

SÉNAT

PREMIÈRE SESSION ORDINAIRE DE 1989 - 1990

Annexe au procès-verbal de la séance du 21 novembre 1989.

AVIS

PRÉSENTÉ

au nom de la commission des Affaires sociales (1) sur le projet de loi de finances pour 1990 **CONSIDÉRÉ COMME ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE AUX TERMES DE L'ARTICLE 49, ALINÉA 3, DE LA CONSTITUTION,**

TOME II

SANTÉ - ACTION SOCIALE

Par M. Louis BOYER,

Sénateur.

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

Voir les numéros :

Assemblée nationale (9^e législ.) : 895 et annexes, 920 (annexe n° 35), 921 (tomes XI et XII)

et T.A. 181

Sénat : 58 et 59 (annexe n° 36) (1989-1990)

SOMMAIRE

	Pages
TRAVAUX DE LA COMMISSION	3
INTRODUCTION	7
I. Quelles actions pour la santé ?	8
A. Une impulsion nouvelle pour la prévention	8
1. La lutte contre les intoxications volontaires	8
2. La lutte contre le SIDA	9
B. Des actions pour garantir la qualité des soins	11
1. Développer la formation	11
2. Maintenir une offre de soins aisément accessible à tous les citoyens	12
3. L'évaluation	12
4. Le devenir du médicament	13
C. Quel avenir pour l'hôpital ?	14
1. Le personnel	14
2. La gestion	16
3. Les équipements	17
II. L'action sociale	18
A. Un programme pour les handicapés	18
B. La lutte contre la pauvreté et pour l'insertion sociale	19
1. Evolution de divers dispositifs de lutte contre la pauvreté	20
2. La montée en puissance du RMI	20
C. Rien de nouveau pour la famille	24
D. Quelques efforts pour la vieillesse	28
GLOSSAIRE DES SIGLES	31

TRAVAUX DE LA COMMISSION

Réunie le mercredi 15 novembre 1989, sous la présidence de M. Jean-Pierre Fourcade, président, la commission a procédé à l'examen pour avis du projet de loi de finances pour 1990, sur les crédits de la santé et de l'action sociale, dont M. Louis Boyer est le rapporteur pour avis.

Après avoir précisé que les crédits relatifs à la santé dans le projet de budget pour 1990 s'élèvent à 2,3 milliards de francs, en progression de 19,7 % par rapport à 1989, M. Louis Boyer, rapporteur pour avis, a examiné les crédits affectés à l'action sanitaire notant tout d'abord certains points positifs. Ainsi les crédits affectés aux actions de protection et de prévention augmentent globalement de plus de 50 %. Les crédits proposés pour la prévention générale et le contrôle sanitaire de l'environnement sont plus que doublés par rapport à l'exercice précédent.

Les dotations sont en hausse pour la lutte contre l'alcoolisme, le tabagisme et la pharmacodépendance.

Par ailleurs, le projet de budget propose de poursuivre les actions engagées pour juguler la propagation du SIDA, un éparpillement des moyens de prévention étant cependant à éviter.

La progression (+ 9 %) de la dotation prévue pour les actions et services obligatoires de santé est également positive.

En revanche, M. Louis Boyer, rapporteur pour avis, a constaté avec regret la modicité de l'augmentation (+ 5 %) crédits globalement affectés à la formation des professionnels du secteur médical et paramédical et la stagnation des crédits prévus pour la pharmacie et le médicament, et il a souhaité une protection renforcée de la recherche effectuée dans les laboratoires français.

Il a par ailleurs noté la diminution de crédits proposés pour l'équipement sanitaire (- 49 %) et dans une moindre mesure (- 1,9 %) pour les subventions d'équipement sanitaire, ce qui entraînera notamment un ralentissement du rythme des travaux de modernisation des établissements hospitaliers.

Il a enfin regretté l'absence de réponse aux problèmes de l'hôpital, en particulier en ce qui concerne la pénurie de certaines catégories de personnels dans les hôpitaux publics.

M. Louis Boyer, rapporteur pour avis, a ensuite analysé le budget destiné à l'action sociale, notant qu'il ne comporte pas d'innovation dans le domaine de l'action sociale, mais plutôt la poursuite des actions déjà engagées.

Après avoir dressé le bilan de la mise en oeuvre du revenu minimum d'insertion (R.M.I.), il a noté dans le projet de budget 1990, une diminution des crédits affectés à la lutte contre la pauvreté qui correspond à la fin de l'application du programme de lutte contre la pauvreté, engagé en 1984.

Quant à l'effet d'insertion du dispositif, aucune étude d'ensemble ne permet actuellement de l'apprécier.

Cependant, les crédits prévus au budget des charges communes pour financer l'allocation différentielle seront de 7,5 milliards de francs, au lieu de 6 milliards de francs en 1989.

En ce qui concerne les handicapés, le rapporteur pour avis a proposé l'approbation du programme pluriannuel récemment conclu.

Ce dispositif devrait être prochainement complété par l'institution rapide d'une épargne-adulte handicapé.

En matière de politique familiale, il a constaté avec regret l'absence d'initiative de la part du Gouvernement.

Quant à la prise en charge des personnes âgées, en particulier pour les personnes dépendantes, le projet de budget ne propose pas de mesures à la hauteur des questions posées, malgré la volonté affichée du Gouvernement de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées.

M. Louis Boyer, rapporteur pour avis, a proposé à la commission de s'en remettre à la sagesse du Sénat pour le vote de ce budget, le ministre ayant, à l'Assemblée nationale, demandé la réserve sur certains crédits. Le rapporteur pour avis a également proposé que la commission se réunisse une nouvelle fois si

l'application de l'article 49 § 3 de la Constitution par le Gouvernement était assortie de mesures nouvelles importantes.

M. Jean-Pierre Fourcade, président, a qualifié la proposition du rapporteur pour avis de position doublement sage, la réserve de certains budgets posant un problème juridique certain.

Au cours du débat qui a suivi l'exposé du rapporteur pour avis, **M. Jean Chérioux** a précisé qu'en raison notamment de la politique familiale, de la politique concernant les personnes âgées (avec le problème aigu du maintien à domicile), de la conception du Gouvernement concernant les soins et certaines professions médicales (avec le problème de la convention avec les médecins notamment), raisons qui s'ajoutent à celles exposées par le rapporteur, il se prononcera contre les crédits de la santé et de l'action sociale.

M. Paul Souffrin a souligné l'existence d'aspects très positifs dans ce budget, tels que la lutte contre la toxicomanie. En revanche, il a regretté l'amputation du programme de lutte contre la pauvreté, et a par ailleurs souhaité que les crédits de fonctionnement des hospices soient augmentés parallèlement aux crédits d'investissement qui permettent leur transformation. Il a ensuite précisé qu'il s'abstiendrait de participer au vote sur ce budget.

Après avoir indiqué qu'il approuverait les crédits de la santé et de l'action sociale, **M. Franck Sérusclat** a précisé qu'il regretterait une décision remettant le vote du budget à la sagesse du Sénat, décision qui, le cas échéant, devrait au moins orienter la sagesse du Sénat dans un sens plus positif.

Après avoir déclaré que, sans engager son groupe, il se prononcerait personnellement pour l'adoption des crédits de la santé et de l'action sociale, **M. André Bohl** a affirmé que le maintien des lits privés dans les hôpitaux publics était nécessaire. Il a ensuite estimé que le développement du phénomène juridique dans les hôpitaux conduit les médecins et les gestionnaires à rechercher la sécurité dans l'exécution des actes hospitaliers.

Il a enfin souligné la nécessité de faire évoluer le prix de journée dans les maisons de retraite, non pas seulement en fonction de la hausse du coût de la vie, mais en tenant compte de l'évolution des besoins, liée à la proportion croissante de personnes très âgées dans ces institutions.

Répondant à M. Franck Sérusclat sur la politique familiale, M. Jean Chérioux a affirmé que la politique conçue par le Gouvernement précédent était évolutive.

Illustrant cette observation, Mme Hélène Missoffe a cité l'exemple de l'harmonisation de la fiscalité du concubinage et du mariage, qui n'a connu cette année aucune avancée.

Répondant à M. André Bohl, M. Louis Boyer, rapporteur pour avis, a souligné que le problème des effectifs dans les hôpitaux était largement lié à l'incertitude des carrières hospitalières, elle-même liée à des blocages tels que la peur d'un développement de la concurrence dans le secteur privé. La création d'une filière permettant le partage de la carrière entre secteur public et secteur privé pourrait peut-être résoudre ce problème.

Le rapporteur pour avis a enfin indiqué qu'il insistera particulièrement, dans son rapport écrit, sur les crédits affectés au maintien à domicile des personnes âgées.

M. Jean-Pierre Fourcade, président, a manifesté son inquiétude concernant la chute des interventions des caisses d'assurance vieillesse en la matière. Compte tenu des économies que permettent l'aide à domicile en évitant l'hospitalisation, il a insisté sur la nécessité de demander que soit envisagée la création d'une prestation qui donnerait une garantie de bon fonctionnement aux associations qui interviennent en ce domaine.

Notant que l'aspect rémunération intervient dans le problème hospitalier, M. Paul Souffrin a souligné la nécessité de réduire un peu l'écart en la matière entre le secteur privé et le secteur public.

Répondant à M. Paul Souffrin, M. Louis Boyer a estimé que l'aspect carrière était prioritaire.

La commission a finalement décidé de s'en remettre à la sagesse du Sénat pour le vote des crédits de la santé et de l'action sociale dans le projet de budget pour 1990, sous réserve d'éléments nouveaux apportés par le Gouvernement.

INTRODUCTION

Mesdames, Messieurs,

Les crédits du ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale, dont le montant global dépassera 37 milliards de francs en 1990, ne représentent que très imparfaitement l'effort de la nation dans les domaines de la santé et de l'action sociale. Les sommes mises en jeu par les organismes d'assurance-maladie ne sont pas visées par le présent rapport.

Dans ce projet de budget, les crédits relatifs à la santé sont de 2,496 milliards de francs, soit une augmentation de 586 millions de francs par rapport à l'exercice précédent, en raison notamment du transfert des crédits de la mission interministérielle de lutte contre la toxicomanie.

En ce qui concerne l'action sociale, il convient de noter qu'un crédit de 7,5 milliards de francs figurera dans le budget des charges communes pour financer le revenu minimum d'insertion.

Dans le présent rapport, votre commission analysera successivement les actions proposées par le Gouvernement dans le secteur sanitaire, puis dans le domaine de l'action sociale.

I. QUELLES ACTIONS POUR LA SANTE ?

A. UNE IMPULSION NOUVELLE POUR LA PREVENTION

1. La lutte contre les intoxications volontaires

Votre commission approuve l'augmentation des crédits prévus pour la lutte contre les intoxications volontaires, peu ou gravement invalidantes. Ainsi, globalement, 19 millions de francs de mesures nouvelles sont prévus pour mener des actions de prophylaxie contre l'usage excessif de l'alcool, du tabac et des médicaments. Une partie de ces crédits supplémentaires seront mis à la disposition des comités d'éducation pour la santé au niveau régional et départemental ou déconcentrés au profit des centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie et des comités départementaux de prévention de l'alcoolisme.

Pour la lutte contre la toxicomanie, votre commission observe que les crédits d'action interministérielle - transférés dans le budget de la santé - passent de 200 à 250 millions de francs dans le projet de budget pour 1990 et, pour les crédits non transférés, l'augmentation concerne les structures de lutte contre la toxicomanie (+ 6 millions de francs). L'amélioration de la prise en charge des toxicomanes doit être effectuée parallèlement aux actions de lutte contre la propagation du SIDA, en raison des liens entre ces deux pathologies. Globalement, 591 millions de francs seront affectés à la lutte contre la toxicomanie en 1990.

Notons que l'augmentation des dotations destinées à lutter contre l'alcoolisme, le tabagisme et la toxicomanie répond aux demandes formulées par votre commission lors de l'examen du précédent projet de loi de finances.

2. La lutte contre le SIDA

a) *L'extension de l'infection par le VIH*

Malgré un renforcement des structures de lutte contre cette maladie en 1989, force est de constater une certaine accélération de l'extension de l'épidémie en 1989 par rapport à l'année précédente. En effet, le nombre de cas diagnostiqués pendant les quarante-deux premières semaines de 1989 s'établit à 3 000, portant ainsi le nombre de cas cumulés estimés à 9 000 depuis le début de l'épidémie, alors que, pour la période comparable de 1988, on a dénombré 2 000 cas de SIDA.

Le nombre des séropositifs est actuellement estimé entre 150 000 et 250 000, et selon certains observateurs, 60 % des toxicomanes seraient séropositifs.

Les centres de dépistage gratuit et anonyme ont une activité soutenue. Au cours de l'année 1988, les laboratoires travaillant en relation avec ces centres ont effectué en moyenne 40 000 analyses par mois à ce titre. Les résultats de l'activité de ces centres en 1989 n'ont pas encore été rassemblés.

Votre commission approuve la création d'un fond de solidarité destiné à indemniser les hémophiles atteints du SIDA, doté à hauteur de 14 millions de francs en 1990. Ce fonds créé en 1989, répond à une demande pressante des hémophiles contaminés par des transfusions. Cependant, cette initiative laisse entier le problème des patients contaminés par le VIH contenu dans des produits sanguins administrés pour des motifs autres que l'hémophilie. A ce sujet, il convient de relever qu'une décision judiciaire récente a mis à la charge du responsable d'un accident de la circulation, une indemnité exceptionnelle au profit de la victime de cet accident, transfusée et contaminée par le VIH à la suite du traumatisme subi. Un examen d'ensemble des problèmes posés par les contaminations transfusionnelles serait donc souhaitable.

Les essais thérapeutiques engagés, tant en France qu'à l'étranger, notamment par l'administration d'AZT, n'ont pas encore démontré leur efficacité, malgré quelques résultats favorables chez des séropositifs (pour retarder l'apparition de la maladie) et des patients atteints du SIDA. Il résulte de l'absence de molécules efficaces et des difficultés de mise au point d'un vaccin que présentement le seul moyen de lutte pertinent est de prévenir la propagation du VIH ce qui ne doit pas conduire à ralentir l'effort de recherche, bien au contraire.

b) Les actions de prévention

Les actions de prévention visent l'ensemble de la population, puisqu'il s'agit de favoriser chez les individus une prise de conscience des risques liés à certains comportements et de les inciter à adopter une conduite plus saine. Certaines actions de prévention passent par des campagnes d'information grand public, d'autres par le relais des professions de santé et des travailleurs sociaux.

En 1989, cinq campagnes d'information grand public ont été menées, le coût global de ces opérations étant de 42 millions de francs. En outre, des crédits budgétaires ont été distribués pour soutenir des actions locales d'éducation pour la santé visant particulièrement les jeunes.

Au cours du même exercice, deux centres régionaux d'information et de prévention du SIDA ont été créés en Ile-de-France et dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur ; des actions de formation des professions de santé et des personnels socio-éducatifs ont été réalisées. Enfin, des actions spécifiques ont été engagées pour des populations ciblées : échange de seringues pour les toxicomanes, actions particulières pour les immigrés.

L'ensemble de ces actions est coordonné par l'Agence nationale de lutte contre le SIDA, créée au cours du présent exercice.

Votre commission approuve l'augmentation des moyens engagés pour lutter contre l'extension de l'infection par le VIH dans la population -y compris par la formation des professions concernées- qui sont passés de 1 million de francs en 1986 à 83 millions de francs en 1989 et progressent encore en 1990,

Votre commission insiste pour que l'Agence nationale de lutte contre le SIDA développe ses collaborations avec les institutions locales qui, seules, peuvent relayer et adapter les interventions aux besoins propres de la population.

L'année 1989 a également été marquée par la création de l'Agence nationale de recherche sur le SIDA, chargée de poursuivre la mise en oeuvre du programme national de recherche sur cette maladie.

Par ailleurs, un conseil national du SIDA a été institué pour émettre des avis sur les problèmes de société liés à cette maladie.

Votre commission attire l'attention du Gouvernement sur les risques d'une dispersion des moyens qui pourrait résulter de la multiplication des institutions intervenant contre le SIDA.

B. DES ACTIONS POUR GARANTIR LA QUALITE DES SOINS

1. Développer la formation

Votre commission approuve l'augmentation des crédits affectés à la formation et au recyclage des professions médicales et paramédicales, la dotation prévue pour la formation continue ayant été d'ailleurs revalorisée de deux millions de francs à l'Assemblée nationale au bénéfice des médecins généralistes. Le problème de la formation continue des médecins libéraux et sa prise en charge financière éventuelle par l'assurance-maladie figurent parmi les

sujets actuellement en discussion dans le cadre des négociations relatives à la convention médicale.

Les crédits budgétaires ainsi que les éventuels financements issus des organismes d'assurance-maladie sont versés à un fonds d'assurance formation géré par les syndicats médicaux.

Votre commission estime que l'effort de formation continue des médecins doit être soutenu et développé selon des procédures propres à garantir leur indépendance à l'égard de l'industrie pharmaceutique.

2. Maintenir une offre de soins aisément accessible à tous les citoyens

Votre commission considère que la convention actuellement discutée entre les syndicats médicaux et les organismes d'assurance-maladie devra concilier des évolutions tarifaires acceptables par les médecins avec une répartition géographique de l'offre de soins conforme aux besoins de la population.

Votre commission exprime le même souci à propos des projets de modification de la nomenclature des actes de biologie. Ces projets mettent en péril la rentabilité de nombreux petits laboratoires, ils risquent de provoquer des concentrations et de réduire la facilité d'accès aux soins, en particulier dans les petites villes de province et en zone rurale.

3. L'évaluation

Votre commission approuve le développement de l'évaluation des pratiques médicales pour laquelle un crédit supplémentaire de 3 millions de francs a été voté à l'Assemblée nationale, s'ajoutant à la dotation initiale de 5 millions de francs. L'évaluation, bien conduite, présente un double intérêt : promouvoir

les thérapeutiques les plus efficaces, contribuer à la maîtrise de l'évolution des dépenses de santé. Elle implique un changement radical des mentalités et portera ses fruits dans la mesure où un lien étroit sera assuré entre évaluation et formation continue. Au demeurant il sera abusif de présenter l'évaluation comme un concept entièrement nouveau, alors que des pratiques d'évaluation sont le fait des sociétés savantes depuis des décennies.

Les crédits proposés par le projet de budget sont destinés à développer les activités du comité national pour l'évaluation médicale, assisté d'une structure technique chargé de rassembler la documentation, de faire réaliser des évaluations, de contribuer à la formation de spécialistes en évaluation, enfin de diffuser les résultats des conférences de consensus. La validité des méthodologies de travaux sera garantie par un conseil scientifique.

Notons enfin que la portée des conférences de consensus dépasse le cadre des seuls médecins et concerne également le grand public, afin d'améliorer les conduites sanitaires des individus, notamment du point de vue alimentaire. La très large publicité donnée aux résultats d'une récente conférence de consensus sur le cholestérol est à cet égard exemplaire alors même que la valeur scientifique de cette conférence est contestée par d'éminents spécialistes.

4. Le devenir du médicament

A propos de l'usage des médicaments le Gouvernement entend concilier le contrôle de l'efficacité thérapeutique avec la vérification du bien-fondé des prescriptions et, par ce biais, avec la maîtrise de certains coûts. La première option se concrétise par le développement des actions d'évaluation précédemment évoquées, la seconde par le déremboursement de certaines spécialités pharmaceutiques utilisées à des fins non visées par l'autorisation de mise sur le marché. En ces domaines, il faut se garder d'adopter des a priori trop rigides, car l'histoire de l'industrie pharmaceutique fourmille d'exemples de molécules dont l'efficacité a largement dépassé le champ qui leur était initialement imparti.

Le projet de budget pour 1990 prévoit 7 millions de francs pour la pharmacie et le médicament.

Pour l'avenir, l'industrie pharmaceutique française ne peut espérer conserver sa place sur le marché mondial que si elle peut conduire un effort de recherche soutenu, principalement financé par les marges issues de la commercialisation des produits. Pour l'heure, globalement la situation financière de ce secteur est saine, les résultats nets par rapport au chiffre d'affaires hors taxe s'établissant à 3,3 % pour l'exercice 1987 et 3,6 % pour l'exercice 1988.

Précisément, en ce qui concerne la recherche, votre commission, consciente des exigences de la coopération dans le cadre communautaire, estime que la protection de la recherche doit être renforcée pour garantir les intérêts moraux et commerciaux des chercheurs et des laboratoires.

C. QUEL AVENIR POUR L'HOPITAL ?

1. Le personnel

Quelques améliorations de carrière et de modestes augmentations de salaires n'ont apporté qu'un remède transitoire aux revendications des nombreux personnels hospitaliers qui ont engagé, il y a un an, un mouvement de grève sans précédent, ranimé sporadiquement, notamment au cours du présent automne. Le Gouvernement argue d'une prochaine réforme hospitalière -annoncée pour le printemps prochain- pour s'abstenir de toute proposition constructive propre à remédier au malaise actuel de l'ensemble des personnels hospitaliers. Rien n'est proposé pour pallier le désintérêt relatif des jeunes médecins hautement qualifiés pour la carrière hospitalière, les difficultés constatées pour recruter des infirmières aides-anesthésistes ou des infirmières de salle d'opération. Signe éloquent de cette carence : la longueur du délai pris par les services du ministère de la santé pour répondre à la question adressée sur ce sujet, en juillet dernier, dans le cadre de la procédure habituelle des questionnaires budgétaires.

La récapitulation des actions engagées en faveur des infirmières donne la mesure de l'effort du Gouvernement en ce domaine :

- réaffirmation, dans le cadre d'une circulaire à paraître, du rôle propre et du rôle délégué de l'infirmier, ainsi que les conditions dans lesquelles les missions qui s'y rattachent doivent s'exercer ;

- mise en place d'une session de formation permanente pour les enseignants des écoles de cadres soignants, afin de les sensibiliser à l'importance de la formation des futurs cadres infirmiers aux démarches de changement à l'hôpital ;

- réflexions au sein d'un groupe de travail composé de représentants syndicaux et de représentants de la direction des hôpitaux sur le rôle, les missions des cadres soignants et leurs besoins de formation, devant aboutir à une instruction ministérielle ;

- réflexions au sein de ce même groupe de travail sur le problème de la représentation du personnel soignant dans les instances statutaires, décisionnelles ou consultatives de l'hôpital, devant aboutir à des mesures dans le cadre du projet de loi hospitalière ;

- présentation, discussion, au sein du Conseil Supérieur de la fonction publique hospitalière, d'une étude relative à l'organisation et aux conditions de travail au sein des établissements hospitaliers ;

- diffusion très large de l'étude précitée au sein de la communauté hospitalière ;

- élaboration d'une méthodologie spécifique d'analyse des situations de travail à l'hôpital, pilotée, en liaison avec la direction des hôpitaux, par l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail et en cours d'expérimentation dans plusieurs établissements hospitaliers.

En outre, pour la région parisienne, l'administration de l'Assistance publique doit rechercher les moyens d'offrir à son personnel des possibilités de logement mieux adapté aux contraintes particulières du travail hospitalier.

En ce qui concerne les infirmières aides-anesthésistes, l'IGAS analyse actuellement les difficultés de tous ordres éprouvées

par cette catégorie de personnel pour laquelle on constate actuellement de réelles difficultés de recrutement.

Diverses mesures ont, d'autre part, été prises en vue de remédier à la pénurie d'infirmières de salle d'opération. Indépendamment des revalorisations de rémunération et de l'amélioration des débouchés visant l'ensemble des personnels infirmiers, une circulaire adressée aux DDASS, en août dernier, tend à organiser le recensement des besoins régionaux en infirmières de salle d'opération et à déterminer le nombre d'infirmiers diplômés appelés à suivre une formation spécialisée conduisant à un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier de salle d'opération. Simultanément les directeurs d'hôpitaux sont invités à faciliter la formation d'infirmières diplômées, en vue de l'obtention du certificat d'aptitude précité, dès que des vacances de poste sont prévues dans cette fonction, la rémunération des agents intéressés étant prise en charge au titre du plan de formation pendant la durée de la formation.

2. La gestion

Votre commission se félicite que le taux directeur retenu pour fixer l'évolution du budget global hospitalier soit de + 4,2 % pour l'exercice 1990, tout en regrettant que ce taux ne soit pas porté plus rapidement à la connaissance des directeurs d'établissements. Par ailleurs, la plus grande marge de manoeuvre désormais reconnue à ces derniers pour redéployer les crédits entre frais de fonctionnement stricto sensu et frais de personnel est opportune.

Pour l'ensemble des établissements d'hospitalisation participant au service public, le système du budget global, appliqué depuis 1984, se traduit par une amélioration de la trésorerie des établissements, en raison de la régularité des versements de la dotation globale, celle-ci constituant la part des dépenses incombant nécessairement aux régimes d'assurance-maladie et représentant en moyenne 85 % à 86 % des recettes des établissements. Rappelons que le montant des versements varie selon le type d'activité et les besoins de trésorerie de chaque établissement.

De nouvelles modifications réglementaires sont actuellement à l'étude pour tenir compte des changements résultant du nouveau plan comptable et assouplir certaines règles de gestion, en vue de la mise en oeuvre à terme d'une tutelle a posteriori sur les actes des établissements et ce, indépendamment de la réforme annoncée pour le printemps prochain.

3. Les équipements

Compte tenu d'un amendement adopté lors de la seconde délibération à l'Assemblée nationale, les subventions d'équipement sanitaire seront de 609,5 millions de francs d'autorisations de programme au lieu de 613,5 millions de francs en 1989 et de 525,9 millions de francs, au lieu de 533,5 millions de francs en 1989, pour les crédits de paiement. Comment dans ces conditions maintenir un rythme de travaux propre à satisfaire les besoins de modernisation et d'humanisation des établissements hospitaliers ?

Le tableau ci-après retrace l'évolution des crédits affectés à l'équipement hospitalier (en millions de francs).

ANNEES	AUTORISATIONS DE PROGRAMME			CREDITS DE PAIEMENT		
	ouverture loi de finances	annulations	disponible après annulations	ouverture loi de finances	annulations	disponible après annulations
1980	1 276,3	0	1 276,3	1 189,0	0	1 189,0
1985	691,8	0	691,8	1 225,6	0	1 225,6
1988	618,5	0	618,5	668,5	0	668,5
1989	613,5	40 000 (1)	573,5	533,5	15 000 (1)	518,5
1990	609,5	-	609,5	520,0	-	525,9

(1) Régulation des dépenses pour 1989

Il faut préciser que la participation de l'Etat est déterminée d'une façon générale par l'application à la dépense subventionnable d'un taux moyen de 40 %.

Globalement, votre commission ne trouve, dans ce projet de budget, aucune disposition de nature à apaiser ses inquiétudes à propos du devenir de l'hôpital. La réforme annoncée risque, dans ces conditions, d'être un simple aménagement institutionnel de façade, sans réel changement des conditions de fonctionnement de l'hôpital.

II. L'ACTION SOCIALE

L'examen de ce projet de budget est l'occasion d'analyser les efforts engagés pour améliorer la prise en charge collective des handicapés, dresser un bilan de la mise en oeuvre du RMI et de faire le point des actions concernant la famille et les personnes âgées.

A. UN PROGRAMME POUR LES HANDICAPES

Le protocole récemment conclu entre le Gouvernement et les associations représentatives de handicapés constitue une avancée importante pour l'accueil actif des handicapés adultes. Ce protocole prévoit sur quatre ans la création de 10 800 places en CAT et de 3 600 places en ateliers protégés. La capacité actuelle de ces centres et ateliers est respectivement de 650 000 places et 8 000 places.

Le présent projet de budget concrétise ce programme, un amendement du Gouvernement ayant été adopté à l'Assemblée nationale pour porter à 379 millions de francs les subventions d'équipement social prévues pour les établissements pour handicapés.

Selon le protocole précité, les associations signataires se sont engagées à verser aux handicapés mentaux un salaire direct égal à 15 % du SMIC à l'échéance 1993, alors que ce salaire direct représentera 5 % du SMIC dans le courant du prochain exercice. Le protocole fixe le principe qu'en toute hypothèse les ressources de ces handicapés ne pourront être inférieures au SMIC.

L'application du programme précité implique, pour l'avenir, un effort accru de l'Etat pour financer les frais de fonctionnement des nouveaux établissements prévus, estimés à 560 millions de francs par an à ajouter aux 3,3 milliards de francs par an, actuellement dépensés à ce titre.

Simultanément, le Gouvernement a engagé une procédure d'évaluation de l'efficacité des différents systèmes visant à favoriser l'insertion des handicapés hors des structures spécialisées.

Le programme précité répond à une demande urgente. Le déficit présent de l'effectif des places disponibles en CAT et en ateliers protégés est patent. L'arrivée à l'âge adulte de jeunes handicapés qui n'ont plus leur place dans les établissements qu'ils fréquentaient précédemment, posait un problème grave auquel une réponse transitoire avait été recherchée par les dispositions résultant de l'amendement Creton, adoptées il y a un an. L'expérience a démontré, depuis lors, que cette réponse transitoire était inadaptée au problème posé. Aussi votre commission se félicite-t-elle qu'une solution globale soit proposée dans le cadre du présent projet de budget ; elle tient cependant à souligner que le protocole récemment conclu laisse entier le problème des foyers et des maisons d'accueil spécialisé.

Par ailleurs votre commission a enregistré l'engagement du secrétariat d'Etat chargé des handicapés et accidentés de la vie concernant la parution prochaine du décret réglant l'épargne-handicap, texte attendu depuis longtemps par les responsables des associations représentatives.

B. LA LUTTE CONTRE LA PAUVRETE ET POUR L'INSERTION SOCIALE

Le projet de budget pour 1990 traduit la stagnation ou la régression de divers dispositifs de lutte contre la pauvreté et la montée en puissance du système issu de la loi instituant le RMI.

1. Evolution de divers dispositifs de lutte contre la pauvreté

On note pour 1990 une nette diminution des crédits prévus pour le programme de lutte contre la pauvreté qui sont presque réduits de moitié par rapport à l'exercice précédent.

Par ailleurs, les crédits prévus pour l'information en matière d'actions sociales restent stables en francs courants.

2. La montée en puissance du RMI

Inscrite au budget des charges communes, la dotation destinée à financer le RMI passe de 6 milliards de francs en 1989 à 7,5 milliards de francs en 1990. Quel bilan peut-on dresser aujourd'hui de la mise en oeuvre du RMI ?

Le montant global des financements affectés aux allocations différentielles versées au 31 décembre 1989 s'établit à 2,959 milliards de francs dont 430 millions de francs pour les départements d'outre-mer. A la même date, le montant moyen de l'allocation différentielle attribuée s'établissait à 1 550 F en métropole et 1 450 F outre-mer et cette allocation représentait en moyenne entre 60 et 65 % du revenu final des bénéficiaires.

Le tableau ci-après récapitule le montant moyen de l'allocation différentielle versée, selon la situation de famille des intéressés, en fonction des barèmes en vigueur en avril 1989.

isolés sans enfant	1 600 F
couple sans enfant	1 635 F
isolés avec un enfant	1 630 F
isolés avec deux enfants	1 430 F
isolés avec trois enfants	681 F
isolés avec quatre enfants	788 F
couple avec un enfant	1 575 F
couple avec deux enfants	1 617 F
couple avec trois enfants	1 351 F
couple avec quatre enfants et plus	1 221 F

Le bilan de l'application du RMI, arrêté au 31 juillet 1989 met en évidence en données cumulées pour la métropole, 456 000 demandes ayant donné lieu à 335 000 décisions d'attribution ; 74 000 attributaires ont été exclus du dispositif, pour les motifs suivants : absence de déclaration de ressources ou ressources supérieures au minimum garanti. On évalue à 9 % du total le nombre des bénéficiaires étrangers.

Dans les départements d'outre-mer, 110 000 demandes étaient enregistrées à fin janvier 1989 ; au 31 juillet 1989 le nombre des bénéficiaires potentiels était évalué à 70 000 et le nombre des attributaires effectifs s'établissait à 58 000.

Le tableau ci-après récapitule la répartition des bénéficiaires selon l'âge ; il met en évidence la sur-représentation des tranches d'âge 25-35 ans.

	Répartition par tranches d'âge de la population bénéficiaire du RMI	Répartition par tranches d'âge de la population française composée entre 25 et 65 ans
25/29 ans	28,0 %	14,9 %
30/34 ans	17,6 % ^{45,8 %}	14,9 % ^{29,8 %}
35/39 ans	14,0 %	15,5 %
40/44 ans	11,7 %	12,8 %
45/49 ans	8,8 %	10,0 %
50/54 ans	9,7 %	10,6 %
55/59 ans	7,0 %	10,6 %
60 ans et plus	3,5 %	10,0 %

La répartition des bénéficiaires du RMI, selon leur statut familial, met en relief la forte proportion de personnes isolées comme le montre le tableau suivant :

Répartition des bénéficiaires du RMI selon leur statut familial (en %)

Isolés : 74,9 %

dont : hommes : 36,5 %

femmes 38,4 %

dont : hommes sans enfant : 35 %
hommes avec enfant : 0 %

femmes sans enfant : 20 %
femmes avec enfants : 17 %

Couples : 25,1 %

dont : couples sans enfant : 6,8 %
couples avec enfants : 18,3 %

Globalement, on constate que pour 100 allocataires, 195 personnes sont visées par le dispositif : 125 adultes et 70 enfants.

Le tableau qui suit recense la situation professionnelle des allocataires et de leur éventuel conjoint ; on y relève la très forte proportion de chômeurs non indemnisés.

	Situation professionnelle	
	de l'allocataire	de son éventuel conjoint
Salarié	8,60 %	10,2 %
Travailleur indépendant	0,03 %	0,84 %
Chômeur indemnisé	3,70 %	5,40 %
Chômeur non indemnisé	76,40 %	73,50 %
Pensionné	2,60 %	
Sans activité	0,40 %	10,09 %
Autres	8,27 %	

Il ressort des données rappelées ci-dessus, que le système du RMI est relativement efficace pour apporter une réponse à certaines situations de détresse économique et sociale, insuffisamment traitées par les dispositifs habituels d'aide sociale. Le tableau qui suit schématise le déroulement dans le temps de l'entrée dans le système du RMI.

Schéma de traitement des demandes du RMI

Délai cumulé (jours)	Délai (jours)	Phases	Type d'opération
		Date de dépôt de la demande	
13,7	13,7	Arrivée à la caisse d'allocations familiales	Traitement du dossier par le service instructeur
21,3	7,6	Transfert du dossier à la préfecture	Traitement du dossier par la caisse d'allocations familiales
28,2	6,9	Retour à la caisse d'allocations familiales	Décision de la préfecture
31,5	3,3	Date d'ordonnement	Ordonnement par la caisse d'allocations familiales
39,4	7,9	Date de paiement	Mise en paiement par la caisse d'allocations familiales

Une accélération des délais serait souhaitable pour rendre le système plus dynamique d'autant plus que parallèlement plus de 50 % des caisses d'assurance-maladie attribuent la carte d'assuré social à l'allocataire du RMI au terme d'un délai de trois mois.

Quant aux résultats en termes d'insertion, les renseignements sont plus éparés et plus vagues et de fortes disparités existent entre les départements.

Au niveau départemental la qualité de la coopération entre les différents partenaires est très variable, ce qui, dans certains cas, retarde l'adoption et l'application des programmes départementaux d'insertion. Actuellement on en recense 70 qui prévoient des actions orientées prioritairement vers le logement et le retour à l'emploi.

Selon les renseignements disponibles, on observe que bon nombre d'allocataires du RMI sont en situation précaire en ce qui concerne le logement. Ainsi, en région parisienne, 44,7 % des allocataires sont locataires et parmi ces derniers 58 % ne perçoivent pas d'aides au logement. 43,5 % sont logés gratuitement et 0,9 % sont hébergés dans une institution. En province l'hébergement gratuit est le fait de 35 % à 50 % des bénéficiaires du RMI.

En ce qui concerne le retour à l'emploi, à fin juillet 1989 on dénombrait 48 000 contrats d'insertion et on estime actuellement que seuls 20 % des bénéficiaires d'un droit ouvert avant le 31 mai 1989 ont conclu un tel contrat. Votre commission n'a pu recueillir aucune information précise sur les modalités pratiques selon lesquelles les services départementaux d'action sociale assurent le suivi des contrats d'insertion. L'exercice 1990 devrait marquer une nouvelle étape dans la mise en oeuvre du RMI, marquée par une plus grande participation des services de l'emploi à l'insertion professionnelle progressive des allocataires. En particulier, le système du crédit formation devrait être mobilisé électivement au bénéfice des personnes en voie de réinsertion. L'année à venir sera une année-test pour le RMI, au cours de laquelle le dispositif devra démontrer son efficacité comme instrument d'intégration sociale et professionnelle.

C. RIEN DE NOUVEAU POUR LA FAMILLE

On ne constate aucune augmentation significative des dotations budgétaires destinées aux actions relatives à la famille et à l'enfance, qu'il s'agisse des programmes d'action sociale ou des

subventions d'équipement aux établissements sociaux ou destinées à la garde de la petite enfance.

En ce qui concerne les prestations, l'application de la loi du 29 décembre 1986 a été poursuivie. Le montant de l'allocation parentale d'éducation a été porté à 2 578 F par mois au 1er juillet dernier. Rappelons que cette allocation est servie jusqu'au jour où l'enfant atteint l'âge de 3 ans et que le droit à cette prestation est ouvert sous une condition d'activité réduite à deux ans pendant les dix années précédant la naissance de l'enfant.

En 1988, cette allocation a été servie à 185 000 familles pour l'ensemble des régimes et, pour 1989, le nombre des bénéficiaires est estimé à 195 000. Globalement, pour l'ensemble des régimes, le service de cette allocation a coûté 5,5 milliards de francs en 1988 et coûtera 5,9 milliards de francs en 1989.

Quant à l'allocation pour jeune enfant, il faut rappeler qu'elle comporte deux parties : l'une versée sous condition de ressources, versée dès le quatrième mois de grossesse et jusqu'au troisième mois après la naissance, la seconde, sous condition de ressources, à partir du quatrième mois de la vie de l'enfant et ce, jusqu'à ce que le dernier enfant atteigne l'âge de trois ans en cas de naissances successives.

Pour l'année 1988, le régime général a attribué l'allocation sans condition de ressources à 439 000 familles alors que l'allocation sous condition de ressources a été versée à 1 119 000 familles. En outre, au titre des dispositions transitoires, 307 familles dépendant du régime général ont perçu le complément familial pour des enfants de moins de 3 ans.

Globalement, pour l'ensemble des régimes, les financements en jeu ont été de 17,6 milliards de francs en 1988 et l'estimation relative à l'exercice 1990 s'établit à 19,5 milliards de francs.

Par ailleurs, les données relatives à l'allocation de garde d'enfant à domicile sont les suivantes : le bénéfice de cette allocation est ouvert aux personnes qui, exerçant une activité professionnelle, emploient à leur domicile un salarié pour garder un ou des enfants. Le montant de l'allocation est fixé en fonction des cotisations patronales et salariales afférentes à l'emploi du salarié précité, dans la limite de 2 000 F par mois.

En 1988, on a recensé 6 000 bénéficiaires de cette allocation et en 1989 le bilan devrait atteindre 7 500 bénéficiaires. Les financements sont les suivants pour l'ensemble des régimes : 152 millions de francs en 1988, probablement 190 millions de francs en 1989.

Force est de constater que la politique actuelle n'apporte qu'une réponse très imparfaite aux problèmes posés par la garde des jeunes enfants. Le tableau ci-après met en évidence la diversité des solutions appliquées en ce domaine par les parents.

REPARTITION PAR MODE DE GARDE DES MOINS DE 3 ANS

(Répartition en %)

Catégorie socioprofessionnelle de la mère	Garde au domicile		Garde hors du domicile			
	Personne de la famille	Autre cas	Personne de la famille	Voisine amie	Nourrice	Crèche
Agricultrice exploitante	77,4	-	9,7	3,2	9,7	-
Artisan, commerçante, chef d'entreprise	29,3	13,3	22,3	9	16	10,1
Cadre :	12,4	18,1	8,6	8,4	36,4	16,2
dont : Professeur	12,5	16,3	7	10,6	38,1	15,5
Profession intérimaire :	12,5	6,2	14,5	13,7	38,5	14,7
dont : Institutrice	12,6	7,7	13,7	17	38,5	10,4
Profession de santé, travail social	12,5	6,1	14	12,3	35,9	19,3
Profession administrative et commerciale	14,4	5,7	18,3	14,2	35,2	12,1
Employée :	15,1	3,1	23,3	11,2	33,8	13,5
dont : Employée de la fonction publique	14,1	3,5	19,5	10,2	34,4	18,2
Employée administrative d'entreprise	12,9	2,9	23,8	11,9	36,3	12,2
Employée de commerce	23,8	3,1	32,4	10,4	24,6	5,7
Ouvrière :	23,9	4,8	28,1	10,9	26,8	5,5
dont : Ouvrière qualifiée de type industriel	22,4	4,9	24,6	9	33	6
Ouvrière non qualifiée de type industriel	24	4,6	30,4	11,8	24,7	4,5
Ensemble	16,3	5,3	21,1	11,5	35,4	12,4

Source : INSEE

Votre commission regrette l'absence d'initiative gouvernementale en matière de politique familiale.

D. QUELQUES EFFORTS POUR LA VIEILLESSE

Le projet de budget pour 1990 comporte plusieurs mesures qui manifestent un certain effort en faveur des personnes âgées.

En ce qui concerne les établissements d'accueil, votre commission a relevé l'amendement présenté par le Gouvernement à l'Assemblée nationale, tendant à majorer de 4,35 millions de francs les subventions destinées aux établissements sociaux pour personnes âgées qui atteindront ainsi 15,35 millions de francs.

Par ailleurs, 7.500 places supplémentaires dans les services de cure médicale en maisons de retraite seront créées grâce à un financement provenant de l'assurance-maladie.

D'autre part, la mise en oeuvre du programme de modernisation des hospices sera poursuivie : 485 millions de francs d'autorisations de programme et 401 millions de francs de crédits de paiement sont prévus à cet effet et cette dotation sera abondée par des financements issus de la caisse nationale d'assurance-vieillesse des travailleurs salariés.

Simultanément, les forfaits de soins en maison de retraite et en établissement de bref séjour, pris en charge par l'assurance-maladie, seront revalorisés en fonction de l'évolution des salaires et de celle des besoins des personnes âgées.

Une réforme globale de la tarification des établissements recevant des personnes âgées sera engagée parallèlement à la réforme hospitalière prévue en 1990. L'objectif de cette réforme tarifaire est de mieux prendre en compte l'état de santé des résidents dans les modalités de détermination des tarifs des différentes catégories d'établissements.

Votre commission a retenu comme critère principal d'appréciation de ce projet de budget les mesures visant à favoriser le maintien à domicile des personnes âgées.

De ce point de vue, elle a relevé en premier lieu l'extension de la réduction d'impôts de 25 % -dans la limite de 13.000 F- au bénéfice des personnes âgées de plus de 70 ans qui, résidant dans leur famille, emploient une aide à domicile et pour les contribuables mariés dont l'un des conjoints emploie une aide à domicile, alors que l'autre est installé dans un établissement médicalisé. D'autre part, le projet de budget étend l'exonération des cotisations patronales de sécurité sociale pour l'emploi d'une aide à domicile (60 heures par mois) par les personnes âgées de plus de 70 ans qui sont hébergées dans leur famille.

D'autre part, la création de mille places nouvelles est prévue dans les services de soins à domicile pour les personnes âgées dépendantes. La capacité des services de soins à domicile a fortement progressé au cours des dernières années passant de 3.000 places en 1981 à 28.000 en 1985 et 35.550 en 1989. Cette capacité d'accueil est à comparer à la demande potentielle puisque, parmi les personnes âgées de plus de 75 ans, on estime à 3,6 millions le nombre de celles qui ont peu ou prou besoin de soins à domicile. Votre commission insiste sur l'intérêt de ce type de structure qui dispense d'importants investissements et des coûts de fonctionnement inhérents à la création de nouveaux établissements de long séjour.

D'une portée plus limitée, l'aide ménagère contribue au maintien à domicile de certaines personnes âgées. On estime que 500.000 personnes bénéficient de ce système. La plupart des communes ont organisé de tels services pour leurs ressortissants. En 1988, 31 millions d'heures ont été prises en charge par la caisse nationale d'assurance-vieillesse des travailleurs salariés et pour l'année 1989, le financement global de la caisse précitée affecté à ce type d'action est évalué à 1,5 milliard de francs. Le renforcement de cet effort est prévu pour 1990. Le nombre des bénéficiaires de l'aide ménagère ressortissants des autres régimes de retraite dépasse 135.000.

Votre commission regrette la stagnation des crédits prévus pour la formation des intervenants de l'aide à domicile

l'augmentation de 2 millions de francs adoptée à l'Assemblée nationale n'étant pas à la hauteur des besoins en ce domaine.

Votre commission insiste sur l'utilité des dispositifs d'aide ménagère pour maintenir à leur domicile de nombreuses personnes âgées et elle recommande une révision des modalités de prise en charge de ce type d'aide, de nombreuses associations gestionnaires constatant, au plan local, une demande réelle qui ne peut être satisfaite pour des raisons pécuniaires.

*

* *

Sous le bénéfice des observations qui précèdent, votre commission a décidé de s'en remettre à la sagesse du Sénat pour le vote des crédits de la santé et de l'action sociale dans le projet de budget pour 1990, adopté par l'Assemblée nationale.

GLOSSAIRE DES SIGLES

CAT

Centre d'aide par le travail

DDASS

**Direction départementale des affaires
sanitaires et sociales**

IGAS

Inspection générale des affaires sociales

RMI

Revenu minimum d'insertion