Commission sur la politique hospitalière.	50
1. Un recours conditionnel au budget supplémentaire	50
2. Les limites des expériences de tarification	51
 TROISIÈME PARTIE. — OBSERVATIONS DE LA COMMISSION EN MATIÈRE D'ACTION SOCIALE	 55
I. — Intentions et premiers actes	55
• <i>Les intentions</i>	55
— La volonté exprimée de mettre fin à une politique d'assistance	55
• <i>Les mesures déjà prises</i>	56
— Les mesures immédiates	56
— Mesures en faveur des personnes âgées	57
 II. — Les préoccupations de la Commission des Affaires Sociales	 59
A. — L'inconnue de la décentralisation	59
1. Le rappel du dispositif adopté en 1979 et 1980	60
2. Les incertitudes actuelles	63
B. — Les personnes âgées	63
1. Les objectifs poursuivis face aux contraintes actuelles	64

2. Les réalisations à ne pas remettre en cause	67
a) L'amélioration des ressources	67
b) La politique du maintien à domicile	67
• Principes	68
• Réalisation	69
c) Les efforts en matière d'hébergement	71
C. — <i>Les modes de garde de la petite enfance</i>	74
1. L'amélioration possible des structures existantes	75
2. Une voie originale : une prestation familiale nouvelle	76
CONCLUSION GÉNÉRALE	79
LES TRAVAUX DE LA COMMISSION	81
1. — Auditions des Ministres	81
2. — La réunion de Commission	85
ANNEXES	89

Mesdames, Messieurs,

C'est une *structure gouvernementale nouvelle*, jamais encore réalisée malgré de nombreuses expériences de "découpage ministériel" qui a en charge, depuis mai 1981, le domaine de la protection sanitaire et sociale.

Au précédent Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale auquel étaient adjoints deux Secrétariats d'Etat, l'un à la Sécurité Sociale, l'autre à l'Action Sociale, viennent en effet de succéder d'une part un vaste Ministère de la *Solidarité Nationale* auquel sont attachés trois Secrétariats d'Etat, chargés respectivement de la famille, des personnes âgées et des immigrés et, d'autre part, un Ministère de la *Santé*, totalement autonome, dont a été disjointe la recherche médicale, rattachée pour sa part au Ministère de la recherche et de la technologie.

La Sécurité Sociale, qui relevait avant le 23 juin 1981 d'un Secrétariat d'Etat spécifique dépendant du Ministère de la Solidarité est, depuis cette date, sous la tutelle directe de ce Ministère et donc totalement indépendante de celui de la Santé qui a déjà vu se succéder en quelques mois deux titulaires.

Ce nouveau découpage n'est qu'une nouvelle étape dans la recherche de structures gouvernementales et administratives adaptées à la maîtrise et la gestion de ce vaste domaine des Affaires Sociales.

Le passé, même récent, témoigne en effet de la fréquence des changements d'appellation et de structures ainsi que des mouvements de "va et vient" constants qu'ont connus les diverses directions et services créés au fur et à mesure des besoins⁽¹⁾.

Cette nouvelle répartition des compétences gouvernementales n'ayant entraîné aucun changement dans la présentation des documents budgétaires, votre Commission des Affaires Sociales a estimé souhaitable, dans un souci de cohérence, de maintenir également en l'état, pour cette année, les modalités de l'examen pour avis des crédits qui la concerne. C'est donc un même et seul rapporteur qui vous fera part cette année

(1) Cf à ce sujet : Albert Ziegler "Historique du Ministère" dans la Revue Française des Affaires Sociales - octobre-décembre 1980.

encore des observations de la Commission sur le budget de la Solidarité Nationale et de la Santé.

Il ne peut s'empêcher à la suite de cet éclatement des structures, et après d'autres observateurs, d'exprimer ses craintes quant à la cohérence nécessaire et souhaitable de l'action à mener, notamment en matière de santé, à tous niveaux, qu'il s'agisse du Gouvernement et des administrations centrales ou des services extérieurs, notamment départementaux. Et ce, alors même que vient à nouveau de se diviser la Direction Générale de la Santé et des hôpitaux dont la réunification avait été saluée comme un progrès (1).

Certes le rassemblement en même lieu des divers ministres, l'existence de services communs placés sous l'autorité du Ministre de la Solidarité Nationale et mis à la disposition du Ministre de la Santé, en même temps qu'un souci affiché de cohésion et de consultation réciproques, devraient faciliter la concertation.

Mais, même si, sur le plan organique, les personnels des administrations restent communs et les liaisons fonctionnelles entre les différentes directions inchangées, même si aucune modification n'est prévue quant à l'organisation des services extérieurs, on ne peut manquer d'éprouver quelques appréhensions. Ne serait-ce qu'en constatant que le Ministre de la Santé se trouve privé de la tutelle des organismes de sécurité sociale et peut être ainsi conduit à négliger les implications financières des mesures qu'il propose, voire l'évolution générale des dépenses de santé et le coût croissant de notre système de soins.

Ces appréhensions sont accrues du fait que chaque ministre entend mener une "politique globale", dont certains aspects empiètent inévitablement sur les compétences des autres départements et impliquent en conséquence une coordination très active.

Ces observations mises à part, il n'est pas inintéressant de rappeler les *attributions actuelles* des ministères sociaux qui nous préoccupent (2).

(1) Ces attributions ont été fixées par les textes suivants :

Ministère de la Solidarité Nationale :

— décret n° 81-694 du 6 juillet 1981 (J.O. du 7 juillet 1981)

Ministère de la Santé :

— décret n° 81-713 du 23 juillet 1981 (J.O. du 24 juillet 1981)

Secrétariat d'Etat auprès du Ministre de la Solidarité Nationale, chargé de la famille :

— décret n° 81-686 du 2 juillet 1981 (J.O. du 3 juillet 1981)

Secrétariat d'Etat auprès du Ministre de la Solidarité Nationale, chargé des personnes âgées :

— décret n° 81-687 du 2 juillet 1981 (J.O. du 3 juillet 1981)

Secrétariat d'Etat auprès du Ministre de la Solidarité Nationale, chargé des immigrés :

— décret n° 81-688 du 2 juillet 1981 (J.O. du 3 juillet 1981).

(2) Décret n° 81-1008 du 10 novembre 1981.

Le ministre de la Solidarité Nationale qui apparait comme le grand responsable de l'action menée, est ainsi chargé "de développer et de renforcer la solidarité entre les individus, les familles et les groupes sociaux.

«Il oriente et coordonne les initiatives prises en la matière par les pouvoirs publics et, dans le cadre des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, celles prises par les organismes chargés de la sécurité sociale ou de la protection sociale.

«Il veille à ce que les départements ministériels chargés de mettre en œuvre la politique sociale disposent des moyens nécessaires...

«Le ministre... exerce les attributions précédemment dévolues au ministre du travail en ce qui concerne la population immigrée et au ministre de la santé en ce qui concerne l'action sociale, la sécurité sociale et la politique familiale...»

Sont en conséquence placées sous son autorité:

- l'Inspection générale des affaires sociales;
- la direction de l'administration générale, du personnel et du budget;
- la direction de la sécurité sociale;
- la direction de l'action sociale;
- la direction de la population et des migrations;
- la division des relations internationales.

En conséquence, l'action sociale, la Sécurité Sociale et la politique familiale relèvent désormais du Ministère de la Solidarité, le Ministre de la Santé ne gardant quant à lui que la responsabilité de la définition de la politique de la Santé et de sa mise en œuvre; il dispose à cet effet de:

- la direction de la Santé;
- la direction des hopitaux, toutes deux issues de la direction générale de la Santé et des hopitaux dont on peut regretter l'éclatement ;
- la direction de la pharmacie et du médicament ;
- le laboratoire national de la Santé.

Il dispose aussi pour l'exercice de ses attributions propres de l'Inspection générale des Affaires Sociales, de la direction de l'administration générale du personnel et du budget ainsi que la Division des relations internationales et en tant que de besoin de la Direction de l'action sociale.

Chaque ministre exerce en outre la tutelle des établissements et organismes qui correspondent à ses attributions.

Votre Commission des Affaires Sociales, a, dès la constitution définitive du nouveau Gouvernement et à l'occasion de l'examen en juillet des crédits du projet de loi de finances rectificatives pour 1981, pris immédiatement l'initiative d'auditionner les nouveaux Ministres et de les interroger sur les actions qu'ils entendaient mener. Elle vient de renouveler ces auditions avant de procéder à l'examen de la présente loi de Finances.

Elle est restée très attentive d'autre part aux déclarations d'intentions formulées de toutes parts, à l'annonce des mesures envisagées et des décisions prises. **Elle constate que c'est une nouvelle politique qui se met en place dont il est difficile de cerner encore les données et les implications.**

Une inconnue surtout demeure: l'impact du projet de loi relatif à la décentralisation sur l'action sanitaire et sociale. Votre Commission, dans un passé récent, puis dans les quelques jours qui précèdent, a eu l'occasion de se pencher longuement sur ce problème difficile. Elle a pris des options et opéré des choix qu'elle vient d'ailleurs de renouveler⁽¹⁾.

Elle se trouve aujourd'hui à cet égard devant de grandes incertitudes du fait de sa méconnaissance des intentions réelles du gouvernement, alors même qu'elle mesure l'ampleur des conséquences de toute décision en la matière.

Devant cette politique nouvelle encore incertaine, il lui est apparu indispensable sur ces problèmes essentiels qui se sont posés et qui se posent encore en matière de santé et d'action sociale, de rappeler les positions de la Commission dont l'objet essentiel a été de tendre à améliorer le système progressivement mis en place, au besoin par de sérieuses mises en garde. **Elle n'entend pas en effet aujourd'hui voir remis en cause un héritage qu'elle estime être largement positif.**

C'est la raison pour laquelle après une rapide présentation des crédits budgétaires seront formulées diverses observations, et reprises certaines de nos propositions.

(1) Cf à ce sujet — l'avis n° 337 (Sénat 2^e session 1978-1979) de M. Jean Cherioux sur le projet de la loi pour le développement des collectivités locales. — L'avis n° 49 (Sénat 1^{er} Session 1981-1982) de M. Jean Madelain sur le projet de loi relatif aux droits et libertés des communes, des départements et des régions.

PREMIERE PARTIE

PRESENTATION DES CREDITS CONSACRES A LA SANTE ET A LA SOLIDARITE NATIONALE

La nouvelle répartition des compétences des ministères sociaux n'ayant eu que peu d'incidences sur les documents budgétaires, le projet de budget pour 1982 comporte, comme les années passées, trois sections :

— la section commune qui regroupe essentiellement les moyens des administrations centrales des trois ministères, ainsi qu'une partie des moyens de leurs services extérieurs ;

— la section Santé et Solidarité nationale ;

— la section Travail.

Comme il est d'usage, le présent avis sera consacré essentiellement à l'examen des crédits de la seconde section, à l'exclusion des subventions aux régimes sociaux qu'elle contient, et qui seront examinés par notre collègue Boyer, dans le cadre de son avis relatif à la sécurité sociale.

— Les crédits globaux.

Globalement, les crédits qui nous concernent s'élèvent, sans tenir compte de la section commune (1,25 milliard), à **36,878 milliards**, soit une progression d'environ 15 % par rapport aux crédits initialement votés pour 1981, mais de 18 % à structure budgétaire constante.

Le transfert de la recherche au ministère de ce nom⁽¹⁾ empêche en effet toute comparaison strictement exacte, de même que le glissement des

(1) Les crédits de recherche alloués à l'Institut national de la Santé et de la recherche médicale et aux instituts Pasteur sont transférés au ministère de la Recherche et de la Technologie.

Le ministère de la Santé conserve le financement de l'Institut Curie (section de biologie), de même que du Service central de protection contre le rayonnement ionisants, y compris pour les crédits de recherche. Le ministère de la Santé conserve également la maîtrise de la fraction "hors recherche" des crédits de subventions versés aux établissements de recherche: INSERM et institut Pasteur.

actions sociales en faveur des migrants du ministère du Travail à celui de la Solidarité.

Nous soulignerons cependant que ce taux de progression est supérieur à celui enregistré l'an passé, qui n'était que de 11 %, mais qu'il reste inférieur non seulement au taux d'augmentation de l'ensemble des crédits budgétaires (27,5 %) mais aussi au taux d'inflation prévisible.

Il n'en reste pas moins que ces crédits ne correspondent qu'à une très faible part des dépenses totales de santé et d'action sociale: à peine 1/7^e.

Projet de loi de Finances	Progression du Budget de l'Etat	Progression du budget Santé/Action sociale
1978	12,47 %	21,8 %
1979	15,20 %	18,10 %
1980	14,3 %	13,7 %
1981	14,57 %	19,9 %
1982	27,5 %	14,88 %

— La section commune

De la section commune, qui retrace les moyens mis à la disposition des administrations centrales, en personnel et matériel, nous retiendrons essentiellement que les crédits qui lui sont affectés atteignent 1,25 milliard, soit une augmentation de 25 %.

- Dépenses ordinaires+ 227,7 milliards, soit + 23,6 %
- Dépenses en capital+ 24 millions de crédits de paiement, soit + 59 %
 - + 16,4 millions d'autorisations de programme nouvelles, soit+ 39,5 %

Cet accroissement correspond à un *renforcement très sensible des moyens*, déjà amorcé dans la loi de finances rectificative pour 1981.

Parmi les mesures nouvelles ainsi envisagées, nous retiendrons la création de 30 emplois à l'administration centrale et la création de 55 postes en vue de la résorption des agents vacataires. Au total, c'est 92 postes supplémentaires qui seront ainsi créés, portant les effectifs, pour 1982, à un peu moins de 3 500 personnes.

— Les grandes masses des crédits de santé et d'action sociale

Les crédits, comme l'an passé, sont constitués à plus de 96 % de *dépenses ordinaires* et moins de 4 % de dépenses en capital, les premières progressant de 16 % et les secondes de 13,5 % (contre une diminution, il faut le rappeler, de 11,3 % l'an passé).

Les *dépenses ordinaires* (35,5 milliards) évoluent suivant leur nature, avec des différences notables.

Si les dépenses "obligatoires", qui constituent toujours l'immense masse (88 %) des dépenses ordinaires progressent à un rythme comparable à celui du budget d'ensemble, avec des différences importantes selon les chapitres, les crédits qui traduisent la "marge d'initiative" du gouvernement s'accroissent sensiblement, qu'il s'agisse de prévention sanitaire, d'action sociale ou du renforcement des moyens des services. Ils restent cependant peu importants dans l'absolu et *les lignes générales de ce budget traduisent une étonnante continuité.*

Les évolutions sont les suivantes:

— <i>dépenses de fonctionnement</i> (hors transfert recherche)	
Titre III (moyens des services)	+ 23,5 %
Titre IV (interventions publiques)	+ 18 %

— *dépenses d'équipement*:

Titre V (investissements publics): 87,4 millions d'autorisations de programme nouvelles contre 39,3 millions en 1981.

Titre VI (subventions d'investissement): 1630 millions d'autorisations de programmes ouvertes contre 1221 millions en 1981.

Malgré l'unicité du document budgétaire présenté au Parlement, les services budgétaires communs aux ministères concernés ont tenté une répartition globale des crédits selon qu'ils relèvent de la Santé ou de la Solidarité Nationale.

Outre une masse d'environ 1,5 milliard qui permet de financer l'essentiel des moyens des services extérieurs des Affaires sanitaires et sociales et de l'Ecole nationale de la Santé publique, on peut ainsi affecter environ 30 milliards aux dépenses de solidarité (soit plus 16,8 % par rapport aux crédits correspondants de 1981, hors incidence des transferts) et un peu plus de 5 milliards aux dépenses de santé, soit plus 29 % si l'on tient compte des transferts de crédits au ministère chargé de la recherche.

— **Crédits et actions nouvelles**

Pour examiner rapidement l'ensemble de ces crédits, nous garderons quant à nous notre "grille" habituelle, nous réservant de distinguer entre santé et solidarité, en ce qui touche les seules orientations volontaristes des ministères.

1. — *Un renforcement des moyens des services*

Les moyens des services inscrits au Titre III, et qui concernent essentiellement les services extérieurs, se trouvent sensiblement accrus, si l'on tient compte du transfert de l'essentiel des crédits relatifs à l'INSERM au ministère chargé de la recherche.

A structure constante, l'accroissement est de 26 % et s'explique surtout par l'extension en année pleine d'emplois créés par le collectif de 1981 et de nouvelles créations tant dans les services extérieurs au niveau des directions régionales des affaires sanitaires et sociales (672 emplois) qu'en santé scolaire (300 postes dont 135 de médecins contractuels).

De même, sont renforcés les effectifs du laboratoire national de la santé et de l'école nationale de la santé publique.

Si l'on tient compte des créations dans l'administration centrale et dans les services extérieurs, c'est plus de 1 100 emplois supplémentaires qui sont prévus dans le présent budget.

CREATIONS D'EMPLOIS

Projet de budget 1982

(et compte tenu des suppressions et transferts d'emplois)

● Administration centrale	+ 92
● Directions régionales et départementales des Affaires sanitaires et sociales	+ 974
● Laboratoire national de la Santé	+ 20
● Centre des monitrices de Dieppe	+ 40
Total	1 126

**EFFECTIFS DES DIRECTIONS REGIONALES
ET DEPARTEMENTALES DES AFFAIRES SANITAIRES
ET SOCIALES**

Emplois	Effectifs budgétaires au 1/1/1981	Collectif budgétaire 1981	Total 1982
I. — Personnel médical et social			
Corps des médecins inspecteurs de la santé	296		296
Corps provisoire des médecins de la santé publique	313		313
Pharmaciens inspecteurs de la santé	106		106
Assistants sociales	1 435	1	1 436
Infirmières	934		934
Adjointes de service de santé scolaire	317		317
Conducteurs d'automobile	47		47
Personnel du contrôle sanitaire aux frontières ...	73		73
	3 521	1	3 522
II. — Personnel administratif			
Directeurs, chefs de service, directeurs adjoints des affaires sanitaires et sociales	276		276
Inspecteurs des affaires sanitaires et sociales	1 812	112	1 924
Attachés de statistiques	24		24
Personnel du cadre B	2 512		2 512
Personnel administratif d'exécution Cat. C et D)	5 259	215	5 474
Agents de service et téléphonistes	196	35	231
	10 079	362	10 441
III. — Personnel non titulaire			
Médecins contractuels	632	112	744
Agents contractuels de 1 ^{re} catégorie	52		52
Agents contractuels de 3 ^e catégorie	65		65
Agents contractuels de 4 ^e catégorie	4		4
	753	112	865
Total général	14 353	475	14 828

2. — Dans les crédits d'intervention, part toujours considérable des dépenses obligatoires mais croissance relative des dépenses "volontaires"

L'ensemble des dépenses incrites au Titre IV, qui regroupe toutes les interventions publiques, s'élève à 33,75 milliards, soit une progression d'environ 18 %. On y trouve essentiellement :

a) des crédits consacrés à la *formation des personnels de santé et d'action sociale*: 921 millions (+ 25 %). Ils permettront d'aider au financement de la formation continue des professions médicales et paramédicales et de la formation initiale de ces mêmes professions. Est ainsi prévue la rémunération des maîtres de stage des étudiants en médecine et une amélioration très sensible des crédits consacrés à la formation des travailleurs sociaux.

Les mesures nouvelles en ce domaine se répartissent entre des crédits d'actualisation, des crédits destinés à financer le conventionnement des centres de formation en exécution de l'article 29 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, et des crédits affectés à la formation de dirigeants d'associations et de personnels appelés à apporter leur concours aux personnes âgées.

Les bourses offertes aux travailleurs sociaux se trouvent également majorées (+ 41,4 %), de même que devrait être assurée la gratuité des études dans l'ensemble des écoles paramédicales publiques.

b) des crédits consacrés à *rembourser la participation de l'Etat aux dépenses obligatoires d'aide sociale et médicale*:

— Aide médicale	3,5	milliards	} 23 milliards
— Aide sociale	16,65	»	
— Dépenses de prévention	3,02	»	

Nous rappellerons une fois de plus l'ampleur des sommes en cause, qui échappent très largement à la maîtrise de l'Etat puisqu'elles sont engagées par les collectivités locales et que les crédits correspondants sont provisionnels.

Leur accroissement reste, comme l'an passé, variable et inférieur à la moyenne des dépenses budgétaires. Aussi est-il permis de douter de leur suffisance face aux besoins actuels, une sous-estimation des crédits rendant nécessaire en cours d'année des réajustements plus ou moins importants.

	1982/1981	1981/1980	1980/1979
Aide médicale	- 1 %	+ 10,53 %	+ 7,45 %
Aide sociale:	+ 19,39 %	+ 14,98 %	+ 19,08 %
• enfance	+ 18,07 %	+ 14,27 %	+ 14,07 %
• personnes âgées	+ 13,75 %	+ 24,25 %	+ 7,04 %
• infirmes	+ 24,04 %	+ 6,09 %	+ 40,07 %

Pour la première fois, et essentiellement en raison de la généralisation de l'assurance maladie, les crédits d'aide médicale diminuent. Il n'en est pas de même de ceux consacrés à l'aide sociale qui progressent de près de 20 %.

L'aide à l'enfance "consomme" comme l'an passé 59 % des crédits, les personnes âgées environ 12 % et l'aide aux infirmes 17,3 %.

S'agissant tant de l'aide sociale à l'enfance que de l'aide aux personnes âgées, la part des frais d'hébergement est évidemment très lourde (près de 90 %).

C'est ainsi que, pour les personnes âgées, en 1979, toutes parts respectives de l'Etat et des collectivités locales confondues, les frais d'hébergement se sont élevés à 4,147 milliards
 le coût des allocations mensuelles à 21,2 millions
 celui des aides ménagères à 760,2 millions
 et celui des foyers restaurants à 91,3 millions

Notons aussi que les prévisions de dépenses totales engagées en 1981 par les collectivités locales s'élèvent à 24,668 milliards, comprenant près de 11 milliards pour l'aide à l'enfance, 6,6 milliards pour l'aide aux infirmes et plus de 5 milliards pour l'aide aux personnes âgées.

Nous avons insisté ces dernières années, sur les efforts menés pour une meilleure maîtrise des dépenses, qu'il s'agisse de rationaliser la politique d'équipement social, de contrôler l'évolution des rémunérations des personnels, d'orienter l'évolution des prix de journée, d'améliorer la qualité de la gestion ou même de définir de nouveaux principes d'action en faveur de la démedicalisation de certains services et de la priorité accordée au maintien en milieu ouvert. On ne peut s'empêcher de craindre que les nouvelles orientations et priorités ne remettent en cause cette recherche de rigueur qui est aussi la condition d'une action efficace.

A ces crédits de caractère provisionnel, relatifs à l'aide médicale et l'aide sociale, il convient d'ajouter parmi les dépenses obligatoires ou inéluctables :

— celles qui relèvent du chapitre 46-41 destinées au fonctionnement des services départementaux d'aide sociale et des commissions d'orientation des handicapés et qui constituent également un remboursement au profit des collectivités locales;

— la majoration des rentes mutualistes des anciens combattants qui figure au chapitre 47-22;

— et surtout, les subventions à divers régimes de protection sociale (chapitre 47-23).

Au total, ces dépenses obligatoires dépassent 28,86 milliards.

EVOLUTION DES DEPENSES D'AIDE MEDICALE ET D'AIDE SOCIALE

Années		Chapitre 46-11 Aide médicale		Chapitre 46-21 Aide sociale	
1975	Crédits (1)	% de variation	2 495 100 00		4 945 031 100
1976	+ Total	+ 15,79 %	393 900 000 + 2 2 889 000 000	+ 13,33 %	+ 659 282 500 5 604 313 600
1977	— Total	+ 6,47 %	— 186 900 000 2 702 100 000	+ 15,74 %	— 882 300 000 6 486 613 600
1978	+ Total	+ 15,06 %	+ 406 900 000 3 109 000 000	+ 21,71 %	+ 1 408 386 400 7 895 000 000
1979	+ Total	+ 4,89 %	+ 152 000 000 3 261 000 000	+ 28,18 %	+ 2 225 000 000 10 120 000 000
1980	+ Total	+ 7,46 %	+ 243 000 000 3 504 000 000	+ 19,84 %	+ 2 008 000 000 12 128 000 000
1981	+ Total	+ 1,05 %	+ 36 910 000 3 540 910 000	+ 14,98 %	+ 1 816 804 000 13 944 804 000
Augmentation de 1975 à 1981			+ 41,9 %		+ 181,9 %

(1) loi de finances initiale

EVOLUTION DES CREDITS D'AIDE SOCIALE — CHAPITRE 46-21

(Loi de finances initiale)

Articles	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981
10 — Aide sociale à l'enfance	3 214 200 000	3 796 200 000	4 493 300 000	5 159 678 000	6 395 872 000	7 295 872 000	8 337 615 000
21 — Aide sociale aux infirmes, aveugles et grands infirmes	970 720 000	1 004 720 000	1 004 720 000	1 329 725 000	1 544 047 000	2 173 000 000	2 323 500 000
22 — Aide sociale aux personnes âgées	690 840 000	718 840 000	767 240 000	1 002 500 000	1 318 781 000	1 416 600 000	1 760 200 000
25 — Allocation de loyer	3 100 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	200 000	200 000	200 000
31 — Aide à la famille	8 053 600	8 053 600	7 600 000	11 200 000	13 500 000	8 670 000	7 552 000
35 — Centres d'hébergement	48 500 000	65 500 000	201 153 600	378 097 000	438 200 000	594 385 000	681 864 000
36 — Prévention et réadaptation	7 600 000	8 500 000	10 100 000	11 300 000	9 900 000	13 400 000	13 700 000
40 — Service social	—	—	—	—	398 000 000	624 773 000	819 073 000
Total	4 943 013 600	5 602 813 600	6 485 113 600	7 893 500 000	10 118 500 000	12 126 900 000	13 943 704 000
% d'augmentation	+ 11,77 %	+ 13,60 %	+ 17,84 %	+ 21,98 %	+ 16,56 %	13,02 %	

c) Des crédits en nette augmentation pour financer des programmes de protection et de prévention sanitaire qui relèvent du Ministère de la Santé

Outre, le renforcement de la médecine scolaire déjà mentionnée, la priorité accordée à la prévention apparaît dans le doublement (118 %) des crédits inscrits aux chapitres 47-13 (programmes de protection et prévention sanitaire) et 47-14 nouveau (lutte contre l'alcoolisme et autres actions de prévention spécifiques).

C'est au total plus de 249 millions, somme qui reste dérisoire face à l'importance des dépenses obligatoires, qui seront donc consacrés à ces actions parmi lesquelles nous retiendrons surtout le financement de programmes régionaux de prévention sanitaire et les actions en faveur de la santé scolaire et la petite enfance.

Globalement, la politique de prévention semble s'orienter autour de 3 axes :

— La protection de l'enfant, de la naissance à la fin de la scolarité obligatoire : le service de santé scolaire dont les moyens étaient restés pratiquement stables depuis vingt ans sera renforcé, nous l'avons signalé, par la création de 300 emplois à raison de 135 médecins contractuels, 65 infirmières et 100 assistances sociales, ces créations s'ajoutant aux 112 emplois de médecins créés par la loi de finances rectificative pour 1981 et aux 11 emplois de médecins contractuels créés par transformation d'emplois. A ces créations d'emplois, il convient d'ajouter 12 millions de crédits de matériel et d'intervention. En ce qui concerne la petite enfance, outre le développement de la P.M.I. au niveau départemental (+ 161 millions F par rapport à 1981), il est demandé 5 millions F pour améliorer la surveillance de la grossesse et de l'accouchement.

On peut toutefois se demander si un tel renforcement de la médecine scolaire qui supposait à l'évidence une réforme profonde du contenu de ce type de prévention et la définition de nouvelles orientations, aura en l'absence de cette réflexion préalable nécessaire toute l'efficacité que l'on peut en attendre. Votre commission se permet d'en douter ;

— La création de programmes régionaux de prévention sanitaire par l'ouverture d'un crédit de 55 millions F. Ces crédits déconcentrés sont essentiellement destinés à permettre de financer — ou de co-financer — des actions de prévention définies au niveau régional en fonction des besoins ressentis à ce niveau. Ils devraient faciliter ainsi la création d'observatoires régionaux de la santé chargés de regrouper et d'exploiter les informations épidémiologiques disponibles et de développer la connaissance de l'état sanitaire régional. Les crédits permettront de financer éga-

lement pour un montant de l'ordre de 5 millions F, des actions régionales de formation continue orientées vers la prévention ;

— Le financement d'actions spécifiques de prévention comme la lutte contre l'alcoolisme. Des crédits sont prévus également pour développer les connaissances sur les risques sanitaires liés à l'environnement pour le développement des secours d'urgence et enfin pour financer des actions spécifiques tendant à améliorer la qualité des soins et à apporter des aides aux associations de malades.

d) Des crédits également accrus pour financer des programmes d'action sociale qui relèvent de la solidarité nationale.

C'est de plus de 60 % que s'accroissent les crédits du chapitre 47-21 consacrés aux programmes d'action sociale volontaire souhaités par le Gouvernement et dont le montant total dépasse 420 millions. L'ampleur du pourcentage ne doit pas, là encore cacher qu'en valeur absolue, ces montants restent limités, surtout si on les compare aux dépenses obligatoires.

Les « mesures nouvelles » consistent essentiellement à consolider les 1 250 emplois déjà créés de collectif 1981 (500 agents coordonnateurs d'intervention en faveur des personnes âgées, 250 auxiliaires de vie, 250 animateurs FONJEP et 250 agents des services sociaux). Ils permettront ainsi de subventionner la création de 1 050 emplois nouveaux :

— 300 animateurs rétribués par le canal du fonds de coopération de la jeunesse et de l'éducation populaire, pour des maisons familiales de vacances, des foyers de jeunes travailleurs et d'associations diverses ;

— 500 auxiliaires de vie pour les handicapés afin d'accroître le nombre et les possibilités d'intervention des services chargés de faciliter le maintien à domicile des personnes handicapées ;

— et 250 agents des services sociaux afin d'améliorer les actions préventives menées par certains centres sociaux et les équipes participant à la protection de l'enfance.

Ils devraient enfin financer une intensification d'actions jugées prioritaires, comme la réalisation de centres de services pour les associations et l'accueil de réfugiés indochinois, une campagne d'information et de sensibilisation de l'opinion sur l'insertion ou la réinsertion socio-professionnelle des handicapés (en application de l'article 56 de la loi d'orientation du 30 juin 1975) un accroissement de la participation de l'Etat au fonctionnement des centres sociaux et une intensification des actions de prévention de la toxicomanie.

Ces crédits s'analysent surtout comme des aides à l'emploi dont on peut craindre d'abord qu'ils ne bénéficient pas nécessairement aux secteurs les plus prioritaires et qu'ensuite ils ne se situent davantage dans une perspective de lutte contre le chômage que dans celle d'une action sociale spécifique.

Soulignons d'autre part que sont transférés du budget du Ministère du Travail à celui de la Solidarité Nationale, les crédits d'intervention sociale en faveur des migrants qui dépassent 100 millions, 40 millions étant consacrés à des « contrats d'agglomération » qui doivent permettre de soutenir l'action menée par les collectivités locales pour une meilleur intégration des immigrés.

Ces dépenses ordinaires — autres que les dépenses obligatoires — et qui traduisent la marge d'action volontariste du Gouvernement s'accroissent donc assez sensiblement mais ne constituent encore qu'une faible masse.

3. — *Les dépenses en capital* restent également relativement limitées, même si elles sont notablement augmentées.

Parmi les investissements exécutés par l'Etat (Titre V), les autorisations de programmes demandées pour 1982 en matière d'équipement sanitaire atteignent 52 millions contre 4,8 l'an passé, les crédits de paiement passant de 6 à 15 millions. En matière d'équipement social, de même les autorisations de programme sont multipliées par deux, l'ensemble des autorisations de programme atteignant 87,4 millions, contre 39,3 en 1981.

Les subventions d'investissement (Titre VI) sont également accrues. 1 630 millions d'autorisation de programme sont prévus contre 1 221 millions en 1981. Outre la poursuite des travaux d'humanisation, la transformation des hospices entraîne un fort accroissement des autorisations de programmes pour l'équipement sanitaire (+ 330 millions). Mais notons que plus de 40 % des crédits consacrés à l'humanisation de CHR ne correspondent qu'à une réévaluation et révision des prix.

De même, s'agissant des subventions d'équipement social, on retiendra surtout l'accroissement de l'aide apportée aux organisations qui créent des places de crèches, qui passe de 50 à 110 millions, soit un accroissement de 120 %. Les autres augmentations proposées concernent les établissements pour enfants handicapés ou inadaptés, pour lesquels il s'agit moins de créer de nouvelles places que de moderniser ou aménager les installations existantes et les établissements sociaux pour personnes âgées pour lesquels sont prévus des équipements de voisinage et une rénovation des établissements les plus vétustes.

Au total, les crédits de paiement pour l'équipement sanitaire s'élèvent à 1,129 milliards et pour l'équipement social à 187 millions.

ÉVOLUTION DU BUDGET SANTE-SOLIDARITÉ

	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982 projet (en millions de francs)
Personnel et moyens des services .. 31.41, 31.42, 31.91, 31.94, 31.96, 33.90, 33.91, 34.11, 34.41, 34.42, 36.21, 36.41, 37.11, 37.51.	571,862	678,891	947,312	1 141,737	1 245,994	1 729,410		
Formation des professions sanitai- res et sociales 43.31, 43.32, 43.33, 43.34, 43.41.	340,694	393,151	484,751	534,582	593,774	648,998	732,349	921,049
Dépenses obligatoires aide sociale . 46.11, 46.21, 46.41.	7 554,911	8 623,600	9 343,533	11 201,600	13 650,265	15 945,265	17 847,168	20 593,242
Dépenses obligatoires santé 47.11, 47.12.	794,167	1 064,267	1 498,867	1 858,461	1 830,461	1 915,461	2 367,01	3 022,641
Programmes de protection et de prévention sanitaire 47.13, + 47.14 en 1982.	25,406	36,620	41,298	49,771	75,440	87,241	99,601	226,812
Programmes d'action sociale	55,502	83,402	114,902	179,312	209,112	237,208	261,558	421,255
Subventions à divers régimes de protection sociale et société mutualistes 47.22, 47.23, (budget travail 75-76- 77)	2 453,800	3 190,969	3 681,551	4 920,849	5 832,639	6 673,536	7 189,145	8 408,325
Organismes de recherche - phar- macie et médicament 47.51, 36.51 - 47.52 en 1982.	276,812	218,958	376,519	321,328	385,645	489,819	698,314	89,794
Equipement sanitaire, 56.10, 56.90, 66.11 - 66.13 jusqu'en 1978. AP CP	340, 195,	340, 201,150	309,288 225,067	285,580 281,980	281,200 309,	251,200 22,	203,960 220,	283, 188,
Equipement social, 56.20, 66.20 AP CP	340, 195,	340, 201,150	309,288 225,067	285,580 281,980	281,200 309,	251,200 22,	203,960 220,	283, 188,
Equipement recherche, 66.50 AP CP	49,700 27,	189,419 174,619	218,241 201,301	239,980 231,790	276,531 272,987	278,880 249,695	33,900 314,390	13, 12,700
Population et migrations (nouveau 1982 47.81, 47.82).								100,653
Total	13 199,154	15 393,027	17 471,680	21 660,550	25 569,210	28 941,220	32 100,861	36 878,981
	+ 16,62 %	+ 13,50 %	+ 23,97 %	+ 18,04 %	+ 13,18 %	+ 10,91 %	+ 14,88 %	

DEUXIÈME PARTIE

LES OBSERVATIONS DE LA COMMISSION FACE AUX PREMIÈRES MESURES ANNONCÉES PAR LE GOUVERNEMENT EN MATIÈRE DE SANTÉ

I. — *Orientations générales et premières mesures du nouveau gouvernement*

a) *Les orientations prioritaires qui dominent son action.*

Interrogé par notre Commission lors de son audition du 15 juillet 1981, sur les actions qu'il souhaitait mener, le Ministre de la Santé précisait qu'il entendait au préalable procéder à une large concertation et réflexion mais que d'ores et déjà étaient définies un certain nombre d'actions prioritaires, qui orienteraient sa politique :

- développer la prévention, en privilégiant la période de la naissance à la fin de la scolarité obligatoire;
- favoriser la gratuité des soins en milieu hospitalier ;
- faire abroger la convention médicale et obtenir sa renégociation selon de nouvelles modalités;
- promouvoir la fonction de généraliste;
- nationaliser les trois plus grands groupes pharmaceutiques et développer la recherche en luttant contre le gaspillage au niveau de la production et de la commercialisation,
- préparer la suppression du secteur privé en milieu hospitalier,
- négocier le remplacement du prix de journée des établissements de soins par un autre mode de financement,
- prendre en compte, parmi les diverses formes d'exercice de la médecine, la création des centres de santé intégrés qui dans une démarche multidisciplinaire prendront en charge globalement les problèmes de santé résultant de besoins constatés et concertés;
- se pencher sur le problème des ordres professionnels;
- situer les différents niveaux et les différentes formes d'hospitalisation dans un contexte national, régional et local, en relation avec les services

ambulatoires de manière à soigner le mieux possible dans les conditions scientifiques, familiales et sociales les meilleures.

L'essentiel, ajoutait le Ministre, sera de favoriser l'égalité devant la maladie, les soins et la qualité de la médecine, trois principes devant inspirer toute action : la rigueur dans la conception et la gestion, la responsabilité des acteurs du système de soins, enfin la concertation.

Ces idées très générales ont été largement confirmées et précisées par le Président de la République et le Premier Ministre, lors de déclarations récentes.

C'est ainsi, pour ne retenir que cet exemple, que le Premier Ministre exposait dans sa déclaration de politique générale du 8 juillet devant l'Assemblée Nationale, ce qu'il attendait d'une politique de la santé, dans les termes suivants :

«Nous avons (...) la chance de disposer d'un système de santé très complet qui assure une grande liberté aux professionnels de la santé et aux malades avec une prise en charge collective des dépenses de santé. Ces principes seront maintenus. Les malades conservent, bien entendu, la liberté de choix de leur médecin et les médecins pourront choisir leur mode d'exercice. Une véritable politique de la santé est finalement porteuse d'économies. Nous favoriseront les modes de soins les moins coûteux et les mieux adaptés à chaque cas.

Le médecin généraliste contribuera en tout premier lieu à cette médecine humaine. Nous encourageons les initiatives notamment la mise en place de centres de santé. Nous discuterons de façon approfondie avec les médecins et les autres professions de santé pour définir les nouvelles règles de jeu et pour mettre au point une véritable charte de la santé»

Ces orientations se sont rapidement concrétisées.

b) Dans l'imédiat, un *certain nombre de mesures* ont en effet été prises ou envisagées à court terme, que l'on ne fera que résumer.

1) en ce qui concerne la *politique hospitalière* :

— rétablissement des budgets supplémentaires des hôpitaux et détermination des principes qui devront présider à l'approbation des budgets primitifs pour 1982 (circulaire du 22 juillet 1981); suppression concomitante de la commission nationale de rationalisation de la gestion hospitalière, chargée de la procédure de dérogation en matière budgétaire, des commissions départementales consultatives (remplacées par une «procé-

de consultation associant toutes les parties concernées par l'hospitalisation et placées sous l'autorité des DDASS»);

— création de 2 000 emplois répartis dans 140 établissements publics et privés à but non lucratif et annonce de la création de 20 000 postes en 1982:

— réaffirmation de l'exercice du droit de grève et du droit syndical des personnels hospitaliers (circulaires n° 1 et 2 du 4 août 1981);

— attribution de 25 scanographes à des établissements hospitaliers et centres de lutte contre le cancer du seul secteur public;

— annonce de la suppression du secteur privé à l'hôpital public dès le 1^{er} janvier 1982.

— annonce de l'abrogation d'un certain nombre de circulaires qui conféraient au ministre de la Santé des pouvoirs de décision jugés excessifs et qui se trouveraient donc désormais restituées aux conseils d'administration des hôpitaux : circulaire du 1^{er} août 1977 (blocage des lits des programmes d'équipement au niveau du 31 décembre 1976), du 3 mars 1978 (limitation des investissements), du 17 janvier 1979 (conditions de la modernisation des plateaux techniques) etc... Il en serait de même des textes sur la compensation des surcoûts et des dispositions de la loi de décembre 1979 qui donnent au ministre le pouvoir de supprimer des lits et des services contre l'avis des conseils d'administration; annonce également d'une modification de la composition des conseils d'administration des hôpitaux.

2) en ce qui concerne les *médecins*, les mesures essentielles prises sont les suivantes :

— blocage du «numerus clausus» à l'entrée en seconde année du premier cycle d'études médicales;

— «gel» et remise sur le chantier de la récente réforme des études médicales;

— création de quelques centres de santé intégrés.

3) et, dans le secteur paramédical :

— suppression des «abattements» pesant sur les centres de soins;

— autorisation de création de neuf pharmacies mutualistes;

— augmentation limitée à 2,5 % du prix des médicaments.

Mais, au delà de ces mesures, c'est un « climat » qui est créé, fait de déclarations, de jugements, de promesses.

c) En effet, à l'occasion de déplacements divers ont été formulées par le Ministre et son entourage, un grand nombre d'intentions et de prises de position.

Elles ont visé surtout à cerner tous les aspects des problèmes de santé dans une approche volontairement globale; ont été ainsi abordés et traités :

— les accidents de travail et l'évaluation de la santé des travailleurs par le développement notamment de la prévention et de la recherche fondamentale et appliquée sur les interactions entre Ministère du Travail et Santé.

- les inégalités sociales et la santé;
- le rôle du médecin de famille et l'exercice de groupe;
- la formation pour la santé;
- la santé rurale et la revalorisation d'hôpital rural;
- les personnels hospitaliers;
- la décentralisation et la santé;
- le rôle de la Mutualité dans l'organisation du système de soins;
- la prévention;
- les personnes âgées et la santé;
- l'industrie biomédicale française;
- la pharmacie et l'industrie du médicament;
- la recherche;
- la psychiatrie;
- la lutte contre l'alcoolisme.

*

* *

A l'issue de ce « Tour de France » qui, en vingt étapes, l'a conduit à sillonner notre pays, le ministre, devant notre commission, le 20 octobre, puis devant la presse, a bien voulu définir les actions qui devaient constituer désormais à ses yeux les dix priorités majeures qui inspireraient toute sa politique et notamment la « Charte de la Santé » en préparation. Elles sont les suivantes :

— compenser par des mesures inégalitaires le handicap de certaines catégories socio-professionnelles;

— promouvoir la prévention en tant qu'élément fondamental d'une politique de la santé ;

— assurer à tous les niveaux de soins une haute qualité en développant l'esprit d'équipe et en réformant les études médicales de manière à promouvoir le généraliste ;

— instituer un grand corps de médecins de prévention ;

— mener une réflexion sur les structures dans une optique de dissociation de la santé et du profit et de complémentarité entre secteurs privé et public ;

— développer une industrie nationale bio-médicale ;

— instaurer une collaboration entre industrie nationalisée du médicament, PME et PMI, en liaison avec le Conseil supérieur du médicament ;

— développer une coopération avec les pays africains francophones ;

— promouvoir la recherche scientifique fondamentale aussi bien qu'appliquée ;

— décentraliser les décisions au niveau des régions et des conseils d'administration et faire jouer les règles démocratiques en assurant la représentation réelle des salariés dans les conseils d'administration des hôpitaux.

C'est bien une nouvelle politique qui se trouve ainsi esquissée.

*
* * *

d) *Rupture et continuité*

De ces nombreuses déclarations d'intention, des critiques souvent violentes portées à l'encontre de notre système de soins, des quelques mesures d'ores et déjà prises ou engagées à court terme, se dégagent *les prémices d'une nouvelle politique — voire d'une nouvelle inspiration — qui se veut en rupture avec les actions jusqu'ici menées.*

On peut ainsi lire — et ce n'est qu'un exemple parmi d'autres — dans la note de présentation officielle des dotations budgétaires :

« *L'évolution des moyens budgétaires pour 1982 traduit la volonté de mettre en œuvre une politique de la santé entièrement nou-*

velle. Guidée par la recherche d'une véritable justice sociale et le souci de connaître les conditions de vie et de travail dans le but de réduire les inégalités existantes et de combattre les risques de l'environnement, cette politique donne une priorité particulière à la prévention, sans que soit négligée pour autant l'amélioration de la qualité des soins ».

Cet immense désir d'affirmer le caractère *radicalement nouveau* des mesures envisagées et « l'ajustement mental » qu'elles impliquent de la part de tous les acteurs du système de soins comme cette lancinante soumission de la politique de santé à l'objectif final de lutte contre les inégalités, surprennent autant qu'ils inquiètent, au moment même où les Français expriment leur satisfaction devant notre système de soins (1).

Comme si le souci d'assurer une plus grande égalité devant la maladie et l'accès aux soins, tout en développant la qualité de ceux-ci, n'avait pas été prioritaire dans l'esprit des anciens responsables de la santé et de l'action sociale. (2)

Comme si nous n'avions pas depuis des années et patiemment, favorisé l'effort de prévention, qu'il s'agisse de périnatalité, de petite enfance, de médecine scolaire et d'accident du travail.

Comme si nous n'avions pas surtout depuis 1960, développé notre équipement hospitalier au point d'aboutir à un excédent de capacité, multiplié les personnels médicaux et paramédicaux, au point d'atteindre parfois le pléthore.

Comme si nous n'avions pas — au risque là encore d'excès — formé un nombre croissant de médecins, liés conventionnellement avec la sécurité sociale afin qu'ils apportent leurs soins à toute notre population.

Comme si la consommation de santé n'avait pas, ces dernières années, évolué plus que tout autre type de consommation, et dans tous les milieux sociaux.

Il y a beaucoup d'injustice dans les propos tenus et les jugements portés, et le jaillissement verbal du nouveau ministre ne va pas sans éclaboussure et sans négation abusive du passé. Nous ne pouvons manquer d'en éprouver une certaine inquiétude car il n'est jamais sûr que la bonne voie soit de rompre systématiquement avec ce qui a été fait. N'est-elle pas plutôt d'assurer une certaine continuité en cherchant sans cesse à parachever l'œuvre entreprise ?

(1) Sondage de l'Express 23.10.1981 - cf annexes.

(2) Lire à ce sujet le numéro spécial de la Revue Française des Affaires sociales, consacré au 60^e anniversaire du Ministère de la Santé oct.-déc. 1980.

Sur les problèmes essentiels qui continuent de se poser, il nous est donc apparu utile de rappeler précisément les positions prises, par notre Commission.

Elle n'a jamais été suspecte d'indulgence excessive à l'égard des précédents ministres sociaux, préférant, plutôt que décerner louanges et satisfecit, apporter une critique constructive capable de favoriser l'amélioration de notre système de soins. C'est ainsi que tout en reconnaissant les aspects positifs de ce système, nous n'avons jamais manqué de souligner ses faiblesses et de décrire les menaces qui pesaient sur lui.

C'est une semblable mise en garde que nous adresserons au nouveau Gouvernement.

II. — *Les mises en garde de la commission des Affaires sociales : la crainte d'une remise en cause de l'acquis*

Sans reprendre tous les problèmes évoqués par le ministre nous ne retiendrons que ceux d'entre eux qui nous paraissent les plus importants et sur lesquels notre commission s'est déjà largement étendue s'agissant notamment de la médecine ambulatoire d'exercice libéral et de politique hospitalière.

Elle ne peut, en exergue, que rappeler *son attachement au pluralisme des formes d'exercice et à leur complémentarité*, qu'il s'agisse non seulement de l'exercice libéral et de l'exercice salarié, mais encore de généralistes et de spécialistes, de la médecine ambulatoire et de l'hôpital, du centre hospitalier universitaire et de l'hôpital général, voire local. Ce n'est que si la gamme de soins est diversifiée et concurrentielle, et si aucun modèle ne s'impose que l'organisation de notre système de soins, d'ailleurs toujours perfectible, correspondra réellement aux besoins et aspirations de notre population.

1. — *En matière de médecine ambulatoire :
ne pas décourager l'exercice libéral*

Dans aucune de leurs interventions officielles, ni le président de la République, ni le Premier ministre, ni le ministre de la Santé n'ont condamné l'exercice libéral de la médecine, qu'elle soit ambulatoire ou hospitalière.

Bien plus, se refusant tout à la fois d'être le « Ravillac » de la médecine libérale et se situant à mi-chemin entre « l'hospitalocentrisme » et « l'omnipraticocentrisme », M. Jack Ralite a multiplié les apaisements et les déclarations relatives au rôle fondamental et « nouveau » du médecin libéral de famille, et à l'intérêt du pluralisme des formes d'exercice.

On ne peut s'empêcher toutefois — et nous ne sommes pas seuls dans cette situation — d'éprouver certaines appréhensions et certain scepticisme. Tout en affirmant qu'il entend le respecter, c'est en fait un défi que le ministre de la Santé lance à l'exercice libéral, défi difficile à relever dans la mesure où les médecins libéraux risquent de se trouver très démunis devant les autres formes d'exercice envisagées ; la concurrence ne se fera pas « à armes égales ». Or, notre commission tient à réaffirmer son attachement au maintien, nécessaire à ses yeux, de l'exercice libéral tout en ce qui concerne la médecine générale que la médecine spécialisée.

Si nous ne pouvons qu'être d'accord sur le rôle du généraliste et la nécessité d'améliorer sa formation initiale et permanente, de l'intégrer dans un certain nombre d'actions de prévention et d'éducation sanitaire, jugées prioritaires, de lui ouvrir un accès plus large à l'hôpital, nous ne pouvons que *craindre que les mesures envisagées n'aillent à l'encontre précisément des objectifs poursuivis.*

Il importe d'ailleurs et en guise de préalable, de rappeler que d'ores et déjà, et sans besoin d'un « ajustement mental », tous les médecins de notre pays participent, même s'ils exercent sous forme libérale, à un service d'intérêt public. La médecine privée, dans son immense majorité, comme le soulignent ses représentants, et à l'encontre de certaines insinuations, n'est ni une activité « marchande » ni une activité « mercantile » mais déjà, dans le cadre conventionnel, une médecine sociale qui n'a jamais été oublieuse des inégalités devant la maladie et les soins.

Les praticiens libéraux ont pris conscience depuis longtemps que la santé ne se réduit pas à l'absence de maladie et ils participent et souhaitent participer plus encore au développement de tâches préventives et éducatives. La médecine globale n'est pas une découverte récente et certaines structures dues à la seule initiative privée ont déjà été mises sur pied pour répondre aux besoins pressentis de la population.

Depuis toujours, des médecins se sont installés par vocation profonde en zone rurale et dans les quartiers populaires et ont su y mener une pratique conforme à l'intérêt de leur clientèle et à leur goûts propres.

La formation permanente, de même, a été d'abord voulue et organisée par la profession elle-même, toujours consciente de ses devoirs autant que de ses droits.

Il ne saurait donc être question de plaquer sur une réalité multiforme une solution-miracle ni de nier l'intérêt de ce qui a déjà été fait et tenté.

Il ne peut y avoir de «rupture» en la matière au risque de briser volontés et énergies. C'est la raison pour laquelle nous attirerons l'attention du Sénat sur certains points, qui nous paraissent essentiels.

a) Le blocage actuel, voire la suppression future de toute sélection à l'entrée des études médicales, nous paraît, en premier lieu, grave quant à l'avenir des médecins libéraux, en raison de l'état de la démographie médicale.

Les responsables actuels estiment que la diminution du nombre des étudiants en médecine ne répondait qu'à l'impératif de réduction du coût des dépenses de santé alors qu'il conviendrait au contraire, de faire «une étude des besoins en tenant compte à la fois des manques dans certaines branches de la médecine et de la transformation possible des modes d'exercice, du temps de formation ainsi que des disparités géographiques» (1). Dans les régions sous-médicalisées, c'est même plus de médecins qu'il faudrait former.

Quant au ministre lui-même, il réserve l'avenir : «nous avons maintenu, cette année, aussi bien en dentaire et en pharmacie qu'en médecine, les chiffres de l'an passé qui correspondent exactement aux conclusions de la commission Fougère... Pour les décisions ultérieures, nous avons un an de travail, un an de concertation, et je précise qu'en maints endroits, au cours de ce tour de France, je me suis aperçu qu'il n'y avait pas nécessaire-

(1) Concours médical n° 33 du 19-9-81, p. 5061.

ment pléthore de médecins, ne serait-ce que dans le corps de prévention où il manque des médecins du travail, des médecins de PMI, des médecins scolaires, des médecins inspecteurs de la santé...» (2)

Il paraît important de rappeler que le « numerus-clausus » actuel n'a jamais été une décision arbitraire prise pour d'uniques raisons financières ; il résulte au contraire d'une très longue et profonde réflexion sur les risques d'une non-maîtrise des « flux » médicaux.

Le principe d'une sélection universitaire à un niveau donné, admis aujourd'hui par tous, et pratiquée d'ailleurs partout, avait pour objectif d'éviter une expansion trop forte du corps médical par rapport aux autres pays de même niveau de développement et l'aggravation des difficultés d'installation des jeunes médecins. Le chiffre retenu : 6 000, proposé par la commission du VII^e Plan, ramené ensuite à 5 000 — répondait globalement aux besoins de la population en refusant une médicalisation excessive des problèmes de société ; il répondait de même au souci de maintenir un équilibre entre secteur libéral et secteur salarié, et donc le caractère pluraliste de l'organisation de la santé, qui n'excluait pas cependant que certaines expériences sortant du cadre libéral traditionnel soient souhaitées dans le domaine de la médecine de ville.

Chacun sait que les effectifs médicaux atteindront 140 000 en 1985 pour environ 110 000 aujourd'hui, et qu'une densité médicale excessive n'est pas une garantie d'un bon état sanitaire.

A l'évidence, demeurent des problèmes de répartition des médecins sur le territoire national et de répartition suivant les disciplines d'exercice. Nous ne le nions pas mais des actions sont possibles en ce sens par le biais d'incitations de toutes natures.

On ne peut, certes, déterminer de manière scientifique et rigoureuse le nombre de médecins qu'il faut former ; cela dépend de la conception que l'on a de la médecine et du rôle du médecin. Mais la nouvelle orientation du gouvernement, sans préciser ce qu'elle attend des médecins autrement qu'en termes vagues, remet en cause la conception actuelle de la santé et l'équilibre souhaité.

D'aucuns ont même pu croire qu'organiser ainsi la pléthore avait pour but caché d'amener, ultérieurement les praticiens eux-mêmes à réclamer un statut de fonctionnariat.

(1) JO A.N. — 2^e séance du 21-10-81, p. 2268.

b) Les inconnues de la «réforme de la réforme» des études médicales

Si chacun d'entre nous, et votre rapporteur tout le premier, souhaite des médecins mieux formés, s'agissant notamment des médecins généralistes, est-il bien raisonnable quelques mois après les débuts de la mise en application de la réforme des études, et avant même que l'ensemble des décrets soient publiés, de remettre sur le chantier ce travail qui était lui-même le fruit d'une longue et large concertation et le résultat de multiples réflexions ?

La «formation de haut niveau» réclamée par le ministre était déjà inscrite dans la loi qui prévoyait, outre la formation et la sélection des spécialistes par le biais de l'internat qualifiant, un résidanat à l'intention des généralistes, qui constituait un progrès notable. Cette formation spécifique du généraliste et la fusion des études universitaires avec la préparation au 3^e cycle sont des apports très positifs de la réforme.

Le reproche qui lui est fait de créer une médecine à deux niveaux, le généraliste étant le parent pauvre puisqu'exclu de l'internat, est certainement très excessif. «L'internat pour tous» promis par le ministre reste, au-delà des mots, une formule bien vague. Et le fait de différer encore la réforme et d'adopter des mesures transitoires complexes ne peut que bouleverser un peu plus le régime des études et l'attente des étudiants.

Or, la profession médicale souhaite dans son ensemble le maintien des acquis; elle critique le report d'application décidé et refuse de voir remises en cause les dispositions essentielles du texte, à savoir :

- le cycle de formation pour tous les généralistes, adapté à leur mission, avec stages chez le praticien
- la qualification des spécialistes associant formation théorique des CES et fonctions de responsabilités progressives
- la participation officielle des professionnels en exercice à la formation initiale.

Votre commission ne peut que rester attentive à cette «réforme» de la réforme, tout en espérant qu'il ne sera pas porter atteinte aux principes essentiels votés par notre assemblée.

c) L'ambiguïté des centres de santé intégrés et les premières «fausses notes»

C'est le projet d'abord théorique, mais rapidement concrétisé, d'instaurer des centres de santé intégrés (CSI), qui a le plus inquiété certaines parties de la profession médicale.

Rappelons que dans le programme de la nouvelle majorité, ces centres ont pour but de mettre à la disposition de la population, des structures pluridisciplinaires regroupant professionnels de la santé et travailleurs sociaux — à l'image des centres locaux de soins communautaires québécois — pour prendre en charge globalement la prévention et les soins.

Ces centres ne devaient en aucun cas porter atteinte à la liberté d'installation des médecins et au libre choix des malades.

Mais, alors qu'étaient théoriquement prévues certaines conditions : absence d'une réponse satisfaisante aux besoins sanitaires locaux, initiative d'une collectivité locale ou d'une association d'usagers, concertation préalable, participation des professions médicales et paramédicales libérales, etc... L'ouverture précipitée de certaines structures socialisées de soins, sans consultation des intéressés et dans des régions surmédicalisées, a quelque peu inquiété. Nous ne citerons à cet égard que l'exemple de « La Paillade » près de Montpellier. Là encore les idées émises ne sont pas neuves et que les initiatives sont déjà nombreuses.

En dehors même des centres de santé existants, et qui connaissent d'ailleurs des difficultés financières importantes, les représentants de la profession médicale ont toujours admis, en effet, que des unités de santé puissent être créées sous différentes formes pour garantir à la population une médecine dite globale, permettant à des équipes de médecins ou travaillant en groupe ou s'associant pour des fonctions déterminées, d'assurer la prévention, l'éducation sanitaire, la permanence des soins, les urgences, l'hospitalisation à domicile, la formation continue, etc.

Des expériences très novatrices ont été tentées en ce sens, avec succès.

Mais encore faut-il que soit respectée une certaine égalité des contraintes entre les initiatives libérales et les initiatives publiques en ce qui concerne le financement, l'équipement, le personnel etc., la garantie essentielle que réclament les médecins libéraux, étant que soit préservée leur indépendance professionnelle. Ils admettent parfaitement qu'à la pluralité des fonctions, puisse correspondre une pluralité des modes de rémunération, mais souhaitent des expériences réalisées en accord avec la profession et respectant l'égalité des chances et des charges avec les autres modes d'exercice, et, en tout état de cause, restent opposés à un salariat médical qui ferait dépendre les médecins des organismes de

sécurité sociale ou de tout autre organisme pouvant faire pression sur les prescriptions médicales.

En ce sens, une formule est déjà lancée, celle des groupements d'exercice fonctionnel (GEF) pluridisciplinaires d'activités médicales et sociales, qui permettent de répondre aux besoins individuels et collectifs de la population en matière d'éducation, de prévention, de médecin curative et de réinsertion sociale. Association de la loi de 1901, le GEF regroupe en son sein des médecins, des paramédicaux, des travailleurs sociaux et a pour mission de négocier avec des demandeurs de service (collectivités locales, caisses primaires de maladie, mutuelles), des contrats d'objectifs permettant de réaliser des actions aussi diverses que la permanence des soins, l'hospitalisation à domicile, l'éducation sanitaire, la réinsertion sociale des handicapés, le maintien à domicile des personnes âgées, etc.

Plutôt donc que de surajouter la formule des CSI aux systèmes de soins actuels, il paraît plus opportun qu'une négociation s'engage avec tous les professionnels de la santé, hospitaliers publics et privés et corps médical, sur les objectifs d'un véritable « projet » ou « contrat » de santé. Après avoir défini en commun des principes, ce contrat pourrait faire l'inventaire de ce qui existe sous toutes ses formes quitte à en modifier quelque peu les structures, en responsabilisant au maximum tous les acteurs, quel que soit leur lieu ou mode d'exercice.

Les contraintes économiques et financières actuelles qu'il serait vain de nier, rendent plus impératif de supprimer les doubles emplois et les concurrences néfastes, et de stimuler au contraire l'initiative et la complémentarité.

*
* *

On sait enfin que doit être renégociée la convention signée en 1980 avec la sécurité sociale. Sans empiéter sur le domaine de notre collègue Boyer, reconnaissons que la situation actuelle est encore incertaine et que demeure à ce sujet un certain « flou ».

Nous rappellerons seulement quant à nous notre attachement à ce que nous considérons comme l'acquis du système conventionnel, et que nous espérons bien voir préservé :

- la garantie à tous les assurés de l'accès à des soins de qualité
- le maintien de la forme libérale d'exercice de la médecine
- le respect du libre choix du malade et de la liberté de prescription des médecins.

2. — En matière de politique hospitalière: ne pas nier les efforts entrepris

Devant les critiques formulées à l'encontre de notre système hospitalier, notre Commission ne peut manquer de rappeler l'effort sans précédent en matière d'équipement et d'humanisation entrepris depuis de nombreuses années.

Malgré la sévérité du jugement qu'elle avait porté à l'encontre des mesures drastiques prises depuis 1979 — n'avait-elle pas évoqué le « garrot » qui risquait de faire mourir le malade — elle doit aussi reconnaître que ces mesures avaient contribué à mettre l'accent sur la nécessité d'une rationalisation et d'une plus grande rigueur dans la gestion budgétaire des hôpitaux.

Elle s'interroge en conséquence sur l'opportunité du rétablissement sans condition des budgets supplémentaires, de la suppression des freins mis à la hausse des dépenses hospitalières et sur les projets en matière de tarification. Elle s'inquiète aussi des dispositions prises à l'encontre du secteur privé à l'hôpital et de l'hospitalisation privée en général et globalement de tous les projets concernant la vie hospitalière, qui détourneraient l'hôpital de sa mission essentielle de service public.

a) Un grand effort d'équipement et d'humanisation à ne pas oublier

Il est indéniable que notre pays a bénéficié d'un progrès considérable du système hospitalier, qu'il s'agisse des équipements, de la qualité des soins ou de l'accueil du malade.

On rappellera pour mémoire, que c'est la loi du 31 décembre 1970 sur la réforme hospitalière qui a favorisé la modernisation du cadre juridique, des structures administratives et des conditions de fonctionnement de l'hôpital public et privé dont elle a affirmé l'égalité et la complémentarité, à l'intérieur d'un vaste service public hospitalier.

Cette charte des hôpitaux a accompagné un grand essor des capacités hospitalières, et un intense effort d'humanisation, qui a constitué la toile de fond de la politique hospitalière

1. — *Le développement des capacités hospitalières*

Si aucune réalisation importante n'eut lieu avant 1953, c'est à cette date que fut créée une commission de l'équipement sanitaire et social

auprès du Commissariat Général au Plan, et qu'apparut dans le II^e Plan de développement, un premier plan d'équipement sanitaire et social. Environ 15 000 lits furent construits de 1954 à 1957.

Le III^e Plan économique et social (1958-1961) contenant le second Plan d'équipement sanitaire, permit la construction de plus de 7 600 lits, mais le grand essor date incontestablement de 1962 et du IV^e Plan (3^e Plan d'équipement sanitaire et social). Près de 37 000 lits furent réalisés de 1962 à 1965. Plus de 40 000 de 1966 à 1970, soit plus de 77 000 en 8 ans, ce qui est sans précédent dans l'histoire hospitalière française: c'est en 1970 que les services médico-techniques prirent la part « vedette » de l'hôpital, occupée jusque là par le secteur hébergement.

De 1971 à 1975, le VI^e Plan porta un effort particulier sur l'humanisation et notamment la suppression des salles communes existantes : 50 000 lits y furent supprimés et au total 85 000 lits furent soit créés, soit rénovés.

Au 1^{er} janvier 1975, la capacité totale des établissements hospitaliers publics se trouvait être de 430 000 lits, non compris les hôpitaux psychiatriques, soit une augmentation de 28 % par rapport à 1962.

C'est en 1976 avec le VII^e Plan, que la politique hospitalière prit une nouvelle orientation, le gouvernement décidant une stabilisation du nombre des lits, mais la poursuite des travaux d'humanisation.

Au 1^{er} janvier 1981, les hôpitaux publics offraient plus de 440 000 lits et les établissements privés plus de 180 000.

La répartition pour les hôpitaux généraux publics était la suivante:

a) *Secteur hôpital:*

court séjour	214 085
Services psychiatriques	17 447
Moyen séjour	34 829
Long séjour	38 550
Sous total	304 911

b) <i>Secteur d'hospices et de maisons de retraite</i>	124 073
dont section de cure médicale	(2 143)
Divers (sections annexes)	13 025
Sous total	137 099

A cet effort sans précédent de construction, s'est ajouté un développement très sensible des équipements lourds et matériel biomédicaux en même temps qu'une augmentation rapide des personnels hospitaliers.

Le nombre des médecins hospitaliers s'élève aujourd'hui à 42 000 dont 16 000 à plein temps et l'effectif des personnels non médicaux dépasse aujourd'hui 500 000, l'accroissement ayant porté essentiellement sur les infirmières.

Ce développement remarquable des capacités hospitalières a été parallèle à l'élaboration de la carte sanitaire des lits de médecine, chirurgie et gynécologie obstétrique et n'a guère été freinée par cet effort de planification, au point que l'on constate aujourd'hui un certain nombre d'excédents que nul ne conteste (1). C'est la raison pour laquelle diverses dispositions, parmi lesquelles essentiellement la loi du 29 décembre 1979, ont été adoptées pour parvenir à une meilleure adaptation de la structure hospitalière aux besoins de la population et à un plus grand ajustement des capacités aux besoins.

En application de la loi précitée, environ 8 700 lits devraient être supprimés ou reconvertis en moyen de long séjour, après consultation de la Commission régionale et de la Commission Nationale de l'Équipement sanitaire, préalablement à la décision du Ministre de la Santé.

(1) 33 % en médecine, 16 % en chirurgie et 20 % en gynécologie-obstétrique.

**ÉVOLUTION DE LA CAPACITÉ HOSPITALIÈRE, PUBLIQUE ET PRIVÉE, PAR
GRANDE DISCIPLINE, DE 1963 A 1978**

	1-1-1963	1-1-1968	1-1-1973	1-1-1978	Taux d'évolution annuel entre 1963 et 1978
Court séjour:					
Public	188 200	199 100	213 100	218 100	+ 1,0
Privé	69 600	81 900	103 000	113 700	+ 3,3
Total	257 800	284 000	316 100	331 800	+ 1,7
Cancer	2 800	3 500	4 000	4 600	+ 3,3
Moyen-long séjour⁽¹⁾:					
Public	16 200	17 700	24 900	39 800	+ 6,2
Privé	17 400	23 500	32 000	35 600	+ 4,9
Total	33 600	41 200	56 900	75 400	+ 5,5
Psychiatrie:					
Public	93 100	103 700	111 900	125 000	+ 2,0
dont: sections des hôpitaux généraux ...	(10 100)	(9 700)	(11 900)	(17 000)	+ 3,5
sections des hôpitaux autonomes	(83 300)	(94 000)	(100 000)	(108 000)	+ 1,8
Privé	6 000	10 000	14 100	16 000	+ 6,8
Total	99 100	113 700	126 000	141 000	+ 2,4
Tuberculose:					
Public	22 000	16 000	10 000	4 300	— 10,3
Privé	50 000	43 200	24 000	12 700	— 8,7
Total	72 000	59 200	34 000	17 000	— 9,2
Ensemble (non compris hospices et maisons de retraite publiques):					
Public	319 500	336 500	359 900	387 200	+ 1,3
Privé	145 800	165 100	117 100	182 600	+ 1,5
Total	465 300	501 600	537 000	569 800	+ 1,4
Hospices et maisons de retraite publiques:					
Sections des hôpitaux généraux	131 700	150 200	164 000	156 400	+ 1,2
Etablissements autonomes	66 000	72 300	88 400	98 500	+ 2,7
Total	197 700	222 500	252 400	254 900	+ 1,8
Ensemble (y compris hospi- ces et maisons de retraite publiques):					
Public	517 200	559 000	612 300	642 100	+ 1,5
Privé	145 800	165 100	117 100	182 600	+ 1,5
Total	663 000	724 100	789 400	824 700	+ 1,5

(1) Moyen et long séjour à l'exclusion de la psychiatrie, y compris chroniques pour les hôpitaux publics.

**LITS HOSPITALIERS PUBLICS ET PRIVÉS PAR RÉGION
AU 1^{er} JANVIER 1981**

Région	Hôpitaux généraux publics			Établissements privés (*)		
	Secteur hôpital	Autres secteurs	Ensemble	Lucratif	Non lucratif	Ensemble
Ile-de-France	54 234	10 711	64 945	22 929	15 241	38 170
Champagne-Ardenne ..	8 379	5 496	13 875	1 971	415	2 386
Picardie	9 034	6 555	15 589	1 316	2 064	3 380
Haute-Normandie	9 291	5 900	15 191	2 212	1 205	3 417
Centre	13 076	9 485	22 561	3 988	1 805	5 793
Basse-Normandie	8 464	6 291	14 755	1 541	1 210	2 751
Bourgogne	10 079	6 593	16 672	2 368	1 835	4 203
Nord-Pas-de-Calais ...	16 516	11 701	28 217	3 350	5 176	8 526
Lorraine	11 976	5 551	17 527	2 396	5 911	8 307
Alsace	10 436	4 732	15 168	515	5 382	5 897
Franche-Comté	5 873	2 155	8 028	1 032	783	1 815
Pays-de-Loire	16 904	7 319	24 223	4 153	2 757	6 910
Bretagne	17 061	9 267	26 328	4 038	4 183	8 221
Poitou-Charentes	9 226	5 868	15 094	2 074	393	2 467
Aquitaine	13 060	5 285	18 345	8 352	4 409	12 761
Midi-Pyrénées	12 779	6 382	19 161	7 388	1 912	9 300
Limousin	5 302	1 558	6 860	1 102	409	1 511
Rhône-Alpes	33 260	10 808	44 068	8 557	8 632	17 189
Auvergne	8 758	3 677	12 435	2 324	1 231	3 555
Languedoc-Roussillon .	10 996	5 423	16 419	6 980	4 232	11 212
Provence-Alpes Côte d'Azur	19 380	6 339	25 719	18 183	6 261	24 444
Corse	1 107	142	1 249	1 060	25	1 085
France entière	304 911	137 099	442 010	107 829	75 471	183 300

2. — *L'humanisation des hôpitaux*

A la suppression progressive des lits installés en salles communes — en voie d'achèvement, mais qui a représenté un effort très important en raison du retard accumulé dans ce domaine — s'est ajoutée plus récemment la volonté de rénover et de moderniser les "plateaux technique".

Le programme d'humanisation a ainsi permis, grâce à des subventions de l'Etat d'un montant de plus de 2,4 milliards, de supprimer la quasi totalité des lits en salles communes des services de médecine, chirurgie et gynécologie obstétrique. L'achèvement de la suppression des salles communes des hôpitaux psychiatriques et des hospices, se poursuit et au total 170 000 lits auront été humanisés entre 1974 et 1981.

Un grand nombre de mesures ont en outre été prises pour améliorer le confort et l'environnement du malade, ainsi que ses rapports avec l'établissement et le personnel. Un nouveau règlement-type des hôpitaux fixé par le décret du 14 janvier 1974 a traduit la préoccupation d'améliorer l'accueil des malades et de leurs familles, et les conditions de séjour et de sortie des malades.

On citera dans le même sens, la "charte du malade hospitalisé" dans laquelle sont rappelés les droits et devoirs de celui-ci et notamment son droit absolu au respect de sa dignité et de sa personnalité.

* * *

Les problèmes qui se posent en matière d'équipements hospitaliers ne sont donc pas quantitatifs, notre potentiel étant même plutôt excédentaire au regard de la carte sanitaire. Certains progrès qualitatifs peuvent être encore apportés et devront l'être toujours compte tenu de l'évolution constante des techniques et des exigences légitimes des "usagers" de l'hôpital.

Le plus gros effort, nous le répétons depuis plusieurs années, devra porter sur les établissements psychiatriques et les hospices dont la transformation s'opère progressivement.

QUELQUES INDICATEURS DE L'ACTIVITE HOSPITALIERE

• Equipement et activité hospitalière (établissements publics non psychiatriques)

Années	Lits installés au 31.12	Journées réalisées (milliers)	Entrées (milliers)	DMS ⁽¹⁾ section hôpital	TOM ⁽²⁾
1976	438 446	131 096	5 640	13,6	0,82
1977	442 658	131 200	5 958	13,1	0,81
1978	443 105	132 664	6 323	13	0,82
1979	440 720	132 482	6 507	13,3	0,82
1980	440 370	132 698	6 935	12,9	0,83

(1) DMS: durée moyenne de séjour.

(2) TOM : taux d'occupation moyen

• Evolution des effectifs médicaux (effectifs rémunérés au 31 décembre de l'année)

Effectifs années	Médecins temps plein	Evolution %	Médecins temps partiel	Evolution %	Attachés	Evolution %
1976	11 769	+ 15	5 768	+ 1,7	14 990	+ 81,7
1977	12 994	+ 10,4	5 714	+ 0,9	15 783	+ 5,3
1978	13 895	+ 6,9	5 623	- 1,6	18 427	+ 16,7
1979	15 271	+ 9,9	5 827	+ 3,6	20 134	+ 9,2
1980	15 868	+ 3,9	5 500	- 5,5	21 230	+ 5,4

• Evolution des effectifs non médicaux (effectifs rémunérés au 31 décembre de l'année)

Effectifs années	Nombre	% Evolution
1976	415 588	+ 7,5 %
1977	442 087	+ 6,4 %
1978	472 688	+ 6,9 %
1979	487 161	+ 3,1 %
1980	495 964	+ 1,8 %
1981	503 700 ^(c)	+ 1,6 %
(c) estimation		

EVOLUTION DES GRANDES MASSES BUDGETAIRES

1. — Données budgétaires globales

Dépenses brutes de fonctionnement (classe 6) en millions de francs

Catégories d'établissements	1978 ⁽¹⁾	1979 ⁽²⁾	% évolution 79/78	1980 ⁽³⁾	% évolution 80/79
C.H.R.	20 898	23 770	+ 13,7 %	27 246	+ 14,6 %
Psychiatriques.....	7 078	8 150	+ 15,1 %	9 337	+ 14,6 %
Autres publics	24 473	28 972	+ 18,4 %	33 398	+ 15,3 %
Total établissements publics	52 449	60 892	+ 16,1 %	69 981	+ 14,9 %

(1) Données constatées au compte administratif 1978.
 (2) Données estimées au budget primitif + budget supplémentaire 1979.
 (3) Données prévues au budget primitif 1980.

2. — Taux de progression des budgets des établissements publics

Année	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981
taux	23,6 %	25,5 %	16,8 %	16,4 %	17,2 %	17 % ⁽¹⁾	16,7 % ⁽²⁾

(1) Taux estimé au BP + BS 1980.
 (2) Taux prévu en 81 compte tenu de la majoration BS 1981.

b) *La recherche à préserver d'une plus grande rigueur dans la gestion financière*

Cette expansion des hôpitaux s'est accompagnée d'un fort accroissement des budgets hospitaliers publics. Si cette croissance a permis la modernisation rapide de l'hôpital, son rythme excessif par rapport aux recettes de l'assurance-maladie a suscité la volonté d'une plus grande maîtrise de la progression des dépenses hospitalières et d'une rationalisation de la gestion financière des hôpitaux qu'il conviendrait de préserver.

Nous ne rappellerons pas longuement les mesures prises, particulièrement depuis 1979 et sur lesquelles nous nous sommes suffisamment penchés dans nos avis précédents.

Avec la volonté de maintenir les dépenses des établissements dans les limites fixées en début d'année, ont été ainsi décidés :

- un meilleur contrôle des dépenses, essentiellement par le rappel du caractère limitatif des budgets primitifs approuvés et la suppression des budgets supplémentaires, la limitation du taux d'augmentation des dépenses au taux de croissance du produit intérieur brut et le gel des créations d'emplois ;

- un examen attentif de la répercussion financière des projets d'investissements sur les coûts d'exploitation ;

- la mise en œuvre d'expériences relatives à la réforme de la tarification hospitalière: budget global et prix de journée éclaté ;

- enfin des mesures propres à adapter — dans le sens essentiellement d'une réduction — les capacités hospitalières aux besoins (loi précitée de décembre 1979).

Pour avoir critiqué le caractère trop uniforme et systématique des mesures ainsi prises et l'esprit qui les animait — au point d'y voir un "garrot" qui allait paralyser notre système hospitalier — nous devons souligner que s'imposait et s'impose toujours un effort de rationalisation et de rigueur dans la gestion.

Certaines mesures alors adoptées dans le cadre du plan de redressement de la Sécurité sociale ont entraîné une prise de conscience souhaitable des gestionnaires et ont incontestablement amélioré certaines procédures: on ne citera que la réduction sensible des délais d'émission des titres de recettes qui a permis un gain notable de trésorerie, et globalement une amélioration de la préparation et des prévisions budgétaires.

Votre commission est donc assez perplexe devant la décision prise de rétablir les budgets supplémentaires, et devant certains projets envisagés à court terme, dont elle craint qu'ils n'entraînent un laxisme dommageable. Desserrer trop rapidement un « garrot » peut aussi entraîner la mort du malade.

Desserrer trop rapidement un "garrot" peut aussi faire mourir le malade, par hémorragie

c) Une inquiétude quant aux nouvelles mesures prises par le gouvernement

1. — Le rétablissement des budgets supplémentaires pour 1981 et l'approbation des budgets primitifs pour 1982.

La circulaire du 22 juillet 1981 (1) relative au budget supplémentaire et aux révisions du prix de journée des établissements d'hospitalisation, de

(1) B.O. SN.S. 81-36

soins et de cure mérite d'être examinée avec soin. Elle précise en effet la portée des nouvelles orientations gouvernementales dans le domaine des budgets hospitaliers et mentionne le triple souci :

— d'une plus large *déconcentration* des pouvoirs sur les autorités locales, accompagnée d'un effort de concertation avec tous les partenaires concernés par la gestion hospitalière ;

— de *réalisme* dans l'élaboration et la révision des budgets qui devra se traduire par la prise en compte de l'évolution des principales données économiques (salaires et prix) et une prise en considération plus exacte de la situation particulière de chaque établissement ;

— enfin, de la nécessité de *concilier au mieux* l'évolution des dépenses hospitalières avec la situation de la sécurité sociale, tout en considérant que "les dépenses de santé jouent un rôle décisif dans la réduction des inégalités sociales, objectif prioritaire du gouvernement".

C'est cette volonté que voudrait traduire le rétablissement de budgets supplémentaires pour 1981 sans qu'on puisse préjuger si ce rétablissement sera reconduit chaque année.

La circulaire présente, en conséquence, un double objet :

— Elle fixe de façon précise les règles qui doivent présider à l'élaboration et à l'approbation de ces budgets supplémentaires ; c'est ainsi que l'évolution des hypothèses économiques en matière de salaires et de prix a conduit à accepter une majoration maximale de la masse globale des dépenses des établissements au niveau départemental de 2,7 %. L'ajustement des budgets s'opérera, en effet, au niveau départemental, après consultation des commissions départementales compétentes, en tenant compte des situations particulières et en opérant éventuellement les péréquations et compensations nécessaires en concertation avec les responsables hospitaliers.

Les budgets des centres hospitaliers régionaux ne seront pas compris dans la masse budgétaire départementale afin de ne pas la déséquilibrer. De même, le coût des créations d'emplois dont bénéficieront, le cas échéant, les établissements n'est pas compris dans la marge de 2,7 %. Ces créations relèveront désormais d'une enveloppe départementale fixée par l'administration centrale, en tenant compte du ratio moyen d'encadrement des établissements.

— La circulaire, d'autre part, indique les principes essentiels qui devraient régir la procédure applicable en 1982 pour l'approbation des budgets primitifs et la fixation des prix de journée correspondants :

• un *taux directeur* sera fixé sans référence à l'évolution du produit intérieur brut mais en tenant compte des hypothèses retenues par le gou-

vernement en ce qui concerne l'évolution des prix et des salaires; il comprendra en outre "une marge de manœuvre" dont l'ampleur sera fixée, le moment venu, en fonction des principaux choix économiques et sociaux du gouvernement, et notamment, de la situation financière de la Sécurité sociale;

- les décisions seront *déconcentrées* puisque le taux s'appliquera à la masse budgétaire globale des établissements du département, laissant possibles des modulations, péréquations ou compensations en concertation avec les intéressés. En conséquence, sera supprimée la commission de rationalisation de la gestion hospitalière (CRGH), les dossiers qui lui étaient soumis devant trouver une solution au plan local dans le cadre de l'enveloppe départementale;

- le volume global des créations d'emplois sera arrêté au niveau national mais réparti entre les départements, suivant leurs besoins, avec, en priorité, le souci de privilégier le renforcement de l'encadrement des services sanitaires pour personnes âgées. Le coût des créations d'emplois s'imputera sur la "marge de manœuvre" incluse dans le taux directeur.

Sont enfin et en conclusion affirmées la nécessité de réduire les disparités entre établissements "afin que le système hospitalier avec ses différents niveaux complémentaires soit en mesure de répondre aux besoins dans les meilleures conditions" et le souci que la gestion hospitalière "contribue au maintien durable de l'équilibre de la sécurité sociale".

*

* *

Si les préoccupations ainsi exprimées sont, pour l'essentiel, louables, on peut craindre que, dans la pratique, elles ne se traduisent par un **laxisme excessif**, facteur de gaspillage, une déconcentration plus théorique que réelle puisque demeurent fixés au niveau national le "taux directeur" et le nombre global de créations d'emplois, une concertation très incertaine puisque la circulaire n'organise pas les procédures de consultation qu'elle prévoit et enfin un risque d'arbitraire puisque l'enveloppe étant départementale, la modulation entre établissements s'opérera au niveau des autorités locales sans critères précis. La suppression de la commission de rationalisation de la gestion supprime même toute voie de recours contre une décision jugée trop rigoureuse.

Enfin, il n'apparaît pas certain que la fixation du "taux directeur" en fonction de l'évolution des prix et des salaires aboutisse à des résultats très différents d'une référence à la progression du produit intérieur brut. Notons pour finir que la fixation du prix de journée pour 1982 qui devait être connue avant le 1^{er} octobre 1981, l'a été avec beaucoup de retard.

Le taux retenu — 13,40 % à effectif constant — ne paraît pas avoir été calculé avec réalisme ce qui entraînera très certainement la nécessité

de révision en cours d'année, d'autant qu'il ne tient compte, ni de la suppression de la facturation des honoraires médicaux, qui devrait intervenir le 1^{er} janvier prochain, et qu'il faudra bien compenser par un accroissement de prix de journée, ni des réductions prévisibles de la durée du travail et qu'il sous-estime très largement l'érosion monétaire probable. Selon les prévisions établies par certains établissements, c'est en effet un accroissement de 15 à 17 % qu'il fallait prévoir.

2. — Les mesures envisagées pour simplifier et améliorer la gestion d'établissements

Parallèlement à l'élaboration de la circulaire précitée, seraient mises à l'étude d'après les services des ministères, des mesures destinées à simplifier la gestion des établissements et notamment :

— la suppression du ticket modérateur et la gratuité des soins hospitaliers qui constitueraient selon ces services une simplification administrative en même temps qu'une reconnaissance plus effective du droit à la santé :

— la généralisation de la procédure de la caisse pivot à l'intérieur de chacun des trois grands régimes qui permettrait aux hôpitaux de n'avoir qu'un seul interlocuteur par régime, d'où une réduction du nombre de leurs débiteurs et une diminution des tâches de gestion des dossiers des malades ;

— la suppression de la facturation des honoraires médicaux déjà mentionnée, corollaire de la forfaitisation des émoluments, qui mettrait fin à un système de facturation complexe qui mobilise un personnel important et est une source de contentieux entre les hôpitaux et les organismes de sécurité sociale ;

— la forfaitisation des consultations externes de faible montant qui en diminuerait les délais et le coût de recouvrement ;

— la simplification et la coordination du contrôle médical des trois principaux régimes de sécurité sociale et de l'aide sociale au niveau de chaque hôpital qui rendrait possible une meilleure analyse du fonctionnement de l'établissement et de ses services permettant une analyse des coûts et de la qualité du service rendu.

Les actions envisagées à plus long terme porteraient sur l'amélioration de l'organisation interne des établissements, la diffusion des techniques d'analyse de gestion et l'évaluation de l'activité médicale hospitalière, orientations sur lesquelles votre Commission ne peut qu'être favorable puisque ces actions prolongent les efforts qu'elle réclamait depuis longtemps.

Elle est par contre plus réservée, tout au moins plus prudente, sur les autres mesures décrites parce qu'elles semblent anticiper sur la réforme de la tarification à intervenir prochainement en faisant pencher celle-ci inéluctablement dans le sens du budget global.

Enfin, la gratuité totale des soins, comme la suppression du secteur privé hospitalier, si votre rapporteur en comprend les motivations profondes, lui fait craindre que ne renaisse peu à peu cet "hôpital des pauvres" que notre législation avait voulu faire disparaître il y a quarante ans

3. — L'attitude à l'encontre du secteur privé

- *La suppression du secteur privé à l'hôpital public*

La suppression du *secteur privé* (des lits, tout au moins dès le 1^{er} janvier 1982) qui avait permis d'attirer à l'hôpital public des médecins à plein temps de grande qualité, ainsi qu'une clientèle aisée et contribué à favoriser par là une amélioration de l'accueil et des conditions de vie à l'hôpital concourt en effet à notre inquiétude.

Votre Commission n'était pas restée insensible aux critiques que la Cour des Comptes, dans un récent rapport, portait à son encontre et elle avait reconnu le bien fondé de la réglementation proposée par le précédent Gouvernement par le décret du 5 décembre 1980 et l'arrêté du 30 janvier 1981.

Votre rapporteur, s'il peut admettre une modification pour l'avenir, du droit en la matière qui concernerait donc les futurs médecins à plein temps, comprend mal que l'on puisse ainsi supprimer des "avantages acquis" et modifier par là, une situation statutaire.

D'autant que le Président de la République avait précisé — avant son élection — que s'il souhaitait voir disparaître à l'avenir les secteurs privés de l'hôpital public, c'était avec « maintien par extinction à ceux qui les détiennent actuellement, notamment à ceux qui ont choisi le plein temps après avoir exercé à titre privé et qui ont amené leur clientèle à l'hôpital » (1).

On peut craindre que les conséquences de cette mesure de suppression ne soient, avec la disparition d'une clientèle aisée, la montée d'une médecine « au marché noir » à la demande des patients eux-mêmes.

(1) Lettre du 7 mai 1981 adressée au directeur du CHR de Reims.

• *La "tolérance" à l'égard des hôpitaux privés*

Malgré les assurances formulées à l'égard de l'hospitalisation privée qui compte on le sait environ 3 000 établissements et plus de 180 000 lits, soit le tiers du parc hospitalier total, les responsables d'établissements ont exprimé à votre rapporteur leurs inquiétudes.

Là encore, l'affirmation de la nécessité du pluralisme et de la complémentarité doit s'accompagner de la reconnaissance de moyens identiques. Or l'attribution des 25 nouveaux scanners aux seuls établissements publics — alors que la commission nationale de l'hospitalisation avait donné un avis favorable à l'attribution de 6 appareils au « privé » — ne peut qu'aviver les appréhensions. Il en est de même du fait que sur les 2 000 emplois nouveaux créés cette année, 2 % seulement lui ont bénéficié.

Tout autant que ces mesures, l'amalgame constant entre secteur privé et secteur marchand entre médecine libérale et profit crée un état d'esprit peu favorable à la complémentarité souhaitée officiellement.

4. — *Les incertitudes qui demeurent.*

Deux incertitudes subsistent, enfin, quant à la politique de recrutement et à l'administration et au fonctionnement des hôpitaux.

• *Les créations d'emplois* décidées par le Gouvernement paraissent, pour leur part, participer davantage à la lutte contre le chômage en général qu'à une politique cohérente de recrutement et de gestion des personnels. Les 2 000 emplois créés cette année, compte tenu de l'existence de 2 000 établissements, n'entraîneront aucune amélioration réelle des conditions de travail des personnels, même s'ils permettent de résoudre certaines situations de pénurie criantes. Quant aux créations envisagées pour l'année à venir, elles varient suivant la déclaration de 8 000 à 20 000, chiffre important pour ces conséquences sur la trésorerie des hôpitaux, mais faible quant à ses répercussions sur l'organisation concrète des services. D'autant qu'aucune création supplémentaire ne paraît envisagée pour compenser la diminution prévisible et promise des horaires hebdomadaires et les crédits d'heure mis à la disposition des militants syndicaux.

• *Les conséquences sur le fonctionnement, le financement et la gestion hospitalière de la décentralisation* restent en outre à préciser. Nous n'avons sur ce point que des bribes d'information.

Si la décision de réaliser les équipements lourds devrait rester du ressort du Ministre de la Santé, l'augmentation par contre des ressources des collectivités locales et de la région pourraient permettre aux diverses instances de mener des politiques propres qui peuvent avoir des répercussions sur l'hôpital.

Nous n'en savons guère plus en dehors de l'abrogation promise des circulaires qui conféraient au Ministre des compétences qui devront dorénavant être exercées par des conseils d'administration renouvelés. Ajoutons la globalisation au niveau du département des budgets hospitaliers, le transfert aux autorités locales du classement des établissements autres que régionaux, et la répartition des emplois créés au niveau du département.

Mais beaucoup d'inconnues subsistent, sur lesquelles votre commission souhaiterait être éclairée. Elle est particulièrement inquiète en ce qui concerne la nouvelle composition et la présidence des conseils d'administration des hôpitaux et les procédures de nomination des personnels de direction des établissements.

Il lui paraît essentiel, afin que les hôpitaux puissent remplir la mission de service public qui leur est assigné, que soient préservées l'autonomie et la neutralité des conseils auxquelles notre commission a toujours été extrêmement attachée et que ne soit pas remise en cause, par des pouvoirs abusivement conférés aux syndicats en cas de grève, la légitime et nécessaire autorité des directions d'établissement.

d) Le rappel des positions de la commission sur la politique hospitalière

Après avoir rappelé l'essentiel de l'acquis et exprimé ces réserves sur les mesures nouvelles, votre rapporteur ne peut que rappeler les positions constantes prises par la commission des Affaires sociales en matière de gestion hospitalière, qui constituent autant de mises en garde à l'encontre de mesures adoptées avec insuffisamment de prudence et de réflexion.

1. — Un recours très conditionnel au budget supplémentaire

Si la suppression de toute possibilité de budget supplémentaire est trop rigoureuse, le rétablissement systématique d'un tel budget n'incite pas à une bonne gestion. Il fait courir le risque d'une mauvaise préparation du budget prévisionnel et d'un laxisme dans son exécution. Si toute activité supérieure aux prévisions entraîne des dépenses additionnelles, seules cel-

les qui varient avec l'activité des services méritent d'être couvertes par des recettes nouvelles.

Les recettes supplémentaires liées à des dépenses fixes doivent, à l'évidence, être "neutralisées". Un examen attentif s'impose en conséquence.

D'où notre proposition d'établir un budget prévisionnel digne de ce nom, donc fondé sur une connaissance approfondie des coûts, une évaluation correcte de l'activité et une responsabilisation de l'ensemble des ordonnateurs à la gestion de l'hôpital.

L'établissement et le suivi de ce budget "vérité" supposent l'existence de véritables "indicateurs de gestion" (tableaux de bord, profils par type de maladie et par type de service) accompagnés de la mise sur pied d'un système correct d'évaluation de la qualité des soins.

Ils exigent aussi que ne soient pas incorporés systématiquement les résultats excédentaires ou déficitaires des exercices antérieurs afin de ne pas fausser les prévisions et de ne pas gommer toute sanction à une mauvaise prévision et une mauvaise gestion.

2. — *Les limites des expériences de tarification*

Votre commission a toujours soutenu que la réforme de la tarification hospitalière n'était pas en elle-même une garantie de bonne gestion. Il n'existe pas de formule miracle ou magique qui résolve à elle seule tous les problèmes qui se posent aux administrateurs. Chacune comporte des avantages et des inconvénients.

Les défauts du prix de journée en vigueur actuellement ont été suffisamment décrits pour qu'il soit encore besoin de les rappeler mais aucun des systèmes présentement expérimentés n'en est exempt.

Votre commission a cependant manifesté sa préférence pour la formule du "prix de journée éclaté" plutôt que pour celle du "budget global" qui paraît avoir les faveurs du gouvernement actuel, comme elle avait celles du gouvernement précédent.

- Le budget global consiste, on s'en souvient, à assurer à un établissement une dotation globale de financement répartie entre les différents régimes de protection sociale au prorata du nombre des journées-ressortissants, et versée chaque mois par douzièmes. La détermination de cette dotation ainsi que le suivi de l'exécution du budget s'appuient sur un certain nombre d'indicateurs regroupés en trois grands ensembles: l'évolution économique générale (prix, salaires...), l'activité (nombre de journées, d'entrées, d'actes...) et la densité des soins (nombre d'agents par lit, consommations médicales et pharmaceutiques par malade...).

Le système, s'il oblige à la préparation d'un budget prévisionnel sérieux, risque de placer toutefois les établissements hospitaliers sous la tutelle financière de la "caisse-pivot" qu'il faudra nécessairement mettre en place.

Il interdit, d'autre part, toute comparaison entre établissements, notamment publics et privés, ne permet pas la facturation des soins pour certaines catégories de malades, comme les étrangers, et ne garantit pas une gestion rigoureuse.

- La formule du prix de journée « première variante » repose, quant à elle, sur le double principe d'un « éclatement » du prix de journée en trois éléments déterminés selon la nature des coûts (frais d'admission, hébergement, soins) et d'une facturation de prestations individualisées (produits sanguins, prothèses, etc...).

Proche du prix de journée traditionnel, elle s'en distingue néanmoins par le souci d'opérer une meilleure adéquation des coûts et des prix.

Comme pour le budget global, le prix de journée éclaté s'est accompagné de la mise en place de nouveaux modes de gestion quant au suivi de l'exécution du budget et de l'activité qui ont donné lieu à des tableaux de bord.

La formule permet donc un affinement du prix de journée classique mais accroît encore sa complexité.

- On se souvient qu'a été expérimentée plus récemment, sur proposition de la Fédération hospitalière de France, et selon des modalités définies par un décret du 10 mars 1981, une formule plus nouvelle, proche du prix de journée éclaté, mais dont l'originalité réside dans l'introduction de deux variantes :

- la première consiste en l'existence de règles d'élaboration et de révision des budgets qui, s'appuyant sur la distinction entre dépenses fixes et dépenses variables, sont fondées sur la prise en compte de l'évolution des prix et salaires, de l'activité et de la durée moyenne de séjour ;

- la seconde consiste, lors de l'arrêt des comptes d'un exercice, dans l'intégration immédiate des résultats (excédents et déficits) selon des modalités qui permettent aux établissements bien gérés de constituer une réserve de financement susceptible d'améliorer la trésorerie tout en écrêtant les évolutions trop brutales des prix de journée.

Dans les trois formules, la facturation et la comptabilisation à part des honoraires ont été abandonnés, et la rémunération des médecins a été incluse dans le prix de journée.

D'ores et déjà, il est possible, selon le ministère, de faire un certain nombre de constatations :

— Les procédures de facturation ont été sensiblement allégées du fait, d'une part, de la suppression de la facturation des honoraires qui paraît aujourd'hui acquise, et, d'autre part, pour le budget global, de l'absence de facturation individualisée à l'égard des régimes de Sécurité sociale et du régime de protection sociale des anciens combattants. Cette simplification trouve néanmoins ses limites dans le maintien d'un ticket modérateur personnalisé, la nécessité de recueillir les documents nécessaires au contrôle médical et à la gestion des risques par la Sécurité sociale (cas d'exonération du ticket modérateur, des recours contre les tiers), la non-participation de l'aide médicale à l'expérience du budget global.

Mais l'expérimentation de nouvelles formules de financement des hôpitaux a fait apparaître qu'une meilleure maîtrise de l'équipement hospitalier et qu'une limitation de la croissance de ses coûts *passent moins par une réforme du mode de tarification que par la mise en place de nouvelles méthodes de gestion* quant à la détermination et à l'emploi des moyens, en fonction des missions de l'hôpital.

— La multiplicité des régimes de Sécurité sociale peut apparaître d'autre part comme une limite au financement global de l'hôpital. A cet égard, elle a suscité des difficultés mal résolues quant à la répartition des charges entre les régimes et l'ajustement de celles-ci à la clôture des exercices comptables.

— Enfin, il est apparu que le contrôle médical, tel qu'il est exercé aujourd'hui, semble inadapté à une gestion moderne de l'hôpital. Les études sur ce dernier point, de même que l'absence d'un rôle et d'un statut de l'épidémiologie, ne permettent cependant pas d'espérer, en ce domaine, des résultats probants dans un délai rapproché.

Quoi qu'il en soit, il convient de rappeler, une fois de plus, que l'effort à mener doit porter davantage sur les modes de gestion que sur la tarification qui n'en est que la traduction, et qui ne pourra, en tout état de cause, apporter de résultat réel que si elle repose sur la participation de l'ensemble des responsables hospitaliers (gestionnaires et corps médical).

TROISIEME PARTIE

OBSERVATIONS DE LA COMMISSION EN MATIERE D'ACTION SOCIALE

I. — INTENTIONS ET PREMIERS ACTES

Les positions affichées par le gouvernement en matière de solidarité nationale ont jusqu'ici été moins brutales que celles défendues par le ministre de la Santé.

- **Les intentions**

Nous connaissons la volonté exprimée de mettre fin à une politique d'assistance et d'accorder au contraire la priorité à l'insertion normale de la population, donc à l'emploi.

“La solidarité — a souvent expliqué Mme Questiaux⁽¹⁾ — cela veut dire que les personnes prennent en charge et ensemble, elles-mêmes, leurs affaires, leur sécurité, leurs besoins sociaux, de façon responsable”... “Nous sommes au service des gens qui ont travaillé, cotisé, conquis des droits... nous faciliterons la prise en charge par les personnes elles-mêmes de leurs problèmes, sans imposer de modèle de vie⁽²⁾...”

On comprend peu que cette orientation soit présentée comme une nouveauté. Aucun responsable n'a pu se réjouir de voir s'étendre une France “assistée” et les mesures qui ont pu être prises en la matière l'ont été pour résoudre des difficultés immédiates et urgentes que les théories, promesses et mots ne résolvent pas toujours avec la même efficacité.

(1) Le Monde 2.6.81.

(2) Liaisons sociales n° 8512 2.6.81.

Car au-delà des formules souvent brillantes, toujours rapides, et même des intentions dont on ne peut nier la générosité, on voit mal, compte tenu des données actuelles et de la difficulté de maîtriser, au moins financièrement, l'extrême complexité de notre système de protection sociale, comment se traduira concrètement ce nouveau discours. Dans nos sociétés hyper-développées, la marge de manœuvre est étroite, la profonde continuité que traduit ce budget en témoigne.

* * *

Des multiples concertations et des réformes engagées, qu'il s'agisse de la réforme de l'organisation et du financement de la Sécurité sociale, de l'abaissement de l'âge de la retraite ou d'un réaménagement des prestations familiales pour lesquels nous renvoyons d'ailleurs à l'excellent avis de notre collègue Boyer, nous ne savons encore que peu de choses précises. Nous nous en tiendrons donc aux mesures effectives.

• Les premières mesures

Concrètement les mesures immédiatement prises se sont réduites :

— à une augmentation des prestations sociales au 1^{er} juillet 1981 : minimum-vieillesse, allocation aux adultes handicapés et prestations familiales, toutes prestations qui relèvent de la compétence de notre collègue M. Boyer ;

— à des créations d'emplois destinées soit à renforcer les moyens d'action des ministères, soit à couvrir les besoins de la population, créations qui figuraient dans le collectif de juillet 1981.

Outre la publication d'un bilan des inégalités sociales et des interventions menées en matière d'action sociale qui résume en outre les grandes orientations qu'entend mettre en œuvre le nouveau ministère⁽¹⁾, nous devons retenir parmi les mesures effectives ou envisagées dans des domaines placés sur la dépendance du ministre de la Solidarité :

— L'action menée en faveur des *immigrés* qui s'est traduite notamment par trois lois récemment examinées par le Parlement et la création dans le présent projet de budget des "contrats d'agglomération".

— Les améliorations souhaitées en matière de mode de garde de la petite enfance, qui se traduisent dans la présente loi de finances par des crédits d'équipement supplémentaires.

(1) « Tableaux de la solidarité » par Catherine Blum-Girardeau Documentation française.

— La mise à l'étude des modifications souhaitables de la loi d'orientation du 30 juin 1975 sur les handicapés.

Nous nous étendrons plus particulièrement sur les mesures déjà prises en faveur des *personnes âgées*.

Elles semblent s'orienter autour de trois objectifs : le développement des services, l'aide au recrutement de personnels et la formation de ces derniers, pour laquelle plus de 5 millions de crédits sont prévus.

Le développement des services passe par un renforcement à l'aide ménagère, un développement des services de soins à domicile, l'amélioration de l'hébergement.

- S'agissant de *l'aide ménagère* pour laquelle subsistent d'importantes disparités dans la couverture des besoins, et des difficultés de financement, ont été décidées tout d'abord une amélioration de la rémunération horaire qui passe de 18,40 F à 20,06 F au 1^{er} septembre, et 21,85 F au 1^{er} décembre qui traduit la volonté d'une reconnaissance de la profession, par ailleurs, une incitation à des *créations d'emploi*, l'objectif étant d'en créer 5 000. Pour chaque service nouveau, seront accordés 20 000 F de crédits d'Etat, pour chaque emploi à temps plein nouveau 2 000 F. De surcroît, les services pourront bénéficier des crédits prévus pour les créations d'emplois d'initiative locale, soit 36 000 F de subventions par emploi créé. Enfin, serait engagée une réflexion sur les modalités de financement de l'aide ménagère.

- *Le développement des services de soins à domicile.*

Malgré certaines critiques qu'il porte à l'encontre du décret n° 81-448 du 8 mai 1981, le gouvernement a jugé préférable dans un premier temps de s'appuyer sur lui pour accélérer le nécessaire développement des services de soins à domicile.

Une circulaire d'application du 1^{er} octobre est venue préciser les principales dispositions de ce texte et notamment le rôle joué par les organismes d'assurance-maladie dans ce domaine. Ils seront associés aux décisions de création et de fixation des forfaits globaux annuels des services. Le contrôle médical dans le cadre d'une intervention a posteriori et non dans celui de l'entente préalable, exercera sa responsabilité habituelle de contrôle et de conseil.

L'objectif est de passer à 20 000 places d'ici la fin de 1983, dans des conditions telles que serait assurée une alternative à l'hospitalisation. Notons que le forfait journalier de référence a été relevé le 1^{er} août de 77 F à 82 F.

• En ce qui concerne les *établissements médico-sociaux et sanitaires*, l'orientation générale est d'en finir avec la logique hospitalière et de privilégier les petites unités intégrées dans le tissu urbain. Il s'ensuit que le processus de transformation des hospices continuera de s'opérer de préférence en faveur des maisons de retraite avec le cas échéant, des sections de cure médicale.

On sait que les crédits inscrits à cet effet au présent budget, passent de 150 à 300 millions. 70 000 places de maisons de retraite devraient être dotées de section de cure avant la fin 1983, ce qui nécessitera un renforcement de personnel.

Le relèvement du plafond de prise en charge par l'assurance-maladie devrait, selon le secrétaire d'Etat (1), et conformément aux vœux du Sénat, permettre à terme une prise en charge de l'ensemble des dépenses liées à la perte d'autonomie, y compris les dépenses de « maternage ».

Parallèlement les centres de long séjour devraient, pour qu'y soit amélioré l'accueil, bénéficier d'une adaptation des locaux et des effectifs de personnel.

Les normes de création et de fonctionnement de ces établissements devraient être révisées, comme devrait être améliorée la formation des équipes soignantes.

D'ores et déjà des emplois supplémentaires (1 400) ont été attribués aux établissements les plus défavorisés.

Enfin, devrait être examinée la délicate question de la *tarification* de l'ensemble de ces services, afin qu'elle soit supportable pour les intéressés et neutre quant aux choix du type de service et d'hébergement.

Rappelons pour finir deux initiatives intéressantes :

- la création, prévue dans le dernier collectif et reconduite dans le présent budget de *500 emplois d'agents* coordinateurs, chargés d'améliorer la cohérence et la complémentarité des actions menées sur le terrain ;
- la relance souhaitée des « *centres de jour* », une commission devant étudier les modalités possibles de leur financement.

Globalement, en ce qui concerne ce domaine des personnes âgées, force est de constater que le discours et l'action gouvernementale ne sont pas révolutionnaires - mais pouvaient-ils l'être — et qu'il s'agit moins là de « rupture » que de *continuité*.

(1) JO Assemblée Nationale 1^{re} séance du 16.10.81 p. 1904.

II. — LES PREOCCUPATIONS DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

Dans le domaine de l'action sociale, votre Commission et tout particulièrement votre rapporteur, se sont préoccupés et se préoccupent toujours de trois points, à leurs yeux encore mal réglés : le problème des personnes âgées, celui de la petite enfance et celui des conséquences sur l'action sociale au sens large (définition des actions, financement, organisation des services, statut du personnel...) de la volonté de décentralisation.

Nous pourrions y ajouter la question toujours lancinante des handicapés.

Votre Commission reste attentive à ces thèmes et dans l'attente de prises de position plus précises du nouveau Gouvernement, elle ne peut manquer de rappeler les orientations qu'elle a prises, en fonction de la politique alors menée, orientations qui peuvent, elle l'espère, guider l'action nouvelle.

A. — L'inconnue de la décentralisation de l'action sanitaire et sociale

L'examen actuel par le Parlement du projet de loi relatif aux droits et libertés des communes, des départements et des régions pose à nouveau le problème des répercussions dans le domaine sanitaire et social de la décentralisation projetée.

Le projet transmis est muet sur ce point, en renvoyant à une loi ultérieure le soin de préciser la répartition des compétences entre les diverses collectivités locales. Les quelques éléments glanés par votre rapporteur au gré des « questionnaires budgétaires » et des diverses auditions menées n'apportent guère d'éléments précis.

Des « pistes de réflexion » sont lancées, mais il ne semble pas encore que le discours très volontariste du gouvernement se soit d'ores et déjà traduit dans des propositions concrètes.

La commission des lois du Sénat, voulant parfaire le texte qui lui a été soumis, a, par articles additionnels, réintroduit l'essentiel des dispositions adoptées lors de l'examen du précédent projet sur les responsabilités des collectivités locales⁽¹⁾.

1. — *Le rappel du dispositif adopté en 1979 et 1980*

C'est une répartition des compétences et responsabilités plus précises en matière d'aide sociale, qu'entendait apporter le texte du précédent projet, avec la notion de *bloc de compétences*, qui devait mettre fin à la complexité des financements croisés.

• *La répartition des compétences entre l'Etat et les collectivités locales*

Devaient relever de l'Etat les formes d'aide qui font appel aux fonctions de contrôle et de supervision, ainsi qu'à la solidarité nationale, et celles qui s'adressent à des catégories de population « marginales » peu intégrées à la vie locale, ou dont le montant et les conditions d'admission sont fixés au niveau national : aide sociale à l'enfance, aide à la famille, cotisations d'assurance maladie, aide médicale aux tuberculeux et malades mentaux, aide au logement, à l'hébergement et à la réadaptation, la protection générale de la santé, les maladies mentales, la toxicomanie et l'alcoolisme.

Devaient relever en conséquence des collectivités locales, les formes d'aide qui sont liées à des équipements et services de voisinage ou à l'appréciation des situations individuelles par les commissions cantonales : aide aux personnes âgées (sauf l'allocation simple à domicile), aide aux handicapés (sauf allocations et centre d'aide par le travail), aide médicale générale (ticket modérateur), service social départemental (assistantes sociales polyvalentes), protection maternelle et infantile (sauf contrôle des maternités et établissements recevant des jeunes enfants), tuberculose, maladies vénériennes, cancer et lèpre. A ces formes d'aide, se serait ajouté le service de santé scolaire.

On le voit, cette définition des blocs n'excluait pas la complexité et, plus que sur des principes, elle paraissait fondée sur le pragmatisme et la volonté d'aboutir à un partage qui, globalement, ne modifierait guère les

(1) cf. avis de M. Chérioux au nom de la commission des affaires sociales.

charges financières respectives de l'Etat et des collectivités locales. En effet, était assurée la neutralité financière des transferts de compétences au niveau national.

Mais, pour compenser, dans chaque département, les modifications éventuelles des charges résultant de la nouvelle répartition des compétences, le projet de loi posait le principe d'une compensation permettant précisément que les charges restent inchangées au moment de l'entrée en application de la nouvelle réforme, par deux moyens : modification de la dotation globale de fonctionnement ou transfert de recettes fiscales.

Notre commission, dont j'avais eu l'honneur d'être rapporteur, s'était ralliée à la réforme proposée en l'assortissant de certaines conditions :

— elle n'admettait un transfert de charges financières, qu'accompagné des moyens de maîtriser la dépense et de gérer effectivement le secteur confié aux collectivités locales ;

— elle souhaitait que ne soit pas remise en cause la procédure de coordination des équipements sociaux et médico-sociaux ;

— elle craignait, en l'absence de barèmes fixés, soit au niveau départemental par le Conseil général, soit au niveau national par la loi, que ne se créent des inégalités trop criantes. « La réforme », écrivions-nous, « ne doit pas se traduire par un accroissement des disparités de traitement entre citoyens, selon qu'ils relèvent d'une commission d'admission plus ou moins généreuse ou d'une collectivité plus ou moins riche, s'agissant de l'aide sociale légale et non facultative » ;

— pour assurer la cohérence de la politique sociale, notre commission souhaitait d'autre part, le maintien d'une direction départementale de l'action sanitaire et sociale unique, disposant si nécessaire de services dotés des attributions communes à l'Etat et au département, moyennant une répartition des charges déterminée par convention ;

— s'agissant du mécanisme de *compensation* prévu, nous insistions tout particulièrement sur le fait qu'il « clichait » la situation résultant de l'application du barème de répartition de 1955, alors même que la richesse relative des départements avait beaucoup évolué depuis lors. Nous observions aussi que, compte tenu de l'incertitude respective des divers postes de l'action et de l'aide sociale et de celle de la situation économique générale, il était fort probable que les sommes versées au titre de la compensation, indexées sur le produit de la taxe à la valeur ajoutée, évolueraient moins rapidement que les dépenses d'aide sociale, ce qui mettrait les collectivités locales en difficulté.

Enfin, il nous apparaissait difficile de délibérer, sans même connaître le contenu probable des projets de loi complémentaires en cours d'étude, qui, seuls permettraient de mesurer la portée réelle des transferts de compétences envisagées.

Les amendements que nous proposons et qui ont été pour la plupart repris par le Sénat, s'inspiraient de ces préoccupations :

— le souci de prendre en compte parmi les critères de répartition les possibilités, pour les collectivités de disposer d'une marge de manœuvre effective, tout en respectant leurs intérêts financiers, nous a conduits à proposer le transfert à l'Etat des charges d'aide sociale exposées dans les établissements de long séjour sanitaire, de la santé scolaire et de la lutte contre le cancer ;

— celui d'encadrer les interventions des départements et des communes par la loi, afin d'éviter des disparités de situation, nous a incités à orienter le contenu de la loi complémentaire en ce qui concerne notamment les procédures d'admission, les règles minimales relatives à la mise en jeu de l'obligation alimentaire, les règles présidant au domicile de secours, les conditions dans lesquelles seront autorisés à fonctionner les établissements sociaux et médico-sociaux.

Notre volonté d'assurer la cohérence de la politique menée nous a amenés à proposer de sauvegarder l'unité de la Direction départementale de l'action sanitaire et sociale (DDASS) et à préserver les droits des personnels concernés.

Enfin, pour éviter que les collectivités locales soient financièrement pénalisées à terme, compte tenu de l'évolution prévisible des dépenses qui leur seraient désormais imputées, nous avons proposé de subordonner la mise en œuvre de la compensation financière à la révision du barème de 1955, en fonction de critères permettant de mesurer la richesse et les besoins des différents départements, la correction du barème ne jouant qu'en faveur des départements qu'elle avantage.

Le Sénat a largement suivi nos propositions.

En ce qui concerne les dépenses *d'hébergement* des personnes âgées, cependant, c'est une solution de compromis qui a été retenue, l'hébergement restant à la charge des collectivités locales mais diminué des frais de « maternage » qui se rajouteraient au forfait-soins payé par la Sécurité sociale. La loi complémentaire devait préciser ce nouveau partage.

Étaient de même admises :

- l'unité des services de la DDASS;
- la préalable révision du barème avant le calcul de la compensation financière.

2. — *Les inconnues de la décentralisation*

C'est l'essentiel de ces dispositions que reprennent les propositions de la commission des lois, mais elles ne préjugent en rien des positions en la matière, du gouvernement qui nous dit préférer à la notion de « bloc de compétence » celle de « répartition des fonctions », mais qui admet que tout transfert de compétence suppose un transfert de ressources.

Il n'est pas certain d'ailleurs que chaque ministre ait une position identique des implications de la décentralisation.

Dans l'attente des projets à venir, votre commission entend faire part de son inquiétude quant à la possibilité de concilier la notion de *décentralisation* avec celle de *solidarité nationale*.

Elle entend que soient préservés l'égalité des citoyens et leurs droits à un minimum uniforme de prestations, en estimant qu'il revient à la loi de définir le cadre général et les conditions de la protection minimale.

Elle s'interroge enfin sur les moyens qui permettront aux collectivités locales de faire face à leurs charges nouvelles, en posant comme principe la nécessité d'une péréquation entre collectivités riches et pauvres.

B. - *Les personnes âgées*

C'est sans doute dans tout le champ de l'action sociale le secteur où l'effort consenti par la collectivité, et par là les progrès, ont été les plus sensibles au détriment sans doute de la politique familiale.

Les premières conclusions de la Commission du bilan, présidée par M. Bloch-Lainé, le reconnaissent, puisqu'on peut y lire :

« Sur le plan de la vieillesse, les années 70 ont été marquées par des avancées décisives: relèvement très sensible du minimum-vieillesse; améliorations diverses, parfois impor-

tantes, des systèmes de pensions; institution, en 1977, d'une «garantie de ressources-démission» qui permet en fait à tous les salariés ou presque de prendre leur retraite dès 60 ans dans des conditions particulièrement avantageuses (...) En 1978, les personnes âgées de plus de 60 ans qui ne représentaient que 19 % de la population, percevaient cependant — transfert et ressources propres — 22 % du revenu national. Même si une telle donnée recouvre des situations individuelles extraordinairement diverses, elle interdit désormais d'assimiler, comme on dut le faire trop longtemps, troisième âge et pauvreté.»

Les actions à suivre ne paraissent donc pouvoir se situer qu'en continuité avec l'action menée, quitte à en intensifier les modalités.

* * *

On le sait, la politique de la vieillesse est une politique globale qui englobe des aspects aussi divers que l'amélioration des ressources, qu'il s'agisse des retraites ou de minimum garanti, l'habitat, l'environnement, la santé, la participation à la vie sociale et les services sociaux proprement dits. Une telle conception met en jeu de nombreux acteurs publics et privés : Etat, collectivités locales, régimes de sécurité sociale, associations, bénévoles, etc. et les compétences de la quasi-totalité des ministères ; d'où l'intérêt et la difficulté de mettre sur pied une « coordination » des actions, tant à la base qu'au sommet.

C'est dans notre avis sur le projet de loi de finances pour 1980 que nous avons présenté la politique suivie jusqu'alors et ses deux grands axes, maintien à domicile et hébergement, en formulant les observations critiques qui nous paraissaient s'imposer.

C'est compte tenu de l'évolution de la situation depuis lors qu'il nous paraît utile de reprendre brièvement certains points.

1. — *Les objectifs poursuivis face aux contraintes actuelles*

Les problèmes de la vieillesse et les solutions à lui apporter dans le contexte actuel, ont été particulièrement étudiées il y a plus de vingt ans par la Commission présidée par M. Pierre Laroque et dont le rapport en 1960 a jeté les bases des orientations qui allaient être ultérieurement suivies. Les réflexions successives qui se sont poursuivies à l'occasion des VI^e (1971-1975) et VII^e Plan (1976-1980), voire VIII^e Plan, de même

que les rapports d'études de l'Inspection générale des Affaires Sociales (IGAS) s'en sont très largement inspirées. Un vaste consensus paraît s'être développé à cet égard.

Il s'agit pour l'essentiel et compte tenu du processus de vieillissement, de chercher à maintenir l'autonomie et l'insertion sociale des plus âgés, tout en répondant à leurs besoins spécifiques de santé, bien que cette dernière préoccupation risque paradoxalement de conduire à une certaine ségrégation par le développement notamment d'une gamme d'établissements d'hébergements et de soins appropriés cependant nécessaires (1).

Toutes les mesures prises ont donc conduit à tenter de prévenir, le plus possible sans pouvoir toujours l'éviter, le recours à de telles formules, d'ailleurs coûteuses, par la priorité réservée aux moyens concourant à une politique de maintien à domicile, solution la plus humaine pour les intéressés.

Si ces grandes orientations restent toujours prédominantes, il est incontestable qu'en vingt ans la situation et donc les besoins des personnes âgées ont considérablement évolué.

La grande misère d'une large partie d'entre eux, mise en exergue par le rapport Laroque n'est plus aussi criante et leurs conditions de vie se sont considérablement améliorées grâce au développement des retraites et du « Minimum vieillesse » et de l'action sociale engagée.

C'est la raison pour laquelle les données actuelles, si elles constituent de nouvelles contraintes, ne rendent que plus nécessaire de préserver cet héritage.

Certaines d'entre elles doivent, à cet égard, être rappelées :

— L'importance déjà très grande des dépenses de vieillesse dans l'ensemble du budget social de la nation (environ 40 %) et les difficultés financières probables des régimes de retraite, notamment dans la conjoncture économique actuelle, peuvent constituer un réel frein financier ;

— Le vieillissement de la population et la part croissante des plus de 75 ans : (3 400 000 en 1985, le nombre des plus de 85 ans, doublant d'ici l'an 2000), qui pose à l'évidence et avec une nouvelle dimension le problème des soins et de l'hébergement, le grand âge conduisant souvent à un état de dépendance nécessitant des soins et des équipements spécifiques ;

(1) La politique de la vieillesse — Mmes Chauvet et Pitois dans RFAS — Numéro spécial — octobre-décembre 1980

— La féminisation notable de la population âgée (53 % dans le groupe 60-64 ; 64,2 % dans les 75-79 et 76,9 % dans les 90 ans et plus) alors même que les veuves qui constituent la majorité de ces femmes ne disposent pour la plupart que de revenus très modestes et connaissent un grand isolement.

— La répartition inégale des personnes âgées sur le territoire national qui pose des problèmes particulièrement délicats dans les zones rurales.

Sous-jacent à ces données, se profile le problème de la place des personnes âgées dans notre société, de l'importance de l'effort que l'on souhaite consentir à leur égard et du choix du niveau de solidarité où doivent se résoudre leurs difficultés, national, local ou familial.

Jusqu'alors si les actions en matière d'amélioration de ressources ont été définies et financées au niveau national, la politique d'aide et d'action sociale faisant appel à des services personnels et matériels, a été plus largement mise en œuvre localement, la solidarité familiale (obligation alimentaire et récupération sur succession) n'étant cependant jamais oubliée.

On se souvient que le projet sur les responsabilités des collectivités locales, que nous avons examiné l'an passé, envisageait que l'aide sociale aux personnes soit confiée aux seules collectivités locales, l'Etat se dégageant de sa participation financière. Nous avons admis cette dévolution sous réserve d'une extension en cas d'hébergement de la prise en charge des frais de soins par l'assurance-maladie aux frais de « maternage ».

La question se posera sans doute à nouveau dans le cadre des textes à venir sur la décentralisation.

Comme se posera à nouveau encore le problème de savoir si nous souhaitons maintenir ou non l'obligation alimentaire jusqu'alors inscrite dans notre droit et qui est un des derniers témoignages de la solidarité familiale. Il n'était pas apparu jusqu'alors à notre Commission, souhaitable de supprimer cette obligation mais plutôt d'en moduler les effets suivant le niveau de ressources des familles. Elle est en effet hostile à la suppression du principe de l'obligation alimentaire, considérant qu'il est indécent que des enfants qui en ont les moyens, ne viennent pas contribuer aux dépenses de leurs parents. Par contre notre Commission souhaite que soient fixés des planchers de ressources assez élevés en deça desquels l'obligation ne jouerait pas, afin que des personnes de conditions modeste ne puissent faire l'objet de poursuites aussi tracassières que coûteuses et peu rentables.

2. — *Les réalisations à ne pas remettre en cause*

a) *L'amélioration des ressources*

Nous ne dirons qu'un mot de *l'amélioration des ressources* des personnes âgées qui ne relève pas directement de l'objet de cet avis. Mais il convient cependant d'en rappeler les causes les plus notables qui constituent l'environnement de l'action sanitaire et sociale qui nous intéresse plus spécialement :

— la généralisation des régimes d'assurance-vieillesse et l'augmentation du niveau des retraites du fait du développement des protections complémentaires dues à l'initiative des partenaires sociaux et de l'amélioration du montant des retraites des régimes obligatoires de base ;

— l'accroissement des ressources minimales garanties qu'il s'agisse du minimum-vieillesse (AVTS + allocation du FNS) dont la progression a été beaucoup plus rapide que celle des pensions, des prix et du salaire minimum de croissance, de l'allocation de logement ou des mesures spécifiques en faveur des personnes âgées. C'est ainsi que de 1959 à 1980, le minimum vieillesse a été multiplié par 15 alors que le SMIC ne l'était que par 8,5 et l'indice des prix (base 100 en 1970) par 3,9. En 1959, ce minimum correspondait à 30,4 % du SMIC, et en 1980 à 53,5 %.

On ne peut à cet égard que souhaiter que les augmentations récemment accordées ou promises de ce minimum-vieillesse, quelle que soit leur importance, permettent de poursuivre ce mouvement d'amélioration du pouvoir d'achat.

b) *La politique de maintien à domicile*

Le souci d'aider les personnes âgées dont les facultés physiques et mentales ne sont pas diminuées à demeurer insérées dans le tissu social et de tenter ainsi de retarder le plus possible l'arrivée des handicaps s'est traduit par la mise en place d'une politique active de maintien à domicile déjà définie par le rapport Laroque et qu'il convient évidemment de poursuivre.

Elle vise, on le sait, à ne pas couper la personne âgée de son environnement ni de son réseau de relations sociales, à éviter le déracinement qu'entraînent les placements, de même que la lourdeur excessive des coûts d'hospitalisation ou d'hébergement industrialisés. L'objectif social rejoint en ce sens les contraintes financières, de même qu'il correspond aux souhaits unanimes des intéressés.

Cette politique de maintien à domicile suppose, avec une nécessaire amélioration des ressources, l'amélioration des conditions de vie des personnes âgées. Elle a fait l'objet d'un programme spécial du VI^e Plan (« programme finalisé ») puis du VII^e Plan (le programme d'action prioritaire (PAP) n° 15 dont on dressera un bilan rapide.

• **Les principes**

Le Programme d'action prioritaire n° 15 poursuivait, on s'en souvient, quatre objectifs :

- favoriser le maintien des personnes âgées dans leur cadre de vie habituel,
- leur permettre un retour rapide à domicile après un séjour hospitalier,
- préserver la vie sociale des personnes âgées,
- faciliter leur participation à la conception et à la gestion des équipements et services qui les concernent.

En application de ce programme, tout organisme ou toute collectivité prête à lancer dans un secteur géographique déterminé des services destinés à faciliter le maintien à domicile et l'insertion sociale des personnes âgées s'est vu reconnaître un droit à une aide de l'Etat.

Ces services ont été très diversifiés :

- amélioration de l'habitat,
- participation à la vie sociale,
- foyer restaurant,
- soins à domicile, consultation de géontologie,
- aide ménagère,
- services téléphoniques d'assistance aux personnes âgées isolées,
- clubs,
- information,
- préparation à la retraite.

Le choix de ces services était déterminé en accord avec les intéressés deux étant obligatoires : l'amélioration de l'habitat et la participation à la vie sociale et culturelle. Les trois autres services organisés dans les secteurs d'action gérontogique étaient choisis dans une gamme permet-

tant une adaptation aux besoins sociaux. 400 secteurs ont été mis en place au cours du VI^e Plan, 1 000 au cours du VII^e (alors que 440 étaient prévus).

En 1980, environ 270 000 personnes âgées devaient bénéficier d'un ensemble de services à proximité de leur domicile évitant un placement en établissement et un million devaient participer à l'un au moins des services créés.

Le programme d'action prioritaire prévoyait pour la durée du Plan (1976 à 1980) une enveloppe de crédits sur budget d'Etat de 430 millions se répartissant pratiquement à égalité en crédits d'équipement et en crédits de fonctionnement.

• Les réalisations

— *L'amélioration de l'habitat*

Environ 45 000 logements auront été améliorés dans le cadre du PAP 15, auxquels il faut ajouter ceux qui ont pu l'être, grâce aux seules subventions des caisses de retraite qui financent ce type d'intervention sur leur fonction d'action sanitaire et sociale. L'amélioration du logement reste en effet essentielle, la qualité du domicile pouvant constituer, outre une aide psychologique, une contre-indication au placement.

La construction de *logements foyers* (90 000) a permis de même d'offrir aux personnes âgées non seulement de meilleures conditions de logement mais aussi des services collectifs (restaurant, clubs...) d'usage facultatif.

— *L'aide ménagère* constitue un second élément essentiel. Son développement a été très rapide, le nombre de bénéficiaires passant de 145 000 en 1974 à 280 000 en 1979, le montant des sommes qui leur était consacré triplant dans la même période.

On sait que de nombreux financeurs interviennent sur cette prestation :

— l'aide sociale pour les personnes dont le revenu est inférieur à un certain plafond régulièrement réévalué;

— et les caisses de retraite sur leur fonds d'action sanitaire et sociale, le principal financeur étant la CNAVTS qui assure presque 50 % du financement.

Des dispositions ont été prises pour permettre un accès élargi à cette prestation dont le service est assuré par plus de 55 000 aides ménagères :

— 35 000 employées par des associations à vocation urbaine et rurale,

— 16 500 par des associations à vocation exclusivement rurale,

— 6 500 par des bureaux d'aide sociale.

— *La lutte contre l'isolement* et pour une plus grande sécurité s'est traduite par le développement du téléphone. Depuis octobre 1977, toute personne âgée de plus de 65 ans bénéficie d'une priorité pour obtenir le téléphone, et d'une super-priorité si elle a plus de 80 ans, les attributions du FNS étant exonérées de la taxe de raccordement.

Ajoutons que l'instauration et l'exploitation du système de télé-alarma est en cours dans quelques départements.

— Nous ne dirons qu'un mot du développement des *clubs* du troisième âge, passés de 1 000 à 15 000 en quatre ans, pour nous étendre un peu plus sur la mise en place des équipes de *soins à domicile*.

— L'état pathologique des personnes âgées et leur isolement a conduit en effet à imaginer des interventions sanitaires coordonnées avec des services ménagers, afin de réduire et de prévenir les hospitalisations.

Le PAP 15 réservait une place importante à ces *soins à domicile* à la création desquels la loi n° 78-11 du 4 janvier 1978, complétant la loi 75-535 du 30 juin 1975, a donné une base juridique. Elle précisait d'autre part que les dépenses de soins dispensés dans ce cadre pouvaient être prises en charge par les organismes d'assurance-maladie suivant une formule forfaitaire.

Les services de soins ont tout d'abord fonctionné à titre expérimental selon les modalités d'une circulaire du 20 mars 1978, mais leur développement s'est heurté on le sait, à un certain nombre d'obstacles de droit et de fait qui ont conduit le précédent Ministre de la Santé à constituer un groupe de travail chargé de lui faire des propositions, s'agissant notamment des modalités de la participation des infirmières libérales.

A la suite de la publication du rapport de ce groupe, le décret n° 81-448 du 8 mai 1981 a fixé les modalités réglementaires de création et de fonctionnement des services de soins sur lesquelles continue de s'appuyer le présent Gouvernement pour intensifier l'action jusqu'alors menée.

Au 1^{er} février 1980, 36 services fonctionnaient pour un total de 1 200 places. Au 15 mai 1980, une soixantaine pour 1 800 places, au 1^{er} avril 1981, 92 pour 3 000 places, au 1^{er} septembre 150 services environ, 100 supplémentaires étant prêts à démarrer.

Les chiffres restent à l'évidence inférieurs aux besoins, tout comme ceux, d'ailleurs, qui figurent dans les objectifs du présent Gouvernement.

Le développement des actions de maintien à domicile a toutefois nécessairement des limites et exige en tout état de cause une solide coordination à la base.

Il n'exclut pas un effort en matière d'établissements d'hébergement qu'ils soient sanitaires ou sociaux. La coordination s'impose d'ailleurs là encore, car il apparaît fondamental d'offrir aux intéressés une gamme continue de services répondant à l'ensemble de leurs besoins et permettant à tout moment les orienter vers celui qui correspond le mieux à leur situation.

c) Les efforts en matière d'hébergement

Il paraît inévitable, voire le plus souvent inéluctable, malgré des actions intensives de maintien et de soins à domicile qu'à un moment donné, variable suivant les situations, de nombreuses personnes âgées, pour des raisons de santé, de perte d'autonomie physique ou mentale, ou encore d'isolement, particulièrement en milieu rural, ne soient conduites à recourir à un hébergement collectif.

Si l'entrée en institution se fait actuellement, en règle générale, de plus en plus tard, l'état de la personne s'y trouve donc à ce moment de plus en plus dégradé.

Plusieurs formules sont présentement proposées qui se veulent adaptées aux différents stades de l'état psychique et physique des intéressés.

On distingue généralement les équipements pour personnes valides, publics ou privés, à vocation donc essentiellement sociale et les équipements pour invalides, à dominante sanitaire. Cette distinction a des répercussions bien connues, s'agissant des régimes juridiques et de la prise en charge des placements, mais elle paraît devoir être de plus en plus nuancée, compte tenu de la situation physiquement et moralement très évolutive, voire cyclique des personnes âgées et de la médicalisation croissante des établissements.

Globalement, la couverture des besoins des personnes valides apparaît assurée quantitativement par toute une gamme d'établissements dont l'essentiel est constitué par les foyers-résidence et les maisons de retraite.

Certes, ils ne sont pas uniformément implantés sur l'ensemble du territoire et certains d'entre eux ne répondent pas toujours aux souhaits des personnes âgées. Il ne serait pas en outre conforme à la vérité de nier qu'un certain nombre de valides occupent des lits d'hospices d'où notre souhait constant de voir améliorer la qualité de ce mode d'accueil et rechercher des formules plus neuves et plus légères, combinant par exemple hébergement temporaire et maintien à domicile et prévoyant en tout état de cause que aussi bien les aides et soins à domicile peuvent être apportés aux personnes vivant en résidence qu'à celles qui demeurent dans leur logement personnel.

Pour les vieillards qui ont perdu toute autonomie, nos établissements sont moins nombreux et moins satisfaisants. Beaucoup occupent encore des lits d'hospice ou séjournent dans des unités psychiatriques ou dans des services hospitaliers actifs. On en connaît les raisons.

Non seulement donc dans ce secteur, les besoins ne sont pas couverts en quantité, mais ils ne le sont pas en qualité.

Outre les hospices et les secteurs d'hospices amenés à disparaître, outre les maisons de cure médicale industrialisées de type V 120 ou V 240, figurent dans ce type d'hébergement (1) :

— les centres de *long séjour* du secteur hospitalier destinés à recevoir les personnes qui, en plus d'un maternage, ont besoin de soins médicaux constants.

— les *sections de cure médicale* des maisons de retraite destinées à apporter aux pensionnaires les soins qui empêchent leur hospitalisation.

Il faut souligner l'importance des mesures prises récemment pour tenter de résoudre les problèmes posés et qui témoignent d'une prise de conscience très active :

- mise en œuvre du forfait soins (loi du 4 janvier 1978) pris en charge par l'assurance-maladie tant dans les sections de cure médicale des maisons de retraite, que dans les maisons de cure médicale et de long séjour ;
- définition plus précise dans la loi hospitalière des centres et unités de moyen séjour et des centres et unités de long séjour, entraînant un nouveau classement des établissements (décret du 27 avril 1980) ;
- uniformisation croissante en conséquence du mode de prise en charge quels que soient la nature et le type d'établissement ;

(1) Cf. annexes.

- mise en œuvre de la transformation progressive des hospices par une circulaire du 16 juin 1980, de préférence en maison de retraite dotée le cas échéant d'une section de cure médicale, afin de mieux concilier vie sociale des intéressés et soins adaptés;

- assouplissement récent (décret n° 81-449 du 8 mai 1981) des conditions de création des sections de cure médicale qui pourront comprendre plus de 25 % des lits.

Il n'en demeure pas moins que reste posé le problème de *l'établissement idéal d'accueil du 4^e âge*. La solution privilégiée tant par le précédent Gouvernement que par l'actuel paraît être la section de cure médicale.

Nous en avons critiqué la rigidité, mais la règle du quota de 25 % vient, on l'a dit, d'être assouplie.

Le risque est grand cependant de voir les maisons de retraite se médicaliser totalement au fur et à mesure de l'évolution de l'état de santé des pensionnaires et se transformer précisément en un nouvel hospice dont le législateur avait souhaité la disparition.

Entre les deux écueils de la médicalisation excessive et de la sous-médicalisation, une juste moyenne s'impose à l'évidence dont la traduction concrète s'avère difficile.

La distinction parmi les personnes dépendantes dont l'état justifie un hébergement, entre celles qui ne requièrent que des soins d'hygiène et d'aide à l'accomplissement des actes essentiels de la vie (maternage) et celles qui justifient en outre de soins médicaux constants et spécifiques, distinction qui entraîne celle des établissements où elles sont hébergées, n'est peut-être pas aussi tranchée et, en tout cas, ne le demeure pas.

Au-delà d'un certain âge, ou d'un certain état de santé, la personne âgée peut vivre alternativement des épisodes aigus puis d'autres qui ne justifient précisément que des soins d'accompagnement. D'où l'idée de certains de mettre en place des établissements gériatriques regroupant dans un même ensemble un pourcentage modulable de lits d'aigus, de moyen et de long séjour, évitant tout transfert et assurant une médicalisation qu'il paraît irréaliste d'occulter, même si l'aspect médical doit rester second.

Dans cette voie, à l'éclatement des distinctions entre établissement social et sanitaire, s'ajouterait celui de la distinction entre lits aigus ou chroniques.

En tout état de cause, il ne paraît pas réaliste de séparer ce que certains interlocuteurs de votre rapporteur ont appelé la «convivialité dans le quotidien» de la sécurité médicale qui va de pair, cela va sans dire, avec un renforcement notable du personnel.

Comme nous le notions déjà, il y a deux ans, il reste donc beaucoup d'incertitudes sur les types d'établissements à promouvoir. Les besoins sont mal connus et ils varient en même temps que progressent les exigences sociales quant à la place à accorder aux vieilles personnes dans la société, et que vieillissent des générations qui ont bénéficié d'un confort croissant et d'un style de vie plus ouvert.

On ne peut d'autre part faire table rase des établissements légués par le passé et même un passé très récent. Enfin chacun admet aujourd'hui que la distinction entre établissements sociaux relevant de la loi du 30 juin 1975 et établissements sanitaires relevant de celle du 31 décembre 1970 non seulement n'est pas réaliste mais encore empêche une planification correcte.

Nous ne pouvons en conséquence que renouveler notre souhait de voir élaborer une carte sanitaire et sociale des aides aux personnes âgées, intégrant les services à domicile et toutes les formes d'hébergement.

c) Les modes de garde de la petite enfance

La politique familiale et plus particulièrement la politique menée à l'égard de la petite enfance a toujours préoccupé votre commission, soucieuse de défendre le libre choix de la mère de famille tout en assurant des modes de garde adaptés aux besoins de l'enfant.

C'est la raison pour laquelle nous avons l'an passé consacré de longs développements à ce sujet que nous considérons comme un véritable problème de société, en optant pour deux directions essentielles :

- le développement des modes de garde existants ;
- la recherche des moyens permettant à une mère d'éduquer elle-même ses enfants, tout en lui permettant de faire face à ses obligations financières.

Les obstacles auxquels se heurte la première orientation nous avaient conduit à approfondir notre réflexion sur la seconde.

1. — L'amélioration possible des structures existantes

Nous ne rappellerons les données actuelles de la répartition des divers modes de garde existants que pour les actualiser.

Au 1^{er} janvier 1979, elles étaient les suivantes :

Crèches collectives	1 217 établissements	60 533 places
Crèches familiales	480 centres	20 386 assistantes maternelles
Garderies et jardins d'enfants	383 établissements	17 170 places
Halte-garderies	1 027 établissements	

Compte tenu du fait qu'il existe environ 920 000 enfants de moins de 3 ans dont les deux parents travaillent sur plus de 2,3 millions d'enfants du même âge au total, l'« offre » est manifestement très inférieure aux besoins. Son développement, il est vrai, se heurte à des obstacles financiers importants, non seulement au niveau des investissements, mais surtout lors du fonctionnement des établissements, décrits avec beaucoup de pertinence et de précision par un très récent rapport de Mme Evelyne Sullerot au Conseil Economique et Social. A la lourdeur des coûts que ne compensent pas pleinement les prestations de service de la Caisse d'Allocation Familiale, correspond pour les parents des charges quotidiennes pouvant aller jusqu'à 75 F par jour.

D'où le souci manifesté par notre commission et apparemment partagé par le présent Gouvernement, de développer des formules plus légères et moins coûteuses comme les « jardineries », les crèches « parentales » etc. qui ne sont cependant acceptables que si elles offrent une sécurité suffisante sur les plans personnels, matériels et sanitaires.

Dès à présent cependant, certains axes d'action dégagés par le Conseil Economique et Social, méritent d'être soutenus comme :

— l'amélioration de la connaissance de l'offre et de la demande en matière de modes de garde afin de permettre une meilleure adéquation des besoins des parents aux capacités d'accueil;

— la recherche d'un décloisonnement des différents modes de garde;

— le développement de l'information sur les différentes possibilités offertes et sur les aides existantes à la réalisation de nouvelles structures;

— l'augmentation des effectifs chargés de la petite enfance, en axant leur formation sur des finalités éducatives ;

— la simplification et l'amélioration des mécanismes actuels de financement.

Mais quoi qu'il en soit, le renforcement des structures trouvera de lui-même ses limites, non seulement matérielles et financières mais encore psychologiques, dans le souci qu'auront certaines mères d'assurer elles-mêmes le « maternage » et la première éducation de leurs jeunes enfants.

C'est afin de permettre précisément que puisse s'exercer — et honnêtement cette possibilité que votre commission avait l'an passé tenté de rechercher une voie originale et nouvelle.

* * *

2. — Une voie originale : une prestation familiale nouvelle

C'est après réflexion — et en s'excusant d'empiéter ainsi sur la compétence de notre collègue Boyer — vers la création d'une prestation familiale nouvelle que s'était finalement orienté votre rapporteur.

Votre commission des Affaires Sociales avait bien voulu le suivre en ce sens et avait adopté en conséquence le principe d'une allocation versée mensuellement aux femmes qui souhaitaient élever elles-mêmes leurs enfants, pour compenser au moins en partie, le manque à gagner du fait du non exercice d'une profession, les modalités de l'allocation l'encourageant parallèlement à garder d'autres enfants.

La proposition de la Commission consistait en effet à verser à une femme qui garderait chez elle trois enfants de moins de 3 ans — y compris le ou les siens — et sans qu'elle ait à exciper du statut d'assistante maternelle, l'équivalent du SMIC.

Une mère décidant d'élever elle-même son enfant aurait perçu une allocation égale à 40 % du salaire minimum, y compris le complément familial ; pour chaque enfant supplémentaire qu'elle s'engageait à garder, l'allocation aurait été de 30 % du SMIC.

Nous avons calculé que le coût de cette prestation pour la collectivité n'aurait pas été excessif, compte tenu des économies réalisées par ailleurs. Mais il s'agissait essentiellement pour nous d'ouvrir un débat, d'amorcer des réflexions, de susciter des initiatives.

Nous estimons que notre proposition, compte tenu des difficultés actuelles que connaissent de jeunes parents mérite toujours d'être examinée, ne serait-ce que parce qu'elle offre une liberté nouvelle et élargit la gamme des solutions possibles.

CONCLUSION GENERALE

Votre Commission des Affaires Sociales, dans ce présent avis, a entendu résumer tant les premières mesures prises par le nouveau Gouvernement en matière sanitaire et sociale que les positions adoptées jusqu'alors par elle, face aux problèmes qui se posent et continuent de se poser.

Devant l'incertitude qui subsiste quant aux orientations de la politique nouvelle, en raison des craintes que lui inspirent les premières mesures prises, notamment dans le domaine de la santé, devant l'accroissement du déficit de la sécurité sociale qui met en évidence l'impérieuse nécessité de maîtriser le coût de notre appareil de soins, *et parce qu'elles'oppose enfin à la volonté affirmée de rupture à l'égard de la philosophie de base qui soutenait toute notre actionsanitaireetsociale*, votre commission ne peut que donner un avis défavorable à l'adoption des présents crédits budgétaires (Solidarité Nationale et Santé) et vous en propose en conséquence le rejet.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

1. — Auditions des Ministres

A. — Réunion du 5 novembre 1981

Sous la présidence de M. Robert Schwint, la commission a procédé à l'audition de Mme Nicole Questiaux, ministre de la Solidarité nationale, accompagnée de Mme Georgina Dufoix, secrétaire d'Etat chargé de la Famille et de M. Joseph Franceschi, secrétaire d'Etat chargé des personnes âgées, sur le projet de loi de finances pour 1982 (solidarité nationale).

Le Ministre, après avoir rappelé sa volonté d'engager une politique en faveur d'une plus grande égalité sociale et de la lutte contre la précarité, a démontré la traduction budgétaire de ses intentions.

S'agissant des difficultés financières de la Sécurité sociale, Mme Questiaux a rappelé que derrière cette situation se profilait l'emploi du million de salariés actuellement placés sous l'autorité des caisses.

Si le déficit prévisible de 33 milliards à la fin de l'année 1982 constitue une difficulté réelle contre laquelle le Gouvernement arrêtera des mesures au cours de son prochain conseil des Ministres, Mme Questiaux a souhaité le ramener à la dimension des dépenses totales engagées par notre système de protection sociale.

Le Ministre s'est engagé à organiser au printemps devant le Parlement un débat d'ensemble sur ces problèmes qui portera notamment sur une modification éventuelle de l'assiette des cotisations sociales, du reste, selon elle, limitée, et sur les relations avec les professions de santé qui conduiront à terme à une réforme de la tarification hospitalière, à la décentralisation et à une meilleure maîtrise des dépenses.

S'agissant de l'organisation administrative de la Sécurité sociale, le Ministre a rappelé sa volonté de modifier les rapports de pouvoir à l'intérieur des caisses en rendant leur gestion aux assurés. Sa seule interrogation reste aujourd'hui de savoir si, dans l'attente d'un texte définitif, il ne conviendrait pas de mettre en œuvre dès maintenant une réforme administrative provisoire.

Mme Georgina Dufoix, après une brève présentation des crédits dont elle disposera, a abordé diverses questions relatives à son action. Après s'être déclaré fermement attaché au développement des crèches collectives, le Secrétaire d'Etat est convenu de la nécessité d'améliorer les moyens de gestion afin de peser sur les coûts en renforçant la qualité de l'accueil.

Ne rejetant pas l'idée d'une augmentation des allocations familiales au début de l'année 1982, Mme Dufoix s'est déclarée convaincue de l'urgente nécessité de simplifier le système des prestations familiales à la fois en direction de l'allocataire et d'une politique globale de la famille qui devraient conduire à terme à la mise en œuvre d'un véritable minimum familial et social.

M. Joseph Franceschi a accompagné la présentation budgétaire de son action d'un commentaire particulier sur les conséquences considérables qu'aura à moyen et long termes l'accroissement de la population des personnes âgées et singulièrement de celles qui dépassent l'âge de 85 ans. Face à cette situation, le Secrétaire d'Etat a insisté sur l'importance de la politique de maintien à domicile et de la mise en œuvre d'un système d'accueil qui tienne compte de tous les critères et qui ne conduise pas à l'application des seuls facteurs financiers pour le placement des personnes âgées.

Mme Questiaux est alors intervenue à nouveau pour indiquer qu'en matière d'aide sociale une loi complémentaire sera présentée au Parlement qui, préférant à la notion de bloc de compétences, celle de répartition fonctionnelle, donnerait au « financeur » le pouvoir de l'action.

Le Ministre a également présenté les crédits budgétaires attribués au secrétariat d'Etat aux immigrés en indiquant notamment à la Commission qu'avec 100 000 régularisations, l'opération engagée par le Gouvernement en direction des travailleurs étrangers en situation irrégulière, sans donner les résultats attendus et malgré de sensibles disparités régionales, avait donné un résultat globalement satisfaisant.

B. — Réunion du 10 novembre 1981

Sous la présidence de M. Hector Viron, secrétaire, la Commission des Affaires Sociales a procédé à l'audition de M. Jack Ralite, Ministre de la Santé, sur les crédits affectés à son département ministériel dans le projet de loi de finances pour 1982.

Le Ministre a exposé que son budget était un budget de transition dynamique, marqué par des avancées significatives qu'il conviendra de confirmer.

L'ensemble des crédits «santé», si l'on tient compte du transfert des crédits de la recherche, progresse cette année de 29 %, la volonté de changement se traduisant essentiellement dans trois domaines dont les dotations sont sensiblement augmentées : la prévention, la formation des personnels médicaux et l'équipement.

En matière de prévention, les efforts se concrétisent autour de trois axes : la protection de l'enfant de la naissance jusqu'à l'âge de trois ans, la création de programmes régionaux de prévention et le financement d'actions spécifiques notamment en matière de lutte contre l'alcoolisme.

En ce qui concerne l'équipement, deux actions sont privilégiées : la transformation des hospices et la rénovation des établissements hospitaliers. Au total 162 opérations seront traitées en 1982.

Enfin, ne sont pas négligés la recherche, la pharmacie et les médicaments et les moyens des services, dont les crédits sont sensiblement accrus.

A travers les moyens nouveaux qu'il offre, ce budget, a souligné M. Ralite, permet d'aborder une nouvelle politique de la santé marquée par une volonté de justice sociale.

Après cet exposé, le Ministre a répondu aux diverses questions des commissaires, s'engageant à répondre par écrit à celles de M. Jean Chérioux qui, retenue par les travaux de la Commission Spéciale « nationalisations » n'a pu assister à cette audition.

M. Henri Belcour a plus particulièrement attiré l'attention du Ministre sur la nécessité de renforcer, en matière de prévention, la médecine du travail plutôt que la médecine scolaire, trop superficielle à ses yeux et dont l'intérêt a notablement diminué du fait de l'importance croissante prise par le médecin traitant avec lequel une collaboration plus efficace devrait d'ailleurs être organisée. Il a par ailleurs souligné l'importance de la politique de sectorisation dans le domaine de la psychiatrie, qui permet seule d'assurer le «suivi» du traitement.

M. Ralite a manifesté son accord sur la nécessité de renforcer la médecine du travail et, globalement, d'améliorer le rôle et le statut des médecines de prévention. Il a également souhaité que soit redéfinies les missions des médecins scolaires et que soit concrétisé le « temps de prévention » que pourraient assumer les médecins traitants.

Pour ce qui touche à la psychiatrie et à la politique de secteur, il a reconnu que la difficulté principale résidait dans le fait que la Sécurité sociale n'en supportait pas les frais. Il a indiqué à la Commission qu'un groupe de travail réunissant les représentants des ministères de la Santé, de la Justice et de l'Intérieur se réunirait pour réfléchir sur les modalités de révision ou de suppression de la loi de 1838 sur l'internement psychiatrique.

M. Bernard Lemarié a interrogé le Ministre sur la nécessité de médicaliser un plus grand nombre de lits des maisons de retraite, sur les actions spécifiques qu'il comptait mener en matière d'alcoolisme et de drogue, enfin sur l'état des recherches en matière de manipulations génétiques.

Le Ministre a manifesté son accord sur la nécessaire médicalisation de certains lits dans les établissements sociaux ; il a précisé en ce qui concerne la lutte contre l'alcoolisme que seraient reprises un certain nombre de propositions formulées par le Professeur Jean Bernard, en prenant garde que ne soient pas culpabilisés les intéressés. Il a manifesté également son souci que soit mieux étudié le problème de l'abus des médicaments et souligné sur ce point le rôle que devaient jouer les généralistes.

En réponse à une question de Mme Midy, le Ministre a précisé les actions qu'il comptait entreprendre pour renforcer la surveillance de la grossesse et de l'accouchement.

M. Noël Berrier a, pour finir, manifesté son scepticisme quant aux possibilités réelles de trouver des solutions au problème de l'alcoolisme ainsi que son inquiétude quant aux conséquences humaines des recherches en matière de manipulations génétiques. Il a précisé que le Conseil de l'Europe serait vraisemblablement amené à formuler une recommandation afin de prévoir des garde-fous en la matière.

Le Ministre a exposé le contenu des actions concrètes qui pourraient être menées dans la lutte contre l'alcoolisme et appelé également à la vigilance en ce qui concerne les recherches génétiques. Il a rappelé sa conviction que toutes les données techniques qui pouvaient être développées devaient l'être au service de l'homme.

2. — Examen de l'Avis de M. Chérioux : réunion du 18 novembre 1981

Au cours d'une séance, tenue dans la matinée, sous la présidence de M. Rober Schwint, la commission a procédé à l'examen de l'avis de M. Jean Chérioux sur les crédits de la loi de finances pour 1982 consacrés à la solidarité nationale et à la santé.

Après avoir résumé la nouvelle répartition des compétences ministérielles et souligné son inquiétude quant à ses conséquences sur la cohérence de l'action menée, le rapporteur pour avis a exprimé ses préoccupations quant à la nouvelle politique qui se met en place et aux incertitudes qui demeurent, et son souci de rappeler les positions prises par la commission sur les problèmes qui continuent de se poser.

Il a ensuite abordé la présentation des principales dotations budgétaires, qui s'élèvent dans leur ensemble à 36,8 milliards. Les dépenses ordinaires représentent plus de 96 % des crédits totaux, les dépenses obligatoires en constituant une fois de plus l'essentiel.

Outre un renforcement des services on constate une augmentation sensible des dépenses « volontaristes » destinées à financer des programmes de protection et de prévention sanitaire ainsi que des programmes d'action sociale.

Quant aux dépenses en capital, si elles s'accroissent notablement, elles restent relativement limitées, l'accent étant essentiellement mis sur la transformation des hospices et les équipements de la petite enfance.

Après cette présentation chiffrée du budget de la santé et de la solidarité, M. Jean Chérioux a formulé un certain nombre d'observations sur les premières mesures annoncées par le gouvernement en la matière.

Il a tout d'abord résumé les principales décisions prises par le ministre de la Santé, tant en ce qui concerne les hôpitaux que les médecins et le secteur « paramédical », ainsi que les priorités nouvelles affirmées par le ministre, qui se veulent en rupture avec les actions précédemment menées.

Comme il l'avait fait à l'égard des ministres précédents, le rapporteur pour avis a souhaité mettre en garde le nouveau gouvernement

contre les risques que présentent certaines de ses décisions. Il a, au préalable, rappelé l'attachement de la commission au pluralisme des modes d'exercice médical et à la complémentarité des formules diverses de soins. Il a surtout souhaité, en matière de médecine ambulatoire, que ne soit pas découragé l'exercice libéral, trois mesures l'inquiétant tout particulièrement : le blocage de la « sélection » dans les études médicales, la remise en chantier de la « réforme » des études médicales, et l'ouverture précipitée de centres de soins intégrés.

En matière de politique hospitalière, il a tenu à rappeler l'effort d'équipement, d'harmonisation et de rationalisation de la gestion déployé depuis de nombreuses années.

Reprenant par contre les mesures les plus récentes intervenues en ce domaine, M. Jean Chérioux a exprimé l'inquiétude qu'elles lui inspiraient, qu'il s'agisse du rétablissement des budgets supplémentaires, des mesures envisagées pour simplifier la gestion des établissements, de l'attitude à l'encontre du secteur privé à l'hôpital, de l'hospitalisation privée en général. Des incertitudes subsistent en outre s'agissant des politiques du personnel et des conséquences de la décentralisation.

Il a enfin rappelé les positions constamment soutenues par la commission en la matière.

Le rapporteur pour avis a ensuite formulé diverses observations quant aux intentions et premières décisions prises dans le domaine social, insistant particulièrement sur celles intervenues en faveur des personnes âgées. Il a résumé, là encore, les préoccupations exprimées depuis longtemps par la commission des Affaires sociales, s'agissant notamment de la décentralisation, de l'action sanitaire et sociale, de l'action en faveur des personnes âgées et des efforts menés pour la petite enfance. Il a rappelé les réalisations qu'il convenait à son avis, de ne pas remettre en cause.

Pour conclure, devant l'incertitude qui subsiste quant aux orientations de la politique nouvelle, en raison des craintes que lui inspirent les premières mesures prises notamment dans le domaine de la santé, devant l'impérieuse nécessité de maîtriser le coût de notre appareil de protection sociale, et parce qu'il s'oppose à la volonté affirmée de rupture à l'égard de la philosophie de base qui sous-tendait toute l'action sanitaire et sociale, le Rapporteur pour avis a déclaré ne pouvoir donner un avis favorable aux présents crédits budgétaires et a proposé de s'en remettre à l'appréciation du Sénat.

Après cet exposé, sont intervenus MM. Louis Boyer, Michel Crucis, Michel Moreigne.

Le président Robert Schwint a tout d'abord souligné que le rapporteur pour avis apparaissait plus sévère à l'encontre de l'action menée en matière de santé qu'à l'égard de celle amorcée dans le domaine social. Il s'est interrogé sur la portée de la proposition formulée quant au sort réservé aux crédits examinés, invitant chacun à prendre plus nettement ses responsabilités.

M. Michel Crucis a, pour sa part, exprimé son désaccord sur les modalités de la nouvelle politique sanitaire et sociale, qui ne paraît pas d'ailleurs bénéficier, au sein du budget, d'une position prioritaire. Il a particulièrement insisté sur les remous provoqués au sein du milieu hospitalier par les décisions et intentions du Ministre de la Santé, qu'il s'agisse de la suppression du secteur privé à l'hôpital ou de la modification de la composition des conseils d'administration.

Il s'est étonné également, en ce qui concerne les personnes âgées, qu'il n'y ait, dans la nouvelle politique mise en œuvre, aucune avance réelle alors que les difficultés rencontrées prennent des dimensions de plus en plus dramatiques du fait du vieillissement de la population.

Aucune des formules proposées, pas même le développement des soins à domicile, ne permet d'apporter des solutions réelles et n'évite une hospitalisation à terme. En ce qui concerne l'amélioration des ressources des personnes âgées, sa préférence va à des progrès annuels et réguliers tels qu'assurés par la politique menée depuis vingt ans, plutôt qu'à des mesures d'augmentation des prestations spectaculaires, mais que vient rapidement « grignoter » l'érosion monétaire.

Il se prononcera en conséquence contre l'adoption des crédits présentés.

Après que M. Jean Chérioux ait fait observer que si la commission, dans sa majorité, se prononçait en ce sens, il se rallierait aisément à cette proposition, le Président a mis aux voix cette proposition de rejet.

Par 11 voix pour et 7 contre, la Commission a décidé de donner un avis défavorable à l'adoption des crédits de la Santé et de la Solidarité Nationale et d'en proposer le rejet.

ANNEXES

Annexe 1 : les Français et le système de santé (sondage Express - Public S.A. - Express du 23 au 29 octobre 1981)

Annexe 2 : nombre de bénéficiaires de l'aide sociale au 31 décembre 1979

Annexe 3 : les services destinés aux personnes âgées

ANNEXE 1

LES FRANÇAIS ET LE SYSTEME DE SANTE

1. — CE QUE PENSENT L'ENSEMBLE DES FRANÇAIS DE LEUR MEDECINE

Avons-nous une médecine de qualité ?

	Ensemble %	Réponse en fonction de la profession						
		AGRIC.	P.I.C.	P.L./C.S.	C.M.	EMPL.	OUVR.	INACT.
Oui	76 %	81	83	77	70	71	75	78
Non	17	16	12	13	22	24	18	16
Ne se prononcent pas	7	3	5	10	8	5	7	6

Qui préférez-vous consulter (deux hypothèses) ?

Un généraliste de quartier ou	67	77	73	57	54	71	63	73
...un médecin d'un cabinet groupe.	23	18	17	30	37	21	27	18
Ne se prononcent pas	10	5	10	13	9	8	10	9
Un spécialiste chez lui ou dans un service privé à l'hôpital ou	55	57	64	53	52	57	52	57
... un spécialiste à la consultation à l'hôpital	37	34	27	41	39	32	41	34
Ne se prononcent pas	8	9	9	6	9	11	7	9

Etes-vous plus rassurés entre les mains d'un « grand patron » ou avec un médecin sans notoriété ?

Grand patron	53	51	61	51	46	40	52	58
Médecin	41	40	30	45	49	51	41	36
Ne se prononcent pas	6	9	9	4	5	9	7	6

Quelle hospitalisation choisiriez-vous ?

L'hôpital public	61	53	58	66	66	66	63	56
La clinique privée	33	38	32	31	23	27	32	37
Ne se prononcent pas	6	9	10	3	11	7	5	7

Quelle médecine voulez-vous ?

Libérale	75	88	86	80	67	66	70	80
Nationalisée	20	10	6	17	30	26	25	15
Ne se prononcent pas	5	2	8	3	3	8	5	5

La santé est-elle un droit ?

Un droit	70	67	57	48	62	76	73	76
Un service à payer un juste prix	27	31	38	48	36	22	23	22
Ne se prononcent pas	3	2	5	4	2	2	4	2

Qui gagne le plus dans la chaîne des praticiens de la santé ?

L'industrie pharmaceutique	30	La pharmacie d'officine	11	Les kinésithérapeutes, orthopédistes, orthophonistes	7
Les dentistes	17	Les médecins	10	Ne se prononcent pas	10
Les laboratoires d'analyses	15				

(Sondage - Express Public S.A. - Express du 23 au 29 octobre 1981).

Liste des abréviations. Agric. : agriculteurs ; P.I.C. : patrons de l'industrie et du commerce ; P.L./C.S. : professions libérales et cadres supérieurs ; C.M. : cadres moyens ; Empl. : employés ; Ouvr. : ouvriers ; Inact. : inactifs.

A la condition d'un service minimal assuré, reconnaissez-vous aux médecins le droit de grève ?

Oui	43	41	30	43	53	47	53	31
Non	46	42	66	48	38	45	37	55
Ne se prononcent pas	11	17	4	9	9	8	10	14

A cette question, les médecins ont répondu : Oui, 68,5 % ; Non, 30 %. Ne se prononcent pas : 1,5 %

Les riches sont-ils mieux soignés que les pauvres ?

Oui	56	49	35	54	58	56	65	52
Non	41	47	62	45	41	40	32	45
Ne se prononcent pas	3	4	3	1	1	4	3	3

Les médecins: oui, 28 % ; Non, 66 %. Ne se prononcent pas: 6 %

Y aura-t-il une nationalisation de la médecine ?

M. Ralite ne veut pas nationaliser, mais sa politique y conduira	17	29	15	12	16	13	21	15
Il veut le faire, mais tente de rassurer les Français	29	37	49	44	29	24	28	22
Il ne le fera pas	3	14	7	19	31	17	16	20
Ne se prononcent pas	36	20	29	25	24	46	35	43

Les médecins : Ralite ne veut pas nationaliser, mais sa politique y conduira: 32,5 % ; il veut le faire: 43 % ; il ne le fera pas: 19 %. Ne se prononcent pas: 5,5 %

Approuveriez-vous la nationalisation de l'industrie pharmaceutique ?

Oui	53	54	38	48	67	56	56	49
Non	30	28	46	38	18	31	26	31
Ne se prononcent pas	17	18	16	14	15	13	18	20

Les médecins: Oui, 22 % ; Non: 57,5 %. Ne se prononcent pas: 20,5 %.

2. — L'OPINION DES MEDECINS

Referiez-vous vos études de médecine ?	Seriez-vous prêt à vous intégrer à un cabinet de groupe ?	La considération dont vous jouissez auprès de vos malades a-t-elle...
Oui 62,5 %	Oui 50,5 %	Augmenté 9 %
Non 29,5	Non 38	Diminué 43
Ne se prononcent pas 8	Peut-être 10	Stagné 37,5
	Ne se prononcent pas 1,5	Ne se prononcent pas 10,5
Accepteriez-vous d'être payé à la journée par la Sécurité sociale, tout en travaillant à votre cabinet ?	La nouvelle politique va-t-elle vous apporter un nouveau dialogue avec vos malades ?	Pensez-vous que le gouvernement va attenter à votre indépendance ?
Oui 33,5 %	Oui 6	Autant que dans le passé 36,5 %
Non 53	Non 83,5	Beaucoup plus 50,5
Ne se prononcent pas 11,5	Peut-être 5,5	Moins 4,5
	Ne se prononcent pas 5	Ne se prononcent pas 8,5

Sondage réalisé par Public S.a., du 6 au 9 octobre 1981, auprès d'un échantillonnage national de 1 000 personnes, représentatif de la population française âgée de 18 ans et plus, sélectionné selon la méthode des quotas. Le sondage auprès des médecins a été réalisé, les 7 et 8 octobre 1981, auprès d'un échantillonnage de 200 médecins (spécialistes et généralistes) représentatif de la population médicale.

ANNEXE 2

**NOMBRE DE BENEFICIAIRES DE L'AIDE SOCIALE
AU 31 DECEMBRE 1979**

(France entière)

(source Ministère de la Santé)

Forme de l'aide	Bénéficiaires	
	Détail	Total
Aide sociale à l'enfance		
• Pupilles (y compris sous condition)	22 814	
• Enfants en garde	82 984	
• Recueillis temporaires	61 296	
Total pupilles et assimilés		167 094
• Enfants secourus (1)		223 607
• Enfants surveillés ou sous protection conjointe (1)		147 265
TOTAL AIDE SOCIALE A L'ENFANCE (1)		537 966
Aide à la famille (2)		23 230 (3)
Aide médicale générale		
• Aide à domicile	907 083	
% d'assurés sociaux (4)	(61 %)	
• Aide hospitalière	483 445	
% d'assurés sociaux (4)	(55 %)	
• Cotisations d'assurance maladie aux taux normal	92 546	
TOTAL AIDE MEDICALE GENERALE		1 483 074
Aide médicale aux tuberculeux		6 994
Aide médicale aux malades mentaux		
• Malades mentaux	35 051	
• Cotisations d'assurance maladie:		
• au taux majoré (5)	10 911	
• au taux spécial handicapés adultes (6)	218 078	
TOTAL AIDE AUX MALADES MENTAUX		264 040
Interruption volontaire de grossesse		(7)
Contraception		(7)
<p>(1) Les chiffres relatifs aux enfants secourus et aux enfants surveillés sont à interpréter avec la plus grande prudence car ils sont affectés par des remises en ordre de fichiers dont l'effet est difficile à apprécier. (2) Cette forme d'aide intéresse presque exclusivement les D.O.M. (3) Au 31.12.1978 (4) Estimation de 1975. (5) Concerne des personnes hospitalisées depuis plus de 3 ans. (6) Ne concerne pas uniquement des malades mentaux. (7) Chiffre non disponible.</p>		

Forme de l'aide	Bénéficiaires	
	Détail	Total
Aide sociale aux personnes âgées <ul style="list-style-type: none"> • Hébergement <ul style="list-style-type: none"> • en établissement public 150 186 • en établissement privé 29 887 • en logement-foyer 14 866 • en milieu familial 940 S/TOTAL PLACEMENTS 195 879 • Aide à domicile (nombre d'allocations) (1): <ul style="list-style-type: none"> • simples 5 138 • représentatives des services ménagers 11 352 • services ménagers (2) 59 046 S/TOTAL AIDE A DOMICILE 75 536 		
Aide sociale aux personnes handicapées <ul style="list-style-type: none"> • Hébergement <ul style="list-style-type: none"> • en foyer, hospice, logement-foyer 45 545 • en établissement médico-éducatif 12 981 • en centre de rééducation professionnelle 40 418 • en centre d'aide par le travail 40 418 • chez des particuliers 2 965 S/TOTAL PLACEMENTS 101 909 • Aide à domicile (nombre d'allocations) (1): <ul style="list-style-type: none"> • aide ménagère (6) • allocation compensatrice (4) 115 306 (3) • allocation différentielle (6) • anciennes allocations (5) (6) S/TOTAL AIDE A DOMICILE (6) 		
Aide sociale en matière d'hébergement <ul style="list-style-type: none"> • Anciens malades 5 787 • Anciens détenus ou vagabonds 44 077 • Personnes en danger de prostitution 5 351 • Réfugiés et - ou rapatriés 43 100 • Autres (mères avec enfants, familles, hébergement d'attente) 20 951 <p align="center">TOTAL AIDE SOCIALE EN MATIERE D'HEBERGEMENT</p>		119 266
<p>(1) Chiffre non disponible pour les repas en foyer restaurant. (2) A ces services correspondent 14 321 669 heures. (3) Au 31.12.1980. (4) Y compris l'ancienne majoration pour tierce personne. (5) Soit les allocations mensuelles et les allocations pour parents d'enfants handicapés. (6) Chiffre non disponible.</p>		

ANNEXE 3

LES SERVICES DESTINES AUX PERSONNES AGEES

a) Services de soins à domicile conventionnés
avec les C.R.A.M. au 1^{er} avril 1981

(Evolution depuis le 1^{er} février 1980)

Régions Caisse	Nbre de services au 1.2.80	Nbre de services au 1.4.81	Nbre de places au 1.4.81	Nbre de places au 1.2.80	Evolution Nbre de places	Evolution Nbre de services
Bordeaux	5	5	410	410	0	0
Clermont Ferrand	0	1	60	0	+ 60	+ 1
Dijon	1	1	90	33	+ 57	0
Lille	2	8	259 à 264	34	+ 225 à + 230	+ 6
Limoges	4	10	529	416	+ 113	+ 6
Lyon	0	1	30	0	+ 30	+ 1
Marseille	2	2	18	—	—	0
Montpellier	0	1	30	0	+ 30	+ 1
Nancy	2	6	167	33	+ 134	+ 4
Nantes	1	5	137	—	—	+ 4
Orléans	1	1	23	15	+ 8	0
Paris	0	12	339 à 399	0	+ 339 à 399	+ 12
Rennes	13	22	433 à 543	182	+ 251 à 361	+ 9
Rouen	3	10	248 à 273	35	+ 213 à + 238	+ 7
Strasbourg	0	1	42	0	+ 42	+ 1
Toulouse	2	5	119	85	+ 34	+ 3
Cayenne	0	1	35	0	+ 35	+ 1
TOTAL	35	92	2969 à 3169	1 243	+ 1726 à 1926	+ 56

b) Sections de cure médicale créées au 15 mai 1981

Régions	Nombre de sections	nombre de lits total des établissements	Nombre de lits de section de cure médicale
Aquitaine	78	6 986	1 774
Auvergne	17	1 236	282
Bourgogne	17	1 295	279
Franche Comté	6	587	130
Nord Pas de Calais	5	471	118
Picardie	20	1 916	489
Limousin	19	1 557	411
Poitou Charente	20	1 555	416
Rhône Alpes	71	6 692	1 757
Provence Côte d'Azur	1	60	15
Languedoc Roussillon	38	2 804	752
Lorraine	133	3 571	849
Champagne Ardennes	18	1 827	535
Pays de la Loire	41	3 206	791
Centre	28	2 564	720
Ile de France	30	3 028	764
Bretagne	33	2 905	731
Haute Normandie	5	425	112
Basse Normandie	17	1 238	308
Alsace	22	1 871	503
Midi Pyrénées	26	1 958	485
TOTAL	545	47 752	12 221

c) Equipement en lits de long séjour mai 1981

Régions	Nombre de lits de long séjour		
	Existants	Projets	Total
Alsace	1 012	195	1 207
Aquitaine	1 023	514	2 337
Auvergne	1 230	240	1 470
Bourgogne	1 643	—	1 643
Bretagne	3 756	1 813	5 569
Centre	2 301	—	2 301
Champagne Ardennes	644	—	644
Franche Comté	684	64	748
Ile de France	6 362	5 610	11 972
Languedoc Roussillon	1 065	337	1 402
Limousin	1 662	122	1 784
Lorraine	976	107	1 083
Midi Pyrénées	750	1 883	2 633
Nord Pas de Calais	2 184	492	2 676
Basse Normandie	1 003	—	1 003
Haute Normandie	1 653	116	1 769
Pays de la Loire	3 886	739	4 625
Picardie	1 399	560	1 959
Poitou Charentes	1 247	112	1 359
Provence Côte d'Azur	1 350	745	2 095
Rhône Alpes	7 310	39	7 349
Corse	—	—	—
TOTAL	43 940	13 688	57 628