

N° 105

# SÉNAT

PREMIÈRE SESSION ORDINAIRE DE 1993 - 1994

---

---

Annexe au procès-verbal de la séance du 22 novembre 1993.

## AVIS

PRÉSENTÉ

*au nom de la commission des Affaires sociales (1) sur le projet de loi de finances pour 1994* ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE,

TOME II

### SANTÉ ET POLITIQUE HOSPITALIÈRE

Par M. Louis BOYER,

Sénateur.

---

(1) Cette commission est composée de : MM. Jean-Pierre Fourcade, *président* ; Jacques Bimbenet, Claude Huriet, Franck Sérusclat, Louis Souvet, *vice-présidents* ; Mme Marie-Claude Beaudou, M. Charles Descours, Mme Marie-Madeleine Dieulangard, MM. Roger Lise, *secrétaires* ; Louis Althapé, José Balareello, Henri Belcour, Jacques Bielaki, Paul Blanc, Eric Boyer, Louis Boyer, Louis Brives, Jean-Pierre Cartegrit, Francis Cavalier-Bénezet, Jean Chérioux, Jean-Paul Delevoye, François Delga, Mme Michelle Demessine, M. Jean Dumont, Mme Joëlle Dusseau, MM. Léon Fatous, Alfred Foy, Mme Jacqueline Fraysse-Cazalis, MM. Jean-Paul Hammann, Roland Hugué, André Jourdain, Philippe Labeyrie, Henri Le Breton, Marcel Lesbros, Simon Loueckhote, François Louisy, Pierre Louvot, Jacques Machet, Jean Madelain, Charles Metzinger, Mme Hélène Missoffe, MM. Georges Mouly, Lucien Neuwirth, Louis Philibert, Guy Robert, Mme Nelly Rodi, MM. Gérard Roujas, Bernard Seillier, Pierre-Christian Taittinger, Martial Taugourdeau, Alain Vasselle.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (10<sup>e</sup> législ.) : 536, 580, 581 et T. A. 63.

Sénat : 100 et 101 (annexe n° 2) (1993-1994).

---

Lois de finances.

## SOMMAIRE

---

	Pages
TRAVAUX DE LA COMMISSION .....	5
I - Audition des ministres .....	5
II - Examen de l'avis .....	10
INTRODUCTION .....	15
I. POLITIQUE DE LA SANTÉ, BUDGET DE LA SANTÉ ET PROGRAMMATION PLURIANNUELLE .....	17
A. L'ÉVOLUTION DES CRÉDITS DE LA SANTÉ POUR L'ANNÉE 1994 EST SOUVENT EN CONTRADICTION AVEC LES ORIENTATIONS RESTRICTIVES RETENUES PAR L'ARRÊTÉ D'ANNULATION DU 10 MAI 1993 .....	17
1. Des chapitres voient leurs crédits réduits en apparence, mais renforcés en termes réels .....	19
2. La progression apparente des crédits d'autres chapitres est bien inférieure à leur progression réelle .....	19
B. LE BUDGET DE LA SANTÉ POUR 1994 S'INSCRIT DANS UNE PROPOSITION DE PROGRAMMATION TRIENNALE DES PRIORITÉS .....	20
C. LE CONTRÔLE FINANCIER DU PARLEMENT EN MATIÈRE DE SANTÉ PUBLIQUE NE PEUT ÊTRE CONTENU DANS LE SEUL CADRE BUDGÉTAIRE .....	24
II. LA POLITIQUE SANITAIRE MENÉE PAR LE GOUVERNEMENT DEPUIS SON ENTRÉE EN FONCTION TRADUIT UNE VOLONTÉ DE REAFFIRMATION DU RÔLE DU MINISTÈRE ET DE RENFORCEMENT DE SES MOYENS, VOIRE D'UNE REAPPROPRIATION DE CRÉDITS ET DE COMPÉTENCES .....	26
A. LA REFORMULATION ET LA REAFFIRMATION DES MISSIONS SANITAIRES TRADITIONNELLES DU MINISTÈRE .....	26
1. Mise en oeuvre d'un dispositif de veille sanitaire chargé d'une mission de surveillance épidémiologique .....	27
a) La modification de la nomenclature budgétaire traduit la volonté d'individualiser une fonction de "veille sanitaire" .....	27
b) Le renforcement du réseau national de santé publique (RNSP) ...	28
c) L'Agence française du sang .....	29
2. Engager la lutte contre les grands fléaux sur tous les fronts .....	32
a) La lutte contre le sida : de la prévention à la prise en charge des malades .....	33
b) La lutte contre la toxicomanie .....	40
B. DES MOYENS RENFORCÉS .....	43
1. La réorganisation de la Direction générale de la santé .....	43

	Pages
2. L'accroissement des crédits alloués à l'administration sanitaire .....	44
<b>C. UNE REAPPROPRIATION DE CREDITS ET DE COMPETENCES ...</b>	<b>47</b>
1. La Délégation générale à la lutte contre la drogue et la toxicomanie (DGLDT) est désormais placée sous l'autorité du ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville .....	47
2. Le ministère des Affaires sociales souhaiterait disposer d'un pouvoir hiérarchique sur les décisions du directeur de l'Agence du médicament .....	49
<b>III. LA POLITIQUE DE MAITRISE DE L'EVOLUTION DES DEPENSES DE SANTE EST A L'OEUVRE ; UN APPEL A LA RESPONSABILISATION DE TOUS LES ACTEURS DU SYSTEME DE SANTE</b> .....	<b>54</b>
<b>A. LE PLAN DE REDRESSEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE ; UNE REPARTITION EQUITABLE DE L'EFFORT ENTRE LES ASSURES SOCIAUX ET LES PROFESSIONNELS DE SANTE</b> .....	<b>55</b>
1. L'effort demandé aux assurés sociaux .....	55
a) Les soins ambulatoires .....	56
b) Les soins hospitaliers .....	57
2. L'effort demandé aux médecins .....	57
3. L'effort demandé aux établissements de santé .....	57
4. L'effort demandé au secteur pharmaceutique .....	58
<b>B. LA MAITRISE NEGOCIEE DES DEPENSES DE SANTE, OCCASION D'ENGAGEMENTS RECIPROQUES DE L'ETAT, DES CAISSES ET DES PROFESSIONNELS</b> .....	<b>59</b>
1. Les infirmières libérales : effort de maîtrise contre revalorisation des honoraires et limitation de l'accès à la profession .....	59
2. Les biologistes : la profession bénéficiera des retombées de l'effort déjà accompli .....	61
3. L'hospitalisation privée : une décélération de l'évolution des dépenses .....	62
4. La situation conventionnelle des autres professions de santé .....	63
<b>C. LA NOUVELLE CONVENTION MEDICALE : UN DISPOSITIF AMBITIEUX DE MAITRISE MEDICALISEE DES DEPENSES DE SANTE</b> .....	<b>64</b>
1. Un préalable : la loi n° 93-8 du 4 janvier 1993 .....	65
2. Les principales dispositions du texte conventionnel .....	66
a) Un objectif d'évolution des dépenses ambitieux .....	66
b) Les références médicales, pivot du dispositif de maîtrise .....	66
c) Le dossier médical : une innovation importante de la convention qui sera progressivement étendue à l'ensemble de la population .....	67
d) Le secteur optionnel : une tentative de dépassement de la question de la coexistence des secteurs I et II .....	68
e) La revalorisation des honoraires : un coût immédiat pour l'assurance maladie .....	69
<b>IV. LA REDUCTION DES MARGES DE MANOEUVRE FINANCIERES DE L'HOPITAL PUBLIC, CATALYSEUR DES RESTRUCTURATIONS</b> .....	<b>70</b>
<b>A. L'HOPITAL PUBLIC SOUS CONTRAINTE</b> .....	<b>70</b>

	Pages
	-
<b>1. La contribution de l'hôpital public au redressement de l'assurance maladie : un taux directeur très faible pour 1994</b> ..	71
<b>2. Des mesures légitimes décidées sans un financement approprié</b> .....	72
<b>3. Une sous-médicalisation progressive de l'hôpital public</b> .....	74
<b>B. L'INDISPENSABLE ADAPTATION QUANTITATIVE ET QUALITATIVE DE NOTRE APPAREIL SANITAIRE</b> .....	76
<b>1. La nécessaire réforme du mode de financement des établissements</b> .....	77
<b>2. Vers un réseau de soins cohérent et coordonné</b> .....	78
<b>CONCLUSIONS</b> .....	79

## TRAVAUX DE LA COMMISSION

### I. AUDITION DES MINISTRES

*La commission des Affaires sociales s'est réunie le mercredi 17 novembre 1993 sous la présidence de M. Jean-Pierre Fourcade, président, pour procéder à l'audition de Mme Simone Veil, ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville et de M. Philippe Douste-Blazy, ministre délégué à la santé, sur les crédits de leurs départements ministériels pour 1994.*

*Mme Simone Veil, ministre d'Etat, a présenté d'abord les grandes lignes de son budget. Elle a indiqué que les crédits de son ministère augmenteraient en 1994 de 13 %, soit 7 milliards de crédits supplémentaires et que quatre priorités seront privilégiées : le renforcement de la cohésion sociale, l'adaptation des moyens aux besoins en matière sanitaire, la mise en place d'une politique de la ville imaginative et ambitieuse et la mise à la disposition des services du ministère des moyens nécessaires à ses actions.*

*Sur la politique sanitaire, elle a seulement ruppelé qu'un plan de maîtrise des dépenses de santé a été adopté le 29 juin dernier et que la convention médicale, qui a déjà recueilli la signature de deux syndicats de médecins et des deux principales caisses d'assurance maladie, faisait actuellement l'objet d'une procédure d'agrément par le Gouvernement, laissant le soin à M. Philippe Douste-Blazy de détailler les grandes lignes de cette politique. Toutefois, elle a admis que les dépenses hospitalières resteraient difficiles à maîtriser et requerraient des restructurations indispensables en concertation avec les élus locaux.*

*M. Philippe Douste-Blazy, ministre délégué à la santé, a ensuite présenté le budget de son ministère ; il a annoncé que les crédits ouverts par le projet de loi de finances pour 1994 au titre de la santé s'élèvent à 2.738 millions de francs et bénéficient d'une importante progression (+ 7 %) qui traduit le caractère prioritaire de la santé publique pour le Gouvernement. Il a affirmé que le ministère jouera pleinement son rôle face aux deux enjeux essentiels de la progression des épidémies et de la maîtrise des dépenses de santé auxquels il est confronté.*

*En 1994, la politique de la santé comportera cinq priorités : l'intensification de la politique de prévention du Sida, le renforcement de la lutte contre la toxicomanie, la mise en place d'un réseau de veille sanitaire, la mise en oeuvre des restructurations hospitalières et l'amélioration de l'accès aux soins des plus démunis.*

*Les crédits ouverts au titre de la lutte contre le Sida seront en 1994 en augmentation de 26 % par rapport aux crédits votés pour 1993 et s'élèveront à 267 millions de francs. Ils seront utilisés pour le*

*renforcement de la politique de prévention grâce au financement de campagnes générales d'information et d'actions sur le terrain en direction des publics les plus exposés et pour l'amélioration de la prise en charge extra-hospitalière des personnes malades du Sida.*

*En matière de lutte contre la toxicomanie, à laquelle seront consacrés, en 1994, 721 millions de francs, les objectifs du ministère sont un doublement des places de postcure dans les trois prochaines années, l'accès d'un millier de toxicomanes à un traitement de substitution par la méthadone, la mise en place de programmes d'échange de seringues et l'organisation d'une journée nationale d'information.*

*De nombreux acteurs seront associés à la conduite de cette politique ; ainsi, les hôpitaux devront déployer de nouveaux efforts afin de mieux accueillir et soigner les toxicomanes.*

*Le système de veille sanitaire, qui s'articule notamment autour du réseau national de santé publique et qui a pour fonction de surveiller l'apparition de nouvelles maladies et de veiller à la sécurité de notre dispositif sanitaire, sera renforcé grâce à l'augmentation des moyens mis à sa disposition.*

*La mise en oeuvre des restructurations hospitalières sera amorcée en 1994 grâce aux nouveaux instruments de planification sanitaire définis dans le projet de loi relatif à la santé publique et à la protection sociale.*

*Enfin, l'accès aux soins des plus démunis constituera une priorité du ministère dans la mesure où la lutte contre l'exclusion se joue également sur le terrain sanitaire.*

*M. Louis Boyer, rapporteur pour avis du budget de la santé, a indiqué qu'au cours d'une intervention prononcée le 15 novembre 1993, le Premier ministre, M. Edouard Balladur, a annoncé une réforme de l'organisation sanitaire de notre pays tendant à promouvoir une intégration régionale des établissements de santé. Les régions seraient ainsi dotées de "pôles hospitaliers" comparables à l'Assistance publique des hôpitaux de Paris, et les hôpitaux perdraient nécessairement leur autonomie.*

*Il a estimé que la réussite de la politique de restructuration hospitalière ne passe pas par la centralisation de notre système hospitalier et a interrogé le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville, sur l'état d'avancement de ce projet de réforme.*

*Mme Simone Veil, ministre d'Etat, a regretté de ne pas être en mesure d'apporter de précision sur le contenu ou l'origine de cette idée ; elle a indiqué qu'elle ne serait pas favorable à une réduction de notre système hospitalier à un ensemble constitué par une vingtaine de centres hospitaliers universitaires.*

*Elle a précisé que, depuis la date de son intervention, le Premier ministre l'avait rassurée sur ce point.*

*A cet égard, M. Jean-Pierre Fourcade, président, a jugé "saugrenue" l'idée de diluer des petits établissements de santé dans*

des établissements plus importants. Il a rappelé que l'ère des diplodocus "était révolue.

**M. Louis Boyer, rapporteur pour avis du budget de la santé, a ensuite indiqué qu'au cours de la même intervention, M. Edouard Ballardur, a annoncé qu'il entendait confier à Mme le Professeur Geneviève Barrier la rédaction d'un rapport sur les services d'urgences. Il a observé qu'en quatre ans, deux rapports ont déjà été présentés sur ce sujet. Mme Simone Veil, ministre d'Etat, a précisé que cette nomination n'avait été portée à sa connaissance qu'au moment de l'intervention du Premier ministre.**

**M. Louis Boyer, rapporteur pour avis, a ensuite demandé à M. Philippe Douste-Blazy, ministre délégué chargé de la santé, quelle est la justification de la sévère contraction des crédits ouverts par le projet de loi de finances pour 1994 au titre des subventions de l'Etat aux investissements hospitaliers, contraction qui fait suite à d'importantes annulations de crédits intervenues en cours d'année.**

**M. Philippe Douste-Blazy a affirmé que l'évolution des investissements hospitaliers doit être appréciée sur la longue durée. En outre, ces investissements qui ont représenté un volume de 17 milliards de francs en 1993, ne sont pas exclusivement financés par l'Etat ; leur réalisation ne sera donc pas remise en cause par la stabilisation des concours de l'Etat. Répondant à M. Jean-Pierre Fourcade, président, il a précisé que les caisses primaires d'assurance maladie n'octroient plus de prêts aux établissements de santé pour financer ces investissements, à l'exception de ceux qui sont proposés pour les services logistiques de ces établissements.**

**Interrogée par M. Charles Descours, rapporteur pour avis du budget de la sécurité sociale, Mme Simone Veil a indiqué que des amendements gouvernementaux au projet de loi relatif à la santé publique et à la protection sociale viendront proposer les bases législatives nécessaires à l'application de la Convention médicale en matière notamment de dossier médical et de déontologie médicale.**

**Elle a également précisé à M. Claude Huriet que des amendements à ce même projet de loi seront déposés par le Gouvernement afin de proposer une réforme de l'organisation des transplantations d'organes.**

**Interrogée par Mme Marie-Claude Beaudeau sur les critères qui seront retenus par l'administration sanitaire en vue de procéder à des retraits d'autorisation dans le cadre des restructurations hospitalières, Mme Simone Veil a indiqué que l'utilisation des lits et des équipements sera examinée avec soin et que toutes les propositions de restructurations hospitalières feront l'objet d'une concertation avec les élus.**

**M. Francis Cavalier-Bénézet a mis l'accent sur la nécessité de ne pas mettre à l'écart toute préoccupation d'aménagement rural en la matière. Mme Simone Veil a précisé que certaines petites structures ne pourront être maintenues pour des raisons de santé publique.**

A la suite des interventions de M. Charles Descours, rapporteur pour avis du budget de la sécurité sociale et de M. Jean Chérioux, rapporteur pour avis du budget de la famille, qui ont respectivement souligné l'hypocrisie qui préside actuellement à la réalisation de tests de dépistage du Sida lorsqu'ils sont demandés par certaines compagnies d'assurance ou à l'occasion d'un bilan préopératoire et le bien-fondé des intentions du Sénat en matière de dépistage obligatoire du Sida chez les malades de la tuberculose, M. Philippe Douste-Blazy, ministre délégué à la santé, a formulé plusieurs observations.

D'une part, il a estimé que tout médecin digne de ce nom prescrit d'ores et déjà le dépistage du Sida lorsqu'il est confronté à un patient atteint d'une maladie infectieuse et, a fortiori, de la tuberculose.

D'autre part, il a formulé les principaux objectifs du Gouvernement en la matière, à savoir la formation des médecins généralistes, le développement de l'activité des centres de dépistage anonyme et gratuit et l'obligation législative de la proposition systématique d'un dépistage à plusieurs moments de la vie.

Interrogé par MM. Louis Boyer, rapporteur pour avis du budget de la santé et Jean Chérioux, rapporteur pour avis du budget de la famille, sur le financement de l'Agence française de lutte contre le Sida, M. Philippe Douste-Blazy a indiqué que le budget de cet organisme sera supérieur à 140 millions de francs en 1994, dont 20 millions de francs environ au titre des frais de fonctionnement. Il a rappelé qu'il avait demandé, en liaison avec le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville, que soit organisé un meilleur contrôle de l'utilisation des budgets publicitaires de l'agence et que la présentation de la comptabilité analytique de cet organisme soit améliorée.

Mme Simone Veil a ensuite répondu aux questions de Mme Marie-Madeleine Dieulangard sur les centres 15 et sur l'hospitalisation à domicile. Le ministre d'Etat a regretté que tous les établissements de santé ne déploient pas les mêmes efforts pour développer les alternatives à l'hospitalisation.

M. Philippe Douste-Blazy a ensuite été interrogé par Mme Marie-Claude Beaudeau sur la prise en charge du Sida, le traitement par la méthadone et la transfusion sanguine.

Il a d'abord indiqué que 300 lits "d'aigus" supplémentaires seront nécessaires l'année prochaine pour accueillir des malades du Sida et s'est félicité du succès des politiques de prévention qui contribuent à la stabilisation actuelle du nombre de personnes séropositives.

Il a ensuite précisé que 26 équipes médicales ont déjà sollicité l'autorisation de traiter des patients toxicomanes à l'aide de la méthadone.

Il a enfin regretté le faible succès des recherches entreprises par les établissements de santé afin de pouvoir retrouver leurs anciens patients transfusés et leur proposer un test de dépistage du Sida. Il a souligné à cet égard la nécessité d'une réflexion au sujet

*des archives hospitalières, l'application de la circulaire Kouchner ayant été l'occasion d'une prise de conscience de la perte de nombreux dossiers hospitaliers.*

*Répondant à M. Claude Huriet, M. Philippe Douste-Blazy a indiqué que l'Agence nationale de l'évaluation médicale (ANDEM) sera chargée de valider les références médicales servant de base à la maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses de santé. M. Claude Huriet ayant fait observer que la mise en oeuvre des restructurations hospitalières impliquera nécessairement l'accroissement des moyens hélicoportés, le ministre délégué a indiqué qu'une enveloppe de deux cents millions de francs prévue par l'arrêté fixant l'évolution de la dotation globale permettra de l'assurer.*

*Mme Marie-Claude Beaudeau a enfin interrogé le ministre sur les conditions d'installation du réseau national de la santé publique au sein de l'hôpital de Saint-Maurice ; elle a souligné l'importance de l'effort financier demandé à l'établissement de santé. M. Philippe Douste-Blazy a précisé que l'hôpital est responsable de l'entretien et de la rénovation des locaux, mais qu'il reçoit de l'Etat un loyer en contrepartie de l'accueil du réseau national de santé publique.*

## II. EXAMEN DE L'AVIS

*Réunie le mardi 23 novembre 1993, sous la présidence de M. Jean-Pierre Fourcade, président, la commission a procédé à l'examen de l'avis de M. Louis Boyer, rapporteur pour avis, sur les crédits de la santé et de la politique hospitalière proposés par le projet de loi de finances pour 1994.*

*M. Louis Boyer, rapporteur pour avis, a indiqué que les crédits de la santé, qui s'élèvent pour 1994 à 2,8 milliards de francs et sont en progression de 5 % par rapport aux crédits ouverts par la loi de finances initiale pour 1993, ont été relativement épargnés par l'effort de maîtrise de la dépense publique engagé par le Gouvernement sans toutefois démentir l'effort de réorientation de cette dépense vers les missions essentielles de l'Etat que traduit le projet de loi de finances pour 1994.*

*Dans la première partie de son intervention, il a formulé trois observations concernant la continuité de la politique budgétaire du Gouvernement depuis son entrée en fonction, la programmation des priorités en matière de santé publique pour les trois ans à venir et la réaffirmation des missions traditionnelles du ministère de la santé que révèle l'examen de ses crédits pour l'année 1994.*

*Il a d'abord indiqué que les crédits de certains chapitres budgétaires qui ont fait l'objet d'importantes annulations au mois de mai 1993 enregistrent à nouveau des augmentations très sensibles pour l'année 1994, citant à cet égard l'exemple des crédits alloués au chapitre 34-11 (protection et prévention sanitaires) et celui des crédits devant alimenter la subvention versée par l'Etat à l'École nationale de la santé publique de Rennes.*

*Il s'est félicité d'une telle évolution, en émettant toutefois le voeu que de tels mouvements de "yoyo budgétaire" ne se reproduisent pas à l'avenir.*

*Il a ensuite évoqué six priorités annoncées par le ministère de la santé et dont l'évolution souhaitable des crédits a fait l'objet d'une programmation pluriannuelle, à savoir le renforcement du dispositif de veille sanitaire, la lutte contre le Sida et contre la toxicomanie, le renforcement de l'administration sanitaire, la lutte contre l'alcoolisme et le soutien apporté aux investissements hospitaliers. Il a observé que les crédits destinés au financement de ces deux dernières priorités faisaient respectivement l'objet, pour 1994, d'une simple reconduction et d'une réduction significative.*

*Analysant la réaffirmation des missions traditionnelles du ministère de la santé, M. Louis Boyer, rapporteur pour avis, a examiné plus particulièrement la progression des crédits prévus au titre de la veille sanitaire et des politiques de lutte contre le Sida et contre la toxicomanie.*

*Il a indiqué que la création d'un chapitre 47-12 nouveau, intitulé "Programmes et dispositifs de veille sanitaire", qui est doté de 112 millions de francs, s'accompagne de la progression des crédits affectés à ses différentes composantes. Celle-ci revêt parfois*

*un caractère exceptionnel ; ainsi, les crédits destinés au Réseau national de la santé publique sont multipliés par deux entre 1993 et 1994. Cependant, les crédits alloués à certains des articles de ce chapitre ont été négligés ; les sommes destinées au financement de la politique de lutte contre les maladies sexuellement transmissibles, par exemple, régressent de plus de 9 %.*

**M. Louis Boyer, rapporteur pour avis, a évoqué l'action courageuse menée par le Gouvernement, qui a souhaité dès son entrée en fonction apporter une réponse rapide à la situation d'urgence sanitaire que connaît notre pays en matière de Sida et de toxicomanie.**

*Il a rappelé que le nombre de malades du Sida en France depuis le début de l'épidémie s'élève à 30.000 environ et que 150.000 à 300.000 personnes sont à l'heure actuelle concernées par un problème de toxicomanie.*

*Il a indiqué que l'objectif principal du plan gouvernemental de lutte contre le Sida est l'amélioration de la prise en charge des malades. Les crédits alloués à cette politique représentent 267 millions de francs et 10,5 % du budget du ministère ; ils progressent de 25 % par rapport aux crédits ouverts au même titre par la loi de finances initiale pour 1993.*

**M. Louis Boyer, rapporteur pour avis, a observé que des arrêtés d'annulation ont réduit de manière significative les crédits consacrés à la lutte contre la toxicomanie au cours de l'année 1993. En termes de moyens réellement disponibles pour l'administration, cette politique bénéficiera donc, en 1994, de 55 millions supplémentaires par rapport à l'année précédente, soit 721 millions de francs.**

**Dans la deuxième partie de son intervention, M. Louis Boyer, rapporteur pour avis, a présenté deux volets essentiels de la politique de santé du Gouvernement, à savoir la politique de maîtrise des dépenses de santé et la politique hospitalière.**

*Il a d'abord examiné trois composantes de la politique de maîtrise des dépenses de santé : le plan de redressement de l'assurance maladie, la politique de maîtrise concertée des dépenses et la nouvelle convention médicale.*

*Il a rappelé, qu'au printemps dernier, la commission Raynaud avait constaté l'extrême dégradation de la situation financière de la sécurité sociale, estimant à 100 milliards de francs le montant du déficit cumulé du régime général et à 200 milliards de francs son niveau probable à la fin de l'année 1994. Ce constat a appelé des mesures d'urgence qui ont été annoncées le 29 juin 1993.*

**M. Louis Boyer, rapporteur pour avis, a examiné l'ensemble des mesures prévues par le plan de redressement de l'assurance maladie, se félicitant, d'une part, qu'elles ne remettent pas en cause des principes essentiels qui régissent l'accès aux soins (égalité, libre choix du médecin par le malade, liberté de prescription) et, d'autre part, qu'elles imposent aux assurés sociaux et aux médecins un effort de même ampleur.**

*Il a indiqué que la politique de maîtrise concertée de l'évolution de la dépense de santé qui est conduite en collaboration avec les représentants des infirmières, des directeurs de laboratoires d'analyses médicales et des établissements privés de santé a permis de dégager des économies à hauteur de 1 milliard de francs en 1992.*

*Il a évoqué les dispositions de la nouvelle convention médicale conclue le 21 octobre 1993, indiquant toutefois que la commission aura l'occasion d'analyser son contenu de manière plus détaillée à l'occasion de l'examen en deuxième lecture du projet de loi n° 14 rectifié (1993-1994) relatif à la santé publique et à la protection sociale, des amendements présentés par le Gouvernement devant probablement proposer des bases législatives utiles à certaines dispositions de la convention.*

*M. Louis Boyer, rapporteur pour avis, a enfin évoqué l'aggravation des contraintes auxquelles est soumis l'hôpital public. Il a d'abord rappelé les difficultés rencontrées par les établissements de santé à recruter des praticiens hospitaliers en nombre suffisant et dans des délais raisonnables. Il est convenu du fait que diverses mesures ont été prises au cours de l'année 1993 afin d'améliorer le statut de ces personnels mais a conclu à leur caractère insuffisant. Il a estimé que l'évolution des ressources des établissements publics de santé, déterminée par le taux directeur d'évolution des dépenses hospitalières qui est fixé à 3,35 % pour l'année 1994, réduira probablement à néant les marges de manoeuvre dont disposaient encore certains établissements et rendra très délicate la situation d'autres établissements pour lesquels la dotation globale pour 1994 ne suffira pas à assurer la reconduction du budget de 1993.*

*Il a toutefois observé que la tâche du Gouvernement n'est pas rendue aisée par le fait que certaines mesures décidées par le précédent Gouvernement telles que la revalorisation des gardes et astreintes n'ont pas été assorties de décisions garantissant un financement suffisant.*

*Il a indiqué que la contrainte financière à laquelle seront soumis les établissements en 1994 constituera certainement un puissant stimulant aux restructurations hospitalières et à l'indispensable adaptation quantitative et qualitative de notre appareil sanitaire aux besoins de la population.*

*M. Louis Boyer, rapporteur pour avis, a proposé à la commission d'émettre un avis favorable à l'adoption des crédits de la santé et de la politique.*

*Dans le débat qui a suivi, M. Jean Chérioux a souhaité que le Gouvernement annonce prochainement les orientations de sa politique de restructuration hospitalière, en particulier en ce qui concerne les hôpitaux psychiatriques. Il a interrogé le rapporteur pour avis sur le montant des crédits alloués à l'Agence française de lutte contre le Sida et a évoqué le contenu scabreux de certaines brochures diffusées auprès du public dans le cadre de la politique de prévention du Sida.*

*Il s'est félicité de l'évolution de la pensée du ministre délégué à la santé qui semble désormais favorable à l'institution d'une proposition systématique de dépistage du Sida.*

*M. Louis Souvet a approuvé l'analyse de l'origine des difficultés rencontrées par les hôpitaux pour recruter des praticiens hospitaliers qui a été présentée par le rapporteur pour avis. Il a observé que la masse des crédits alloués à la lutte contre le Sida et la toxicomanie représente une part très importante du budget de la santé. Il a enfin interrogé le rapporteur pour avis sur le coût de la recherche sur le Sida.*

*M. Claude Huriet a regretté l'évolution défavorable des crédits destinés au financement des écoles d'infirmières. Il a interrogé le rapporteur pour avis sur la répartition des crédits destinés à l'Agence du médicament et sur l'état d'avancement des expériences de tarification à la pathologie dans les établissements de santé. Il a souligné la nécessité d'interroger le ministre sur l'état du fractionnement des produits sanguins.*

*M. Franck Sérusclat a observé qu'en regard à l'importance des mesures de régulation budgétaire intervenues en cours d'année, il est difficile d'apprécier l'évolution des crédits affectés à certains chapitres budgétaires. Il a fait siennes les interrogations de M. Claude Huriet concernant l'Agence du médicament et s'est félicité de l'emploi par M. Jean Chérioux des termes "systématiquement proposé" à propos du dépistage du Sida.*

*M. François Delga s'est réjoui de l'importante progression des crédits destinés à la lutte contre le Sida et la toxicomanie, regrettant à cet égard que beaucoup de belles paroles aient été prononcées dans le passé sans être suivies d'effet. Il a souhaité que la politique hospitalière favorise la complémentarité des structures de soins publiques et privées.*

*M. Jean-Pierre Fourcade, président, a regretté que les objectifs de la lutte contre le Sida et la toxicomanie occultent désormais ceux de la prévention du tabagisme.*

*M. Louis Boyer, rapporteur pour avis, a ensuite répondu aux intervenants.*

*Il a confirmé les propos de M. Jean-Pierre Fourcade, président, indiquant à cet égard que les crédits de la lutte contre le tabagisme ne font pas l'objet d'une réévaluation pour 1994.*

*Il a indiqué à M. Jean Chérioux qu'à la suite de la réforme de la nomenclature budgétaire, le montant de la subvention destinée à l'Agence française de lutte contre le Sida n'est plus individualisé au sein des crédits de la santé ; il a cependant précisé que les crédits ouverts au titre de cette institution par la loi de finances pour 1993 s'élevaient à 151 millions de francs.*

*Il a remercié M. Louis Souvet pour ses remarques sur le recrutement des praticiens hospitaliers, estimant à cet égard que de tels propos, qui ne semblent pas susciter l'intérêt du ministère, méritent cependant d'être renouvelés à chaque occasion.*

*Il a précisé que le coût de la recherche sur le Sida en France représente 500 millions de francs mais que ces crédits ne relèvent pas du budget des affaires sociales, de la santé et de la ville.*

*Il a approuvé les propos de M. Claude Huriet concernant les moyens des écoles d'infirmières et a indiqué que les crédits ouverts au titre du chapitre 36-61 destinés à l'Agence du médicament s'élèvent pour 1994 à la somme de 22,9 millions de francs ; il a rappelé que des expérimentations en matière de tarification hospitalière vont être menées dans la région Languedoc-Roussillon.*

*Il a fait siens les vœux de M. François Delga en faveur d'une plus grande complémentarité entre les établissements de santé publics et privés, regrettant toutefois que cette idée soit difficile à mettre en pratique sur le terrain.*

*M. Pierre Louvot a fait part aux membres de la commission de l'émoi suscité au sein des professions médicales par le vote d'un amendement instituant le dépistage obligatoire du Sida chez les personnes atteintes par la tuberculose.*

*M. Jean-Pierre Fourcade, président, a rappelé que la lutte contre le Sida doit être menée sur tous les fronts, et a indiqué que la commission débattrait à nouveau de cette question à l'occasion de l'examen en deuxième lecture du projet de loi n° 14 rectifié (1993-1994) relatif à la santé publique et à la protection sociale.*

*Puis la commission a, sur la proposition de son rapporteur pour avis émis un avis favorable à l'adoption des crédits consacrés à la santé par la loi de finances pour 1994.*

Mesdames, Messieurs,

Le projet de loi de finances soumis à votre examen constitue la traduction financière, pour 1994, de deux axes prioritaires de la politique gouvernementale : maîtriser la dépense publique en la réorientant vers les missions essentielles de l'Etat et soutenir l'activité tout en contenant le déficit budgétaire.

Le faible taux de progression des dépenses retenu par le Gouvernement (+ 1,1 %) contribuera ainsi à placer le déficit budgétaire pour 1994 au niveau de 300 milliards de francs.

Le budget du ministère des Affaires sociales, de la santé et de la ville est, en volume, relativement épargné par cet effort de compression de l'évolution de la dépense publique, traduisant ainsi un réel engagement du Gouvernement en faveur de la solidarité ; une fraction non négligeable de la progression des crédits qui lui sont affectés a en effet pour vocation d'améliorer le sort de personnes démunies grâce au versement de prestations telles que l'allocation aux adultes handicapées ou le revenu minimum d'insertion.

Les crédits affectés au ministère des Affaires sociales, de la santé et de la ville s'élèvent ainsi pour 1994 à plus de 58 milliards de francs dont 2,8 milliards de francs environ au titre de la santé.

Afin d'être en mesure d'effectuer une comparaison avec les crédits correspondants ouverts pour 1993, il convient de soustraire des crédits prévus pour 1994 ceux qui sont destinés à la politique de la ville et qui sont pour la première fois rattachés au ministère des Affaires sociales. Il faut également tenir compte de l'intégration dans le budget des affaires sociales et de la santé de crédits qui étaient affectés jusqu'alors aux services communs aux ministères des Affaires sociales et du Travail et étaient individualisés dans un fascicule budgétaire spécifique.

Le budget des Affaires sociales et de la santé (à l'exclusion des crédits de la Délégation interministérielle à la ville) progresse cette année de plus de 13 % par rapport au montant des crédits votés

pour 1993 ; à structure constante, c'est-à-dire hors services communs Affaires sociales-Travail, cette progression demeure très importante et se situe au-dessus de 10 %.

Si l'on tient compte des crédits supplémentaires qui ont été ouverts en cours d'année par la loi de finances rectificative pour 1993, le taux de la progression des crédits proposés au titre des Affaires sociales et de la santé est de 4,3 %. Ce taux demeure très significatif et traduit la constance des efforts du Gouvernement en faveur de la solidarité depuis son entrée en fonctions.

Si le budget des Affaires sociales, de la santé et de la ville est donc relativement épargné en volume par l'effort de compression de l'évolution des dépenses, sa structure reflète, toutefois, les priorités gouvernementales qui orientent l'ensemble du texte de la loi de finances, dans la mesure où elle révèle une volonté de rationalisation de l'action publique et où elle procède d'une tentative de réorientation de la dépense publique vers les missions essentielles de l'Etat.

Ainsi, les crédits affectés à la santé, qui représentent 2 738 millions de francs et qui sont en progression de 5 % par rapport à l'année 1993 sont prioritairement destinés au renforcement de sa mission traditionnelle de lutte contre les grands fléaux et au recentrage de l'activité du ministère autour de sa mission de veille sanitaire.

Votre commission se félicite à la fois de la progression en volume des crédits destinés aux affaires sociales et à la santé et de la réorientation de la dépense publique souhaitée par le Gouvernement. Elle appelle toutefois l'attention sur la situation préoccupante de l'hôpital public, dont le rôle de pivot de notre appareil sanitaire et les difficultés actuelles méritent d'être mieux pris en considération.

## **I. POLITIQUE DE LA SANTÉ, BUDGET DE LA SANTÉ ET PROGRAMMATION PLURIANNUELLE**

L'examen des crédits de la santé pour 1994 doit être précédé par trois observations liminaires relatives à la politique de la santé, aux crédits budgétaires et la programmation pluriannuelle des objectifs du ministère.

D'abord, l'examen de l'évolution des crédits ouverts pour l'année 1994 au titre de la santé peut laisser perplexe : cette évolution est en effet souvent en contradiction avec les orientations restrictives retenues par le Gouvernement dans l'arrêté d'annulation du 10 mai 1993.

Ensuite, le budget de la santé pour 1994 s'inscrit dans une proposition de programmation des priorités pour les trois prochaines années, initiative dont se félicite votre commission.

Enfin, le contrôle de la politique de santé qui est menée par le Gouvernement ne peut se limiter à l'examen des crédits budgétaires ; cette observation, traditionnelle, doit être reformulée en fonction des modifications intervenues cette année dans la nomenclature budgétaire.

### **A. L'ÉVOLUTION DES CRÉDITS DE LA SANTÉ POUR L'ANNÉE 1994 EST SOUVENT EN CONTRADICTION AVEC LES ORIENTATIONS RESTRICTIVES RETENUES PAR L'ARRÊTÉ D'ANNULATION DU 10 MAI 1993**

L'année 1993 a été marquée par l'entrée en fonction du nouveau gouvernement qui a très rapidement inscrit dans des mesures de régulation budgétaire la traduction financière d'un important changement de politique pour notre pays.

Après qu'un premier arrêté d'annulation du 3 février 1993, signé par le précédent ministre du budget, M. Martin Malvy, a procédé à l'annulation de crédits d'un montant total de 5 milliards de francs (dont 134 millions sur le budget des affaires sociales et de la santé) afin de "gager" en quelque sorte la subvention exceptionnelle du même montant accordée par l'Etat au régime de sécurité sociale par le décret d'avances n° 93-142, également signé le 3 février 1993, le nouveau gouvernement a procédé par l'arrêté du 10 mai 1993 à

l'annulation de nouveaux crédits, cette fois pour un montant beaucoup plus significatif d'environ 30 milliards de francs, dont 167 millions de francs au titre du budget des affaires sociales et de la santé.

A contrario, la loi de finances rectificative pour 1993 a procédé à de nouvelles ouvertures de crédits, dont 2,8 milliards de francs pour le ministère des Affaires sociales, de la santé et de la ville ; ceux-ci étaient principalement destinés à ajuster aux besoins constatés les crédits prévus au titre du revenu minimum d'insertion et de l'allocation aux adultes handicapés.

En matière de santé publique, 40 millions de francs ont été débloqués afin de renforcer le dispositif de lutte contre le Sida, 17 millions de francs devant par ailleurs contribuer à l'installation de l'Agence du médicament créée par la loi n° 93-5 du 4 janvier 1993.

Au total donc, un peu plus de 300 millions auront été supprimés par les deux arrêtés d'annulation, tandis que la loi de finances rectificative ouvrait des crédits à hauteur de 2,6 milliards pour : financer le versement de certaines prestations sociales (revenu minimum d'insertion et allocation aux adultes handicapés), de 175 millions pour ajuster le montant de la subvention au Fonds spécial de retraite de la Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines et de 57 millions de francs pour le budget de la santé (lutte contre le Sida et Agence du médicament).

Hors prestations sociales et subventions aux régimes spéciaux, qui ont donné lieu à des ouvertures de crédits massives, correspondant à environ 4 % du budget du ministère des Affaires sociales, les mesures de régulation budgétaire ont donc contribué à réduire de 250 millions de francs les crédits de fonctionnement ou d'intervention d'un ministère dont les marges de manoeuvres financières sont très faibles.

Or, dans une large mesure, le projet de loi de finances pour 1994 revient favorablement sur cette orientation, de nombreux chapitres ayant fait l'objet d'annulations de crédits étant mieux dotés pour 1994.

Votre commission se félicite d'une telle évolution. Elle s'interroge néanmoins sur la portée de l'augmentation significative des crédits affectés à certains chapitres en 1994 ; eu égard à l'expérience de l'année 1993, il est en effet permis de se demander si elles correspondent à l'affirmation d'une réelle priorité politique ou seulement à la constitution de réserves destinées à servir de marges de manoeuvres qui pourraient être

**réduites en cours d'année par d'éventuelles mesures de régulation budgétaire.**

### **1. Des chapitres voient leurs crédits réduits en apparence, mais renforcés en termes réels**

A la seule lecture du bleu budgétaire, qui pose pour référence les crédits votés pour 1993, il serait possible de penser que certaines actions sanitaires seront moins bien dotées en 1994 qu'en 1993.

Ainsi, les crédits affectés au chapitre 3411 ("Protection et prévention sanitaires - Matériel et fonctionnement techniques") diminuent en apparence de 574 105 francs, soit une régression de 4,6 % par rapport aux crédits votés pour 1993.

Si l'on tient compte des deux arrêtés d'annulation qui avaient amputé ces crédits d'une somme représentant 15 % de leur valeur, les crédits ouverts par le projet de loi de finances pour l'année 1994 sont en progression de 12,2 % par rapport aux crédits réellement disponibles en 1993.

De même, les crédits affectés aux "Dépenses informatiques, bureautiques et télématiques" (chapitre 3495) diminuent de 5 % par rapport aux crédits votés pour 1993, mais progressent de 3,7 % par rapport aux crédits réellement disponibles en cours d'année. Les crédits du chapitre 4332 ("Professions médicales et paramédicales - Formation et recyclage"), qui régressent en apparence de 1,2 %, progressent en termes réels de 9,9 %.

Enfin, les crédits d'action interministérielle de lutte contre la toxicomanie (chapitre 4716), qui correspondent aux crédits d'intervention de la Délégation générale à la lutte contre la drogue et la toxicomanie, progressent de 12,9 % en termes réels tandis que la simple lecture du bleu budgétaire laisserait à penser qu'ils régressent de 4 %.

### **2. La progression apparente des crédits d'autres chapitres est bien inférieure à leur progression réelle**

Plus significative encore est l'évolution des crédits affectés au chapitre 3494 ("Statistiques et études générales") qui progressent en apparence (par rapport aux crédits votés pour 1993) de

10,5 %, mais qui seront en termes réels (si l'on tient compte des deux arrêtés d'annulation) supérieurs de 30 % aux crédits réellement disponibles en 1993. Une telle amplitude de variation laisse à penser jusqu'à plus ample informé que les dotations de ce chapitre peuvent être vulnérables aux aléas de la régulation budgétaire.

Un même mouvement de "yoyo" budgétaire, bien que d'amplitude plus faible, affecte l'évolution de la subvention de fonctionnement allouée à l'École nationale de la santé publique de Rennes (chapitre 3641), qui a vu son montant réduit de 950 000 francs environ par le premier arrêté d'annulation, puis de 2,5 millions environ par le second, et qui progresse de plus de 5 millions de francs par rapport aux crédits votés pour 1993 dans le projet de loi de finances pour 1994, soit une augmentation de 14,5 %. Enfin, le chapitre 3714 ("Moyens et actions des services de la tutelle hospitalière") qui rassemble les crédits nécessaires à l'application de la loi n° 91-438 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, voit sa dotation progresser de 25 % par rapport aux crédits votés pour 1993 ; dans la mesure où ceux-ci avaient fait l'objet de deux annulations successives, l'augmentation réelle est de 29,5 %.

L'année 1993 peut être considérée comme une année de transition ; l'on peut donc comprendre que d'importantes ouvertures de crédits pour 1994 puissent succéder à des annulations substantielles, les marges de manoeuvres permettant à un gouvernement de réorienter des crédits vers de nouvelles priorités étant relativement réduites en cours d'année budgétaire.

Il serait cependant souhaitable, tant au regard de critères de bonne gestion que pour assurer la continuité et la stabilité des actions de l'Etat, que de tels phénomènes de "yoyo budgétaire" ne se reproduisent pas dans les années qui viennent et qui seront l'occasion pour le gouvernement de confirmer les orientations qu'il a d'ores et déjà retenues ; votre commission les approuve pleinement.

## **B. LE BUDGET DE LA SANTÉ POUR 1994 S'INSCRIT DANS UNE PROPOSITION DE PROGRAMMATION TRIENNALE DES PRIORITÉS**

Initiative louable, les priorités définies par le ministère pour le budget de 1994 s'inscrivent dans une programmation plus large qui s'échelonne sur trois ans.

Ces priorités sont au nombre de six :

- le renforcement du dispositif de veille sanitaire, qui sera réalisé grâce à une augmentation de 10 millions de francs pendant trois ans des moyens mis à la disposition du réseau national de santé publique ainsi que ceux dont disposent les observatoires régionaux de la santé (15 millions de francs en 1994). Ceux-ci progresseront de 2,5 millions de francs pendant trois ans ;

- la lutte contre le Sida, à laquelle sont affectés pour 1994 des crédits d'un volume de 267 millions de francs, soit 10,8 % du budget de la santé ; en cette matière, les trois prochaines années verront un transfert de priorité du dépistage vers la prise en charge extra-hospitalière. Pareille évolution a déjà été engagée dans la loi de finances rectificative pour 1993 ; elle se poursuivra dans les prochaines années par une réduction de la progression des crédits alloués au dépistage qui s'élèvent à 18 millions de francs cette année et devraient s'établir à 25 millions de francs en 1996 et par un accroissement annuel de 15 à 20 % des crédits affectés à la prise en charge extra-hospitalière ;

- la lutte contre la toxicomanie, à laquelle sont consacrés 711 millions de francs, soit environ 27 % du budget de la santé et 2,5 fois le montant des crédits destinés à la lutte contre le Sida. Conformément aux dispositions du plan de lutte contre la toxicomanie, 50 millions de francs de dépenses supplémentaires y seront consacrés chaque année ;

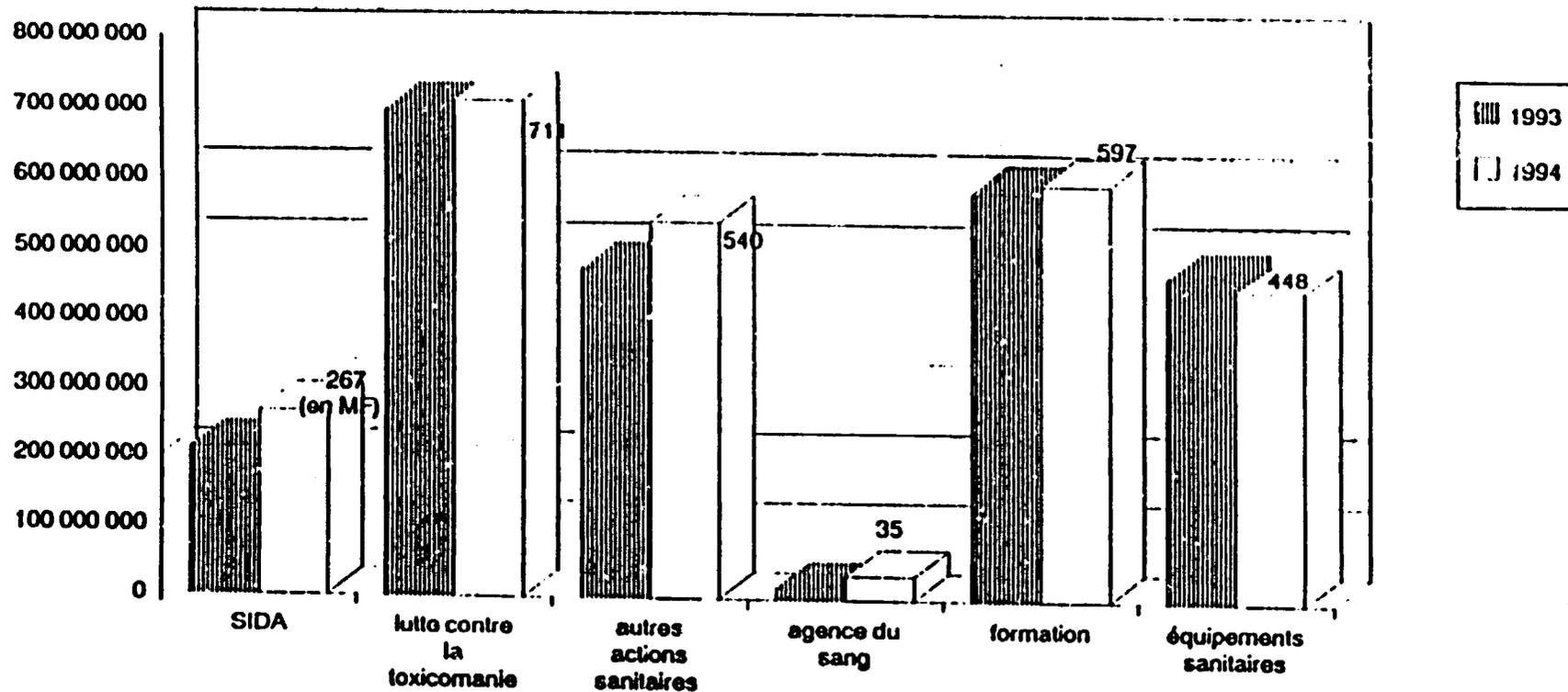
- le renforcement de l'administration sanitaire. Celui-ci est déjà à l'oeuvre dans le projet de loi de finances pour 1994, les dépenses de fonctionnement (à structure constante) progressant de plus de 6 % pour cette année. Le ministère de la santé prévoit également de recruter 150 nouveaux médecins inspecteurs en trois ans, les DRASS et devrait disposer à cette échéance de 500 médecins inspecteurs. Aucune création de poste n'est cependant prévue cette année ;

- la lutte contre l'alcoolisme : le ministère de la santé affiche cette action comme une priorité ; il serait toutefois audacieux d'interpréter cette affirmation comme étant revêtue d'une portée particulière, les crédits de la lutte contre l'alcoolisme étant simplement reconduits en francs courants dans le projet de budget pour 1994 ;

- les investissements hospitaliers ; la même remarque vaut pour cette "priorité" qui voit ses crédits diminués de 50 millions de francs environ en autorisations de programme et de 19 millions de francs en crédits de paiement. Il semble à cet égard que le ministère souhaite reconsidérer les règles d'affectation des subventions aux investissements hospitaliers en envisageant

notamment la création d'un fonds de restructuration impliquant financièrement l'assurance maladie. Cependant, nous y reviendrons plus tard, même en fonction de telles considérations, une "année blanche" eut été préférable à "l'année noire" que vivront en 1994 les établissements de santé.

### P.L.F. 1994 - SANTE



### **C. LE CONTRÔLE FINANCIER DU PARLEMENT EN MATIÈRE DE SANTÉ PUBLIQUE NE PEUT ÊTRE CONTENU DANS LE SEUL CADRE BUDGÉTAIRE**

Les crédits affectés par le projet de loi de finances pour l'année 1994 aux actions à caractère sanitaire s'élèvent à 2,1 milliards de francs. Si l'on tient compte de l'ensemble des crédits affectés à la santé, ce sont 2,8 milliards de francs qui seront consacrés l'an prochain par la puissance publique à la politique de la santé.

Or, ces crédits ne peuvent à eux seuls traduire les orientations gouvernementales en matière de santé publique qu'il appartient au Parlement de contrôler.

D'une part, en effet, ils ne représentent que 3 pour 1000 de la dépense de santé constatée en 1992 et qui s'élève à 612 milliards de francs, soit plus de 10 000 francs par habitant. Cette observation, qui serait totalement dépourvue de pertinence en un autre domaine - que représentent en effet les crédits destinés à la politique de la consommation et à la concurrence par rapport à la consommation totale des Français ? - revêt ici une signification toute particulière eu égard au caractère socialisé du financement de la dépense de santé. En effet, la nature juridique de droit privé des caisses primaires d'assurance maladie et l'organisation de la sécurité sociale sur une base professionnelle ne doivent pas masquer le rôle essentiel de la puissance publique dans la régulation de notre système de protection sociale. Les crédits ouverts par le projet de loi de finances pour l'année 1994 au titre de la santé représentent ainsi 5 pour 1000 seulement du montant du financement socialisé de la dépense de santé.

D'autre part, la réforme de la nomenclature budgétaire intervenue cette année, qui a notamment pour objectif d'individualiser certaines actions, ne contribue pas toujours à mieux cerner le contenu de la politique menée.

Ainsi, par exemple, un chapitre 4718 nouveau a été créé afin d'individualiser les programmes et dispositifs de lutte contre le Sida et de regrouper des crédits qui étaient auparavant répartis en plusieurs chapitres, notamment les chapitres 4713 (article 50 - Agence française de lutte contre le Sida) et 4714 (article 70 - Lutte contre le Sida). Eu égard à l'importance de l'enjeu que constitue la lutte contre cette maladie et au volume des crédits qui lui sont consacrés, votre commission ne peut que se féliciter de cette réforme. Mais, dans la mesure où le chapitre 4718 comporte seulement trois articles (actions nationales, actions déconcentrées et consultations de

dépistage), le montant des crédits affectés à l'Agence française de lutte contre le Sida ne peut être déduit de la seule lecture du bleu budgétaire.

Le contrôle du Parlement sur la politique de santé menée par le Gouvernement ne peut donc être contenu dans le cadre budgétaire.

## **II - LA POLITIQUE SANITAIRE MENEES PAR LE GOUVERNEMENT DEPUIS SON ENTREE EN FONCTION TRADUIT UNE VOLONTE DE REAFFIRMATION DU ROLE DU MINISTERE ET DE RENFORCEMENT DE SES MOYENS, VOIRE D'UNE REAPPROPRIATION DE CREDITS ET DE COMPETENCES**

Depuis sa nomination en tant que ministre d'Etat, ministre des Affaires sociales, de la santé et de la ville, Mme Simone Veil a entendu consolider la position du ministère dans la régulation de notre appareil sanitaire. Cette préoccupation trouve une traduction concrète dans le projet de loi de finances pour 1994 qu'il appartient au Parlement d'examiner ; celle-ci affecte à la fois la formulation des missions du ministère, les moyens humains et matériels qui sont mis à sa disposition et les compétences qui lui sont attribuées.

### **A. LA REFORMULATION ET LA REAFFIRMATION DES MISSIONS SANITAIRES TRADITIONNELLES DU MINISTERE**

Le projet de loi de finances pour l'année 1994 traduit la volonté du ministre d'Etat et du ministre délégué de reformuler et de réaffirmer les compétences traditionnelles du ministère en matière de santé publique ; celui-ci devrait se situer dans les années qui viennent au centre d'un réseau de "veille sanitaire" et constituer l'élément moteur de la lutte contre les grands fléaux dont les objectifs et les moyens sont reconsidérés.

Cette volonté de rénover des missions traditionnelles du ministère constitue l'expression en matière de santé publique de la préoccupation du Gouvernement de recentrer les actions et les moyens de la puissance publique autour des compétences essentielles de l'Etat.

Elle a notamment pour conséquences d'importantes modifications de la nomenclature budgétaire tendant à mieux individualiser les actions et les crédits qui leur sont alloués.

## **1. Mise en oeuvre d'un dispositif de veille sanitaire chargé d'une mission de surveillance épidémiologique**

A plusieurs reprises depuis sa nomination en tant que ministre délégué chargé de la santé et notamment lors de son audition par la commission des Affaires sociales le 10 juin 1993, M. Philippe Douste-Blazy a affirmé la nécessité d'organiser un réseau de veille sanitaire qui soit en mesure, dans des délais très brefs, de signaler tout événement ou tout risque susceptible d'entraîner des conséquences en termes de santé publique, en particulier en cas de nouvelle épidémie ou endémie.

En effet, selon le ministre délégué, il importe de valoriser les synergies d'organismes qui existent déjà, tels que le réseau national de santé publique ou les observatoires régionaux de la santé grâce à "une politique d'ensemble pour coordonner ces structures et les rendre plus efficaces" (1), politique qui fait le plus défaut à l'heure actuelle.

Le ministre délégué souhaite, à cet égard, développer l'épidémiologie analytique, c'est-à-dire une épidémiologie descriptive qui renseigne sur les facteurs de risque, ainsi qu'une épidémiologie évaluative destinée à orienter la politique de prévention.

*a) La modification de la nomenclature budgétaire traduit la volonté d'individualiser une fonction de "veille sanitaire"*

Dans le projet de loi de finances pour 1994 a été créé un chapitre 47-12 nouveau, doté de 112 064 456 francs et intitulé "Programmes et dispositifs de veille sanitaire". Il comporte huit articles (contrôle sanitaire de l'environnement, contrôle des règles d'hygiène, observatoires régionaux de la santé, registres de pathologie, lutte contre les épidémies, lutte contre les maladies sexuellement transmissibles, subventions aux Instituts Pasteur et subvention au groupement d'intérêt public "Réseau national de santé publique") qui étaient auparavant dispersés dans les chapitres 47-13 ("Programmes de protection et de prévention sanitaires"), 47-14 ("Actions et services obligatoires de santé") et 47-51 ("Interventions dans le domaine de la recherche, de la pharmacie, du médicament et des équipements hospitaliers et médicaux").

Cette révision de la nomenclature s'accompagne souvent d'une augmentation significative des crédits prévus :

(1) Interview accordée au journal "Libération" le 12 juillet 1993

- contrôle de l'environnement	+ 92 %
- observatoires régionaux de la santé et registre des pathologies	+ 20 %
- subvention au réseau national de santé publique	+ 200 %

Mais la veille sanitaire a également ses "articles oubliés" :

- lutte contre les épidémies	+ 3 %
- contrôle des règles d'hygiène	- 4 %
- lutte contre les maladies sexuellement transmissibles	- 9,5 %
- subventions aux Instituts Pasteur	- 15 %

Au total, les crédits alloués aux actions de "veille sanitaire" progressent mais les crédits destinés aux subventions accordées à des institutions (à l'exception des subventions aux Instituts Pasteur) sont réévalués de manière beaucoup plus significative que ceux qui sont alloués aux actions plus ciblées.

#### *b) Le renforcement du réseau national de santé publique (RNSP)*

Doté de 4 621 500 francs en 1993, le réseau national de santé bénéficiera en 1994 d'une dotation de 13 866 346 francs, qui permettra à cet organisme d'assurer son développement.

Le réseau national de santé publique a été créé par un arrêté du 17 juin 1992 portant approbation d'une convention instituant un groupement d'intérêt public auquel sont parties la Direction générale de la santé, la Direction des hôpitaux, l'INSERM et l'Ecole nationale de santé publique. Le champ d'intervention du Réseau national de la santé publique (RNSP) est très vaste, puisqu'il englobe les maladies transmissibles, les problèmes sanitaires liés à l'environnement et la surveillance du Sida. Cet organisme, présidé par le Professeur Jacques Drucker comprend une douzaine de personnes mises à disposition, et est installé à l'hôpital de Saint Maurice (Val de Marne). Ses effectifs devraient être portés à une vingtaine de personnes dans le courant de l'année 1994. A bien des égards, il constitue un "état-major" de surveillance et de connaissance épidémiologique chargé de coordonner l'action de services ou structures préexistants au sein de l'administration, de l'INSERM ou des centres hospitalo-universitaires et d'exercer un "droit d'alerte sanitaire" en cas de risque pour la santé publique. Le RNSP intervient à la demande et pour le compte de la DGS ou des DDASS sur la base d'une circulaire du 25 août 1993.

En matière de maladies transmissibles non soumises à déclaration obligatoire, le RNSP travaille en collaboration avec le

réseau national télématique de surveillance des maladies transmissibles, créé en 1985 au sein de l'unité INSERM sur la base d'une convention conclue entre ces deux organismes.

La circulaire du 25 août 1993 ayant confié au RNSP une compétence particulière en matière de surveillance du Sida, l'unité épidémiologique de la Division Sida de la Direction générale de la santé (chargée du recueil et de l'exploitation des déclarations obligatoires) a été transférée sur le site de l'hôpital de Saint-Maurice, l'unité chargée de la prévention et de la promotion de la santé demeurant au sein de la DGS.

Des réseaux d'expertise autour de thèmes spécifiques sont en cours de constitution ; le RNSP souhaite ainsi coordonner l'action d'experts cliniques de laboratoires ou épidémiologiques et bénéficier en cas d'urgence des compétences nécessaires à l'interprétation d'informations ou à la formulation de recommandations.

### *c) L'Agence française du sang*

Créée par la loi n° 93-5 du 4 janvier 1993, l'Agence française du sang a bénéficié pour sa première année de fonctionnement d'une dotation de 15 millions de francs, inscrite au chapitre 36-71 dont elle constitue l'unique objet. Les crédits qui lui sont affectés par le projet de loi de finances pour l'année 1994 sont en progression de 132 % et s'élèvent à près de 35 millions de francs.

La dotation de l'Agence française du sang représente désormais 1,3 % du budget du ministère de la santé.

La loi du 4 janvier 1993, qui a procédé à la transposition en droit français de la directive communautaire du 14 juin 1989, a établi une distinction entre les produits labiles, comprenant notamment le sang total, le plasma et les cellules sanguines d'origine humaine dont la liste et les caractéristiques sont établies par des règlements de l'Agence française du sang, et les produits stables préparés industriellement qui constituent des médicaments et sont donc en particulier soumis aux règles régissant l'autorisation de mise sur le marché accordée par l'Agence du médicament.

#### • Installation de l'Agence

L'Agence française du sang est un établissement public administratif qui a pour mission de "contribuer à la définition et à l'application de la politique de transfusion sanguine, et d'assurer des missions d'intérêt général afin de garantir à la fois la plus grande sécurité possible, la satisfaction des besoins en matière de transfusion

sanguine et l'adaptation de l'activité transfusionnelle aux évolutions médicales, scientifiques et technologiques, dans le respect des principes éthiques".

A ce titre, elle est notamment chargée de donner des avis sur toute mesure concernant l'organisation de la transfusion sanguine, d'établir des règlements établissant la liste et les caractéristiques des produits sanguins labiles, d'accorder aux établissements de transfusion sanguine les autorisations et agréments prévus par le code de la santé, de gérer le fonds d'orientation de la transfusion sanguine et de préparer les projets de schémas d'organisation de la transfusion sanguine.

Le contenu de ces missions a été précisé par le décret n° 93-312 du 9 mars 1993 relatif à l'organisation et au fonctionnement de l'Agence française du sang.

Présidée par M. Jean Marimbert, l'Agence dispose à l'heure actuelle d'un effectif de 70 personnes.

Les ressources de l'Agence française du sang comprennent :

- des subventions de l'Etat (chapitre 36-71)

- une dotation globale versée par l'assurance maladie, et dont le montant a été fixé à 65 millions de francs pour l'année 1993 par l'arrêté du 1er octobre 1993,

- des produits divers, dons et legs.

Un second arrêté du 1er octobre 1993 a fixé à 101 682 000 francs les prévisions de recettes et les crédits ouverts au budget modifié de l'Agence française du sang pour l'année 1993.

L'Agence a déjà pris deux règlements importants qui ont été homologués par voie d'arrêté par l'autorité administrative.

Ainsi, l'arrêté du 22 septembre 1993 a homologué le règlement de l'Agence française du sang relatif aux bonnes pratiques de prélèvement pris en application de l'article L. 668-3 du code de la santé publique.

Puis, l'arrêté du 27 septembre 1993 a procédé à l'homologation du règlement de l'Agence française du sang relatif à la liste des produits sanguins labiles pris en application de l'article L. 666-8 du code de la santé publique.

Ces règlements contribueront à normaliser les pratiques transfusionnelles ; ils permettront aux établissements de transfusion

sanguine d'appliquer des règles uniformes sur le territoire national et constitueront une base de référence aux travaux de contrôle des inspecteurs de l'Agence mentionnés à l'article L. 667-9 du code de la santé publique.

Au cours de sa première année de fonctionnement, l'Agence a également mis en place des outils d'information afin de mieux connaître l'activité des établissements de transfusion sanguine grâce à une base de données financières.

Enfin, et dans la mesure où la réforme de la transfusion sanguine doit se faire dans l'intérêt du malade, l'Agence française du sang a mené une action permettant de mieux coordonner les activités transfusionnelles des établissements de transfusion et celles des établissements de soins ; les principes d'organisation du dispositif d'hémovigilance devraient être définis avant la fin de l'année 1993.

#### • Fonds d'orientation de la transfusion sanguine

La loi du 4 janvier 1993 a prévu la création d'un fonds d'orientation de la transfusion sanguine (article L. 667-11 du code de la santé publique), géré par l'Agence française du sang, qui "attribue à ce titre des subventions aux établissements pour l'application des schémas d'organisation de la transfusion sanguine (...), le développement et la coordination de l'activité de recherche ainsi que la formation de leurs personnels".

Les ressources de ce fonds sont principalement constituées par une contribution des établissements de transfusion calculée en pourcentage (entre 10 % et 15 %) du montant des cessions de produits labiles en France. Le projet de loi n° 14 rectifié relatif à la santé publique et à la protection sociale, adopté par le Sénat en première lecture le mardi 26 octobre 1993, propose de réduire le montant de cette contribution. Cette proposition prend en considération les difficultés financières rencontrées par certains centres de transfusion sanguine soumis à des contraintes liées à des prix croissants dans un contexte de crise des débouchés et de prix administrés stables.

Malgré la qualité des premiers travaux de l'Agence française du sang, il est important de noter que la mise en oeuvre de la réforme de la transfusion sanguine décidée par la loi du 4 janvier 1993 a subi de nombreux retards. Ainsi, l'installation du comité scientifique et du comité d'orientation de l'Agence française du sang, près d'un an après le vote de la loi, est seulement en cours. De même, la création du laboratoire français du fractionnement et des biotechnologies, prévue par l'article L. 670-2 du code de la santé publique afin, notamment, de préparer les produits labiles dérivés du sang, et qui a fait l'objet du décret n° 93-372 du 18 mars 1993 qui précisait que la convention constitutive de ce groupement d'intérêt

public prendrait effet dès la publication au Journal Officiel de l'arrêté d'approbation des ministres de la santé et du budget n'est pas encore effective, la convention institutive ayant été conclue le 1er août 1993.

## **2. Engager la lutte contre les grands fléaux sur tous les fronts**

L'examen des crédits proposés par le projet de loi de finances au titre de la santé révèle la détermination du ministère à répondre à l'urgence sanitaire en accroissant les moyens de la lutte contre les grands fléaux qui constitue une de ses missions traditionnelles et qui fait l'objet d'un livre entier du code de la santé publique (Livre III).

Les objectifs de cette lutte sont principalement le sida, la toxicomanie et la tuberculose, la lutte contre l'alcoolisme voyant ses moyens simplement reconduits pour 1994.

Les politiques de lutte contre le sida, la toxicomanie et la tuberculose ont chacune fait l'objet d'un plan spécifique depuis l'entrée en fonction du nouveau Gouvernement afin de renouveler leurs objectifs et de renforcer les moyens qui leur sont alloués.

Dès le 28 avril 1993, le ministre délégué à la santé a présenté en conseil des ministres une communication sur le sida ; il a posé le principe de la réalisation d'un effort supplémentaire en faveur de la lutte contre cette maladie, qui a été transcrit dans le projet de loi de finances pour 1993.

Le 21 septembre 1993, le Premier ministre a annoncé au cours d'une conférence de presse la mise en oeuvre d'un programme de lutte contre la toxicomanie.

Enfin, le 26 octobre 1993, le Sénat a examiné en première lecture les dispositions du projet de loi relatif à la santé publique et à la protection sociale, ; dans un titre premier, celui-ci renouvelle le dispositif juridique régissant les actions de lutte contre la tuberculose et rénove ses instruments en fonction des caractéristiques nouvelles de la diffusion de la maladie.

*a) La lutte contre le sida : de la prévention à la prise en charge des malades*

● **Un malade européen sur quatre est français**

Une nouvelle définition du sida est entrée en vigueur en France depuis le début de l'année 1993 ; par rapport à celle qui existait depuis 1987, trois nouveaux signes cliniques ont été inclus dans la liste des manifestations révélatrices du sida : il s'agit de l'infection par la tuberculose pulmonaire, des pneumopathies bactériennes récurrentes et du cancer invasif du col.

A la différence de la révision de la définition du sida qui a été effectuée aux Etats-Unis, la révision française n'inclut pas l'addition du critère biologique représenté par un nombre de CD4 inférieur à 200 par millimètre cube.

Conformément aux dispositions du décret du 10 juin 1986 sur la déclaration obligatoire du sida, tout malade présentant un des signes, manifestations ou pathologies inclus dans cette liste doit faire l'objet d'une déclaration.

Au 31 mars 1993, le Bulletin épidémiologique hebdomadaire de la Direction générale de la santé (BEH du 10 mai 1993) indique que 24 226 cas de sida ont été déclarés depuis le début de l'épidémie. Si l'on redresse ce chiffre en prenant en considération l'existence d'une sous-déclaration, il apparaît que le nombre de malades atteints depuis le début de l'épidémie est compris entre 29 000 et 31 500.

Le nombre de nouveaux cas, ainsi redressé, était égal à 4 183 en 1990, à 5 062 en 1992 et à 2 753 au premier semestre de l'année 1993.

La progression du nombre de cas entre 1992 et 1991 représente un taux de 16 % ; ce taux s'établit cependant à 27 % pour les hétérosexuels, 14 % pour les toxicomanes, 11 % pour les homo-bisexuels et 7 % pour la population des hémophiles ou transfusés.

Il importe de souligner que le nombre de malades déclarés en France représente le quart du total des malades déclarés en Europe, et que 10 personnes meurent du sida chaque jour dans notre pays.

La répartition des cas de Sida par groupe de transmission est la suivante (source : BEH) :

en %	Cas déclarés au cours du premier semestre 1993	Cas cumulés depuis 1978
1. Homo-bisexuels	35,2	49,6
2. Toxicomanes	31	22,4
3. 1 et 2	0,4	1,6
4. Hémophiles	1,1	1,4
5. Hétérosexuels partenaires de sujets infectés ou à risques	16,5	11,9
6. Transfusés	2	5,1
7. Transmission materno-foetale	0	1,4
8. Inconnu	13,8 *	6,5
<b>TOTAL.</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

\* dont 8 cas de contamination professionnelle, 7 présumés et 1 prouvé

Le bilan d'activité des centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) révèle une diminution très nette du taux de séropositivité qui est imputable dans une large mesure à l'augmentation du nombre de consultants mais aussi à une stabilisation du nombre de séropositifs détectés.

Il existe actuellement 156 centres de dépistage anonyme et gratuit ; leur nombre a progressé de plus d'un tiers depuis 1988. Ils ont procédé à des tests de dépistage sur 106 412 personnes en 1992, soit 40 % de plus qu'en 1991. Le nombre de séropositifs détectés est stable (1 662 personnes en 1992, 1 632 en 1991).

#### Bilan d'activité des centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG)

	1988	1989	1990	1991	1992	1993
Nombre	115	119	121	126	130	156
Nombre de consultants testés	35 844	58 914	59 948	75 595	106 412	
Nombre de séropositifs	1 667	2 086	1 831	1 632	1 662	

Le taux de progression du sida au sein de la population française est inférieur à celui qui a été constaté par l'OMS pour l'ensemble du monde (16 % contre 20 %). Deux millions et demi de nouveaux cas ont été recensés dans le monde, portant ainsi le nombre de personnes atteintes à treize millions. Mais, si la situation française est moins dramatique que celle de pays tels que celle de la Thaïlande,

où le nombre de malades est neuf fois plus élevé en 1993 que trois ans auparavant, ou de la Côte d'Ivoire (10 % des adultes sont malades du sida à Abidjan), elle constitue néanmoins une situation d'urgence sanitaire qui appelle une réponse des pouvoirs publics.

**● Le plan de lutte contre le sida : une réponse rapide et ferme des pouvoirs publics à une situation d'urgence sanitaire**

Des crédits d'un montant de 40 millions de francs ont été débloqués par la loi de finances rectificative pour 1993 afin de donner aux pouvoirs publics les moyens nécessaires au financement d'un plan de lutte contre le sida annoncé le 28 avril 1993. Ce plan met l'accent sur le soutien apporté aux malades et à leur traitement, les crédits nouveaux affectés au réseau d'information de prévention et le dépistage de proximité n'augmentant que de 2,5 millions de francs tout en progressant de 25 % par rapport aux crédits votés en loi de finances initiale.

Les lieux d'aide aux toxicomanes bénéficient de 3 millions de francs supplémentaires ; ils permettront de financer quatre nouveaux programmes qui s'ajouteront aux six programmes mobiles qui existent actuellement (il s'agit d'actions d'information et de sensibilisation des toxicomanes menées en allant vers eux grâce à l'utilisation de bus spéciaux). Des crédits d'un montant de deux millions de francs ont également été ouverts par la loi de finances rectificative pour permettre le financement d'une évaluation scientifique de l'efficacité du traitement par la méthadone.

Mais l'essentiel des crédits ouverts (33,5 millions de francs sur 40) est destiné à financer la prise en charge des malades, priorité qui révèle la prise de conscience par le Gouvernement de la situation actuelle du sida en France (progression soutenue du nombre de malades, mais stabilisation de celui des séropositifs détectés).

Cinq actions sont programmées.

L'aide au maintien à domicile a reçu un financement complémentaire de 13 millions de francs, soit une augmentation de 120 % par rapport au montant des crédits ouverts en loi de finances initiale. L'objectif du Gouvernement est le doublement du nombre de malades pouvant être pris en charge à domicile (400 personnes au lieu de 200 actuellement), grâce à des prestations financées par l'Etat, les caisses primaires d'assurance maladie et les conseils généraux. Il s'agit d'éviter certaines hospitalisations qui ne sont pas motivées par un réel besoin de soins médicaux mais plutôt par une impossibilité du malade de se prendre en charge à domicile.

Cette action répond à une demande des malades qui préfèrent être soignés chez eux plutôt qu'à l'hôpital ; elle est principalement mise en oeuvre par des associations telles que Aides ou Vaincre le Sida. La Fondation Marie-Josée Chérioux, récemment créée par notre collègue Jean Chérioux, mène également une action importante et courageuse en ce sens.

Il faut souligner qu'à l'heure actuelle, seuls 16 % des malades du sida meurent à leur domicile.

Le plan gouvernemental a également pour objectif d'augmenter de 80 % le nombre de places disponibles en appartement thérapeutique en portant leur nombre de 54 à 80 ; 7 millions de francs ont été ouverts à cette fin.

Le soutien apporté aux malades comporte un volet psychologique et social ; des associations telles que Solensi assurent ainsi des permanences afin de conseiller et aider les personnes victimes du sida. Le Gouvernement a souhaité ouvrir de nouveaux crédits à hauteur de 4 millions de francs afin de multiplier ces initiatives.

Enfin, deux actions en direction des médecins et des personnels médicaux et sociaux sont programmées dans le plan gouvernemental ; il s'agit, d'une part, du renforcement des réseaux ville-hôpital et, d'autre part, de l'amélioration de la formation des personnels sanitaires et sociaux.

Les réseaux ville-hôpital, décrits dans une circulaire du 4 juin 1991, au nombre d'une quarantaine, rassemblent environ 800 médecins généralistes et prennent en charge 10 000 malades. Ces réseaux, qui comportent également des assistantes sociales, contribuent à assurer la coordination des soins ambulatoires et hospitaliers en prenant en considération la spécificité du traitement des malades atteints du sida.

Afin de permettre l'indemisation des généralistes participant à ces réseaux, 5 millions de francs ont été ouverts par le collectif budgétaire ; ils correspondent à une augmentation de 83 % des moyens affectés à ces structures.

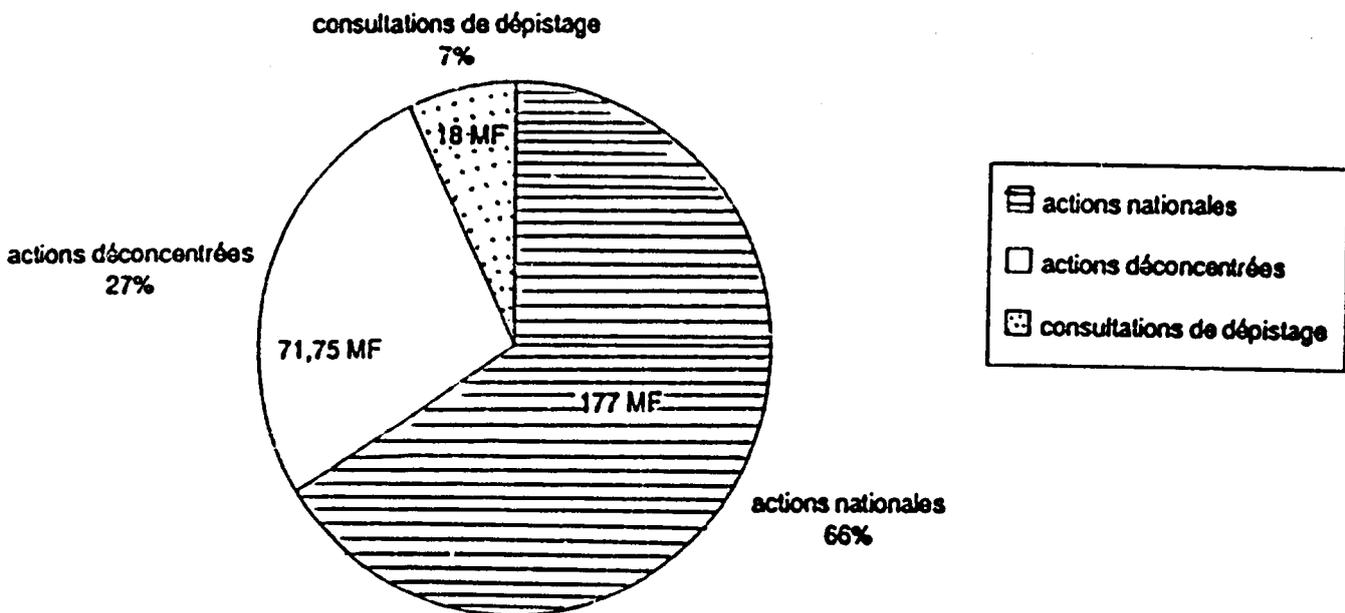
Enfin, le plan gouvernemental de lutte contre le sida prévoit la formation de 800 personnes supplémentaires chaque année ; celle-ci est rendue possible par l'ouverture de nouveaux crédits à hauteur de 3,5 millions de francs.

● Une orientation confirmée par le projet de loi de finances pour 1994

La loi de finances pour 1994 prévoit l'ouverture de 267 millions de francs au titre de la lutte contre le sida, qui mobilisera ainsi plus de 10 % des moyens du ministère.

Tandis que le financement des actions de lutte contre le sida étaient jusqu'à cete année dispersé dans plusieurs chapitres budgétaires (4713 et 4714), le projet de loi de finances pour 1994 procède à la création d'un chapitre 4718 nouveau intitulé "Programmes et dispositifs de lutte contre le sida". Celui-ci comprendra trois articles respectivement consacrés aux actions nationales, aux actions déconcentrées et aux consultations de dépistage et dotées de 177, 72 et 18 millions de francs.

**P.L.F. 1994 - LUTTE CONTRE LE SIDA : 267 MF**



L'évolution des crédits est la suivante :

**1. Loi de finances initiale pour 1993**

● **Chapitre 4713 - Programmes de protection et de prévention sanitaire**

\* **Article 10 - Protection sanitaire et contrôle sanitaire de l'environnement**

- **Paragraphe 61 - Lutte contre le sida (actions nationales)** **15 MF**

- **Paragraphe 62 - Lutte contre le sida (actions déconcentrées)** **37 MF**

\* **Article 50 - AFLS** **151 MF**

● **Chapitre 4714 - Actions et services obligatoires de santé**

\* **Article 70 - Lutte contre le Sida** **9 MF**

**TOTAL ..... 212 MF**

**2. Loi de finances rectificative pour 1993 (plan de lutte contre le sida)**

● **Chapitre 4713 - Programmes de protection et de prévention sanitaire** **+ 35 MF**

● **Chapitre 4714 - Actions et services obligatoires de santé** **+ 5 MF**

**TOTAL ..... 40 MF**

**Total des crédits disponibles en 1993 : 252 MF**

**3. Loi de finances pour 1994**

● **Chapitre 4718 - Programmes et dispositif de lutte contre le sida**

\* **article 10 : actions nationales** **177 MF**

\* **article 20 : actions déconcentrées** **72 MF**

\* **article 30 : dépistage** **18 MF**

**TOTAL ..... 267 MF**

Les crédits proposés pour 1994 représentant 267 millions de francs, les actions de lutte contre le sida disposeront en 1994 de moyens en progression de 25 % par rapport aux crédits ouverts en loi de finances initiale, les crédits débloqués en cours d'année par la loi de finances rectificative pour 1993 les ayant accrus de 20 %.

Il est utile de rappeler que le coût de l'épidémie du sida en France est supérieur à 5 milliards de francs, qui se décomposent comme suit : (source : Programme de lutte contre le sida : plan triennal de prévention 1993-1995):

<b>COÛT DU SIDA EN FRANCE EN 1993</b> <i>(en millions de francs)</i>		
● Soins		
- hospitaliers .....	3770	
- médecine de ville .....	300	
● Prise en charge extrahospitalière des malades .....		41
● Action spécifique toxicomanie-sida .....		4
● Etudes épidémiologiques .....		5
● Dépistage		
- Sécurité sociale .....	350	
- Etat .....	9	
● Prévention		
- AFLS et Sida info service .....	152	
- CNAM .....	15	
● Recherche .....		500
<b>TOTAL .....</b>	<b>5 146</b>	

#### ● La politique de prévention

La politique nationale de prévention du sida menée au niveau de l'Etat repose sur la Direction générale de la santé (DGS) et l'Agence française de lutte contre le sida (AFLS).

En 1993, le budget de prévention de la DGS s'est élevé à 4,1 millions de francs ; il sera porté à 18,8 millions de francs en 1994.

Ces crédits seront notamment utilisés pour mettre en oeuvre les programmes d'échange de seringues et au financement de l'activité d'animateurs au sein de groupes de prévention en direction des toxicomanes.

Les crédits ouverts au titre de l'AFLS par la loi de finances pour 1993 s'élevaient à 151 millions de francs ; deux versements d'un montant unitaire égal à 67,227 millions de francs lui ont été versés le 26 mars 1993 et le 19 juillet 1997. En outre, des versements complémentaires d'un montant total de 970 000 francs lui ont été versés, en vertu de conventions conclues avec elle, pour financer des opérations ponctuelles telles que l'opération de prévention "café branché", l'organisation de la journée mondiale du sida, la confection d'une brochure relative à la tuberculose et la préparation d'un document d'information générale sur le sida.

Ces opérations ponctuelles ne révélant pas un caractère imprévisible, il est permis de s'interroger sur le fait qu'elles n'aient pas été intégrées dans le budget initial de l'institution.

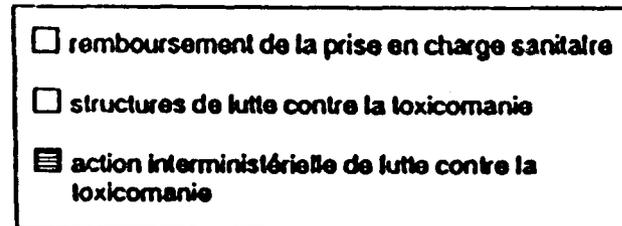
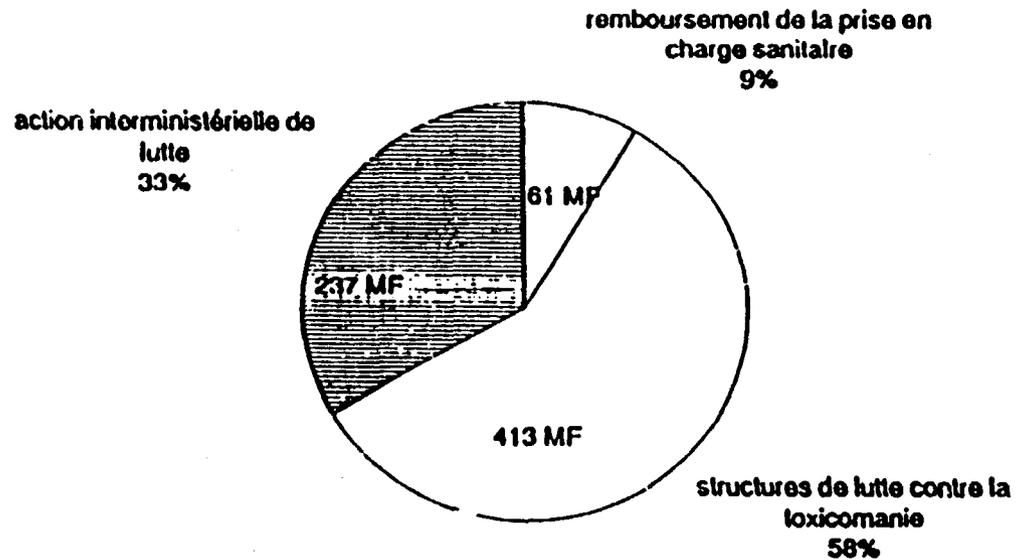
#### *b) La lutte contre la toxicomanie*

La loi de finances pour 1993 avait ouvert, au titre de la lutte contre la toxicomanie, des crédits d'un montant de 708 millions de francs, répartis entre les chapitres 4715 "Lutte contre la toxicomanie" et 4716 "Action interministérielle de lutte contre la toxicomanie", correspondant aux crédits d'intervention de la délégation générale à la lutte contre la drogue et la toxicomanie. Pour l'année 1994, ces crédits s'élèvent à 721 millions de francs, soit une progression de 5 %.

En termes de crédits réellement disponibles, l'augmentation des moyens de la lutte contre la toxicomanie est beaucoup plus importante car les chapitres 4715 et 4716 ont fait l'objet en cours d'année d'annulations de crédits d'un montant total de 42 millions de francs. La lutte contre la toxicomanie disposera donc en 1994 de 55 millions de francs supplémentaires.

Une réforme de la nomenclature budgétaire introduite cette année modifie le libellé du chapitre 4715 afin de l'harmoniser avec ceux des chapitres relatifs à la lutte contre le sida et à la lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme. A l'intérieur de ce chapitre, de nouveaux articles sont créés afin de mieux évaluer l'impact des mesures correspondantes (actions nationales ou déconcentrées).

**P.L.F. 1994 - LUTTE CONTRE LA TOXICOMANIE : 711 MF**



L'augmentation des moyens de la lutte contre la toxicomanie correspond au début de la mise en oeuvre d'un programme annoncé à la suite du comité interministériel du 21 septembre 1993 et qui se traduira notamment par l'engagement de 85 millions de francs supplémentaires pour 1994 (15 millions de francs seront dégagés par redéploiement, et 70 millions de francs seront ouverts dans le collectif pour 1993). Ce programme n'apporte pas de réponse à la question d'une éventuelle dépenalisation de la drogue au sujet de laquelle devrait s'intéresser une commission de réflexion dont la composition reflète la prise en considération des aspects juridiques et médicaux de ce sujet délicat. Elle devrait remettre son rapport à la fin de cette année.

Mais ce plan prend la mesure de l'ampleur de la menace pour notre société que constitue la toxicomanie, qui concerne entre 150 000 et 300 000 personnes, dont 60 % consomment de l'héroïne ou autres opiacés, et entre le quart et le tiers sont infectés par le virus du sida. De fait, la lutte contre la toxicomanie est de plus en plus perméable aux objectifs de la lutte contre le sida ; l'augmentation des moyens accordés en vue de traitements par la méthadone a ainsi été annoncée à la fois dans le plan de lutte contre le sida et dans le programme de lutte contre la toxicomanie.

Sur les 85 millions de francs prévus par le plan, 50 millions de francs seront consacrés au doublement du nombre de places de post-cure, qui devra passer de 620 en mars 1993 à 1200 à la fin de 1994.

Une journée nationale d'information sera organisée en 1994 au titre de la prévention qui bénéficiera de 145 millions de francs supplémentaires. Le suivi de personnes inculpées dans le cadre de l'injonction thérapeutique disposera de 8 millions de francs et le nombre de places de traitement sous méthadone devrait atteindre le millier à la fin de l'année 1994.

Le programme gouvernemental a pris en considération le caractère international du trafic de drogue ; il prévoit la ratification de la convention de l'Europe relative au blanchiment des produits du crime et subordonne l'entrée en vigueur de la convention d'application des accords de Schengen à une amélioration de la coopération entre les Etats parties à l'accord.

Il comporte également un volet régressif annonçant une proposition de création d'un délit correspondant à la situation d'un trafiquant habituellement "en relation avec des toxicomanes ou d'autres revendeurs qui ne peut justifier son train de vie". En outre,

les associations de parents de toxicomanes pourront se constituer partie civile dans les procès de trafiquants.

## B. DES MOYENS RENFORCES

Le projet de loi de finances pour 1994 consacre le renforcement de l'administration sanitaire et sociale souhaité par Mme Simone Veil depuis sa nomination comme ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville ; celui-ci se traduit par la mise en oeuvre d'une réorganisation de la Direction générale de la santé et l'augmentation des moyens mis à la disposition des services de l'Etat.

### 1. La réorganisation de la Direction générale de la santé

Dans son rapport annuel 1991-1992, l'Inspection générale des affaires sociales brossait un portrait alarmant de la Direction générale de la santé : "La DGS a bien un squelette -son organigramme-, mais elle n'a ni le centre nerveux -une capacité d'expertise digne de ce nom-, ni les muscles -des relais déconcentrés- indispensables pour assurer convenablement et de façon permanente les missions qui lui sont assignées".

La Direction générale de la santé a été créée par le décret du 31 juillet 1956 qui a opéré la fusion des directions de l'hygiène publique et des hôpitaux et de l'hygiène sociale. Le service des établissements a été détaché de cette direction en 1966 pour créer avec la direction de l'équipement sanitaire et sociale une Direction des hôpitaux.

Après l'intermède des années 1980 et 1981 qui ont vu la fusion de la DGS et de la Direction des hôpitaux au sein d'une Direction générale des hôpitaux et de la santé, les deux directions redeviennent autonomes.

L'affaire dite du sang contaminé qui a notamment abouti à la condamnation d'un ancien directeur de la DGS a particulièrement mis en lumière les faiblesses de cette administration insuffisamment dotée en personnels et moyens matériels et dont le niveau d'expertise technique a fait l'objet de critiques acérées. La création des agences du sang et du médicament, pourvues d'un statut d'établissement public, a également constitué une illustration de la

**crise de légitimité de l'administration sanitaire sur le plan technique.**

**Des arrêtés du 22 décembre 1992 et du 26 mars 1993 ont procédé à une réorganisation de la DGS ; celle-ci privilégie cinq fonctions : prospective et évaluation, prévention, sécurité sanitaire, qualité des soins et qualifications professionnelles.**

**Outre la division Sida (dont une unité a rejoint à l'hôpital de Saint Maurice le réseau national de santé publique), la DGS comporte désormais cinq sous-directions :**

- sous-direction de la santé des populations,**
- sous-direction du système de santé et de la qualité des soins,**
- sous-direction de la veille sanitaire,**
- sous-direction des professions de santé,**
- sous-direction de la pharmacie.**

**La nouvelle organisation d'une sous-direction de la pharmacie fait suite à la création de l'Agence du médicament par la loi n° 93-5 du 4 janvier 1993.**

**Cette sous-direction reprend des attributions de l'ancienne Direction de la pharmacie et du médicament qui n'ont pas été transférées à l'Agence, à savoir essentiellement les relations avec l'Ordre des pharmaciens, la formation des pharmaciens et des visiteurs médicaux, la pharmacie hospitalière, la distribution en gros et l'élaboration des textes juridiques.**

**La réforme de la DGS a été entreprise en fonction des résultats d'un travail d'évaluation mené depuis septembre 1988 sur le projet PIST (projet d'innovation sociotechnique).**

**Elle a notamment pour objectif d'opérer un découplage entre les différents services, en confiant à certains bureaux dits "de premier rang" qui appartiennent à des sous-directions différentes, des missions transversales exercées pour l'ensemble de la DGS.**

## **2. L'accroissement des crédits alloués à l'administration sanitaire**

**Le projet de loi de finances pour 1994 procède au renforcement des moyens en personnels mis à la disposition des services déconcentrés, le nombre des créations d'emplois étant supérieur à celui des suppressions d'emplois.**

**Les suppressions d'emplois prévues par le projet vont dans le sens du renforcement de la technicité de l'administration. Ainsi, sur un total de 992 suppressions dans les services déconcentrés, on relève 51 postes d'huissiers et agents de service. En revanche, sont créés (solde créations moins suppressions) 85 emplois de techniciens chefs de service et 57 emplois d'agents des services techniques. De même, le solde des emplois de secrétaires administratifs est très nettement positif puisque 193 emplois nouveaux sont créés.**

**Au total, les services déconcentrés du ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville comprendront en 1994, 11 562 emplois contre 11 286 en 1993, soit 276 emplois nouveaux.**

**Le projet de loi de finances accorde également des moyens matériels nouveaux aux services de tutelle hospitalière ; les crédits du chapitre 37-14 ("Moyens et actions de la tutelle hospitalière") qui progressent de 20 millions de francs en 1993 (crédits ouverts en loi de finances initiale) à 25 millions de francs pour 1994, soit une augmentation de 25 %. En termes réels, la progression est encore plus significative, les arrêtés d'annulation du 3 février 1993 et du 10 mai 1993 ayant respectivement réduit les crédits votés en loi de finances initiale de 825 000 francs et de 2 170 000 francs. Par rapport aux crédits réellement disponibles en 1993, les crédits prévus par le projet de loi de finances augmentent ainsi de près de 30 %.**

**La mission des services déconcentrés de l'Etat en matière de planification hospitalière a été sensiblement rénovée par la loi n° 81-438 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière ; elle sera également renforcée dans l'hypothèse de l'adoption par le Parlement des dispositions du projet de loi n° 14 rectifié relatif à la santé publique et à la protection sociale qui définissent de nouveaux instruments de restructuration hospitalière mis à la disposition de l'administration sanitaire.**

**A cet égard, il importe de rappeler l'importance pour le bon fonctionnement de notre appareil sanitaire de la rénovation des méthodes de l'administration déconcentrée de l'Etat qui devront, plus encore que par le passé, mettre l'accent sur l'utilisation d'outils performants de contrôle de gestion des établissements de santé et, en matière de restructurations hospitalières, éviter une utilisation irréfléchie de critères d'appréciation de l'activité des établissements qui pourraient être trop technocratiques.**

**Il importe de signaler qu'une réflexion est actuellement menée sur l'organisation des services déconcentrés de l'Etat.**

A l'heure actuelle, ceux-ci sont répartis en deux niveaux : les Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) et les Directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS). Ces deux niveaux d'administration ne correspondent pas à proprement parler des éléments d'une pyramide administrative hiérarchisée dans la mesure où leur séparation répond plutôt à une volonté de différenciation fonctionnelle.

Les DDASS sont plus particulièrement chargées de la tutelle des établissements de santé, de la protection sanitaire de l'environnement et du contrôle des règles d'hygiène, les DRASS devant assumer des missions de planification sanitaire et de contrôle de gestion des établissements.

Dans trois régions françaises (Auvergne, Haute-Normandie, Midi-Pyrénées) ont été créées, à titre expérimental par un décret du 26 septembre 1991, des Directions interdépartementales de la santé et de la solidarité (DRISS) qui rassemblent dans une même région les DDASS et les DRASS. Cette expérimentation devait prendre fin au 30 juin 1993 ; le Gouvernement a décidé d'en reporter le terme au 31 décembre 1993 et de mettre en place un groupe interministériel (ministères des affaires sociales, de la santé et de la ville, de l'intérieur, de la fonction publique et du budget) afin de proposer les conditions de la généralisation sur l'ensemble du territoire de ce type d'organisation administrative déconcentrée. L'orientation des politiques déconcentrées de l'Etat dans les DRISS est déterminée par le collège des directeurs départementaux et régional, le directeur régional disposant d'un pouvoir d'arbitrage en cas de divergences.

Les DRISS ont fait l'objet d'une évaluation par l'inspection générale des affaires sociales, qui a notamment souligné leur impact positif sur la mise en oeuvre de la réforme hospitalière.

## **C. UNE REAPPROPRIATION DE CREDITS ET DE COMPETENCES**

**Le renforcement de l'administration sanitaire souhaité par le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville, ne se limite pas à la réorganisation de ses structures ou au renforcement de ses moyens ; il va parfois jusqu'à une intégration de structures jusque-là indépendantes du ministère ou une tentative de réappropriation de compétences qui lui échappent désormais.**

**Deux institutions, à des titres divers, font l'objet de telles entreprises : la Délégation générale de lutte contre la drogue et la toxicomanie et l'Agence du médicament.**

### **1. La Délégation générale à la lutte contre la drogue et la toxicomanie (DGLDT) est désormais placée sous l'autorité du ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville**

**La Délégation générale à la lutte contre la drogue et la toxicomanie a été créée en décembre 1989 afin de contribuer par ses financements et ses actions aux interventions des différents ministères en matière de lutte contre la drogue et la toxicomanie, c'est-à-dire aussi bien dans le domaine de la prévention et du traitement des toxicomanes que celui de la répression du trafic de drogues.**

**Placé sous l'autorité du Premier ministre jusqu'en 1993, cet organisme a réparti les moyens qui lui étaient conférés au financement de projets émanant de ministères aussi divers que ceux de la justice, de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports, de l'intérieur, du budget (direction des douanes) ou de la défense, mais aussi des affaires étrangères ou de la coopération et bien sûr de la ville.**

**En matière de prévention, la DGLDT a conduit trois actions principales.**

**Une campagne nationale de sensibilisation, fondée sur une charte rassemblant l'Etat, les collectivités locales et des mouvements nationaux, a permis la réalisation de 1 200 projets et a mobilisé 500 000 personnes afin d'intégrer la prévention de la toxicomanie dans les préoccupations de nombreux acteurs sociaux.**

Elle a contribué à la création de près de 1 000 "comités d'environnement social" (CES) dans des établissements scolaires afin de favoriser la mobilisation de toutes les personnes susceptibles d'avoir une influence sur la prévention des conduites à risque.

Un service d'accueil téléphonique destiné aux toxicomanes et à leur entourage a été créé au mois de décembre 1990. Intitulé "Drogues Info Service", il a reçu en deux ans près de 300 000 appels téléphoniques.

En outre, la DGLDT a financé deux campagnes de communication télévisée et radiodiffusée, afin de présenter des messages mobilisateurs contre la drogue.

Si l'on considère le volet "traitement des toxicomanes" de l'action de la DGLDT, il apparaît que l'objectif que s'était fixé cet organisme en 1990 et qui consistait en un doublement de la capacité d'accueil du dispositif sanitaire spécialisé en toxicomanie n'a pas été atteint. La DGLDT a cependant apporté au ministère une somme de 207 millions de francs en trois ans.

La DGLDT a également accordé un appui financier à des initiatives tendant à renforcer la répression du trafic des stupéfiants ; la police, les services des douanes et la gendarmerie ont ainsi bénéficié de l'octroi de crédits d'un montant de 107 millions de francs en trois ans, destinés à moderniser leurs moyens matériels (appareils de détection, véhicules, matériels informatiques ou de transmission).

La DGLDT ne néglige pas l'objectif de réinsertion des personnes interpellées (33 510 en 1989, 54 468 en 1992) ; de nombreuses associations de contrôle judiciaire ou préparant les détenus à la sortie de prison reçoivent ainsi un soutien financier de cet organisme.

Enfin, la Délégation générale à la lutte contre la drogue et la toxicomanie mène une action internationale qui s'exprime notamment par la direction de la délégation française au sein d'organismes internationaux (tels que le comité européen de lutte antidrogue) ou un rôle de coordination des travaux de cette délégation (c'est le cas notamment au sein du Groupe d'action sur les produits chimiques (GAPC)).

A partir de 1994, la DGLDT participera à la mise en oeuvre du plan gouvernemental de lutte contre la toxicomanie.

Jusqu'en 1993, les crédits ouverts au titre de la DGLDT provenaient à la fois du budget des services du Premier

ministre (chapitres 31-02 et 31-90 pour les indemnités et rémunérations) et de celui des affaires sociales (chapitre 47-16).

Depuis la nomination du nouveau Gouvernement, la DGLDT est placée sous l'autorité du ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville.

Au sein du chapitre 31-41 ("Rémunérations principales") a donc été créé un article 5 intitulé "Délégation générale à la lutte contre la drogue et la toxicomanie" qui intègre les personnels de cet organisme dans ceux qui sont placés sous la responsabilité du ministère des affaires sociales. Un article similaire a été institué au sein du chapitre 31-42 ("indemnités diverses").

Si l'on additionne les crédits de fonctionnement votés pour 1993 au sein du budget des services du Premier ministre et si on les compare avec ceux inscrits cette année au projet de budget des affaires sociales, une différence d'environ 440 00 francs apparaît. Celle-ci correspond à la suppression d'un emploi de délégué général adjoint.

Les crédits d'intervention de la DGLDT, traditionnellement inscrits au chapitre 47-16 du budget des affaires sociales et de la santé, régressent de près de dix millions de francs, soit une diminution de 4 %.

Cependant, ainsi que nous l'avons signalé plus haut, il faut tenir compte des annulations de crédits intervenues en 1993 et qui avaient réduit le montant initial des crédits d'intervention de la DGLDT de plus de 37 millions de francs ; en termes réels, les crédits inscrits au chapitre 47-16 progressent donc de 13 % environ.

## **2. Le ministère des Affaires sociales souhaiterait disposer d'un pouvoir hiérarchique sur les décisions du directeur de l'Agence du médicament**

L'Agence du Médicament a été créée à la suite de l'adoption par le Parlement d'un amendement sénatorial par la loi n° 93-5 du 4 janvier 1993 "afin de garantir l'indépendance, la compétence scientifique et l'efficacité administrative des études et des contrôles relatifs à la fabrication, aux essais, aux propriétés thérapeutiques et à l'usage des médicaments en vue d'assurer, au meilleur coût, la santé et la sécurité de la population et de contribuer au développement des activités industrielles et de recherches pharmaceutiques" (article L. 567-1 du code de la santé publique).

Depuis la création de l'Agence, les deux gouvernements qui se sont succédé en 1993 ont tenté de remettre en cause la spécificité et l'indépendance de cette institution dont le bon fonctionnement constitue pourtant un gage de crédibilité de notre pays sur le plan international.

Ne faut-il pas rappeler, à cet égard, que le siège de l'Agence européenne du médicament vient d'être attribué par la Communauté économique européenne à la ville de Londres et que la réforme de l'administration du médicament dans le sens d'une plus grande conformité au système proposé au niveau européen n'est peut-être pas étranger au choix de cette ville ? Alors que le nom du président de l'Agence européenne n'est pas encore connu et considérant qu'une présidence française n'est pas exclue, il serait souhaitable que la crédibilité scientifique et l'indépendance de l'Agence française du médicament ne soit pas remises en cause.

Les deux institutions seront en effet très complémentaires dans le cadre de l'Europe du médicament qui voit coexister une procédure centralisée de délivrance des autorisations de mise sur le marché, obligatoire pour les médicaments dont la conception fait intervenir les biotechnologies, et une procédure décentralisée au niveau des Etats-membres fondée sur le principe de reconnaissance mutuelle des autorisations délivrées.

L'année 1993 a vu deux tentatives de remise en cause de la volonté du législateur ; la première, illégale, a échoué, tandis que la seconde fait actuellement l'objet d'un débat au Parlement.

Une première fois, le Gouvernement a tenté de remettre en cause le fondement exclusivement scientifique des décisions de l'Agence en instituant un dangereux "mélange des genres" entre autorisation de mise sur le marché et politique des prix.

L'article 2 du décret n° 93-295 du 8 mars 1993 relatif à l'Agence du médicament a en effet précisé que le dossier de demande d'autorisation sur le marché devrait, le cas échéant, comporter l'indication de l'intention du demandeur de solliciter l'inscription du médicament sur la liste des médicaments remboursables. Cette disposition, contraire à l'esprit et à la lettre de la volonté du législateur a suscité de nombreuses protestations, dont, en particulier, celle de M. Jean-Pierre Fourcade, président de la commission des Affaires sociales du Sénat.

Conformément aux engagements qu'il avait pris, le Gouvernement l'a abrogée dans le décret n° 93-982 du 5 août 1993 pris pour l'application de la loi n° 93-5 du 4 janvier 1993, relative à la

sécurité en matière de transfusion et de médicament et modifiant le Livre V du code de la santé publique.

Une deuxième tentative de remise en cause de l'indépendance de l'Agence du médicament fait actuellement l'objet d'une discussion devant le Parlement. Le Gouvernement souhaiterait en effet supprimer la disposition de l'article L. 567-4 du code de la santé publique selon laquelle les décisions prises par le directeur général de l'Agence ne sont susceptibles d'aucun recours hiérarchique. A l'occasion de la discussion en première lecture du projet de loi n° 14 rectifié relatif à la santé publique et à la protection sociale, au sein duquel un article propose de modifier la rédaction de l'article L. 567-4, de nombreuses protestations se sont élevées au sein de la Haute Assemblée à l'encontre de cette tentative de remise en cause de l'indépendance scientifique de l'Agence du médicament.

Je ne reviendrai pas sur l'argumentation de la position de la commission des Affaires sociales du Sénat, fort bien développée dans le rapport n° 49 (1993-1994) de mon collègue Claude Huriet.

Faisant un pas dans la direction du gouvernement, elle a proposé l'institution d'un "droit d'alerte" en faveur du ministre ; cette proposition a été adoptée par le Sénat à l'unanimité.

Il appartient désormais à l'Assemblée nationale, qui examinera ce projet, en première lecture, les 29 et 30 novembre prochains, de confirmer la volonté du législateur qui s'est exprimée par le vote de la loi n° 93-5 du 4 janvier 1993.

#### • L'installation de l'Agence

La nomination du président du conseil d'administration et du directeur général de l'Agence du médicament a été réalisée par deux décrets en Conseil des ministres du 10 mars 1993, qui ont désigné MM. Jacques Dangormau et Didier-Roland Tabuteau pour occuper ces fonctions respectives.

L'installation de l'Agence du médicament a été précédée par une réforme des services de l'Etat, une fraction importante de l'ancienne Direction de la pharmacie et du médicament devant quitter les locaux du ministère pour s'établir à Saint-Denis.

Le Laboratoire national de la santé a également été intégré dans l'Agence du médicament.

Le transfert de ces services, et notamment celui des services de l'enregistrement de la direction de l'évaluation du médicament a été l'occasion d'une révision des procédures de classement des dossiers qui a conduit la direction de l'Agence à

demander aux laboratoires pharmaceutiques de ne pas déposer de dossier de demande d'AMM du 17 mai au 15 juin et, plus curieusement, "de ne pas interrompre ou perturber les opérations engagées par des contacts et rendez-vous avec les agents de ces services".

L'installation de l'Agence du médicament n'est à ce jour pas encore complète, les laboratoires de la Direction des laboratoires et des contrôles n'ayant pas encore déménagé à Saint-Denis.

Cependant, les premiers mois de fonctionnement de l'Agence du médicament (mois de juin à novembre) donnent pour l'instant satisfaction ; les pouvoirs de l'Agence sur le contrôle des réactifs de laboratoires devraient cependant être renforcés.

#### ● Les ressources de l'Agence

L'Agence du médicament devant acquérir son indépendance financière au 1er juillet 1993, en vertu de l'article 7 du décret n° 93-295 du 8 mars 1993, son budget primitif pour 1993 a été fixé par un arrêté en date du 9 juillet 1993 ; le montant des prévisions des recettes et des dépenses s'élève à 43,1 millions de francs.

Les dépenses de fonctionnement pour 1993 s'élèvent à 37,1 millions de francs, tandis que des crédits d'un montant de 6 millions de francs ont été prévus au titre des dépenses d'investissement.

Les recettes inscrites au budget proviennent, pour 14,4 millions de francs de ressources propres et, à hauteur de 28,7 millions de francs, d'une subvention de l'Etat.

La loi de finances rectificative pour 1993 a procédé à l'ouverture de crédits d'un montant de 17 millions de francs inscrits sur un chapitre budgétaire 36-61 nouveau ("Agence du médicament"). Le Gouvernement avait initialement prévu que 9 millions de francs seulement seraient attribués à l'Agence ; au cours du débat devant le Sénat il a accepté d'ouvrir de nouveaux crédits à hauteur de 8 millions de francs.

Ces ouvertures de crédits sont -au moins- partiellement gagées par des annulations qui devraient intervenir en fin d'année sur des chapitres budgétaires qui rassemblaient des crédits destinées au fonctionnement de l'ex-DPHM et du LNS.

La répartition actuelle des financements de l'Agence entre la subvention de l'Etat et les ressources provenant de l'industrie pharmaceutique devrait évoluer en faveur de ces dernières. Les

ressources correspondant aux redevances pour services rendus devraient également s'accroître.

Enfin, si le projet de loi n° 14 rectifié était adopté par le Parlement, des subventions pourront être accordées à l'Agence par des collectivités locales.

Le volume des dépenses et des recettes inscrits au budget de l'Agence en 1994 devrait être en progression de 35 %.

Pour l'année 1994, les crédits ouverts au titre du chapitre 36-61 ("Agence du médicament") s'élèvent à 22,9 millions de francs.

En outre, des subventions d'équipement d'un montant de 1,4 million de francs sont prévus à l'article 20 du chapitre 56-10 ; ces crédits sont en régression de 30 % par rapport à ceux qui étaient prévus pour 1993.

Enfin, un nouvel article 30 intitulé "Agence du médicament" a été créé au sein du chapitre 66-50. Il devrait être doté de crédits à l'occasion d'un prochain projet de loi de finances rectificative.

### **III. LA POLITIQUE DE MAITRISE DE L'EVOLUTION DES DEPENSES DE SANTE EST A L'OEUVRE : UN APPEL A LA RESPONSABILISATION DE TOUS LES ACTEURS DU SYSTEME DE SANTE**

Dès son entrée en fonction, le nouveau Gouvernement a eu la courage d'engager de front un combat courageux pour la sauvegarde de la protection sociale dont l'avenir est menacé par l'ampleur des déficits cumulés que le précédent Gouvernement n'avait pu réduire et par l'évolution prévisible des comptes de la Sécurité sociale en l'absence de mesure de redressement. La commission Raynaud a en effet évalué à 100 milliards de francs le stock des déficits cumulés des régimes de protection sociale, les comptes prévisionnels pour 1994 faisant apparaître un nouveau déficit de près de 100 milliards de francs, toutes branches confondues, dont plus de 47 milliards de francs au titre de la seule branche maladie.

A la fin de l'année 1994 et à législation constante, le déficit cumulé du régime général aurait ainsi atteint 200 milliards de francs, les comptes de la Sécurité sociale faisant apparaître de surcroît une forte tendance à l'aggravation du montant du déficit de l'assurance maladie qui s'établirait en 1994 au même niveau que celui de l'assurance vieillesse.

La consommation médicale totale des Français en 1992 s'est en effet élevée à 612,4 milliards de francs, soit 10 764 francs, soit 8,8 % du produit intérieur brut et une progression de 6,5 % par rapport aux dépenses constatées en 1991.

Une enquête réalisée par l'INSEE (Economie et statistiques, n° 265) montre que la part de la consommation de soins et de biens médicaux dans la consommation finale des ménages pourrait s'élever de 12,2 % en 1992 à un taux compris entre 17 % et 19 % en l'an 2010.

Cette dérive, qui est dans une large mesure imputable à des facteurs structurels tels que le vieillissement de la population, n'en appelle pas moins des réformes immédiates destinées à sauvegarder notre système de protection sociale afin de maintenir un égal accès aux soins.

## **A. LE PLAN DE REDRESSEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE : UNE REPARTITION EQUITABLE DE L'EFFORT ENTRE LES ASSURES SOCIAUX ET LES PROFESSIONNELS DE SANTE**

Le 29 juin 1993, Mme Simone Veil, ministre d'Etat, ministre des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville, accompagnée par M. Philippe Douste-Blazy, ministre délégué à la Santé, ont annoncé un plan de redressement de l'assurance maladie destiné à réaliser des économies d'un montant de 32,2 milliards de francs sur les années 1993 et 1994.

A cette occasion, le ministre d'Etat a précisé que les mesures proposées ont été choisies de telle sorte que les principes essentiels qui régissent en France l'accès aux soins (égalité, libre choix, liberté de prescription) soient préservés.

Ces mesures font appel à la responsabilisation des assurés sociaux et des professionnels de santé, qui devront mener, chacun pour leur part, un effort équivalent. Elles ne peuvent à elles seules résumer l'action du Gouvernement en faveur du redressement des comptes de l'assurance maladie, la politique de restructuration hospitalière qu'il souhaite engager en se dotant de nouveaux instruments définis par le projet de loi n° 14 rectifié devant conduire, non seulement à l'adaptation de l'appareil sanitaire aux besoins de la population, mais aussi à une réduction des dépenses de l'assurance maladie.

### **1. L'effort demandé aux assurés sociaux**

Sur les 32,2 milliards de francs d'économies prévus par le plan de redressement de l'assurance maladie, 10,8 milliards de francs représenteront en quelque sorte la contribution des assurés sociaux auxquels est demandé un effort à la fois en matière de soins ambulatoires et hospitaliers.

La limitation des remboursements des dépenses d'hospitalisation pouvant plus facilement menacer l'égalité d'accès aux soins que celui des dépenses de soins ambulatoires, ce sont ces dernières qui seront la principale cible du volet "assurés sociaux" du plan de redressement ; sur un total de 10,8 milliards de francs à la charge des assurés, 9,9 milliards de francs d'économies sont ainsi attendus en matière de soins ambulatoires.

*a) Les soins ambulatoires*

Le plan de redressement de l'assurance maladie prévoit une diminution de cinq points du taux de remboursement par la Sécurité sociale des dépenses engagées par les assurés sociaux au titre des soins ambulatoires ; le taux de remboursement diminue ainsi de 75 % à 70 % pour les dépenses liées au versement d'honoraires médicaux, et de 70 % à 65 % pour les médicaments à vignette blanche. Cette diminution devrait à elle seule générer des économies d'un montant de 8,2 milliards de francs.

La hausse du ticket modérateur constitue une mesure à fort rendement financier ; de nombreux plans de réduction des déficits sociaux y ont donc eu recours : plan Barre-Beulac (1976), plan Barrot (1979), plan Dufoix (1985). Conçue comme une mesure de responsabilisation des assurés sociaux et fondée sur l'idée selon laquelle la gratuité des soins est un facteur d'augmentation de la dépense de santé, cette mesure contribuera au désengagement de la Sécurité sociale dans le financement de la dépense de santé.

Si l'on prend en considération le fait que 80 % des Français bénéficient d'une couverture complémentaire mutualiste, la hausse du ticket modérateur conduira à un déplacement de la ligne de partage entre la Sécurité sociale et les mutuelles en faveur de ces dernières, qui ont déjà procédé à un relèvement de cotisations d'un montant de 10 % à 15 %.

Un tel contrat eût suffi, il y a encore, quelques années, à conclure à l'inefficacité d'une hausse du ticket modérateur sur l'évolution de la dépense santé, une grande majorité des français continuant à bénéficier de la gratuité des soins grâce aux remboursements cumulés de la Sécurité sociale et des mutuelles.

Cependant, compte tenu du coût continuellement croissant de leur protection sociale (cotisations de sécurité sociale et aux mutuelles), il est probable que les Français prendront conscience de l'urgente nécessité collective de freiner l'évolution de leur demande de santé.

Cette nécessité est d'autant plus importante que de nouvelles déformations du partage de la charge de financement de la dépense de santé en faveur de la protection complémentaire seraient à moyen terme défavorables aux assurés, cette dernière pouvant donner lieu à une sélection des risques peu souhaitable en termes d'égal accès aux soins.

Afin de réaliser des économies complémentaires d'un montant de 1,7 milliard de francs, le Gouvernement a décidé la mise en place d'un ordonnancier bizonne pour les assurés pris en charge à 100 % en raison de leur affection, ou des trente maladies considérées comme nécessitant un traitement long et coûteux. Cet ordonnancier permet de ne rembourser à ce taux que les soins liés à une pathologie qui est liée à l'affection exonérante.

### *b) Les soins hospitaliers*

Le montant du forfait journalier à la charge des assurés est réévalué de 50 à 55 francs. Ce forfait journalier a été institué dans le cadre du plan Bérégovoy de maîtrise des dépenses de santé de 1982 ; il avait été très fortement augmenté par le plan Cresson-Bianco de 1991, passant ainsi de 30 à 50 francs par jour. Il faut souligner que sont exonérés du paiement du forfait journalier les bénéficiaires de prestations en espèces des assurances maternité ou accidents du travail, les enfants handicapés et les invalides de guerre.

## **2. L'effort demandé aux médecins**

Le plan de redressement de l'assurance maladie, qui demande aux assurés sociaux une participation à l'effort national d'un montant de 10,8 milliards de francs, exige des médecins un effort équivalent de 10,7 milliards de francs, ces économies devant résulter d'une maîtrise médicalisée des dépenses dont le dispositif est décrit dans la convention médicale que nous examinerons plus loin.

## **3. L'effort demandé aux établissements de santé**

Les établissements de santé, publics et privés, devront participer au redressement des comptes de l'assurance maladie à hauteur de 3,8 milliards de francs. La dépense de soins hospitaliers représente en effet près de la moitié de la dépense de santé des français ; cependant, il ne serait pas juste d'imposer au secteur public hospitalier un effort à hauteur de celui qui est demandé aux assurés sociaux ou aux médecins, l'évolution de la dotation globale hospitalière depuis de nombreuses années ayant contribué à réduire très fortement les marges de manoeuvre disponibles dans ce secteur.

Les échéances des mesures proposées sont à la fois de court terme et de moyen terme, seules les mesures à court terme faisant l'objet du chiffrage des économies attendues.

Les mesures de court terme comprennent la diminution d'un point du taux directeur d'évolution des dépenses hospitalières. Celui-ci, égal pour 1993 à 5,5 %, a finalement été réduit de plus d'un point et fixé à 3,35 % pour l'année 1994. D'autre part, les dépenses de transports sanitaires prescrites par l'établissement de santé seront intégrées dans la dotation globale. Enfin, une tarification des prothèses internes actuellement payées sur facture sera désormais opposable aux prestations de soins et servira de base au remboursement.

L'effort de maîtrise des dépenses de santé à la charge des établissements de santé privés à but lucratif sera déterminé à l'occasion de la négociation annuelle réunissant les représentants de la profession, l'Etat et les caisses.

A moyen terme, des économies supplémentaires seront dégagées en conséquence des restructurations hospitalières qui conduiront à la fermeture de lits excédentaires dans les établissements de santé publics et privés.

#### **4. L'effort demandé au secteur pharmaceutique**

La reconduction de la taxe sur les grossistes permettra de dégager 1,9 milliard supplémentaire. Des économies substantielles pourraient être réalisées si une véritable politique économique du médicament, longtemps promise, était enfin mise en oeuvre. Si l'on tient compte des économies résultant de mesures diverses (1,1 milliard de francs) et en extrapolant les économies attendues au titre de l'ensemble des mesures prévues par le plan de redressement de l'assurance maladie, l'effort de maîtrise de l'évolution des dépenses de santé conduira à la réalisation d'économies à hauteur de 32,2 milliards de francs.

## **B. LA MAITRISE NEGOCIEE DES DEPENSES DE SANTE, OCCASION D'ENGAGEMENTS RECIPROQUES DE L'ETAT, DES CAISSES ET DES PROFESSIONNELS**

La politique de maîtrise négociée des dépenses de santé mise en oeuvre profession par profession est à l'oeuvre ; elle est l'occasion pour les professionnels de prendre des engagements en terme d'évolution de dépenses de santé, mais aussi de recevoir des engagements de la part de l'Etat et des caisses en matière de revalorisations tarifaires et statutaires.

### **1. Les infirmières libérales : effort de maîtrise contre revalorisation des honoraires et limitation de l'accès à la profession**

La convention nationale des infirmières libérales a été conclue le 29 juillet 1992 à la suite de l'accord intervenu entre la Fédération nationale des infirmiers et les caisses. La loi n° 93-8 du 4 janvier 1993 relative aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie a apporté en son article premier les bases législatives nécessaires à son application, le dispositif de l'amendement gouvernemental proposant l'introduction de cet article ayant été rectifié à la demande de la commission des Affaires sociales et de la majorité sénatoriale, afin de garantir le caractère médicalisé de la maîtrise des dépenses de soins infirmiers et d'assouplir la mise en oeuvre du dispositif.

Cet article dispose qu'une annexe annuelle à la convention nationale fixe l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses en soins infirmiers à la charge des régimes de protection sociale, les tarifs des honoraires et, le cas échéant, les modalités d'adaptation géographique et temporelle de l'objectif de progression des dépenses.

La convention nationale déterminant "les mesures que les partenaires conventionnels jugent appropriées pour garantir la qualité des soins infirmiers dispensés aux assurés sociaux" (article L. 162-12-2 du code de la santé publique), l'article premier de la loi n° 93-8 prévoit qu'une partie des dépenses engagées par les régimes d'assurance maladie correspondant aux honoraires perçus au titre de soins infirmiers ne respectant pas les mesures sus-mentionnées pourra être mis à la charge des infirmiers. En contrepartie de ce dispositif de maîtrise des dépenses, la même loi prévoit la création

d'une allocation forfaitaire de repos maternel spécifique afin de compenser partiellement la diminution de l'activité des infirmières à l'occasion d'une maternité ; celle-ci est complétée par une indemnité de remplacement qui est servie à la même occasion.

Cet article dispose qu'une annexe annuelle à la convention nationale fixe l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses en soins infirmiers à la charge des régimes de protection sociale, les tarifs des honoraires et, le cas échéant, les modalités d'adaptation géographique et temporelle de l'objectif de progression des dépenses.

Le dispositif conventionnel prévoit également une limitation de l'accès à la profession, les infirmiers souhaitant exercer en libéral, devant au préalable avoir bénéficié d'une expérience de trois ans en hôpital. Cette mesure était souhaitée par la profession dont la démographie est explosive (augmentation d'un quart en cinq ans).

Enfin, la maîtrise médicalisée des dépenses liées aux soins infirmiers est prévue en liaison avec une revalorisation de la rémunération des actes infirmiers. L'indemnité forfaitaire de déplacement a été portée à 8 francs en 1992 ; l'acte médical infirmier a été également revalorisé de 8 %. En outre, l'arrêté du 25 mars 1993 a amélioré la cotation des actes inscrits à la nomenclature et a permis l'inscription de nouveaux actes au remboursement.

Le dispositif de maîtrise, qui repose sur les dispositions de l'article L. 162-12-2 du code de la santé publique précité, repose sur la fixation de seuils d'activité annuels (entre 18 000 et 22 000 actes médicaux infirmiers (AMI), actes infirmiers de surveillance (AIS)). Il ne s'agit pas, comme on pourrait le penser, d'une maîtrise comptable des dépenses, mais d'une maîtrise médicalisée fondée sur des niveaux quantitatifs d'activité au-delà desquels la qualité des soins ne peut plus être assurée. Au-delà, des sanctions peuvent être prononcées après examen du dossier par une commission paritaire départementale. Celle-ci prend connaissance des observations présentées par les infirmiers dont le niveau d'activité dépasse les seuils définis par la convention. Le cas échéant, la commission prend en considération les conditions particulières d'activités tenant notamment à la densité d'infirmières libérales dans la zone considérée.

L'application de la convention a révélé que la part des infirmières libérales dont le niveau d'activité est compris entre 18 000 et 22 000 AMI, qui avait été évaluée à 5 % à l'occasion des travaux préparatoires à la signature de la convention, est égale à 10 %. Les infirmières dépassant ces seuils sont principalement situées en Ile de France et dans la région Sud-est ; dans ces deux régions,

près d'un tiers des infirmières dépassent le seuil de 18 000 AMI. A cet égard, il importe de souligner que la nomenclature des actes infirmiers devrait être modifiée afin de permettre une prise en charge spécifique des soins de nursing aux personnes âgées.

**Le premier bilan de l'application de la convention est positif.**

En effet, tandis que le taux d'évolution des dépenses en soins infirmiers avait été fixé à 9,7 % pour 1992, le taux d'évolution réel a été de 6,8 %.

Pour 1993, l'avenant du 19 mars 1993 prévoit un taux d'évolution de 7,5 % ; celui-ci tient compte des efforts déjà réalisés par la profession et sera compatible avec les revalorisations d'honoraires dont elle bénéficie.

Parallèlement à cet effort de maîtrise des dépenses en soins infirmiers, M. Philippe Douste-Blazy a nommé Mme Brigitte Garbi, infirmière, comme chargée de mission auprès du directeur général de la santé. Placée à la tête d'un groupe de réflexion sur la mise en place d'une structure professionnelle nationale, sur les carrières et la formation, elle devra remettre ses conclusions au mois de janvier 1994.

## **2. Les biologistes : la profession bénéficiera des retombées de l'effort déjà accompli**

La convention nationale des directeurs de laboratoires d'analyses de biologie médicale, conclue par les organisations syndicales et les caisses, et approuvée par arrêté en date du 28 juillet 1992, a défini une procédure de régulation des dépenses sur la base des dispositions législatives résultant de la loi n° 91-738 du 31 juillet 1991.

Un objectif national d'évolution des dépenses d'analyse et de biologie est fixé annuellement par les partenaires conventionnels ; il sert de base à une maîtrise comptable des dépenses qui semble être la seule possible pour cette profession dont l'activité est prescrite par d'autres.

En cas de dépassement de l'objectif de progression des dépenses constaté dans une région, les laboratoires dont l'activité lui a été supérieure doivent reverser à l'assurance maladie une somme proportionnelle à la part du dépassement régional qu'ils représentent.

En cas d'évolution des dépenses de biologie et d'analyses inférieure à l'objectif annuel, le montant représentant la différence entre objectif prévisionnel et taux réel fait l'objet d'un reversement aux professionnels ; celui-ci peut notamment prendre la forme de mesures en faveur de la formation ou bien d'une revalorisation des actes.

Pour l'année 1992, alors que l'objectif national avait été fixé à 7 %, le taux d'évolution constaté a représenté 4,9 %. A ce jour, cependant, l'affectation de l'écart constaté n'a pas encore été formellement définie ; il devrait être utilisé pour financer des mesures affectant la nomenclature des actes.

Votre rapporteur regrette ce retard, les mesures en faveur des professionnels récompensant leur effort en vue d'une maîtrise devant être décidées aussi rapidement que le seraient des sanctions en cas de dépassement.

Il faut toutefois souligner que les partenaires conventionnels ont décidé en 1992 la création d'un fonds d'assurance formation qui a reçu une dotation de 16 millions de francs. Les biologistes participant à de telles formations percevront une indemnité compensatrice pour perte de ressources, dont le montant journalier a été fixé à 800 francs par an dans la limite d'un plafond de 4 000 francs annuels. Pour 1993, l'avenant à la convention tripartite du 28 décembre 1992 a fixé à 4,82 % l'objectif d'évolution des dépenses.

### **3. L'hospitalisation privée : une décélération de l'évolution des dépenses**

Sur la base de la même loi du 31 juillet 1991 a été mis en place un dispositif contractuel de maîtrise des dépenses de santé par référence à un objectif annuel national de progression autorisée. Pour l'année 1992, cet objectif a été fixé à 5,2 % ; il n'a pu être respecté en raison des retards intervenus dans la mise en oeuvre de la régulation au niveau régional mais il traduit néanmoins une décélération de l'évolution de dépenses par rapport aux tendances antérieures. Le taux constaté d'évolution des dépenses s'est en effet établi à 6,5 %. Une solution de compromis a été préférée à la baisse des tarifs qui aurait pu intervenir en conséquence de ce dépassement ; elle se concrétise par une moindre revalorisation des forfaits de salle d'opération, et par sa prise en considération dans la détermination de l'objectif de dépenses pour 1993, qui a été fixé à 5,92 % (arrêté du 28 janvier 1993). Ce taux moyen correspond, en pratique à des taux

spécifiques fixés pour chaque grande discipline, qui varient entre 3,89 % (psychiatrie) et 6,4 % (chirurgie) ou 6,72 % (gynéco-obstétrique).

La poursuite de l'application de l'accord de maîtrise a fait l'objet d'une menace de dénonciation au mois de mai 1993 par l'Union de l'hospitalisation privée à la suite de la "rumeur" selon laquelle le paiement du jour de sortie pourrait être suspendu, disposition qui aurait coûté environ 1,5 milliard de francs aux établissements de santé privée et aurait constitué une incitation à l'allongement des délais de séjour en clinique.

Il semble que les accords de maîtrise des dépenses de santé conclus avec les biologistes, les infirmières et les cliniques privées aient contribué à dégager pour l'assurance maladie des économies à hauteur de 1 milliard de francs par rapport à l'évolution des dépenses constatées au cours des années précédentes.

#### **4. La situation conventionnelle des autres professions de santé**

La situation des autres professions de santé se caractérise par une situation de vide conventionnel (à l'exception des orthoptistes, pour lesquels une convention nationale conclue pour une durée de quatre ans a été approuvée par un arrêté du 28 août 1988).

- *Les chirurgiens-dentistes : une convention non encore approuvée*

Une convention a été conclue au mois de janvier 1991 ; elle n'a pas donné lieu à approbation depuis cette date. Le Gouvernement souhaite en effet que "l'élaboration des dispositions conventionnelles soit l'occasion de faire progresser les conditions de prise en charge des soins dentaires, alors que la part des honoraires facturés, en sus des tarifs de remboursement n'a cessé d'augmenter : le taux de croissance annuel moyen sur la période 1980-1991 s'est établi à 15,4 % alors que les honoraires sans dépassement se sont accrus à un rythme inférieur (6,8 % par an en moyenne)" (réponse aux questions parlementaires de la commission des Affaires sociales du Sénat pour le budget 1994).

- *Les sages femmes et orthophonistes : un vide conventionnel*

La troisième convention nationale des sages femmes approuvée par l'arrêté du 12 janvier 1988 est arrivée à expiration le 28 avril 1992. Une nouvelle convention est actuellement en cours de négociation.

La situation est identique pour les orthophonistes, dont la convention approuvée par l'arrêté du 4 décembre 1987 est arrivée à échéance le 8 décembre 1992.

Pour ces deux professions, aucune revalorisation n'a été décidée depuis 1988.

• *Rejet d'un protocole d'accord par les syndicats de masseurs-kinésithérapeutes*

La convention des masseurs-kinésithérapeutes, approuvée par l'arrêté du 19 juillet 1988, est arrivée à échéance le 20 août 1992.

La profession s'est vu proposer un protocole prévoyant ces revalorisations tarifaires en échange de la mise en oeuvre d'une maîtrise médicalisée des dépenses fondée sur la définition d'un seuil d'activité. Ce protocole a été rejeté par les organisations syndicales représentatives.

Votre rapporteur souhaite vivement la conclusion d'un nouveau texte conventionnel prévoyant des revalorisations tarifaires dans des conditions compatibles avec la nécessité de maîtrise des dépenses de santé. Aucune revalorisation tarifaire n'est en effet intervenue depuis 1988.

**C. LA NOUVELLE CONVENTION MEDICALE : UN DISPOSITIF AMBITIEUX DE MAITRISE MEDICALISEE DES DEPENSES DE SANTE**

Dans la nuit du 29 au 30 septembre 1993, deux syndicats médicaux, la Confédération syndicale des médecins français (CSMF) et le Syndicat des médecins libéraux (SML) et deux caisses d'assurance maladie, la Caisse nationale d'assurance maladie et la Mutualité sociale agricole ont concilié un protocole d'accord préalable à la signature d'un texte conventionnel conclu le 21 octobre 1993 et qui doit être prochainement approuvé par le Gouvernement.

La nouvelle convention propose un dispositif de maîtrise des dépenses de santé ambitieux qui repose moins sur la définition d'un taux d'évolution des dépenses que sur celle de références médicales opposables aux médecins.

La réussite de ce dispositif repose sur le sens des responsabilités des médecins, auxquels il est ainsi fait appel.

**Mme Simone Veil, ministre d'Etat, ministre des Affaires sociales, de la santé et de la ville, a clairement annoncé qu'en cas d'échec, une maîtrise comptable des dépenses de santé serait mise en oeuvre.**

### **1. Un préalable : la loi n° 93-8 du 4 janvier 1993**

**Votée en ses termes grâce à la vigilance des parlementaires de l'ancienne opposition, qui ont su imposer au Gouvernement l'élaboration d'un texte final reposant sur l'idée d'une maîtrise médicalisée tandis que son projet initial prévoyait une maîtrise strictement comptable et autoritaire, la loi n° 93-8 du 4 janvier 1993 a défini les principaux instruments devant être précisés et mis en oeuvre par les partenaires conventionnels.**

**La loi actualise les dispositions du code de la santé publique relatives au contenu de la convention des médecins, en précisant qu'elle "détermine les mécanismes de maîtrise des dépenses médicales concernant, d'une part, la définition des références médicales opposables et, d'autre part, la mise en oeuvre de contrats locaux de maîtrise des dépenses dans chaque circonscription de caisse. La convention détermine également les modalités selon lesquelles les informations issues du codage des actes des praticiens seront transmises aux instances conventionnelles et aux unions de médecins.**

**La même loi dispose qu'une annexe annuelle à la convention fixera, compte tenu des caractéristiques de la population, du progrès technique et médical, des maladies nouvelles et des conjectures épidémiques ainsi que de la coordination des soins des objectifs prévisionnels l'évolution des dépenses des médecins généralistes et des médecins spécialistes. Cette annexe déterminera également les tarifs des honoraires et les références médicales nationales.**

**A la différence des objectifs d'évolution des dépenses fixés par les avenants aux conventions des biologistes ou des cliniques privés, les objectifs d'évolution des dépenses médicales des généralistes et des spécialistes ne sont pas directement opposables aux médecins ; ceux-ci devront cependant respecter des références médicales dont l'application garantira le respect de l'objectif, la maîtrise médicalisée des dépenses étant fondée sur l'idée selon laquelle une médecine de qualité, c'est-à-dire une médecine qui fonctionne selon des principes et des critères médicalement établis, est également une médecine peu onéreuse.**

## **2. Les principales dispositions du texte conventionnel**

### *a) Un objectif d'évolution des dépenses ambitieux*

Le plan de redressement de l'assurance maladie amorcé au mois de juin 1993 a prévu que la contribution des médecins au redressement des comptes de l'assurance maladie atteindrait 10,7 milliards de francs, c'est-à-dire une somme égale à celle qui est attendue des efforts des assurés sociaux.

Les partenaires conventionnels ont procédé dans une annexe III à la traduction de cette exigence, qui correspond à un taux d'évolution des dépenses de 3,03 %, ; ils ont décidé que, pour 1994, l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses médicales des généralistes et des spécialistes sera fixé à 3,4 %.

Ce taux est ambitieux ; en effet, les dépenses médicales ont progressé de 6,50 % au cours de l'année dernière.

Votre commission se félicite d'une telle initiative qui traduit une réelle prise de conscience de la nécessité de maîtriser les dépenses de santé et une reconnaissance du rôle essentiel des praticiens en la matière.

L'article 16 de la convention a précisé les modalités de détermination des objectifs prévisionnels par les annexes annuelles ; outre la référence aux critères posés par l'article L. 162-6-1 du code de la santé publique, l'article 16 dispose qu'elle sera effectuée en tenant compte, d'une part, de l'évaluation de l'impact des références médicales et, d'autre part, des accords de régulation conclus avec les autres professions de santé.

### *b) Les références médicales, pivot du dispositif de maîtrise*

La convention, en son article 14, définit les références médicales qui sont, "d'une part, des critères scientifiques reconnus permettant notamment de définir les soins et prescriptions médicalement inutiles, d'autre part, des fréquences d'utilisation par patient de certains soins et prescriptions".

Au niveau national, les partenaires conventionnels définiront une liste de références qui pourra, le cas échéant, être élargie à des références établies au niveau local.

Pour chaque référence, les syndicats et les caisses signataires estimeront l'ampleur des économies attendues ; en fonction du degré de gravité de son non respect, elles détermineront une sanction appropriée. Dans un souci d'assurer aux références médicales une indispensable crédibilité scientifique, M. Philippe Douste-Blazy, ministre délégué chargé de la santé, a souhaité que leur contenu et leur méthodologie d'élaboration soient validés par l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (ANDEM). Les dirigeants des syndicats de médecins signataires de la convention, MM. les docteurs Claude Mattéoli, pour la CSMF et Dinorino Cabrera, pour le SML, ont donné leur accord de principe ; l'élaboration des références médicales devrait donc être pilotée par l'ANDEM.

*c) Le dossier médical : une innovation importante de la convention qui sera progressivement étendue à l'ensemble de la population*

Le dossier médical a été introduit dans la convention médicale par l'article 21 de la convention. Il constitue aux yeux des partenaires conventionnels un élément essentiel de la coordination des différents acteurs du système de santé et de la continuité des soins. Propriété du patient, il est établi par le médecin généraliste qui en assure le suivi. Il comprend tous les comptes rendus des actes, les prescriptions ainsi que les interventions à la suite de l'admission du patient dans un établissement de santé. Le patient détient un dossier reflet qu'il présentera aux autres médecins qu'il ira, le cas échéant, consulter.

Dans le cadre de l'accord conventionnel, le dossier médical est constitué pour les personnes de plus de 15 ans atteintes de polyopathie. Elle n'entrave ni le choix du médecin généraliste, ni le libre accès du patient aux médecins spécialistes ou généralistes.

Le médecin assurant la tenue du dossier réalisera une consultation annuelle de synthèse qui sera rémunérée 2 C.

La création du dossier médical ne dispose pas encore des bases légales nécessaires ; des amendements au projet de loi n° 14 rectifié relatif à la santé publique et à la protection sociale devraient être déposés à cette fin.

En l'état, les dispositions conventionnelles ne renseignent pas complètement sur la nature du dossier médical. Il appartiendra en effet au Parlement, puis au Gouvernement, de choisir entre plusieurs solutions. Le syndicat M.G. France, qui n'a pas signé la convention,

souhaiterait que chaque Français choisisse pendant une période donnée un seul médecin généraliste auprès duquel le dossier serait ouvert, et estime que, dans la mesure où le patient pourra toujours, selon le dispositif conventionnel, consulter un autre médecin généraliste auquel il devra simplement présenter le dossier reflet, la mise en place du dossier telle qu'elle est prévue dans le texte conventionnel sera à l'origine de complications administratives certaines pour des gains minimes en termes de continuité et de coordination des soins.

A l'inverse, les syndicats signataires estiment que la mise en place du dossier créera de nouvelles habitudes chez les patients comme chez les médecins ; une mise en oeuvre plus rapide remettrait en cause le libre choix du médecin par le malade et ne produirait pas les effets attendus.

Le Parlement devrait bientôt débattre de ces questions et donner des bases législatives précises au dossier médical.

*d) Le secteur optionnel : une tentative de dépassement de la question de la coexistence des secteurs I et II*

Dans son article 10, la convention prévoit que les partenaires conventionnels examineront les conditions de création d'un secteur optionnel destiné à remplacer progressivement les deux secteurs actuels dont la coexistence pose problème ; le secteur 2 étant gelé, les praticiens exerçant en secteur 1 sont soumis à une sévère contrainte entre les revalorisations d'honoraires, certains pouvant être tentés de multiplier les actes dans l'attente d'une prochaine revalorisation.

Le secteur optionnel rassemblerait certains médecins admis en fonction de critères reposant sur la valorisation des actes intellectuels et la promotion de la qualité des soins et de la maîtrise médicalisée des dépenses.

Ces critères n'ont pas été définis de manière précise, un avenant conventionnel devant y procéder dans un délai de neuf mois.

A cet égard, votre rapporteur serait favorable à un système au sein duquel serait en quelque sorte "récompensé" le suivi d'actions de formation médicale continue. En échange de ces engagements du praticien, les actes qu'il délivre feraient l'objet d'une rémunération supérieure au C.

La Fédération des médecins de France, qui n'a pas signé la convention, s'est prononcée contre la reconduction du gel du secteur II décidée dans la convention de 1990 ; elle se prononce également contre la création du secteur optionnel selon les modalités prévues par le texte de la convention.

*e) La revalorisation des honoraires : un coût immédiat pour l'assurance maladie*

La revalorisation des honoraires médicaux constitue la juste contrepartie de l'engagement des médecins en faveur d'une maîtrise médicalisée des dépenses de santé ; le tarif des visites sera ainsi majoré de 5 francs.

Cependant, la Caisse d'assurance maladie des non salariés non agricoles (CANAM) s'est notamment fondée sur l'absence de lien entre la revalorisation des honoraires et la réalisation effective d'économies en matière de dépenses médicales pour expliquer son refus de signer la convention.

Voire commission se félicite de la signature d'un accord entre syndicats de médecins et caisses d'assurance maladie, après une longue période de vide conventionnel qui a privé les médecins de revalorisations d'honoraires et l'assurance maladie d'économies qui pourraient être substantielles.

Il semble cependant que l'effort de maîtrise qui a été engagé pourrait n'être pas suffisant en raison d'une dégradation des comptes sociaux essentiellement imputable à des rentrées de recettes insuffisantes et inférieures aux prévisions initiales.

Il faut à cet égard attendre la réunion de la Commission des comptes prévue le 14 décembre prochain ; à cette date, devrait être connu le montant du déficit cumulé du régime général à la fin de 1993 dont la gravité justifiera peut-être une réforme plus ample de l'assurance maladie.

#### **IV. LA REDUCTION DES MARGES DE MANOEUVRE FINANCIERES DE L'HOPITAL PUBLIC, CATALYSEUR DES RESTRUCTURATIONS**

Eu égard à sa contribution à l'égal accès aux soins de nos concitoyens, à sa capacité de réponse en n'importe quel point du territoire et à n'importe quel moment à leur demande de soins, ainsi qu' à l'importance de la part des dépenses hospitalières dans l'ensemble des dépenses de santé, l'hôpital public constitue le pivot de notre système de santé.

L'analyse de la crise de l'hôpital est faite depuis des années autour de thèmes récurrents : malaise social, inadaptation aux besoins de la population, système de financement inadéquat ...

Elle est renouvelée cette année par la contrainte financière très sévère à laquelle sera soumis l'hôpital public en 1994; celle-ci agira probablement, non seulement comme un révélateur de la crise hospitalière, mais aussi comme un puissant catalyseur de l'adaptation quantitative et qualitative de notre système hospitalier qui devra être engagée sans délai.

##### **A. L'HOPITAL PUBLIC SOUS CONTRAINTE**

Le niveau du taux directeur des dépenses hospitalières, fixé pour 1994 à 3,35 %, contribuera à la réduction des marges de manoeuvre financières que certains établissements de santé ont pu conserver malgré dix ans d'application de la dotation globale hospitalière; mais d'autres établissements de santé ne disposeront pas des moyens d'assurer la simple reconduction de leur budget pour 1993.

L'hôpital public doit en outre supporter aujourd'hui les conséquences de décisions qui ont été prises par le précédent Gouvernement sans qu'ait été déterminé un mode de financement adéquat.

Enfin, une sous-médicalisation rampante guette l'hôpital public, qui rencontre de plus en plus de difficulté à recruter des

praticiens hospitaliers en nombre suffisant et dans les délais nécessaires.

### **1. La contribution de l'hôpital public au redressement de l'assurance maladie : un taux directeur très faible pour 1994**

Les mesures proposées par le plan de redressement de l'assurance maladie présenté le 29 juin 1993 exigent un effort équivalent des assurés sociaux et des professions de santé (10,8 milliards de francs).

Il est demandé à l'hôpital public un effort de 3,8 milliards de francs correspondant notamment à la baisse d'un point du taux directeur d'évolution des dépenses hospitalières, qui s'établissait en 1993 à 5,15 %. Pour 1994, ce taux a finalement été fixé à 3,35 %. Il se décompose entre, d'une part, un taux moyen et ses marges de manoeuvre et, d'autre part, une série d'enveloppes destinées au financement de certaines actions ou mesures considérées comme prioritaires par les pouvoirs publics. Ces deux composantes du taux directeur représentent un pourcentage sensiblement équivalent, à savoir 1,75 % pour la première et 1,6 % pour la seconde.

La première composante se répartit comme suit :

- taux départemental moyen ..... 1,00 %
- marge de manoeuvre départementale ..... 0,25 %
- marge de manoeuvre régionale ..... 0,50 %

Une première enveloppe, d'un montant de 1,07 % du taux directeur, est destinée au financement de mesures induites par les protocoles Evin, Durieux et Durafour.

Puis des enveloppes spécifiques viennent consacrer le caractère prioritaire de certaines actions :

- lutte contre le Sida ..... 0,16 %
- création d'emplois médicaux ..... 0,05 %
- sécurité transfusionnelle ..... 0,07 %
- variation imprévisible de l'activité ..... 0,10 %
- restructuration et renforcement des urgences . 0,10 %

- évaluation des stratégies diagnostiques  
et thérapeutiques ..... 0,05 %

Un taux de 3,35 % peut-il suffire à assurer la reconduction des moyens dont disposent les établissements de santé? La Fédération hospitalière de France (FHF) ne le pense pas.

Elle estime, d'une part, que le taux de 1,75 % (taux moyen et marges départementale et régionale) ne reflète pas l'augmentation réelle des moyens mis à la disposition des établissements de santé sous compétence tarifaire de l'Etat dans la mesure où les marges de manoeuvre départementale et régionale seront probablement utilisées en 1994 pour le financement de mesures nouvelles décidées par les pouvoirs publics.

Selon elle, le taux de reconduction des moyens pour 1994 s'établirait à 2,5 % (hors accords Durafour-Durieux).

Cette estimation est réalisée sur les bases suivantes :

- évolution des dépenses de personnel ..... 1,61 %  
- dépenses médicales et pharmaceutiques .... 0,54 %  
- autres dépenses de fonctionnement ..... 0,40 %

Pour être en mesure d'assurer dans de bonnes conditions la reconduction de leurs moyens, les établissements publics et privés sous compétence tarifaire de l'Etat auraient donc eu besoin de 1,5 % (2,5 % - 1 %) supplémentaire.

Considérant que cette même fédération estime à 11 000 le nombre d'emplois perdus à la suite d'une diminution du taux directeur de 1 % et que celui-ci était fixé pour 1993 à 2,20 % (hors marge de manoeuvre), ce sont donc environ 14 000 emplois qui devraient disparaître dans les faits.

## **2. Des mesures légitimes décidées sans un financement approprié**

Des mesures dont la légitimité n'est pas en cause ont été prises sans que soit déterminées parallèlement les conditions précises de leur financement.

Ainsi, le 7 janvier 1993, a été conclu entre le ministre de la Santé et de l'Action humanitaire et les syndicats un protocole intermédiaire relatif à l'amélioration de la rémunération des gardes et astreintes. La rémunération de la garde sur place est ainsi portée de 1.096 francs à 1.300 francs en 1993 (dans la limite d'un plafond de 13.000 francs pour quatre semaines) et à 1.400 francs en 1994 (dans la limite de 14.000 francs pour quatre semaines), tandis que celle de la garde d'interne progresse de 10 % en 1993 et en 1994.

Le protocole précise qu'une somme de 315 millions de francs sera affectée pour l'ensemble des deux années 1993 et 1994 à l'amélioration des gardes et astreintes. La moitié de cette somme, correspondant à la tranche 1994, proviendra des "gains de productivité induits par la politique de restructuration hospitalière réalisée en concertation avec les parties signataires".

Le dispositif de ce protocole a conduit le Gouvernement à prendre l'arrêté interministériel du 9 mars 1993 relatif à l'organisation et à l'indemnisation des services de gardes dans les hôpitaux publics.

Or, le financement proposé par le protocole se révèle insuffisant. De fait, l'application de ces mesures et le paiement effectif des gardes aux nouveau taux ne sont souvent pas effectifs ; on estime qu'au mois d'octobre 1993 la moitié des établissements de santé n'appliquaient pas l'arrêté du 9 mars 1993, faute de moyens suffisants.

Ce défaut d'application ne résulte pas d'une mauvaise volonté ministérielle, bien au contraire. Ainsi, après que le ministre délégué a rappelé par une circulaire du 22 juin 1993 la nécessité d'appliquer ce texte, Mme Simone Veil, ministre d'Etat, ministre des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville, a adressé un telex appelant l'attention des préfets sur la mise en oeuvre dans les hôpitaux de l'arrêté du 9 mars 1993. Elle a estimé à cette occasion que "l'allocation des moyens financiers spécifiques délégués par la circulaire du 22 juin dernier doit être précédée d'un examen particulièrement attentif de l'évolution de ce poste de dépenses et de la réalité du service fait, et s'accompagner de mesures de rationalisation de l'organisation des gardes et astreintes".

Le 22 octobre dernier, un nouveau telex comminatoire a été adressé aux préfets ; le ministre d'Etat leur demande de rappeler aux chefs d'établissements qui n'auraient pas encore mis en oeuvre les dispositions de l'arrêté du 9 mars 1993 qu'il s'agit d'une mesure réglementaire devant être appliquée sans délai. Elle les intime de faire connaître, sous huitaine, la liste des hôpitaux qui ne se seraient pas conformés à cette instruction.

La revalorisation des gardes et astreintes constitue un exemple, à peine caricatural, de la situation dans laquelle sont placés les établissements de santé qui doivent financer les conséquences de mesures légitimes prises en faveur de leurs personnels, sans bénéficier de dotations appropriées.

L'application de certaines dispositions des protocles Durieux du 15 novembre 1991 donne lieu à de semblables controverses.

Ainsi, dans le cadre du protocole n° 1 a été mis en place un nouveau dispositif d'indemnisation forfaitaire des dimanches et des jours fériés travaillés ; l'indemnité a progressé de 250 francs à 253,25 francs au 1er février 1992 puis à 256,70 francs au 1er octobre 1992.

Le coût de cette mesure avait été estimé à 390 millions de francs au cours des négociations. Cette dotation s'est révélée très insuffisante et a dû être complétée par une enveloppe supplémentaire de 1,040 milliard de francs. De même, les protocles Durieux ont décidé le principe d'une reprise intégrale des services accomplis par les personnels soignants, de rééducation et médico-technique, préalablement à leur titularisation (cette reprise était auparavant limitée à quatre ans), pour un coût évalué à 1,014 milliard de francs. Cette enveloppe est considérée comme très insuffisante par les établissements de santé ; elle n'a pas encore fait l'objet d'une réévaluation.

### **3. Une sous-médicalisation progressive de l'hôpital public**

Un mouvement de sous-médicalisation est à l'oeuvre dans l'hôpital public ; il résulte de la difficulté rencontrée par les établissements de santé pour recruter des praticiens hospitaliers dans des délais raisonnables et en nombre suffisant : moins de 40 % (37,7 %) des postes publiés au cours de l'année 1992 ont été pourvus.

Ainsi, sur 4.865 postes publiés, 1.300 ont été pourvus au premier tour de recrutement et 536 au second ; 3.029 postes sont donc vacants, nombre auquel il faut ajouter celui de postes devenus vacants à la suite des mutations qui sont à l'origine de 13 % des recrutements.

Cette situation est particulièrement dramatique dans certaines disciplines. En radiologie, 25 % seulement des postes publics ont été pourvus au premier tour de recrutement de 1992 ; ce taux s'établit à 13 % au deuxième tour de recrutement.

Elle affecte plus particulièrement les établissements non CHU que les centres hospitaliers universitaires.

## SITUATION DES EMPLOIS DE PRATICIENS HOSPITALIERS A L'ISSUE DES DEUX TOURS DE RECRUTEMENT

Disciplines de postes	TOTAL du 1er mouvement			En service CHU			En service non CHU		
	Postes publiés	Nominations	Postes publiés non pourvus	Postes publiés	Nominations	Postes publiés non pourvus	Postes publiés	Nominations	Postes publiés non pourvus
Médecine	754	399	357	186	163	23	570	236	334
Chirurgie	490	219	271	81	66	15	409	153	256
Anesthésiologie	494	247	247	133	95	38	361	152	209
Biologie	123	86	37	41	35	6	82	51	31
Radiologie	274	70	204	27	21	6	247	49	198
Pharmacie	305	50	55				305	50	55
Psychiatrie	545	229	316	13	13	0	532	216	316
<b>TOTAL</b>	<b>2767</b>	<b>1300</b>	<b>1487</b>	<b>481</b>	<b>393</b>	<b>88</b>	<b>2306</b>	<b>907</b>	<b>1399</b>
Disciplines de postes	TOTAL du 2nd mouvement			En service CHU			En service non CHU		
	Postes publiés	Nominations	Postes publiés non pourvus	Postes publiés	Nominations	Postes publiés non pourvus	Postes publiés	Nominations	Postes publiés non pourvus
Médecine	481	116	365	38	32	6	443	84	359
Chirurgie	361	75	286	28	24	4	333	51	282
Anesthésiologie	371	97	274	57	32	25	314	65	249
Biologie	61	28	33	7	6	1	54	22	32
Radiologie	215	30	185	6	5	1	209	25	184
Pharmacie	92	44	48				92	44	48
Psychiatrie	497	146	351	6	5	1	491	141	350
<b>TOTAL</b>	<b>2078</b>	<b>536</b>	<b>1542</b>	<b>142</b>	<b>104</b>	<b>38</b>	<b>1936</b>	<b>432</b>	<b>1504</b>

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

A ce tableau il convient d'ajouter les postes qui sont des libérés par les praticiens hospitaliers ayant obtenu une mutation (cf. tableau n° 1).

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

- au 1er tour de recrutement 1992 en service CHU : 88 + 44 = 132
- au 2ème tour de recrutement 1992 en service CHU : 38 + 35 = 73
- au 1er tour de recrutement 1992 en service non CHU : 1399 + 253 = 1652
- au 2ème tour de recrutement en service non CHU : 1504 + 251 = 1755

Dans les établissements non CHU en effet, sur 4.242 postes publiés en 1992, seuls 1.339 postes ont été pourvus, soit un taux de recrutement de 31 %. Les deux tiers des postes demeurent ainsi vacants. Certaines spécialités telles que la radiologie, l'anesthésiologie ou la médecine sont particulièrement touchées. Mais, phénomène très grave, les établissements de santé non CHU rencontrent de plus en plus de difficulté à recruter des chirurgiens. Seuls, en effet, 37 % des postes de chirurgiens ont été pourvus au premier tour de recrutement de 1992, et 15 % au second tour. En outre, la moitié des nominations de chirurgiens qui ont été prononcées en 1992 correspondent à des mutations ; elles sont donc à l'origine de nouvelles vacances de poste dans les hôpitaux de départ.

Des mesures ont été prises au cours de l'année 1993 afin d'améliorer le statut des praticiens hospitaliers.

Le décret n° 92-1169 du 26 octobre 1992 a institué une allocation de prise de fonctions aux praticiens hospitaliers exerçant dans certaines spécialités et nommés dans certains secteurs sanitaires.

Le décret n° 93-701 du 27 mars 1993 a autorisé les directeurs d'établissements à recruter des praticiens contractuels, tandis que le décret n° 93-111 du 21 janvier 1993 a étendu aux praticiens hospitaliers à temps partiel certaines dispositions déjà retenues pour les praticiens à temps plein.

Enfin, nous l'avons évoqué plus haut, l'arrêté du 9 mars 1993 a procédé à la revalorisation des gardes et astreintes.

De telles mesures contribuent à renforcer l'attrait de l'exercice de la profession de praticien hospitalier ; elles sont cependant insuffisantes, et ne sont pas de nature à renverser la tendance constatée à l'occasion des tours de recrutement organisés par les hôpitaux. Seule une amélioration réelle du statut et de la carrière des praticiens hospitaliers pourra contribuer à donner aux hôpitaux les personnels médicaux dont ils ont besoin.

## **B. L'INDISPENSABLE ADAPTATION QUANTITATIVE ET QUALITATIVE DE NOTRE APPAREIL SANITAIRE**

Les contraintes financières auxquelles seront soumis en 1994 les établissements de santé sous compétence tarifaire de l'Etat constitueront probablement un catalyseur de l'indispensable adaptation de notre appareil sanitaire. Celui-ci doit désormais se voir doté d'un mode de tarification adéquat et bénéficier d'une politique de

restructuration de nature à assurer sa compatibilité avec les besoins de la population.

### **1. La nécessaire réforme du mode de financement des établissements**

La dotation globale de fonctionnement, instituée par la loi du 19 janvier 1983, constitue le mode de financement d'établissements publics de santé ainsi que des établissements privés à but non lucratifs participant au service public hospitalier, qui représentent les trois-quarts des capacités hospitalières.

Critiquée depuis son institution, elle a cependant généré des effets positifs en terme de maîtrise des dépenses de santé, la part des dépenses hospitalières dans la dépense de santé ayant régressé de 54 à 48 % depuis les années 80. La consommation de soins hospitaliers publics, qui progressait à un rythme annuel voisin de 16 % au début des années 80, a vu son taux de progression annuel passer en-dessous de la barre des 10 % dès 1984 pour se situer à un niveau compris entre 5 et 8 % depuis lors. Tandis que la consommation de soins hospitaliers privés évoluait beaucoup moins rapidement que la consommation hospitalière publique jusqu'en 1984, la situation a été inversée depuis lors.

Les marges de manoeuvre financières des établissements publics de santé ont en effet subi les conséquences d'un mode de financement dont l'absence de souplesse et la déconnexion par rapport à l'activité réelle ont conduit à une véritable logique de rationnement.

En outre, la dotation globale ne contribue aucunement à une allocation optimale des ressources favorisant les établissements les plus performants ; elle ne présente à cet égard aucun effet incitatif, figeant même au contraire les situations acquises.

Enfin, la coexistence de deux modes de financement entre les établissements de santé publics et privés ne permet pas au financeur, à savoir l'assurance maladie, de disposer des informations pertinentes qui pourraient lui permettre de rémunérer le meilleur service au meilleur coût.

Il est donc indispensable, dans les meilleurs délais, que soient harmonisés les modes de financement des établissements de santé publics et privés selon une clé de répartition favorisant une meilleure allocation des ressources en fonction d'une évaluation performante de l'activité médicale.

Il est probable que, compte tenu de la disparition de "rentes de situation" dont pouvaient bénéficier certains établissements jusqu'à des années récentes, chacun aura intérêt désormais à l'institution d'un mode de financement qui récompense les efforts d'adaptation des établissements aux besoins de santé de la population.

## 2. Vers un réseau de soins cohérent et coordonné

Le Gouvernement s'est engagé dans une politique rigoureuse et courageuse de restructurations hospitalières ; le projet de loi n° 14 rectifié relatif à la santé publique et à la protection sociale, actuellement en discussion devant le Parlement, a ainsi pour objectif de donner à l'administration de nouveaux instruments de planification sanitaire afin d'éviter que des dépenses inutiles soient prises en charge par l'assurance maladie, de mieux répondre à la demande de soins des Français et de donner en quelque sorte les bases législatives utiles aux dispositions de la circulaire du 25 mai 1993, demandant aux préfets de mener une politique tendant à faire coïncider les notions de lits autorisés, de lits installés et de lits occupés.

L'objectif poursuivi est, à terme, de transformer notre système hospitalier en un réseau de soins coordonné et cohérent au sein duquel le critère de la qualité des soins est valorisé de manière plus forte que celui de la proximité. Un bon exemple de cette nécessaire mise en réseau est constitué par le projet de réforme des urgences hospitalières.

Chaque année, les services d'urgence accueillent entre 7 et 8 millions de personnes, dont la moitié fera ensuite l'objet d'une admission ultérieure en établissement de santé. La commission nationale de restructuration des urgences, installée le 30 septembre 1991, a récemment remis au ministre un rapport qui met l'accent sur le problème de la qualité des services d'urgence et la nécessité d'opérer une différenciation entre établissements en installant ces services dans les seuls établissements capables d'assurer à la fois une permanence des soins et le niveau de compétence polyvalente indispensable. Le Professeur Steg propose à cet égard de distinguer des services d'accueil des urgences (SAV), qui feraient l'objet d'une médicalisation renforcée et des services de proximité qu'il qualifie d'"antennes d'accueil et d'orientation" (ANCOR).

Les deux tiers environ des 566 établissements de santé publics au sein desquels existe aujourd'hui un service d'urgence accueilleront donc peut-être de telles antennes d'orientation. Une

organisation des soins coordonnée repose nécessairement sur la mise en place d'un service de transport sanitaire performant et, en particulier, le développement des moyens hélicoptés permettant de relier dans les meilleurs délais l'antenne d'orientation et le service d'accueil des urgences. A cet égard, le Gouvernement a souhaité instituer au sein du taux directeur d'évolution des dépenses hospitalières une enveloppe spécifique de 0,10 %, soit environ 200 millions de francs.

La promotion d'un tel réseau de soins - la philosophie qui anime les propositions du Professeur Steg étant transposables à d'autres activités des établissements de santé - ne devrait pas être incompatible avec une légitime préoccupation d'aménagement du territoire.

Le Gouvernement est conscient de cette nécessité : une circulaire du 3 juin 1993 signée à la fois par Mme Simone Veil, ministre d'Etat, ministre des Affaires sociales, de la santé et de la ville et par M. Charles Pasqua, ministre d'Etat, ministre de l'Intérieur et de l'aménagement du territoire précise, à cet égard, que "l'objectif principal à respecter est de constituer une mise en réseau gradué et coordonné des divers hôpitaux, cliniques et professionnels de santé implantés sur une même zone sanitaire, afin de doter chacune des missions non plus concurrentes, mais complémentaires".

Cependant, dans les cas où les restructurations hospitalières devraient s'accompagner de fermetures de services ou d'établissements, il est indispensable que tous les efforts soient accomplis afin d'envisager une possible reconversion de ces services ou établissements vers des activités qui peuvent apporter une réponse à des besoins non satisfaits de la population ; il en est ainsi notamment de la prise en charge de personnes âgées dépendantes ou handicapées ou encore malades du Sida.

\*

Sous le bénéfice de ces observations, votre commission a émis un avis favorable à l'adoption des crédits consacrés par la loi de finances pour 1994 à la santé et à la politique hospitalière.