

SÉNAT

PREMIÈRE SESSION ORDINAIRE DE 1979-1980

Annexe au procès-verbal de la séance du 21 novembre 1979.

AVIS

PRÉSENTÉ

au nom de la commission des Affaires sociales (1), sur le projet
de loi de finances pour 1980, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE
NATIONALE.

TOME II

SANTÉ

Par M. Jean CHÉRIOUX,

Sénateur.

(1) Cette Commission est composée de : MM. Robert Schwint, *président* ; René Touzet, Jacques Henriot, Bernard Lemarié, Hector Viron, *vice-présidents* ; Hubert d'Andigné, Roland du Luart, Jean Mézard, André Rabineau, *secrétaires* ; Jean Amelin, Hamadou Barkat Gourat, Mme Marie-Claude Beauveau, MM. Jean Béranger, Noël Berrier, Jacques Bialaki, André Bohl, Louis Boyer, Jean-Pierre Cantegrit, Jean Chérioux, Michel Crucis, Georges Dagonia, Jean Desmarests, Guy Durbec, Charles Ferrant, Pierre Gamboa, Marcel Gargar, Mme Cécile Goldet, MM. Jean Gravier, André Jouany, Michel Labèguerie, Edouard Le Jeune, Roger Lisc, Pierre Louvot, Marcel Mathy, André Méric, Henri Moreau, Michel Moreigne, Jean Natali, Bernard Pellarin, Guy Robert, Victor Robini, Pierre Sallenave, Albert Sirgue, Bernard Talon, Georges Treille, Jean Varlet, Jacques Verneuil.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (6^e législ.) : 1290 et annexes, 1292 (annexe 29), 1293 (tome XII) et la-8^e 227.

Sénat : 49 et 50 (tome III, annexe 33) (1979-1980).

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

SOMMAIRE

	Pages
Introduction	5
PREMIERE PARTIE. — Présentation des crédits de la santé pour 1980	7
I. — <i>Les grandes masses</i>	7
A. — Evolution	7
B. — Montant	8
II. — <i>Les lignes de force du budget</i>	11
A. — Aide sociale et action sociale	11
1. Les dépenses obligatoires	11
2. L'action sociale volontaire	12
B. — Equipement hospitalier et prévention sanitaire	14
1. La pause dans l'investissement : une inquiétude	14
2. La prévention sanitaire	15
C. — Professions sanitaires et sociales	16
D. — Recherche médicale	16
E. — Les moyens de l'administration	17
1. L'administration centrale	17
2. Les services extérieurs	17
DEUXIEME PARTIE. — La politique en faveur des personnes âgées	19
INTRODUCTION	19
• <i>Un secteur en instance de transfert aux collectivités locales</i>	19
• <i>La vieillesse, problème de société</i>	19
• <i>Données démographiques</i>	21
I. — <i>Le maintien à domicile</i>	23
A. — Le cadre général	23
1. Les intervenants	23
2. Les plans de développement	24
B. — Les réalisations : succès et difficultés	25
1. La vie sociale	25
2. L'aide ménagère	25
3. Les soins	27
4. La sécurité	28
5. Le logement	28
Conclusion : <i>Les limites de la politique de maintien à domicile</i>	29
II. — <i>L'hébergement</i>	31
A. — La situation actuelle	31
1. La couverture des besoins	32
2. La recherche d'une meilleure adéquation entre le service rendu par les différents établissements et les besoins de chaque catégorie de résidents : la loi du 4 janvier 1978	33

	Pages
B. — Un problème mal résolu : le passage de l'autonomie à la dépendance	34
1. Le problème du vieillissement de la population des maisons de retraite	35
2. L'introuvable maison de cure médicale idéale	36
Conclusion : La nécessité d'une planification des équipements concernant à la fois le secteur sanitaire et le secteur social	37
Conclusion de la deuxième partie	38
• Un héritage assez lourd pour les collectivités locales	38
TROISIÈME PARTIE. — Observations sur la politique hospitalière	39
INTRODUCTION	39
• Le plan de sauvegarde de l'assurance maladie, adopté par le Conseil des ministres le 25 juillet	39
• Les mesures concernant l'hôpital : mettre un garrot est utile pour arrêter l'hémorragie, mais il faut, à temps, remplacer le garrot par une thérapeutique adéquate	40
A. — Une meilleure planification	42
1. Les capacités d'accueil : combler les insuffisances de la carte sanitaire	42
2. L'orientation des services et le choix des installations : pour une programmation concertée	42
B. — Une meilleure gestion	43
1. Pour un budget de vérité	43
2. La réforme de la tarification : une fausse solution ?	45
Conclusion de la troisième partie	49
• Inflexion des comportements des responsables, gestionnaires et médecins suppose leur participation	49
• Le coût financier du redressement	49
Examen en Commission	51
Conclusion générale	53
<i>Annexe n° 1</i> : Note relative au financement des opérations d'équipement sanitaire ..	55
<i>Annexe n° 2</i> : Note sur l'exécution du P.A.P. n° 15 : maintien à domicile des personnes âgées	56
<i>Annexe n° 3</i> : Note sur l'application de la loi n° 78-11 du 4 janvier 1978	60

MESDAMES, MESSIEURS,

Les prévisions budgétaires pour le ministère de la Santé et de la Sécurité sociale et pour le ministère du Travail et de la Participation continuent d'être consignées dans un seul et même document « bleu » annexé au projet de loi de finances.

Ce document comporte trois parties :

— la section commune, qui regroupe les services placés sous l'autorité conjointe des deux Ministres (Direction de l'administration générale, du personnel et du budget, Inspection générale des affaires sociales, Service des études et prévisions, Division des relations internationales) ;

— la section Travail ;

— la section Santé - Sécurité sociale qui englobe les subventions aux régimes de sécurité sociale.

Le présent avis sera consacré à l'examen des crédits de la section commune et de la section Santé, à l'exception des subventions aux régimes sociaux, analysés par notre collègue Boyer dans le cadre de son avis relatif à la Sécurité sociale.

Après une brève présentation du budget, nous centrerons nos observations sur deux thèmes, selon la procédure choisie l'an passé : la politique en faveur des personnes âgées et l'hôpital.



Notre Assemblée achève, cette session, l'examen du projet de loi pour le développement des collectivités locales qui, comme on le sait, procède à une nouvelle répartition, entre l'Etat et les collectivités locales, des compétences en matière d'aide sociale et de santé.

L'ampleur des réformes envisagées nécessite de longs débats, sur le projet de loi-cadre en cours d'examen, et sur des textes législatifs ultérieurs, encore à l'étude au sein des ministères concernés.

Lorsque la réforme entrera en application, elle entraînera des modifications dans le contenu et la présentation du budget du minis-

tère de la Santé. L'entrée en application aura lieu, selon toute vraisemblance, au plus tôt le 1^{er} janvier 1981. Si cette hypothèse se confirmait le présent budget serait donc le dernier à offrir, en ce qui concerne les crédits d'aide sociale et de prévention sanitaire, la configuration actuelle.

PREMIÈRE PARTIE

PRÉSENTATION DES CRÉDITS DE LA SANTÉ POUR 1980

Comme chaque année, nous laisserons à la commission des Finances le soin d'examiner les crédits dans le détail. On trouvera ci-après des indications sur le montant des grandes masses budgétaires et leur évolution, sur les lignes de force du budget, enfin sur les moyens de l'Administration.

I. — LES GRANDES MASSES

A. — EVOLUTION

• Les crédits de la Santé (section Santé et Sécurité sociale) augmenteront en 1980 de 13 %.

Ce taux de progression marque un net ralentissement par rapport aux budgets des deux années passées : 21,8 % pour 1978, 18,10 % pour 1979.

Surtout, contrairement à ces deux années, le budget de la Santé progressera moins que le budget de l'Etat en moyenne (14,24 %).

C'est là un premier constat. Il traduit tant l'évolution des priorités nationales que la nécessité de freiner en général la dépense publique. Mais la relative rareté des ressources impose une vigilance plus grande de l'opportunité de leur affectation.

• Le second constat, qu'il faut réitérer chaque année, réside dans l'étroitesse de la marge de manœuvre qui reste au ministère de

la Santé pour mener des actions volontaristes, déduction faite des crédits destinés à la couverture des dépenses obligatoires d'aide sociale et de prévention sanitaire (80 % des dépenses ordinaires du budget !). Cette marge de manœuvre se trouve encore réduite, compte tenu du taux d'augmentation modéré du budget, dans la mesure où la croissance des dépenses obligatoires reste relativement vive (16,8 %).

• Enfin, troisième constatation notable, la part du budget consacrée à l'investissement stagne, et même régresse si l'on tient compte de l'érosion monétaire. Le montant des autorisations de programme (1,83 milliard) et des crédits de paiement (1,7 milliard) est inférieur aux chiffres de 1979 (respectivement 1,87 et 1,85 milliard).

B. — MONTANT

Les crédits alloués au ministère de la Santé et de la Sécurité sociale s'élèvent à 28,97 milliards de francs.

Ce montant se décompose comme suit :

— dépenses ordinaires de la section Santé	27,242 milliards de francs
— dépenses ordinaires de la section commune (Travail et Santé) imputables au budget Santé	23 millions de francs
— crédits de paiement de la section Santé	1,697 milliard de francs
— crédits de paiement de la section commune imputables au budget Santé	6 millions de francs

Pour avoir une mesure plus exacte des crédits de Santé *stricto sensu*, il faut soustraire du total 6,64 milliards de subventions versées à différents régimes de sécurité sociale (crédits de Sécurité sociale).

La section **Santé-Sécurité sociale** représente 28,94 milliards de francs. En francs courants, les crédits auront presque triplé entre 1975 et 1980.

La **dotation commune** aux ministères du Travail et de la Participation et au ministère de la Santé et de la Sécurité sociale bénéficie pour 1980 de 866,3 millions de francs, soit 114 % de plus qu'en 1979.

Ces crédits couvrent les dépenses de l'Administration centrale et de l'Inspection générale des affaires sanitaires et sociales.



Le tableau suivant indique la répartition en pourcentage de la dépense nationale courante de santé selon les secteurs de financement (estimation 1978).

RÉPARTITION EN POURCENTAGE DE LA DÉPENSE NATIONALE COURANTE DE SANTÉ SELON LES SECTEURS DE FINANCEMENT

(Estimations 1978.)

Activités	Hospita- lisation (1)	Services médicaux marchands (2)	Commerce de détail de biens médicaux (3)	Médecine systématique de dépistage (4)	Activités médicales associées (5)	Prévention collective (6)	Enseignement et formation des personnels sanitaires	Recherche médicale	Gestion générale de la santé (7)	Divers non ventilable	Total dépenses courantes nationales
Secteurs de financement											
Administrations publiques	92,5	60,1	56,8	63,8	55,7	100	93,3	95,1	15,8	100	74,9
Dont :											
1. Administrations centrales	2,1	0,8	1,3	49,4	55,7	43,6	93,3	95,1	15,0	»	5,4
2. Administrations locales	1,9	0,4	0,7	14,4	»	18,3	»	»	0,8	»	1,5
3. Sécurité sociale	88,5	58,9	54,8	»	»	38,1	»	»	»	100	68,0
Administrations privées	»	»	»	»	»	»	1,4	3,0	»	»	0,1
Entreprises	»	»	»	36,2	44,3	»	»	1,9	19,8	»	1,4
Mutuelles	1,0	5,7	6,5	»	»	»	»	»	»	»	3,4
Ménages et assurances privées	6,5	34,2	36,7	»	»	»	5,3	»	64,4	»	20,2
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Dépense médicale nationale de santé (en millions de francs). Estima- tion 1978	73.096	46.671	31.330	3.574	1.365	812	1.625	1.950	1.641	406	162.470

- (1) Frais de séjour et honoraires (établissements publics et privés, transport de malades).
- (2) Honoraires médecins, auxiliaires, dentistes, analyse, cures.
- (3) Pharmacie, lunetterie, orthopédie.
- (4) Prophylaxie, vaccinations, santé scolaire et universitaire, médecine du travail...
- (5) Médecine des armées, médecine pénitentiaire, médecine du travail des administrations.
- (6) Hygiène publique, contrôle sanitaire aux frontières, subventions diverses.
- (7) Stricto sensu, personnel administratif exclusivement.

II. — LES LIGNES DE FORCE DU BUDGET

Certains types de crédits, soit parce que les efforts passés ont porté leurs fruits et permettent une pause, soit parce que les dépenses obligatoires à couvrir sont mieux maîtrisées, sont freinées nettement (équipement sanitaire) ou relativement (aide sociale et prévention sanitaire). Des ressources sont ainsi dégagées pour mener des actions ponctuelles précises. Mais, comme nous le verrons, les crédits alloués aux interventions volontaristes restent très limités par rapport à l'ensemble.

Seront traités successivement :

- l'aide sociale et l'action sociale ;
- l'équipement hospitalier et la prévention sanitaire ;
- les professions sanitaires et sociales ;
- la recherche médicale.

On examinera enfin les moyens mis au service de l'administration centrale et des services extérieurs.

A. — AIDE SOCIALE ET ACTION SOCIALE

1. Les dépenses obligatoires.

● Votre Commission avait, l'an dernier, insisté sur le poids des dépenses d'*aide sociale* sur le budget du ministère de la Santé. Une **grande partie de notre avis budgétaire avait été consacrée à l'étude des moyens mis en œuvre et à développer en vue d'une meilleure maîtrise des coûts de l'aide médicale et sociale.**

Les crédits prévus pour 1979 augmentaient de 21,8 % ; pour 1980, le taux prévu est de 16,5 %. Il y a donc cinq points de moins de progression. Ces chiffres, ne traduisant aucun recul dans les conditions d'attribution et le montant des aides, sont-ils encourageants ? *Le taux d'accroissement est encore rapide*, et en outre peu significatif dans la mesure où il ne s'agit que de crédits évaluatifs.

L'aide sociale à l'enfance a fait l'objet d'une étude de rationalisation des choix budgétaires, qui conduit à l'intensification du

soutien apporté aux familles pour assurer l'éducation de leurs enfants, donc pour permettre autant que possible le maintien de l'enfant dans son milieu familial. L'orientation des actions dans ce sens sera renforcée. Si les propositions du Gouvernement, formulées dans le projet de loi sur les collectivités locales, sont suivies, l'ensemble du financement de l'aide sociale à l'enfance incomberait dans l'avenir à l'Etat. Le ministère de la Santé deviendrait seul maître du service. Les crédits budgétaires (7,3 milliards de crédits évaluatifs pour 1980, soit la moitié des crédits d'aide sociale) seraient augmentés de la part actuellement supportée par les départements.

L'aide aux handicapés (2,1 milliards) évolue, dans son contenu, au rythme de mise en œuvre de la loi d'orientation de 1975, plus lent que prévu. Les crédits d'aide sociale marquent une progression très sensible, de 42 %.

Les crédits *d'aide aux personnes âgées* (1,4 milliard) couvrent essentiellement les frais d'hébergement dans les établissements, pour valides ou invalides. Marginale par rapport au total, la part consacrée au financement des aides à domicile est cependant en progression. Après la réforme des collectivités locales, on ne devrait plus trouver dans le budget de la Santé mention de l'aide sociale aux personnes âgées, incombant en totalité aux collectivités locales, toujours bien entendu si les propositions gouvernementales étaient retenues par le Parlement. Tel est d'ailleurs le motif qui a incité votre Commission à faire cette année un bilan de la politique en faveur des personnes âgées.

Les crédits *d'aide médicale* pour 1980 s'élèvent à 3,5 milliards (8 % d'augmentation par rapport à 1979). L'aide médicale générale (hospitalisation, soins de ville et cotisations d'assurance volontaire) et l'aide médicale aux malades mentaux, postes les plus importants, consomment la quasi-totalité des crédits.

L'aide à l'hébergement et à la réadaptation (600 millions) marque une progression forte qui traduit notamment l'effort en faveur de l'accueil des réfugiés du Sud-Est asiatique, pour 14 millions de crédits supplémentaires.

2. L'action sociale volontaire.

• Par rapport à la masse considérable des dépenses obligatoires, l'action sociale « volontaire » atteint, avec une augmentation de 13 %, un montant modeste : 278 millions de francs en dépenses ordinaires auxquels s'ajoutent 215 millions de francs de dépenses en capital, en nette diminution par rapport à 1979.

En matière d'action sociale globale, l'accent sera mis en 1980 sur le soutien aux innovations sociales (P.A.P. 16, prévention et action sociale volontaire), et sur la poursuite d'actions d'aménagement concerté dans les zones où se conjuguent la dégradation du cadre de vie et les risques d'inadaptation sociale. Sur ce point, les objectifs fixés par le P.A.P. n° 21 ont été atteints dès 1979.

Pour les familles, les priorités restent celles définies par le P.A.P. n° 14 (nouvelle politique de la famille) : aide à l'éducation conjugale et familiale, diversification des modes de garde.

Le développement des crèches se poursuit, mais à un rythme moins rapide que prévu.

	Crèches familiales		Crèches traditionnelles	
	1977	1978	1977	1978
Nombre d'enfants placés	50.759	56.267	25.910	28.979

Dans le budget du ministère de la Santé, 20 millions environ seront affectés à l'aménagement, à l'équipement et à la création de crèches. La Caisse nationale d'allocations familiales, de son côté, a consacré au même objet, en 1979, 41 millions sur son Fonds d'action sociale.

L'application du statut des assistantes maternelles se poursuit, non sans réticences de la part des intéressées et des familles, souvent plus rebutées par les obligations nouvelles, qu'intéressées par les garanties apportées par la loi. L'obligation d'agrément ne semble pas encore généralement respectée.

L'effort poursuivi depuis quelques années pour le développement des travailleuses familiales s'est traduit par une augmentation de leur nombre (6.278 au 1^{er} janvier 1977, 7.062 au 1^{er} janvier 1979). Les crédits d'Etat consacrés au financement de leur activité s'imputent sur les crédits d'aide sociale à l'enfance (51 millions en 1979). La Caisse nationale d'allocations familiales y affecte environ six fois plus d'argent.

Nous n'insisterons pas, à ce stade du présent avis, sur l'action sociale en faveur des personnes âgées, qui fera l'objet de développements ultérieurs. Signalons cependant un crédit nouveau de 30,3 millions de francs au titre du P.A.P. n° 15 : « Favoriser le maintien à domicile des personnes âgées ».

B. — EQUIPEMENT HOSPITALIER ET PRÉVENTION SANITAIRE

1. La pause dans l'investissement : une inquiétude.

Sans doute doit-on admettre que la France compte un nombre suffisant de lits hospitaliers. Mais on sait bien que cette assertion n'a de valeur que globalement : à des excédents ici, correspondent là des insuffisances. Ces insuffisances sont géographiques (région Nord - Pas-de-Calais, certains secteurs) ou correspondent à des modes d'hébergement. Ainsi, on manque encore, et cela est constaté quotidiennement par les familles, de capacités d'accueil en long séjour pour les personnes âgées grabataires.

Il faut donc convertir des services, les réaménager, les moderniser, et ce travail de restructuration ne peut se faire sans reconstructions. Pour cela, des crédits d'investissements sont nécessaires.

Dans ces conditions, la « pause » marquée dans l'investissement sanitaire par le budget de 1980 est inquiétante, car cette pause, qui se traduit par une stagnation des crédits en francs constants, doit être regardée, compte tenu de l'érosion monétaire, comme une régression des sommes affectées par l'Etat aux opérations d'investissement.

Certes, *l'humanisation* suivrait son cours dans des conditions satisfaisantes, selon les deux orientations définies par le P.A.P. n° 19 : suppression des salles communes et rénovation des plateaux techniques.

Au 1^{er} janvier 1979 il restait, semble-t-il, moins de 18 % des lits en salles communes dont la suppression devait être financée. 20.000 lits seraient supprimés au cours de l'année 1979, toutes sources de financement confondues, la part de l'Etat concernant 18.000 lits environ. Les chiffres devraient être du même ordre en 1980, en sorte qu'il resterait à la fin de l'année prochaine moins de 12 % de lits dont la suppression resterait à financer, car il faut signaler que dans ce pourcentage un certain nombre de lits sont à fermer par suite de la sectorisation en psychiatrie et de la révision des programmes. Il est permis de penser qu'on atteindra les objectifs fixés par le VII^e Plan, et que la suppression des lits en salles communes sera effective fin 1981 comme prévu, tout au moins en ce qui concerne le financement, car le décalage entre l'engagement des crédits et la fin réelle des travaux est souvent de trois à quatre ans.

Pour la rénovation des plateaux techniques, 31 millions ont été dégagés en 1978 (pour cinq plateaux techniques) et 50 millions en 1979, comme en 1980. La modernisation des plateaux techniques accuse un certain retard par rapport aux objectifs du P.A.P. et à la suppression des salles communes qui reste l'objectif principal.

Mais l'humanisation, au-delà de la conception stricte du programme d'action prioritaire, c'est aussi la nécessaire reconstruction de certains établissements ou services.

Or ces opérations de reconstruction ne sont pas concernées par les crédits d'humanisation à proprement parler (1). Si l'on en croit le « bleu » budgétaire, les subventions d'équipement — hors humanisation — sont en baisse.

Pourtant, à nombre de lits inchangé, voire même réduit, l'adaptation structurelle de l'appareil hospitalier ne pourra se faire sans transformation des bâtiments, donc sans crédits. Le ministre de la Santé, M. Barrot, paraît lui-même convaincu de cette évidence. Mais si les moyens juridiques de cette politique lui sont apportés par le projet de loi relatif à l'équipement hospitalier, en cours d'examen par le Parlement, qui lui donne des pouvoirs nouveaux, disposera-t-il des moyens financiers indispensables ? On peut, jusqu'à plus ample information, en douter sérieusement, et il est permis de s'alarmer.

2. La prévention sanitaire.

• En matière de prévention sanitaire, la participation de l'Etat aux dépenses obligatoires engagées par les collectivités locales (protection maternelle et infantile, tuberculose, maladies vénériennes, maladies mentales, cancer, lèpre, etc.) augmente relativement peu (5 %), pour atteindre 1,5 milliard.

Pour les actions volontaires, les crédits s'élèvent en 1980 à 87 millions (+ 16 % par rapport à 1979).

L'accent est porté sur les secteurs suivants :

— l'amélioration du dispositif de secours d'urgence, avec la création de nouveaux S.A.M.U. et l'installation d'un numéro d'appel unique « Centre 15 », bénéficiera de 6 millions supplémentaires (33 % d'augmentation) ;

— 2,6 millions de francs de plus seront affectés au contrôle sanitaire de l'environnement (qualité des eaux notamment).

Le Comité français d'éducation pour la santé, largement doté depuis sa création, verra ses moyens financiers se stabiliser puisqu'ils n'augmentent en 1980 que de 6 %. Le Comité semble avoir atteint son régime de croisière. Les campagnes autour des thèmes privilégiés au cours des années récentes seront poursuivies. En outre, s'ouvrira en 1980, à l'usage du public et pas seulement des médecins généralistes, une campagne sur l'alcoolisme.

(1) Voir annexe n° 1, p. 55.

C. — PROFESSIONS SANITAIRES ET SOCIALES

Les crédits du ministère de la Santé en la matière sont destinés à subventionner l'équipement d'écoles de formation pour permettre l'adaptation aux besoins des effectifs de personnels sanitaires et de travailleurs sociaux, subventionner le fonctionnement des écoles et attribuer des bourses aux élèves les plus défavorisés.

On note, dans l'ensemble, une stabilité des crédits budgétaires consacrés à ces interventions (650 millions au total). Seules les subventions aux centres de formation des travailleurs sociaux augmentent sensiblement (+ 15 %).

Les deux millions destinés à la formation continue des médecins, apparus pour la première fois dans la loi de finances pour 1979, sont reconduits en 1980 sans augmentation.

D. — RECHERCHE MÉDICALE

Les crédits atteignent 731,5 millions de francs, soit une progression de 12,3 % par rapport à 1979.

Ces sommes représentent presque 40 % de l'ensemble des crédits de financement de la recherche médicale (1.869 millions au total en 1980).

Elles permettront pour l'essentiel :

— de renforcer le potentiel de recherche de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (I.N.S.E.R.M.), notamment par la création de 97 emplois nouveaux, dont 55 de chercheurs ;

— de conforter le soutien financier alloué aux instituts Pasteur, le seul Institut Pasteur de Paris devant recevoir près de 84 millions.

Par ailleurs, 2,6 millions de francs sont affectés à des interventions dans le domaine de la pharmacie et du médicament.

Au-delà des problèmes posés par le financement de la recherche, il faut signaler l'émoi soulevé au sein des différents organismes de recherche biomédicale (I.N.S.E.R.M. notamment) par les nouvelles directives gouvernementales relatives à l'emploi scientifique. Ces directives en effet prévoient, pour l'essentiel, une limite d'âge pour le recrutement des chercheurs, une mobilité obligatoire, enfin,

pour l'avancement aux grades supérieurs, l'obligation de travailler sur un thème jugé prioritaire.

Les intéressés craignent que de telles mesures n'aient pour effet de détruire la cohésion des équipes et de stériliser la créativité de la recherche française.

E. — LES MOYENS DE L'ADMINISTRATION

1. L'administration centrale.

Dans les directions de l'Administration centrale relevant de l'autorité du ministère de la Santé et de la Sécurité sociale ont été créés, en 1979, 40 emplois nouveaux, dont 21 pour les services informatiques. En sus, 13 vacataires ont pu être titularisés. 9 administrateurs civils, 1 inspecteur des affaires sociales et 25 attachés d'administration centrale y ont été affectés.

Pour 1980, 45 créations d'emplois nouveaux sont prévues ; 4 seront affectés à la commission des comptes de la Sécurité sociale instituée en 1979 ; 13 viendront renforcer les services informatiques. A ces créations s'ajouteront 13 emplois pour le nouveau secrétariat d'Etat chargé de la Sécurité sociale.

2. Les services extérieurs.

• *La fusion des services régionaux des affaires sanitaires et sociales et des directions régionales de la Sécurité sociale, en application de la réforme instituée par le décret 77-429 du 22 avril 1977, se poursuit au rythme prévu.*

Jusqu'en 1979 compris, 15 directions régionales des affaires sanitaires et sociales sur 22 auront été créées.

Indépendamment de l'outre-mer (Antilles, Guyane et Réunion), 7 nouvelles directions régionales seront mises en place à partir de 1980 : Rhône-Alpes, Poitou-Charente, Limousin, Nord - Pas-de-Calais, Picardie, Franche-Comté, Midi-Pyrénées. Parmi ces 7 directions, 3 (Poitou-Charente, Picardie et Franche-Comté) ne possèdent aucune structure de sécurité sociale, ce qui implique un effort soutenu tant au point de vue de la création des emplois que des opérations immobilières.

Sans apporter des modifications aussi importantes qu'au niveau national, le décret du 22 avril 1977 a élargi la vocation des directions

départementales à l'ensemble des systèmes de protection sociale. L'application de la réforme a été immédiate pour l'ensemble des directions départementales. Toutefois, seuls les directeurs départementaux des « régions fusionnées » ont reçu la qualité d'ordonnateurs secondaires.

La fusion des trois catégories de personnel de catégorie A en fonction dans les services régionaux en un corps unique (personnel supérieur des D.R.A.S.S. et D.D.A.S.S.) s'est réalisée, semble-t-il, dans de bonnes conditions.

Un statut unique des différents personnels de catégorie B doit faire l'objet d'un décret imminent.

La situation des personnels de catégories C et D n'est pas remise en cause par la réforme.

• En ce qui concerne les *effectifs des personnels des services extérieurs* est envisagée, en 1980, la création de 408 emplois nouveaux, dont 22 de catégorie A. Parmi ces emplois, 305 sont destinés à permettre la titularisation des vacataires appartenant aux commissions d'orientation et de reclassement professionnel (C.O.T.O.R.E.P.) et aux commissions d'orientation des handicapés (C.D.E.S.). Restent donc 103 emplois nouveaux seulement pour les D.R.A.S.S. et les D.D.A.S.S., ce qui n'est pas un chiffre élevé compte tenu des tâches de contrôle et d'études imposées aux services extérieurs pour une meilleure maîtrise des dépenses sanitaires et sociales.

DEUXIÈME PARTIE

LA POLITIQUE EN FAVEUR DES PERSONNES ÂGÉES

Pourquoi étudier plus particulièrement, à l'occasion de la loi de finances pour 1980, la politique en faveur des personnes âgées ?

Cette politique, en effet, ne connaît pas présentement de réorientations notables. Le budget ne prévoit pas de mesure nouvelle particulièrement digne d'intérêt.

Mais, comme nous l'avons déjà signalé, *il est question que l'aide sociale aux personnes âgées — aide légale s'entend — soit confiée aux seules collectivités locales, l'Etat se dégageant de sa participation financière.* Le Parlement est appelé à se prononcer sur cette réforme, dans le cadre d'une redistribution plus large des compétences de l'Etat, des départements et des communes, prévue par le projet de loi tendant au développement des responsabilités des collectivités locales. *A la veille de ce transfert probable aux pouvoirs locaux, il n'est pas inutile de tenter de faire le bilan des orientations actuelles et souhaitables de la politique en faveur des personnes âgées et des réalisations, afin d'avoir une idée plus précise de l'héritage ainsi transmis aux départements et aux communes et de leur rôle dans l'ensemble de cette politique.*



Notre pays a admis depuis longtemps que *le vieillissement de la population, conséquence du progrès des sciences médicales, s'analyse en problème de société dans les nations modernes.* Plus nombreuses, les personnes âgées sont aussi plus isolées, pour des motifs si bien connus et si fréquemment analysés qu'il est inutile de s'étendre longuement : l'urbanisation, l'exode rural, la mobilité accrue ont séparé bien des familles ; les enfants, moins nombreux, n'ont plus la possibilité matérielle, ni souvent le goût, de prendre auprès d'eux leurs parents qui vieillissent ; la cohabitation est rendue difficile par l'évo-

lution rapide des mentalités et des habitudes de vie ; les logements urbains, compte tenu des exigences nouvelles de confort et d'espace, ne sont pas adaptés pour permettre la vie en commun.

En même temps, l'amélioration des avantages servis par les pensions de vieillesse, l'effort particulier pour revaloriser les retraites les plus basses, et surtout le minimum vieillesse, ont garanti aux personnes âgées un niveau de ressources minimal, donc, de ce point de vue, une autonomie. Mais cette évolution très positive vers la prise en charge collective des besoins des personnes âgées n'a-t-elle pas, en même temps, contribué à dégager bien des jeunes de toute responsabilité vis-à-vis de leurs proches parents ?

Les actions menées par les différents agents qui s'occupent des personnes âgées, Etat, collectivités locales, régimes de sécurité sociale, associations privées, s'inscrivent dans le cadre des grandes lignes définies à partir de la réflexion menée voici vingt ans déjà au sein de la commission « Laroque », qui a fait date.

Des travaux de la commission Laroque, est ressortie, parmi les conclusions essentielles, la priorité en faveur d'une politique de maintien à domicile des personnes âgées, solution la plus humaine pour les intéressés et la moins coûteuse financièrement pour la collectivité. Cette orientation soutenue par les pouvoirs publics à travers un programme finalisé du VI^e Plan, puis un programme d'action prioritaire du VII^e Plan, a reçu aujourd'hui l'adhésion unanime des différentes parties prenantes aux interventions et fait l'objet de multiples initiatives. Mais, bien entendu, le maintien à domicile, n'est pas la panacée dans toutes les situations. L'hébergement collectif s'impose parfois, même pour les personnes âgées valides, en milieu rural par exemple. Il devient inévitable en cas de perte d'autonomie du vieillard.



On peut dire très généralement, à propos de la politique en faveur du troisième puis du « quatrième âge », notion mal définie qui correspond moins à une idée d'âge qu'à une idée de dépendance matérielle, que les problèmes posés ne s'analysent pas seulement en termes d'interventions sociales, mais aussi en termes de santé.

D'autre part, de politique en faveur des plus démunis elle s'est transformée en politique générale concernant l'ensemble des personnes âgées, indépendamment de leur niveau de revenus. Car quel que soit le montant des ressources dont chacun dispose, l'isolement est aussi dramatiquement ressenti. En outre, vient un moment où l'état d'invalidité est tel que très peu de vieillards peuvent subvenir seuls, matériellement et financièrement, à leurs besoins, même avec le

secours de leurs proches, compte tenu du coût des soins que la conscience collective exige et que les progrès médicaux permettent aujourd'hui.



Les développements qui vont suivre ne traiteront pas, sinon en incidente, de la politique des revenus des personnes âgées, assurés par les régimes de retraite, car il faudrait pour cela entrer dans le domaine réservé, au sein de notre Commission, au Rapporteur pour avis des crédits de la Sécurité sociale.

Nous nous placerons exclusivement sous l'angle des services et des équipements mis à la disposition des personnes âgées, autrement dit, en termes généraux, de l'action sociale. Il ne faut pas négliger toutefois les aspects sanitaires des problèmes posés.

Sans avoir en aucune manière l'ambition d'être exhaustifs, nous tenterons, sous deux têtes de chapitre — le maintien à domicile, puis l'hébergement — de passer en revue quelles sont, par type d'intervention, les réalisations, les difficultés, les perspectives, avec l'esprit le souci de cerner autant que possible l'action à mener par les collectivités locales, ainsi que les conditions dans lesquelles cette action peut et doit s'exercer, dans l'intérêt bien entendu de la catégorie de la population concernée.



Quelques données démographiques semblent utiles à indiquer d'emblée.

La France comptait, en 1950, moins de 5 millions d'habitants de plus de soixante-cinq ans. Ils sont, en 1979, 7,5 millions (9,5 millions de plus de soixante ans). Après une diminution des effectifs jusqu'en 1983, due aux moindres naissances au cours de la Première Guerre mondiale, la tendance à l'accroissement reprendra pour atteindre, vers l'an 2000, le chiffre de 8 millions. Ce n'est qu'à partir de 2010 que sera sensible, pour cette classe d'âge, le « baby-boom » consécutif à la Deuxième Guerre mondiale.

Ces prévisions, fondées sur un nombre de naissances passé donc certain, supposent un gain d'espérance de vie modeste, et peut-être pessimiste, de l'ordre de 0,8 ans.

La durée de vie moyenne s'est allongée de sept ans de 1950 à 1975, pour atteindre à cette date 73 ans, avec une surmortalité masculine de huit ans (soixante-dix-sept ans pour les femmes et soixante-neuf ans pour les hommes). La comparaison avec des pays plus avancés que le nôtre sur le plan sanitaire (Suède, U.S.A.) ne permet pas d'espérer une progression aussi rapide de la longévité dans l'avenir.

Plus l'âge est élevé, plus la proportion de femmes est importante dans la classe d'âge correspondante (57 % de soixante-cinq à soixante-quatorze ans, 67 % pour les soixante-quinze ans et plus).

Il y avait 500.000 personnes de plus de quatre-vingt-cinq ans en 1975. Elles seront 800.000 en 1990.

Un Français sur cinq est âgé de plus de soixante ans. Jusqu'en l'an 2000, dans une hypothèse de fécondité inchangée, la proportion de personnes âgées dans l'ensemble de la population resterait relativement stable : 19 % de plus de soixante ans (19,2 % en 1975) et 14,5 % de plus de soixante-cinq ans (13,4 en 1975).

I. — LE MAINTIEN A DOMICILE

Il n'est pas besoin d'insister sur les avantages pour les personnes âgées, de pouvoir rester aussi longtemps que possible dans le milieu avec lequel elles sont familiarisées. Attachées à leur logement, leurs meubles, leurs habitudes, leur quartier, les « vieux » préfèrent en général demeurer chez eux, tant que leur état de santé le permet, même lorsqu'ils sont seuls. Le maintien à domicile signifie aussi garder le contact avec les plus jeunes, rester « dans le siècle », rester soi-même jeune plus longtemps. Encore faut-il que vivre seul ne signifie pas vivre isolé. Pour cela, la personne âgée a besoin d'un certain nombre de services : services de loisirs, aides à la vie courante, soins à domicile, systèmes de sécurité. Le logement doit être approprié, suffisamment confortable notamment.

Après une présentation du cadre général dans lequel s'exerce la politique de maintien à domicile, sera fait un bilan des succès et des difficultés, des améliorations souhaitables.

En conclusion, on soulignera les limites du maintien à domicile des personnes âgées.

A. — LE CADRE GÉNÉRAL

Divers services d'aide à domicile, de toutes sortes, ont fait l'objet d'une promotion par les pouvoirs publics, financière et juridique. Tous les services imaginables existent « sur le papier ». Certains se sont développés avec bonheur, d'autres sont encore au stade expérimental.

1. Les intervenants.

Les collectivités locales, à travers l'aide sociale légale qui finance les interventions des aides ménagères et les foyers restaurants et grâce aux initiatives des municipalités dans le cadre de l'aide facultative, jouent un rôle important dans la politique de maintien à domicile.

Les régimes d'assurance vieillesse, qui ont doté assez généreusement leurs Fonds d'action sociale, tel le régime général des salariés et les régimes complémentaires, subventionnent également, pour leurs ressortissants, des aides ménagères.

L'Etat soutient cette politique par les réglementations qu'il édicte, dont on peut donner comme exemples récents l'aménagement du financement des services de soins à domicile ainsi que la suppression de l'obligation alimentaire pour les aides ménagères. Plus généralement, il a tracé les structures de la politique de maintien à domicile à travers le VI^e, puis le VII^e Plan, en apportant son concours financier à un certain nombre d'opérations types dans le cadre de secteurs géographiques déterminés.

Qu'il s'agisse de l'Etat, des départements, des communes, ou des régimes de retraite, tous ces intervenants « officiels » disposent certes de leurs propres agents, mais s'appuient aussi et surtout sur de nombreuses associations qui forment la cheville ouvrière de l'action.

2. Les plans de développement.

Le programme finalisé du VI^e Plan (1971-1975) préconisait d'une part la création et le développement de services d'aide ménagère et de soins à domicile, d'autre part la mise en place d'équipements sociaux de base légers et diversifiés : foyers-restaurants, clubs centres de jour. L'objectif du programme consistait à stabiliser à leur domicile 100.000 personnes âgées de moins de soixante-quinze ans, au sein de 332 secteurs déterminés de 300 personnes chacun.

Le programme d'action prioritaire n° 15 du VII^e Plan (1976-1980) prolongeait et complétait le plan précédent, avec le souci de faire jouer aux personnes âgées concernées un rôle actif, et de permettre leur participation à la vie sociale.

440 nouveaux secteurs devraient être créés, concernant au total 270.000 personnes, un million de personnes âgées devant bénéficier de l'un des services créés. Chaque nouveau secteur comporterait au moins deux services obligatoires : amélioration de l'habitat et participation à la vie sociale et culturelle. Les types de services optionnels les plus divers étaient proposés par ailleurs.



La politique de maintien à domicile a connu un essor remarquable. Ainsi, le P.A.P. n° 15 semble réalisé dans ses objectifs (1). Le nombre de secteurs créés dépasse les prévisions. Il est cependant difficile d'apprécier qualitativement la réussite du P.A.P., comme d'ailleurs de l'ensemble des interventions sur le territoire en dehors des secteurs.

On peut tenter d'approcher la réalité en indiquant, par type d'intervention, le niveau de réalisation et les difficultés.

(1) Voir annexe n° 2, p. 56.

B. — LES RÉALISATIONS : SUCCÈS ET DIFFICULTÉS

D'une manière générale, plus les interventions s'adressent à des personnes dont la validité est sans défaut, moins elles exigent de personnel qualifié, moins elles sont coûteuses, et plus elles se développent, car elles sont faciles à développer. Cette vérité, quoique d'évidence, mérite d'être soulignée.

1. La vie sociale.

Ainsi, les *clubs*, *foyers-restaurants* et formules de *loisir* diverses (voyages organisés subventionnés par les municipalités, transports gratuits, universités du troisième âge) connaissent un succès certain. Les prévisions du Plan sont dépassées. 25.000 clubs, répartis sur l'ensemble du territoire, regroupent 2 millions d'adhérents. La demande, lorsqu'elle existe, est satisfaite sans trop de difficultés, du moins en milieu urbain.

Encore ces différentes formules présentent-elles un inconvénient, celui d'être en général ségrégatives : les personnes âgées se retrouvent entre elles. Rien n'empêche cependant que les foyers-restaurants ou les clubs de loisirs soient ouverts à des utilisateurs encore dans la vie active, voire à des étudiants ou à de jeunes travailleurs, ce qui ne saurait nuire à l'ambiance générale ni au « moral » des plus âgés.

2. L'aide ménagère.

Les services d'aide ménagère, qui ont fait l'objet d'une attention particulière des pouvoirs publics, se développent également rapidement.

• Caisses d'assurance vieillesse et collectivités locales (aide sociale) se partagent les interventions. Les unes et les autres financent des associations d'aides ménagères. Les municipalités, mais non les caisses, emploient également directement des aides-ménagères. Sur 52.000, 6.000 sont employées par les bureaux d'aide sociale et 46.000 par des associations privées.

L'aide sociale subventionne l'intervention d'une aide-ménagère auprès des personnes âgées dont les ressources ne dépassent pas le plafond d'attribution du minimum vieillesse. La suppression récente de l'obligation alimentaire (Décret n° 77-872 du 27-7-77) a contribué à

la progression rapide du nombre de bénéficiaires : 53.000 en 1978, 61.000 en 1979. Les crédits correspondants sont passés de 254 millions à 350 millions (Etat et collectivités locales - groupe III des dépenses d'aide sociale).

Les régimes de retraite interviennent sur leur fonds d'action sociale en général pour leurs propres ressortissants, mais seulement au-dessus du plafond de ressources de l'aide sociale. Ils imposent eux aussi des conditions de ressources et demandent une participation des intéressés, variable selon le revenu.

Le rôle de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, prépondérant, est largement supérieur à celui de l'aide sociale : 385 millions de crédits en 1978, 535 en 1979. 145.000 personnes en 1978, 160.000 en 1979 auront bénéficié de l'intervention d'une aide-ménagère financée par la C.N.A.V. La part des régimes complémentaires de salariés (A.G.I.R.C., A.R.R.C.O.) est marginale (39.000 bénéficiaires en 1977, souvent en complément des interventions de la C.N.A.V.).

Dans l'ensemble, la progression de la participation financière des régimes de retraite et du nombre de bénéficiaires est satisfaisante. On constate cependant des difficultés locales, dues à ce que ni les régimes spéciaux de salariés, ni les régimes agricoles, ni les régimes de travailleurs indépendants, ne mènent en matière d'action sociale une politique d'ampleur comparable à celle du régime général. La C.N.A.V., jusqu'à présent, finançait dans certaines régions des interventions en faveur de ressortissants des régimes spéciaux. Mais, l'aide ménagère se développant, elle destine l'usage de ses fonds en priorité aux retraités du régime général. Les caisses régionales d'assurance maladie, gestionnaires locaux, ne peuvent plus faire face à la demande des retraités des régimes spéciaux.

• *Pour l'avenir, quelles seraient les conséquences d'une prise en charge totale par les collectivités locales de la part « aide sociale » du financement des interventions des aides ménagères ?*

Le secteur est en plein essor. Mais malgré la croissance notable des crédits, régimes vieillesse compris, ils ne suffisent pas à répondre à une demande toujours croissante. Il est vrai que le frein principal demeure le recrutement des aides ménagères, qui peut certes être facilité par l'amélioration de leur rémunération. Les taux de prise en charge par l'aide sociale et par les régimes de vieillesse ont été harmonisés. Une convention collective est en cours. Faut-il aller plus avant vers la reconnaissance d'un véritable statut ? La plus grande prudence s'impose en la matière. La professionnalisation, étant donné le type de service rendu, ne paraît pas souhaitable.

Quoi qu'il en soit, il est évident que les collectivités locales devront compter avec les régimes vieillesse qui jouent un rôle très

important. Il paraît donc absurde, en l'espèce, de parler d'une maîtrise des collectivités locales sur ce secteur d'intervention. Elles sont à la merci d'un coup d'arrêt dans la progression des crédits de la C.N.A.V. Cette hypothèse paraît toutefois peu vraisemblable, dans la mesure où le niveau de la dotation du Fonds national d'action sociale de la C.N.A.V. suit la progression de la masse des cotisations. Au contraire même, la C.N.A.V. souhaiterait obtenir du Gouvernement le droit d'accroître cette dotation pour la faire passer de 0,8 % à 1 % du produit des cotisations. Les administrateurs de la C.N.A.V. apportent une grande attention à leurs prérogatives en matière d'action sociale, domaine privilégié dans lequel peut s'exercer leur initiative.

Il serait en tout cas hautement souhaitable que soit instaurée une véritable coordination entre régimes de vieillesse et collectivités locales, ces dernières devant sans doute bénéficier d'une plus grande latitude pour déterminer leur niveau d'intervention, éventuellement au-dessus du plafond de ressources du F.N.S. que l'Etat ne devrait plus pouvoir leur opposer après la réforme. Il faut espérer que la réticence des caisses de retraites, C.N.A.V. et surtout régimes complémentaires, à entrer dans une instance de coordination encore à imaginer pourra être utilement surmontée.

3. Les soins.

Après l'aide ménagère, nous évoquerons les services de caractère sanitaire, d'une grande importance pour la politique de maintien à domicile.

Les *centres de jour*, idée lancée en 1974, semblent avoir fait long feu, car à la fois trop onéreux et peu utilisés.

Les *services de soins à domicile* regroupant au sein d'une équipe polyvalente aide-ménagère, aide-soignante, infirmière et éventuellement kinésithérapeute, en revanche, sont une solution d'avenir.

Le recours au service de soins à domicile, qui peut permettre d'éviter une hospitalisation traumatisante, assure au moins dans de bonnes conditions la transition entre l'hôpital et la reprise d'une vie normale.

Prévus depuis l'origine de la politique de maintien à domicile, ils restent peu développés, malgré l'intervention de la loi du 4 janvier 1978 qui a prévu la possibilité d'un financement forfaitaire par l'assurance maladie ou l'aide médicale.

Une trentaine de services de soins seulement auraient été jusqu'à présent créés. Pourtant, de nombreuses demandes de conventionnement avec la Sécurité sociale attendent d'être satisfaites.

Le fait que, pour le moment, l'assurance maladie refuse de prendre en charge l'aide ménagère dans le forfait soins constitue un premier handicap. Second handicap, le recrutement des aides soignantes est difficile. Enfin, troisième frein, les infirmières libérales restent hostiles à la formule même du forfait soins. Cette opposition de principe, prévisible, ne peut être utilement levée qu'en les convaincant de collaborer comme vacataire à ces services. Sans doute seraient-elles également heureuses de voir enfin publié le décret relatif aux sociétés civiles professionnelles qu'elles attendent depuis de nombreuses années.

4. La sécurité.

Nous évoquerons maintenant les problèmes posés par le besoin de *sécurité* des personnes âgées qui restent isolées, chez elles, à la merci d'une agression extérieure, mais surtout d'un accident de santé. Le sentiment d'insécurité est très profondément ressenti par certains vieillards même bien valides et apparemment solides, pour lesquels la crainte de la solitude en cas de danger contrebalance le souhait de demeurer à domicile. Les pouvoirs publics l'ont bien compris, qui ont favorisé l'installation gratuite du téléphone, à la charge des P.T.T., pour les titulaires du Fonds national de solidarité. Mais, pour ces petits budgets, le coût de l'abonnement reste dans bien des cas une charge trop lourde à supporter.

Beaucoup reste donc à faire en la matière. D'autres formules doivent être expérimentées sur une plus large échelle, telles que l'installation de systèmes de télé-alarme type delta-revie. La création d'un système national de télé-alarme pour 1980 avait été annoncée par le Président de la République. Cette promesse sera-t-elle suivie d'effet ? Comment l'opération pourra-t-elle être financée ? Sans doute serait-il souhaitable que les municipalités prennent en la matière des initiatives plus poussées permettant de mesurer le rapport coût-efficacité de différents systèmes de télé-alarme.

5. Le logement.

Reste enfin le problème du *logement* où la personne âgée passe presque tout son temps, qui doit donc être convenable et adapté à ses besoins.

Pour le présent, il faut, quand cela est possible, apporter des aménagements au logement : installations de sanitaires, de chauffage ; remplacement du gaz comme source d'énergie par l'électricité, moins dangereuse ; installation d'ascenseurs, etc. Les intéressés disposent rarement des ressources nécessaires à ce type d'aménagements. Des opérations sont entreprises par le P.A.C.T. en milieu urbain et la FédS-

ration de l'habitat rural en milieu rural. Les caisses de retraite, les collectivités locales, l'A.N.A.H. (Agence nationale pour l'amélioration de l'habitat), l'Etat enfin contribuent au financement. Les actions menées restent peu développées.

Pour l'avenir, il faut réaliser à plus grande échelle, dans les logements neufs, des formules souples déjà imaginées pour éviter la ségrégation des personnes âgées, tout en préservant l'habitat individuel : foyers-soleil par exemple; ou, dans les immeubles construits par les offices d'H.L.M., studios à côté d'appartements plus grands offrant ainsi des conditions favorables non à la cohabitation mais au voisinage entre générations.



Il faut retenir de ce bilan rapide et trop partiel des réalisations en cours, que le développement de la politique de maintien à domicile passe par un plus grand effort de coordination entre les différents gestionnaires et financiers et exige une meilleure intégration des interventions sanitaires.

Conclusion :

LES LIMITES DE LA POLITIQUE DE MAINTIEN A DOMICILE

Quels que soient ses développements futurs, la politique de maintien à domicile ne convient pas à toutes les situations.

En milieu rural par exemple, lorsque l'habitat est dispersé, nul ensemble de services, aussi complets et efficaces soient-ils, ne suffit à rompre l'isolement et à garantir la sécurité que n'apporte pas l'environnement naturel.

Plus généralement, vient un moment où l'état physique de dépendance dans lequel se trouve la personne âgée exige le transfert en milieu d'hébergement collectif, à moins d'interventions si coûteuses qu'un calcul économique rationnel s'y oppose.

Or plus le départ du domicile est tardif, plus le niveau d'invalidité atteint est grave, plus l'adaptation aux nouvelles conditions de vie est difficile psychologiquement et peut être fatale à la personne concernée.

Dans certains cas, et il faut en cela tenir compte des souhaits des intéressés, mieux vaut un déménagement précoce dans un établissement pour valides, foyer-résidence ou maison de retraite. Le vieillard encore jeune, encore adaptable peut s'y construire de nouvelles habitudes pour les années nombreuses qui lui restent à vivre.

Nous ferons enfin une suggestion. Peut-être devrait-on explorer une voie qui jusqu'à présent n'a guère été exploitée : celle des aides aux familles, qui garderaient plus volontiers leurs parents auprès d'elles si elles pouvaient bénéficier de secours en espèces, mais surtout de certains services : possibilités de placements temporaires, aides-ménagères, etc.

Un premier pas a été fait, dans la loi n° 78-11 du 4 janvier 1978 : les services hospitaliers, désertés pendant l'été, ont été ouverts aux personnes âgées grabataires. Cette mesure a été prise pour soulager les familles qui assument chez elles la lourde charge d'un parent invalide. Le décret d'application n'est pas encore paru, mais des expériences ont été tentées avec succès, notamment à Paris.

II. — L'HÉBERGEMENT

L'hébergement collectif des personnes âgées a fait l'objet de certains choix politiques ; la construction de nouvelles capacités d'accueil pour valides a été freinée, en corollaire du développement de la politique de maintien à domicile. La suppression des hospices qui ne répondent plus aux exigences nouvelles de la conscience collective, est programmée et devrait être achevée en 1985. La tendance à la médicalisation des établissements s'affirme, favorisée par la prise en charge d'un forfait soins par la sécurité sociale, institué par le législateur au début de l'année 1978.

Mais derrière ces orientations se cachent encore bien des incertitudes sur les types d'établissements à promouvoir, surtout pour le quatrième âge. D'abord, les besoins sont encore mal connus. Ensuite, on ne peut faire table rase des établissements légués par le passé. Enfin, le fait que les établissements relèvent tantôt du secteur social (loi du 30 juin 1975), tantôt du secteur sanitaire (loi hospitalière du 31 décembre 1970) ne permet pas une planification correcte.

Après un bilan de la situation actuelle, nous centrerons nos observations sur un problème mal résolu : le passage de l'autonomie à la dépendance.

A. — LA SITUATION ACTUELLE

La personne âgée qui souhaite ou doit quitter définitivement son domicile personnel, a le choix entre plusieurs formules d'hébergement collectif adaptées aux différents stades de l'état psychique et sanitaire. Du moins ce choix est-il théorique. Pour les valides, existe toute une gamme d'établissements qui, globalement, couvrent les besoins, mais ne sont pas uniformément implantés sur l'ensemble du territoire. Pour les vieillards qui n'ont plus d'autonomie, l'équipement est plus pauvre en quantité et en qualité. Bon nombre occupent des lits d'hospice ou séjournent à l'hôpital psychiatrique, voire dans des services actifs. Le classement des établissements sanitaires de long séjour, la prise en charge des soins par l'assurance maladie selon des formules comparables dans chaque type d'établissement, sont deux réformes en cours qui devraient permettre une remise en ordre du secteur. L'adéquation réciproque entre les services offerts par les différents établissements et les besoins des pensionnaires, doit en effet être recherchée.

1. La couverture des besoins.

• *Les équipements pour valides, publics ou privés*, relèvent de deux catégories : foyers-résidences ou maisons de retraite. Les foyers-résidences offrent des conditions de vie plus proches du domicile.

Les capacités d'accueil sont globalement suffisantes pour faire face à la demande elle-même freinée par la politique de maintien à domicile quoiqu'il y ait localement des besoins non couverts.

Mais les établissements existants ne répondent pas toujours aux souhaits des personnes âgées. Trop souvent isolés, loin de l'activité des villes, ils ne sont guère prisés des citadins en retraite qui préféreraient rester en milieu urbain.

En outre, un certain nombre de valides occupent des lits d'hospices.

La couverture des besoins est donc satisfaisante en quantité, mais non en qualité.

Sans doute conviendrait-il d'imaginer, à côté des modes d'hébergement actuel, dans la perspective du maintien à domicile, des formules permettant l'hébergement temporaire de personnes âgées valides ou semi-valides, pendant des périodes au cours desquelles il leur est difficile de rester seules : soit pendant l'hiver si le climat est rigoureux, soit pendant les vacances d'été si elles se trouvent alors isolées. Il devrait s'agir d'institutions légères, utilisables à divers usages et pas seulement pour les retraités. La pension des moins fortunés devrait être supportée en partie par l'aide sociale.

• *Pour les vieillards qui ont perdu leur autonomie de vie, beaucoup reste à faire.* Les besoins ne sont pas couverts en quantité. Il n'est pour s'en convaincre que de consulter les listes d'attentes des établissements.

Un grand nombre résident en hospices ou en section d'hospice. Ce nombre est difficile à déterminer car l'état de santé de la population hébergée en hospice est mal connu. 15.000 environ occupent les lits des maisons de cure médicale industrialisée de type V 120 V 240.

La population des maisons de retraite vieillit, ce qui a justifié l'institution de sections de cures médicales prévue par la loi sociale du 30 juin 1975. Cette formule présente l'avantage d'éviter les transferts dans un établissement plus médicalisé ou à l'hôpital. La section de cure médicale est limitée à 25 % de la capacité de l'établissement.

Il y a cependant des personnes âgées plus ou moins dépendantes qui occupent, dans les hôpitaux, soit des lits de services actifs (chronique) qui ne leur sont pas destinés, soit des lits de psychiatrie, sans que le séjour à l'hôpital psychiatrique s'impose par nécessité absolue.

Ainsi, les personnes du « quatrième âge » se trouvent, selon le hasard, soit dans le secteur social (maisons de retraite, hospices) soit dans le secteur sanitaire (maisons de cure médicale, hôpitaux). La couverture des besoins n'est pas assurée. Les établissements appropriés pour l'accueil des « petits séniles » (centres ou services de géronto-psychiatrie) font défaut.

2. La recherche d'une meilleure adéquation entre le service rendu par les différents établissements et les besoins de chaque catégorie de résidents : la loi du 4 janvier 1978.

La situation de l'hébergement des personnes valides qui vient d'être décrite devrait évoluer compte tenu des mesures prises par le législateur le 4 janvier 1978, lentes à entrer en application (1).

• Avant la loi du 4 janvier 1978, la Sécurité sociale n'intervenait pas dans le financement des maisons de retraite, des hospices et des maisons de cure médicale. En revanche, les frais de long séjour en hôpital général ou psychiatrique, étaient pris en charge à 100 % par l'assurance maladie.

Cet état de choses constituait une incitation à placer les vieillards en hôpital psychiatrique, ou à prolonger leur séjour dans un service chronique, donc dans des structures lourdes, coûteuses, offrant en outre un environnement peu propice à l'épanouissement personnel.

En revanche, le coût de la médicalisation des maisons de retraite et des sections de cure médicale pesait sur le budget des intéressés, de leur famille et de l'aide sociale.

• La loi du 4 janvier 1978 a comporté deux dispositions essentielles. D'une part a été institué un *forfait soins* pris en charge par l'assurance maladie, modérée dans les sections de cure médicale des maisons de retraite (secteur social), plus élevée dans les maisons de cure médicale (secteur sanitaire V 120, V 240). D'autre part, la notion de centre ou unité de moyen séjour et de centre ou unité de long séjour, a fait l'objet d'une définition plus précise dans la loi hospitalière, devant entraîner un *nouveau classement des établissements* et services concernés.

L'application de cette législation devrait permettre de remettre de l'ordre dans l'ensemble du secteur grâce à l'uniformisation des modes de prises en charge, quels que soient la nature et le type d'établissement. La psychiatrie et les services de chroniques seront

(1) Voir annexe n° 3, p. 60.

concernés car les lits dans lesquels sont hébergées des personnes âgées qui n'y ont pas véritablement leur place peuvent faire l'objet d'un classement en lit de long séjour et passer ainsi de la prise en charge à 100 % par l'assurance maladie, au système du forfait soins.

Tels sont les objectifs de la loi du 4 janvier 1978, qu'il n'était pas inutile de rappeler. Bien entendu, elle doit être mise en œuvre avec prudence. Ainsi, il ne convient pas d'appliquer brutalement le forfait soins aux personnes hébergées abusivement en service actif ou en établissement psychiatrique.

Prudence ne signifie pas pour autant lenteur, et on ne peut manquer de déplorer celle avec laquelle sont élaborés les textes d'application relatifs au long séjour sanitaire, qui ne sont toujours pas parus. Le décret concernant la procédure de classement, en particulier, est encore en cours d'élaboration.

Dans ces conditions il faudra beaucoup de temps pour que la loi du 4 janvier 1978 porte les effets attendus. Mais la voie choisie est certainement la bonne, à supposer cependant une politique parallèle d'équipement adéquate.

Or, comme nous allons le voir maintenant le problème du passage de l'autonomie de la personne âgée à une situation de dépendance est mal résolu dans les structures actuelles.

B. — UN PROBLÈME MAL RÉSOLU : LE PASSAGE DE L'AUTONOMIE A LA DÉPENDANCE .

Il n'est pas certain que la spécialisation des établissements en fonction du degré de handicap — valides d'un côté, dépendants de l'autre, vieillards atteints de sénilité légère à part — soit la solution à rechercher systématiquement.

Il importe sans doute d'isoler les véritables malades psychiatriques, quel que soit leur âge, dès lors que leur comportement est excessivement perturbateur pour la vie collective.

Il est vrai aussi que l'hospice où se côtoient vieillards grabataires, jeunes handicapés, personnes âgées valides, devenu aujourd'hui scandaleux, offre un spectacle désolant et fait apparaître la séparation et la spécialisation comme un progrès.

Cependant, spécialiser les établissements signifie contraindre le vieillard dont l'état s'aggrave, à passer de structure en structure, avec le train de dérangements traumatisants causés par ces changements, généralement mal supportés : changement de local, changement de compagnons, sont autant de perturbations qui contribuent à affaiblir psychologiquement et physiquement une personne âgée. On a même

vu des vieillards hébergés en hospice, dans des conditions de confort et de dignité déplorables, se désoler de quitter leur salle commune pour un boxe de quatre ou six lits, même en restant dans le même établissement.

Cet état d'esprit particulier au grand âge et que la maladie conforte jusqu'au moment où le degré de handicap est tel que le vieillard devient hélas totalement indifférent à son environnement, implique que les transferts soient limités autant que possible ou, en tout cas, réalisés en douceur.

C'est dans cette perspective qu'il convient, nous semble-t-il, d'orienter la politique en matière d'équipement :

— pour résoudre le problème du vieillissement des résidents des établissements pour valides ;

— pour définir la maison de cure médicale la plus humaine possible.

1. Le problème du vieillissement de la population des maisons de retraite.

La solution actuellement privilégiée pour y répondre est la section de cure médicale.

Cette solution est certes excellente, mais elle présente l'inconvénient d'une certaine rigidité. Le quota de 25 % imposé par la loi répond au souci d'éviter la médicalisation complète d'un établissement qui serait peu propice à la vie sociale des résidents valides de moins en moins nombreux. De plus, le caractère « social » et non « sanitaire » des maisons de retraite impose une telle règle. L'inconvénient réside cependant dans le fait évident que plus du quart des résidents peuvent être susceptibles de relever d'un séjour en section de cure médicale. En outre, le quota est rigide parce qu'il a un effet systématique et irréversible : la création d'une section est une opération relativement lourde, non pas matériellement mais juridiquement, en sorte que les maisons de retraite ont tendance à demander d'emblée une section correspondant à 25 % de leur capacité d'accueil, et à la conserver à toutes fins utiles, même si les besoins diminuent.

Sans doute le quota doit-il être maintenu, pour les raisons évoquées plus haut, mais appliqué avec souplesse en fonction des circonstances. Reconnaissons d'ailleurs que la réglementation actuelle autorise les dérogations lorsqu'au moment de la demande la proportion de résidents non valides est supérieure au quart.

Il semble cependant que l'on puisse utilement rechercher des solutions plus souples que la véritable médicalisation de certains lits.

La section de cure médicale tend plutôt à éviter les hospitalisations temporaires quoiqu'elle héberge en fait des non-valides permanents.

Mais ces derniers n'ont pas nécessairement besoin de soins médicaux ni même paramédicaux. Il leur faut plutôt une aide à la vie courante plus intensive, des soins de maternage.

Pour répondre à ce besoin, une intensification du personnel de service et l'embauche d'aides-soignantes suffit. Ce serait, en quelque sorte, appliquer dans les maisons de retraite l'« esprit » de la politique de maintien à domicile. Reste le problème de la prise en charge par l'assurance maladie des frais supplémentaires de personnel : peut-il être réglé dans le cadre des décrets du 29 mars 1978 ? (Voir ci-après p. 60.)

Y a-t-il un risque de passage de la maison de retraite du secteur social au secteur sanitaire, dont la coexistence constitue décidément un obstacle gênant à la mise en œuvre d'une politique d'ensemble rationnelle ? Ne convient-il pas de favoriser une « perméabilité » d'un secteur à l'autre ?

Une autre solution, possible seulement si les bâtiments s'y prêtent, consiste à favoriser dans un même complexe deux établissements, l'un pour valides et l'autre pour non valides, avec des services communs. Des expériences de ce type fonctionnent, et pourraient être étendues à l'occasion de la transformation des hospices.

2. L'introuvable « maison de cure médicale » idéale.

Même moyennant une adaptation plus souple des maisons de retraite aux besoins de leurs pensionnaires qui vieillissent, la « maison de cure médicale » ou l'« établissement sanitaire de long séjour » demeure une structure indispensable, ne serait-ce que pour accueillir les personnes âgées grabataires qui viennent directement de chez elles, souvent via l'hôpital, et qui seront nombreuses avec la politique de maintien à domicile.

Ces vieillards, impotents, grabataires, dont les sens sont affaiblis, dont l'esprit s'émousse, ont davantage besoin de maternage que de soins intensifs. *L'établissement idéal devrait, tout en offrant ces services, être à l'échelle humaine, de petite dimension, personnalisé, une sorte de maison de retraite « à personnel renforcé » telle que nous venons de l'évoquer.*

Ce n'est pas la solution vers laquelle on s'est orienté en reconstruisant les inadmissibles hospices sous forme d'unités industrialisées type V 120 ou V 240, qui sont très hospitaliers d'apparence : bâtiments modernes et confortables certes, mais aux longs couloirs, aux murs blancs, à l'allure impersonnelle et à l'ambiance au total sinistre.

Ces établissements sont, de surcroît, coûteux, et l'on peut se demander si la médicalisation n'y est pas excessive.

Va-t-on poursuivre dans cette voie ? ou chercher autre chose ? Que va-t-on faire des 200.000 lits d'hospices qui restent encore à transformer d'ici à 1985 ? Fera-t-on plutôt des maisons de retraite ou des maisons de cure médicale ? La transformation sera-t-elle seulement juridique, ou passera-t-elle par la désaffectation des bâtiments actuels et la reconstruction de bâtiments neufs ? Edifiera-t-on des centres de gérontopsychiatrie sur le lieu même des établissements psychiatriques actuels ?

A toutes ces questions, le ministère de la Santé, responsable de la politique d'équipement, n'est pas encore en mesure, semble-t-il, d'apporter des réponses précises.

Il serait pourtant urgent d'établir pour les cinq années à venir un programme d'équipement établi sur des choix nets.

Conclusion :

LA NÉCESSITÉ D'UNE PLANIFICATION CONCERNANT A LA FOIS LE SECTEUR SANITAIRE ET LE SECTEUR SOCIAL

La tâche est lourde : l'état de santé de la population hébergée, les besoins à venir du quatrième âge, compte tenu des effets difficiles à apprécier de la politique du maintien à domicile, sont mal connus. Les rigidités introduites par la coexistence du secteur sanitaire et du secteur social ont été jusqu'à présent un obstacle à une véritable programmation. Il n'existe même pas de carte sanitaire du long séjour.

Pourtant l'administration va devoir prendre, dans les cinq ans à venir, des décisions fondamentales en matière de classement des établissements et de transformation des hospices.

Il faut donc aboutir aussi rapidement que possible à l'élaboration d'une sorte de carte sanitaire et sociale du long séjour, tenant compte des services à domicile, établie sur le recensement des moyens existants et l'évaluation des besoins du pays à long terme ; ce document, qui doit être souple et évolutif, permettra seul, à condition d'être établi à temps et convenablement, d'empêcher des choix aveugles dont le pays devrait supporter plus tard les conséquences.

CONCLUSION DE LA DEUXIÈME PARTIE

Ainsi, l'aide aux personnes âgées constituera pour les collectivités locales un héritage financier assez lourd.

L'aide ménagère est en plein développement. La coordination avec les caisses vieillesse, financeurs importants, reste à définir.

Dans le domaine de l'hébergement, beaucoup reste à faire pour les personnes âgées qui ont perdu leur autonomie de vie, ne serait-ce que 200.000 lits d'hospices à transformer au moins juridiquement. Les décisions que prendra l'Etat en la matière d'ici à 1985, pèseront lourdement sur les budgets locaux. La part des dépenses d'hébergement prise en charge par l'aide sociale, ne peut que s'alourdir, malgré l'amélioration des retraites, à mesure que les besoins seront mieux satisfaits en quantité et en qualité. A moins que l'Etat ne prenne en charge sur son budget le financement du long séjour sanitaire, ou bien, autre éventualité, à moins que la participation financière de l'assurance maladie ne soit élargie à la couverture des dépenses de maternage, solutions qui font l'objet de discussions entre notre Assemblée et le Gouvernement dans le cadre de l'examen du projet de loi tendant au développement des collectivités locales...

A plus longue échéance, il n'est pas exclu que soit proposé au pays, face aux problèmes financiers croissants des régimes de retraite, un choix tendant à accroître dans l'enveloppe vieillesse, la part consacrée au financement des services par rapport aux prestations de retraite. Mais l'heure de ce choix ne semble pas encore venue et ne viendra peut-être pas.

TROISIÈME PARTIE

OBSERVATIONS SUR LA POLITIQUE HOSPITALIÈRE

Préoccupé de la hausse des dépenses de santé qui a repris un rythme rapide après la pause de 1977, le Gouvernement a décidé de prendre un certain nombre de mesures de « sauvegarde » lors du Conseil des ministres du 25 juillet 1979. Le plan du 25 juillet a été bâti autour de trois idées :

- ne pas remettre en cause la protection sociale des Français ;
- contenir la hausse des dépenses au même rythme que la croissance de la richesse nationale ;
- faire contribuer tous les agents intervenant dans les dépenses de santé, offreurs et demandeurs, à l'effort nécessaire.

Le premier principe devrait cependant connaître une exception, dans la mesure où il est question, comme on le sait, de faire prendre en charge par les compagnies d'assurances les soins nécessaires pour les accidentés automobiles.

Le second principe — limiter la croissance des dépenses à celle du produit national brut — ne peut avoir de valeur que psychologique. C'est en effet une idée choc qui, nous semble-t-il, a le seul avantage de frapper les esprits. Mais en termes économiques, c'est une absurdité. On peut le dire sans crainte des mots. La hausse d'autres types de consommation est également supérieure au taux d'augmentation du produit national brut. La part de la richesse nationale que l'on veut consacrer à la politique de santé résulte d'un choix de société. Son évolution obéit, dans une large mesure, à des règles étrangères à l'activité économique.

Pour mettre en cause l'ensemble des agents qui contribuent à la dépense de santé, ont été touchés essentiellement les assurés, les médecins libéraux, et surtout l'hôpital.

Les assurés ont été appelés à payer une cotisation supplémentaire.

Pour les médecins, les tarifs conventionnels ont été bloqués jusqu'à la discussion d'une nouvelle convention établie sur la base d'un système d'enveloppe globale qui reste encore à déterminer, mais qui consisterait à lier la hausse des tarifs au freinage du nombre des actes. Cette perspective, comme on le sait, inquiète profondément le corps médical qui a fait grève dans la journée du 23 octobre.

Pour les hôpitaux publics, les mesures prises peuvent s'analyser ainsi :

— *en 1979 tout d'abord, pas de budget supplémentaire pour les hôpitaux publics et strict respect des autorisations de dépenses ouvertes par les budgets primitifs approuvés en début d'année ;*

— *récupération de la plus grande partie des avances consenties par les caisses primaires d'assurance maladie, de façon à geler les recettes obtenues sur la base d'une augmentation d'activité imprévue ;*

— *suspension et réexamen des investissements pour les ramener au strict nécessaire dans le but d'éliminer les surcoûts de fonctionnement induits par la mise en service d'équipements nouveaux.*

— *En 1980, les dépenses des établissements de soins devront évoluer comme le produit intérieur brut (11,8 %) et les investissements nouveaux devront être neutres sur le plan du coût de fonctionnement. Les budgets de 1980 seront établis sur la base des budgets primitifs pour 1979.*

Par ailleurs, les tarifs des cliniques privées ont été bloqués.

Ces directives ont été précisées, au cours du mois de septembre 1979, par voie de circulaires (circulaire du 4 septembre relative aux investissements, circulaire du 15 septembre relative aux budgets pour l'exercice 1980, circulaire du 17 septembre relative au respect des budgets primitifs pour 1979).

Interrogé par votre Commission, M. Farge, secrétaire d'Etat à la Sécurité sociale, a apporté quelques précisions sur l'application de ces mesures. Pour 1979, malgré l'interdiction des budgets supplémentaires, 250 demandes de dérogation environ sont examinées avec attention — et, paraît-il, bienveillance — par l'administration centrale. Les sommes en jeu ne représenteraient que 1 % de l'ensemble des budgets hospitaliers publics pour 1979. Pour l'exercice 1980, la rigueur du taux d'accroissement des budgets autorisé (11,8 %) sera temporisée dans la mesure où ne seront prises en compte dans l'enveloppe ni les dépenses engendrées par l'application à l'ensemble des hôpitaux de la prime de 13 heures précédemment attribuée aux seuls personnels de l'assistance publique (arrêté du 6 septembre 1978), ni les dépenses nouvelles entraînées par la création

de S.A.M.U. ou l'installation de centres d'appel des urgences (Centre 15). Enfin, s'agissant des investissements, d'une part il n'est pas question de remettre en cause les opérations engagées, d'autre part les programmes d'humanisation ne font l'objet d'aucune restriction.

Quoi qu'il en soit, les responsables hospitaliers sont aussi émus que les médecins libéraux des mesures prises par le Gouvernement qui les concernent.



Votre Rapporteur du budget de la Santé ne peut se désintéresser du plan du 25 juillet, bien qu'il soit sans incidence directe sur les crédits budgétaires, car nous sommes amenés à nous demander si, dans ces conditions nouvelles, la qualité des soins peut être assurée.

Les observations qui suivent seront limitées à l'hôpital public. Il est prématuré de se prononcer sur le sort réservé à la médecine de ville, dans la mesure où les conditions dans lesquelles s'appliquera l'enveloppe globale restent encore indéfinies.

Notre réflexion sera axée autour de l'idée suivante : en ce qui concerne les dépenses hospitalières, le Gouvernement a placé un garrot pour arrêter l'hémorragie. Mais si le garrot reste trop longtemps le malade risque de mourir. Il faut donc remplacer le garrot par une thérapeutique adéquate.



Il importe certes de chercher les moyens de freiner la dépense hospitalière, mais en sauvegardant la qualité des soins et en maintenant autant que possible l'autonomie des conseils d'administration. Ces objectifs doivent être atteints grâce à une meilleure planification et une meilleure gestion.

A. — UNE MEILLEURE PLANIFICATION

Une meilleure planification impose tout d'abord l'adaptation des capacités d'accueil aux besoins, mais aussi l'adaptation des services ainsi que des installations thérapeutiques ou de diagnostic.

1. Les capacités d'accueil : combler les insuffisances de la carte sanitaire.

En ce qui concerne les capacités, nous n'insisterons pas longuement dans la mesure où la question a été traitée par notre Commission à l'occasion de l'examen du projet de loi relatif à l'équipement hospitalier. Votre Commission, à propos de ce texte, a insisté sur la nécessité d'une bonne connaissance par l'administration des moyens existant dans l'ensemble des établissements hospitaliers, qu'il s'agisse des services actifs de moyen séjour ou de long séjour.

La révision de la carte sanitaire de médecine, gynécologie, obstétrique, doit être accélérée. La carte hospitalière du moyen séjour doit être enfin élaborée. En ce qui concerne le long séjour, il importe d'élargir la planification au secteur social et de tenir compte des services offerts par la politique de maintien à domicile, ainsi que nous l'avons déjà souligné dans la deuxième partie du présent avis.

2. L'orientation des services et le choix des installations : pour une programmation concertée.

L'adaptation des structures de l'hôpital ne doit pas se limiter aux capacités et aux équipements lourds, seuls concernés par la planification sanitaire actuelle.

Il faut aussi prendre en considération la nature et l'implantation des services. Or, on constate actuellement une spécialisation désordonnée des services, liée à la qualité des chefs de service. En effet, les jeunes médecins hospitaliers, formés dans les centres hospitaliers universitaires, sont tentés, lorsqu'ils sont affectés dans un hôpital général, de spécialiser le service qui leur est confié en fonction de leurs aptitudes et des recherches auxquelles ils se consacrent, ce qui entraîne des dépenses d'équipement parfois inutiles eu égard aux besoins.

Pour éviter les effets injustifiés de ces pratiques, il serait souhaitable que soit instaurée, selon des procédures à définir, non seulement au niveau de chaque établissement mais encore à un niveau

plus élevé, départemental ou plutôt régional, une programmation convenable des services et des équipements médicaux et de diagnostic, au-delà de la panification des équipements lourds actuellement prévus par la loi hospitalière.

Pour parvenir à ce résultat, la contribution active des médecins eux-mêmes est indispensable ; les commissions consultatives médicales (C.C.M.) pourraient jouer un rôle privilégié.

B. — UNE MEILLEURE GESTION

Il serait certainement abusif de prétendre que les hôpitaux publics sont mal gérés.

Si les dépenses ont augmenté, jusqu'en juillet 1979, de plus de 20 %, c'est-à-dire deux fois plus vite que les prix, il existe des facteurs de hausse indépendants de la qualité de la gestion à proprement parler. La durée de séjour a tendance à diminuer. Mais le nombre d'admissions augmente ; la densité des soins s'intensifie. De nouveaux moyens de traitement et de diagnostic entraînent des coûts de fonctionnement plus élevés ; la qualification du personnel s'accroît ; l'humanisation pèse sur les coûts.

Cependant, indépendamment des surcapacités, des économies peuvent certainement être réalisées. Mais il est très difficile d'évaluer les économies possibles, sur les dépenses de personnels et sur les soins, grâce à une meilleure organisation : les instruments de gestion font défaut, la politique budgétaire n'est pas assez rigoureuse.

Il faudrait surtout générer de nouveaux comportements, tant chez les gestionnaires que chez les médecins.

Sans prétendre faire l'analyse complète des problèmes extrêmement complexes posés par la gestion de l'hôpital public, nous formulerons quelques observations autour de deux thèmes. Une certitude d'abord : l'établissement d'un budget vérité doit être recherché. Une question ensuite : la réforme de la tarification n'est-elle pas une fausse solution ?

1. Pour un budget de vérité.

• Les développements récents de la politique hospitalière, la polémique entretenue autour du plan du 25 juillet, font apparaître au grand jour que *les budgets hospitaliers ne sont ni élaborés ni exécutés dans des conditions satisfaisantes.*

En simplifiant, on peut dire que la pratique courante consiste à appliquer aux dépenses de l'exercice en cours le pourcentage d'aug-

mentation autorisé pour l'exercice à venir par la circulaire ministérielle qui, chaque année, tend à plafonner l'accroissement des budgets hospitaliers. Bien entendu, il faudrait nuancer le propos. On sait que de nombreuses dérogations de dépassement du pourcentage officiel de hausse sont autorisées par la tutelle. Ainsi, 50 % environ des hôpitaux publics ont bénéficié d'une dérogation pour la fixation des budgets prévisionnels 1979.

Il n'en demeure pas moins que les budgets prévisionnels ne sont pas établis pour être réellement exécutés tels quels. Car la pratique des budgets supplémentaires demandés en cours d'année s'est généralisée. On compte sur le budget supplémentaire pour accorder recettes et dépenses, soit en augmentant le prix de journée si les prévisions d'activité ont été surévaluées, soit en obtenant le droit de couvrir les dépenses nouvelles par les recettes supplémentaires dégagées par une activité supérieure aux prévisions.

Ainsi, cette soupape du budget supplémentaire n'incite ni à établir correctement le budget prévisionnel, ni à en suivre scrupuleusement l'exécution.

Ces pratiques budgétaires sont peu rigoureuses. Mais il faut dire que l'Etat lui-même donne un exemple fâcheux en multipliant en cours d'exercice les lois de finances rectificatives.

• *Pour qu'une prévision soit tenue, il faut qu'elle ait été bien faite. Il importe donc d'établir un budget prévisionnel digne de ce nom, un budget « vérité », pour qu'il puisse être rigoureusement exécuté.*

Cet objectif ne peut être atteint que sur la base d'une connaissance approfondie des coûts et moyennant une évaluation correcte de l'activité.

Le budget de l'établissement doit donc être préparé, puis son exécution doit être suivie, dans chaque service, ou dans chaque unité de production dans l'hypothèse d'un regroupement de certains services au sein du département, qui semble être préconisé. Cette *décentralisation de la procédure d'élaboration et de suivi du budget* est, en outre, indispensable pour intéresser l'ensemble des ordonnateurs (médecins, infirmières, etc.) à la gestion de l'hôpital. Ainsi, peut être déterminé le point de rencontre entre la rentabilité des soins en termes de santé et leur rentabilité en termes de coût, l'objectif économique devant rester subordonné à l'objectif primordial de la qualité des soins.

• L'établissement et le suivi d'un budget « vérité » suppose également de *véritables indicateurs de gestion* : tableaux de bord, profils par type de maladie, par types de services. Un système d'évaluation de la qualité des soins (rapport coût/efficacité) devrait être imaginé

et mis en place par les thérapeutes eux-mêmes. L'informatique offre les moyens techniques. Manque encore la volonté politique.

Un tel appareillage statistique n'existe qu'à l'état embryonnaire, sauf dans certains établissements ou groupes d'établissements (à l'Assistance publique de Paris, par exemple) qui ont également tenté des ébauches de budgets de services. On peut donc craindre que la rigueur budgétaire préconisée par le Gouvernement pour 1980 reste assez théorique.

• Enfin, le budget « vérité » exige que ne soient pas incorporés dans les budgets prévisionnels les résultats excédentaires ou déficitaires des exercices antérieurs, afin de ne pas fausser les prévisions. La pratique actuelle de l'incorporation des déficits dans les budgets ultérieurs présente en outre l'inconvénient de retirer toute sanction à la mauvaise prévision ou à la mauvaise gestion. Certes, l'hôpital qui remplit une mission de service public ne saurait être considéré comme une entreprise privée. Cependant, ne pourrait-on imaginer des systèmes plus incitatifs à la bonne gestion ? Les excédents superflus par rapport aux dépenses pourraient être, dans une certaine mesure, gelés. Les déficits pourraient être apurés dans l'immédiat grâce à des avances des organismes financeurs (assurance maladie, Etat, collectivités locales ?), avances consolidables s'agissant de couvrir des dépenses imprévisibles ou inévitables — hausse des rémunérations, hausses des coûts, morbidité — récupérables dans les autres cas. Si la récupération s'avère impossible, si les déficits injustifiés s'accumulent, preuve d'une mauvaise prévision, l'administration devrait envoyer sur place une mission de contrôle, délégation de la mission d'assistance technique nouvellement créée, par exemple.

• Reste à s'interroger sur l'opportunité du taux maximal de progression des budgets hospitaliers imposé par voie de circulaire. Considéré plutôt comme un minimum que comme un plafond, et donc détourné par là même de son objectif, gênant dans l'élaboration des budgets prévisionnels, fréquemment outrepassé par dérogation, doit-il être maintenu ? Notre réponse ne peut être positive qu'à la condition d'une application souple, la tutelle appréciant la situation de chaque établissement au cas par cas pour autoriser tantôt un taux de progression inférieur au plafond, tantôt un taux supérieur, moyennant un contrôle rigoureux des budgets.

3. La réforme de la tarification : une fausse solution ?

On doit se demander si l'instauration d'une nouvelle rigueur budgétaire, condition d'une gestion plus efficace, n'est pas indifférente au mode de tarification des dépenses hospitalières opposé aux différents payeurs (malades, régimes d'assurance maladie et aide

sociale). Certes, le prix de journée en vigueur comporte des défauts. Mais les systèmes nouveaux en cours d'expérimentation, en application de la loi du 4 janvier 1978, n'en sont pas exemptés. Aucun système jusqu'alors connu n'est idéal en lui-même. Tout dépend de la manière dont il est appliqué. Prochainement appelé à trancher sur la réforme de la tarification attendue depuis plus de dix ans et prévue par la loi hospitalière du 31 décembre 1970, le Parlement ne doit pas se laisser enfermer dans le dilemme « budget global ou prix de journée éclaté ».

• Indépendamment des pratiques budgétaires laxistes qui viennent d'être critiquées, *le système du prix de journée classique présente deux défauts :*

— il incite à prolonger la durée de séjour des malades pour obtenir à l'établissement des recettes supplémentaires ;

— il ne contraint pas en lui-même à une analyse rigoureuse des coûts.

Les systèmes de rechange en cours d'expérimentation répondent chacun à l'une de ces critiques : le budget global ne lie plus les ressources à l'évolution de l'activité en cours d'exercice ; le prix de journée éclaté oblige à une meilleure identification des coûts hospitaliers.

Nous parvenons, fin 1979, à l'issue du délai fixé pour l'expérience à deux ans par la loi du 4 janvier 1978. Le ministère de la Santé, quoique favorable au budget global, semble décidé à prolonger et à élargir le test de validité des deux systèmes avant de prendre une décision. Cette position paraît sage dans la mesure où l'on ne peut pas encore dégager d'enseignement définitif à partir d'une expérimentation qu'il a fallu le temps de mettre en place et qui ne concerne qu'un nombre limité d'établissements. Il est permis, cependant, de porter une appréciation.

• *Le prix de journée éclaté* consiste à tarifier séparément :

— un forfait d'admission ;

— un prix de journée d'hébergement (frais d'administration générale, d'hôtellerie) ;

— un prix de journée soins courants, établi par service, englobant les dépenses de personnel médical, avec suppression de la masse des honoraires ;

— les examens de laboratoire, de radio, les interventions chirurgicales, les produits sanguins, tarifés en principe au coût réel.

Il s'agit donc d'un affinement du prix de journée classique.

Les inconvénients sont les suivants :

- la complexité de la tarification ;
- le caractère encore très global du prix de journée d'hébergement ;
- le fait que le forfait d'admission ne semble pas constituer un amortisseur suffisant de l'incitation à l'activité.

• Dans le système du *budget global*, formule plus novatrice, l'établissement perçoit chaque mois le douzième du montant des recettes prévues au budget de l'exercice.

L'idée d'enveloppe globale à respecter est sous-jacente, avec cependant la possibilité d'une revalorisation de la dotation en cas de dépenses imprévisibles et inévitables. Ce mode de tarification serait un bon instrument de gestion, car il obligerait la préparation à la base, dans les services, d'un budget prévisionnel sérieux. Il suppose l'instauration d'un système de caisse-pivot — une par grand régime d'assurance maladie actuellement — servant d'intermédiaire entre l'établissement et les différentes caisses. Il ne peut être généralisé sans l'institution d'un ticket modérateur forfaitaire, ce qui n'a pas été fait dans l'expérience en cours et oblige au maintien parallèle du calcul du prix de journée traditionnel.

Le système du budget global présente un certain nombre de risques :

— l'hôpital public, soumis à un mode de tarification très différent du secteur privé serait isolé. Les comparaisons entre établissements publics et privés deviendraient impossibles. Chaque malade ignorerait le coût de son séjour et de son traitement ;

— les relations entre le conseil d'administration, l'autorité de tutelle et la Sécurité sociale étant mal définies, plane, aggravée par le système de caisse-pivot, la menace d'une mise en tutelle des établissements par les organismes d'assurance maladie ;

— enfin, le budget global ne garantit pas en tout état de cause une gestion rigoureuse. Le laxisme est possible sans contrôle en cas de surévaluation des dépenses dans le budget prévisionnel. L'obtention d'une dotation supplémentaire n'est pas *a priori* plus difficile que le vote d'un budget supplémentaire avant l'intervention du plan du 25 juillet. La suppression de tout lien entre l'activité de l'hôpital et le montant de la dotation mensuelle n'est peut-être pas finalement souhaitable.

• *Pourrait-on imaginer un système hybride présentant les avantages mais non les inconvénients des deux systèmes expérimentés ? Il faut y réfléchir.*

On doit retenir des deux expériences :

— dans les mécanismes : la suppression de la masse des honoraires ;

— dans l'esprit : l'idée d'un budget prévisionnel bien fait, préparé à la base, rigoureusement exécuté.

Ainsi, dans l'hypothèse du maintien d'un système de tarification à la journée, avec éventuellement une décomposition du prix de journée, pourrait-on prévoir des mécanismes permettant de réguler dépenses et recettes en cas de dérapage des prévisions et d'éviter les défauts du système actuel.

Pour empêcher l'incitation à la prolongation des durées de séjour, les recettes excédentaires consécutives à une activité supérieure aux prévisions pourraient être partiellement gelées ; les coûts fixes de l'hôpital représentant environ 80 à 85 % et les coûts variables 15 à 20 %, l'établissement pourrait garder la part de recettes supplémentaires servant à couvrir les dépenses engendrées par le surplus d'activité (15 à 20 % du prix de journée). Cette somme pourrait être éventuellement majorée d'une sorte de bonus restant à la disposition de l'établissement, comme incitation à la bonne gestion. Le reste serait récupéré par les organismes payeurs.

Le problème des déficits de gestion devrait être réglé comme il a été exposé plus haut.

De tels mécanismes, à affiner et à préciser, représenteraient certes pour les conseils d'administrations des contraintes, mais peut-être moins d'atteinte à leur autonomie que le budget global.

..

Les observations et suggestions exprimées ci-dessus ne sauraient représenter qu'une modeste contribution aux réflexions nourries par le problème de la tarification de l'hôpital public et, plus généralement, de sa gestion.

La réforme de la tarification quoique ardemment attendue, doit être menée avec une grande prudence, et sans esprit d'aventure ni de novation à tout prix.

CONCLUSION DE LA TROISIÈME PARTIE

La meilleure utilisation du potentiel hospitalier passe, avant tout, par un inflexissement des comportements, tant des responsables administratifs de l'hôpital que des médecins hospitaliers. Il faut reconnaître que dans cette perspective les mesures décidées le 25 juillet, si draconiennes et si à courte vue qu'elles paraissent, n'en ont pas moins l'avantage de frapper les esprits et d'alimenter la réflexion. Mais nulle politique de redressement ne pourra réussir si elle n'est conçue avec la participation de ceux-là mêmes qui doivent l'appliquer sur le terrain.

Certes, l'aménagement plus rationnel des structures de l'hôpital et la mise en place de moyens de gestion nouveaux entraîneront vraisemblablement des dépenses supplémentaires. L'assainissement à long terme suppose un coût supplémentaire à court terme. Certes aussi, les facteurs structurels qui poussent à la dépense de santé — progrès technique, qualification croissante du personnel, augmentation de la demande résultant de l'élargissement de la protection sociale — continueront de jouer quels que soient par ailleurs les efforts pour une meilleure planification et pour une meilleure gestion. Mais ce n'est qu'une raison de plus pour accentuer ces efforts.

EXAMEN EN COMMISSION

• La Commission a entendu M. Jacques Barrot, ministre de la Santé et de la Sécurité sociale, ainsi que MM. Hoeffel et Farge, secrétaires d'Etat auprès du ministre de la Santé et de la Sécurité sociale, sur le projet de loi de finances pour 1980 (crédits du ministère de la Santé), le mardi 23 octobre 1979.

A travers un bref exposé, M. Barrot a montré comment les dépenses de son Ministère traduisaient la continuité de la politique menée au cours des dernières années, en même temps que la résolution de développer plus encore un certain nombre d'actions volontaristes.

Il a notamment indiqué la nécessité de mieux cerner l'évolution des dépenses de santé.

Votre Rapporteur a regretté que la marge de manœuvre dont dispose le Ministre ne lui permette pas toujours d'atteindre ses objectifs. Il s'est inquiété de l'augmentation très sensible des dépenses d'aide sociale qui donne plus de poids aux thèses défendues par la commission des Affaires sociales dans le cadre de la loi sur le renforcement des responsabilités des collectivités locales.

A la suite des interventions de votre Rapporteur, de MM. Labèguerie, Robert, Mézard, Louvot, Touzet, Henriet, Arnelin et Schwint, M. Barrot a indiqué notamment que la progression des dépenses d'aide sociale avait diminué sensiblement au cours des dernières années et que les crédits consacrés à l'humanisation des hôpitaux permettraient d'achever le programme prévu pour la fin de l'année 1981.

Il a également espéré que, rapidement, dans le cadre des dispositions de la loi de 1971, une convention soit signée entre les médecins et la Caisse nationale d'assurance maladie.

En ce qui concerne la tarification hospitalière, le Ministre a indiqué qu'une extension des expériences menées depuis 1978 était, selon lui, un préalable nécessaire au vote d'une loi définitive sur ce sujet.

Il a insisté, suivant en cela M. Robert, sur le lien évident entre le développement des soins à domicile aux personnes âgées et un examen attentif des capacités hospitalières.

En réponse à un certain nombre d'intervenants, il a précisé que la suspension de la vaccination antivariolique permettrait, dans l'avenir, de renforcer les autres vaccinations. Inquiet, avec M. Mézard, de la dégradation de la production française de matériel sanitaire, il a manifesté son intention d'entreprendre une étude approfondie sur ce point.

Il a enfin rejoint un certain nombre d'orateurs sur la nécessité de développer les efforts en faveur de la santé scolaire, de la politique de prévention sanitaire et d'une politique familiale dynamique.

M. Hoeffel, secrétaire d'Etat auprès du ministre de la Santé et de la Sécurité sociale, a alors répondu au souhait de certains commissaires en décrivant précisément l'évolution récente des dépenses d'aide sociale.

M. Farge, secrétaire d'Etat auprès du ministre de la Santé et de la Sécurité sociale, est revenu sur les dispositions prises à l'égard des budgets des établissements hospitaliers publics en rappelant les causes et les conséquences des dispositions arrêtées au mois de juillet dernier.

• La Commission a examiné le présent avis le mercredi 14 novembre 1979.

Après l'exposé de votre Rapporteur, M. Henriet est intervenu pour s'inquiéter de l'évolution de la dépense hospitalière qui, selon lui, ne peut que se prolonger. En forme de boutade, il a considéré que seule la privatisation de l'hôpital public pourrait constituer une solution définitive à l'accroissement de la dépense hospitalière.

M. Durbec a indiqué à M. Henriet que sans aller si loin, il conviendrait peut-être d'adopter dans la gestion hospitalière des techniques de gestion empruntées au secteur privé.

M. Moreigne a reproché à votre Rapporteur pour avis de vouloir à tout prix écarter les personnes âgées des établissements psychiatriques.

Votre Rapporteur a répondu qu'il ne s'agissait pas d'une élimination systématique mais simplement de la nécessité d'apporter aux personnes âgées des soins ou une assistance réellement adaptés à leur état.

La Commission a alors adopté le présent avis et les conclusions de votre Rapporteur tendant à donner un avis favorable à l'adoption des crédits du ministère de la Santé.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Votre commission des Affaires sociales insiste sur l'inquiétude que lui inspire la régression des crédits destinés à l'équipement hospitalier dans le budget pour 1980.

A propos de la politique en faveur des personnes âgées :

— elle demande au Gouvernement d'étudier les conditions d'une meilleure coordination des intervenants dans la politique de maintien à domicile et souligne la nécessité d'une concertation entre les collectivités locales et les régimes vieillesse pour l'aide ménagère ;

— elle recommande l'instauration d'une programmation de l'investissement dans le cadre d'une carte du long séjour élargie à l'hébergement social ;

— elle souhaite la définition de structures adaptées aux besoins, notamment en matière de gérontopsychiatrie.

A propos de l'hôpital :

— Votre Commission insiste sur l'urgence de combler les insuffisances de la carte sanitaire ;

— elle préconise, au-delà des mesures circonstanciées du plan de redressement du 25 juillet, et indépendamment du problème de la tarification, la mise en œuvre de moyens nouveaux pour modifier les comportements des gestionnaires et des médecins, associés à la réflexion, dans le sens d'une meilleure utilisation du potentiel hospitalier.



Sous le bénéfice des observations contenues dans le présent avis, votre Commission a donné un avis favorable aux crédits de la Santé prévus par le projet de loi de finances pour 1980.

ANNEXE N° 1

NOTE RELATIVE AU FINANCEMENT DES OPERATIONS D'EQUIPEMENT SANITAIRE

Il faut distinguer deux catégories d'opérations :

- 1° Les opérations de reconstruction d'établissements ou de services.
- 2° Les opérations d'humanisation.

1° *Les premières* sont en principe financées à 40 % par l'Etat sous forme de subvention, la Sécurité sociale accordant des prêts sans intérêt pour 30 % de la dépense, et le reste soit 30 % est financé par la Caisse des dépôts et consignations ou des établissements financiers similaires (caisses d'épargne, Crédit mutuel, etc.) sous forme de prêt avec intérêt.

Toutefois, il arrive que l'Etat subventionne à moins de 40 %, si un autre organisme public accorde également une subvention : établissement public régional, collectivité locale, l'établissement hospitalier lui-même par ses fonds propres.

Il faut préciser en outre que pour les hôpitaux types et les composants hospitaliers types l'Etat fait l'avance de la totalité de la dépense, et se fait rembourser ensuite par l'établissement la différence entre la dépense totale et la subvention à 40 % ce qui constitue une aide de trésorerie non négligeable pour certains hôpitaux.

2° *Pour les opérations d'humanisation*, la participation de l'Etat peut être modulée depuis le 1^{er} janvier 1979 entre 20 et 40 % de façon à ce qu'on arrive sur l'ensemble des opérations à un taux moyen de 30 %, toutes sources de subvention confondues. Cette modulation doit se faire en fonction de la situation financière des établissements. Toutefois, le taux de 40 % devra obligatoirement être retenu pour les opérations associant plateau technique et hébergement.

Ces opérations sont également financées jusqu'à présent à 30 % par la Caisse nationale d'assurance maladie sous forme de prêt sans intérêt. Mais dans deux cas, celle-ci peut ajouter éventuellement une aide supplémentaire exceptionnelle de 10 % :

- si l'opération concernée bénéficie d'une participation complémentaire en capital de 10 %, n'ayant aucune incidence sur le prix de journée ;
- si une collectivité locale ou l'établissement public régional prend à sa charge le remboursement des intérêts d'un emprunt représentant en capital 20 % au moins de la dépense totale.

Pour la Caisse nationale d'assurance vieillesse qui n'apporte son concours que pour les opérations de type traditionnel dans les établissements ou services réservés aux personnes âgées, le taux de participation est modulé entre 15 et 30 % de la dépense selon le nombre de ressortissants de la caisse vieillesse hébergés dans l'établissement ; si ce nombre est inférieur à 30 %, l'aide n'est pas accordée. En outre, la participation de la Caisse nationale d'assurance vieillesse est au plus égale à celle de l'Etat, des régions, départements et collectivités locales réunis, sans pouvoir dépasser 30 %.

ANNEXE N° 2

**NOTE SUR L'EXÉCUTION DU P.A.P. N° 15 :
MAINTIEN A DOMICILE DES PERSONNES AGÉES**

Ce programme, qui a pris le relais du programme finalisé du VI^e Plan, permet d'aider les collectivités ou associations prêtes à faire fonctionner de manière coordonnée, dans un secteur géographique déterminé, des services destinés aux personnes âgées afin de faciliter leur maintien à domicile et leur meilleure insertion sociale.

I. — INDICATIONS D'ORDRE BUDGÉTAIRE

Le tableau ci-après indique le montant des crédits inscrits aux budgets de 1976 - 1977 - 1978 et 1979.

NOMENCLATURE BUDGÉTAIRE

Francs courants (millions)

Fonctionnement	1976	1977	1978	1979
Rémunération des délégués (31-42-10-33)	0,32	0,29	0,27	0,31
Frais de déplacement des délégués (34-41-10)	(1)	(1)	(1)	(1)
Stage de formation de personnels (43-33-20)	0,56	1,0	1,0	1,1
Action sociale en faveur des personnes âgées (47-21-40)	16,9	28,9	46,4	66,4
Etudes (57-91-40)	»	»	0,50	1,5
Equipement. — Equipements sociaux en faveur des personnes âgées (66-20-40)	48	49	53	48
Total	65,78	79,19	101,17	117,31

(1) Ne peut être déterminé.

Total des années 1976 à 1979 : 363,45

— Taux de consommation des crédits :

• action sociale en faveur des personnes âgées (47-21-40) : année 1977 = 88 %.

— Tableau de financement des crédits d'Etat du P.A.P n° 15.

Document de Plan (en millions de francs 1975) :

Action	Imputation budgétaire	Dotations à ouvrir au cours du VII ^e Plan				
		1976	1977	1978	1979	1980
Fonctionnement :						
Crédits de paiement	31-42-10-53	0,961	0,686	0,75	0,8	0,85
Rémunération des délégués .						
Frais de déplacement des délégués	34-41-10	0,185	0,257	0,28	0,3	0,32
Stages de formation de personnel	43-33-20-10	0,523	0,858	1,837	2,587	3,337
Action sociale personnes âgées	47-21-40-10	15,638	22,85	39,125	61,575	84,424
Etudes	57-91-40	0	0	0,8	1,2	1,2
Equipement :						
Autorisations de programme .	66-20-40	44,875	41,681	45,7	50,7	55,7
Crédits de paiement	»	44,875	41,681	45,7	50,7	55,7

— Taux d'exécution, année par année, en pourcentages (francs 1975).

Taux d'exécution budgétaire :

en 1 an
 $\frac{\quad}{\quad} = 12,49 \%$
 (1976)

en 2 ans
 $\frac{\quad}{\quad} = 26,36 \%$
 (1976 - 1977)

en 3 ans
 $\frac{\quad}{\quad} = 42,46 \%$
 (1976 - 1977 - 1978)

en 4 ans
 $\frac{\quad}{\quad} = 59,74 \%$
 (1976 - 1977 - 1978 - 1979)

— Taux d'exécution, année par année, en montants exprimés en francs courants et en francs 1975.

Rappel de la dotation prévue pour le P.A.P. 15 sur la période 1976-1980 en millions de francs 1975	Crédits obtenus par année pour l'ensemble des chapitres budgétaires en millions de francs							
	1976	1975	1977	1975	1978	1975	1979	1975
	480	65,78	59,96	79,19	66,60	101,17	77,28	117,31
	1976		1977		1978		1979	

II. — REALISATIONS

Ces crédits ont permis les réalisations suivantes au 31 décembre 1977.

	1977
1. Nombre de nouveaux secteurs créés (objectif = création de 440 secteurs entre 1976 et 1980)	146
2. Nombre de secteurs anciens complétés	63
3. Nombre de précontrats signés avec des associations de personnes âgées	177
4. Nombre de personnes ayant bénéficié d'une formation dans les centres agréés par le Ministère	337
5. Nombre de services de soins à domicile créés	27
6. Nombre de centres de liaison téléphonique créés	72
7. Nombre de logements améliorés (en sus de ceux ayant bénéficié des aides de droit commun relevant du ministère de l'Environnement)	3.500
8. Nombre de clubs créés	100
9. Nombre de foyers-restaurants créés	45
10. Services d'aide-ménagère créés	103
11. Services pour la pratique d'activités physiques mis en place	74
12. Services d'information mis en place	66
13. Services pour la pratique d'activités culturelles mis en place	54
14. Services de portage de repas à domicile créés	33
15. Services destinés à faciliter le rapprochement des générations mis en place	21
16. Services destinés à l'adaptation du logement aux handicaps du grand âge créés	16
17. Services de lavage de linge et gros travaux créés	42
18. Services de restauration diététique créés	8
19. Services de préparation à la retraite créés	13
20. Consultations de gérontologie sociale mises en place	4

Prévisions.

— Il a été prévu en 1978 :

- de créer 140 nouveaux secteurs ;
- de compléter : 70 secteurs anciens ;
- de signer 100 précontrats ;
- de faire bénéficier 315 personnes d'une formation dans l'un des centres agréés par le Ministère ;
- de créer : 100 clubs.

— Il a été prévu en 1979 :

- de créer 140 nouveaux secteurs ;
- de compléter 60 secteurs anciens ;
- de faire bénéficier 310 personnes d'une formation dans l'un des centres agréés par le Ministère.



Le déroulement du programme se poursuit normalement. Les secteurs nouveaux sont créés à un rythme plus rapide que prévu : c'est ainsi que pour 1978 et 1979, 140 secteurs doivent être réalisés chaque année. Le nombre de secteurs du VI^e Plan complétés sera par contre inférieur aux premières estimations (70 en 1978 et 60 en 1979).

L'aide ménagère et les clubs (essentiellement en milieu rural) connaissent toujours un développement rapide ; il convient de plus de souligner le succès des activités physiques et culturelles ainsi que la mise en place de services d'information.

Les mesures prises en octobre 1977 par le secrétariat d'Etat aux P.T.T. (exonération de la taxe de raccordement en faveur des personnes âgées titulaires du Fonds national de solidarité : priorité d'installation accordée aux personnes âgées de plus de soixante-cinq ans et super-priorité d'installation en faveur des personnes âgées de plus de quatre-vingts ans), puis l'annonce faite de la création à partir de 1980 d'un réseau national de télé-alarmer pour personnes âgées, entraîneront une diminution des actions se rapportant au téléphone.

La loi du 4 janvier 1978 complétée par deux circulaires, l'une du 20 mars 1978 et l'autre du 29 décembre 1978 portant de 45 à 60 F le plafond de prise en charge journalière, doit permettre aux services de soins à domicile, qui n'existaient jusqu'alors que sous une forme expérimentale, de se développer.

Compte tenu des problèmes posés par certains des 13 centres de jour programmés, il a été décidé de ne pas en créer de nouveaux.

Le vigoureux effort de formation et d'information entrepris a abouti à la signature de nombreux précontrats (177 en 1977), ce qui illustre de façon indiscutable la volonté de participation des personnes âgées.

ANNEXE N° 3

NOTE SUR L'APPLICATION DE LA LOI N° 78-11 DU 4 JANVIER 1978

1. SERVICES DE SOINS A DOMICILE

La loi n° 78-11 du 4 janvier 1978 modifiant et complétant certaines dispositions de la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales fournit un support juridique aux soins à domicile. L'article premier les insère, en effet, au titre de maintien à domicile, parmi les institutions sociales et médico-sociales. L'article 4 rend possible la prise en charge sous forme forfaitaire des dépenses de soins paramédicaux dispensés par des professionnels de statut libéral ou salarié dans le cadre d'une action médico-sociale de maintien à domicile exercée par ces institutions.

Une circulaire ministérielle du 20 mars 1978 a précisé les conditions dans lesquelles peuvent être créés des services de soins au domicile des personnes âgées et les modalités de prise en charge des frais de soins par les organismes d'assurance maladie.

Le forfait journalier payé par les organismes de sécurité sociale (et retenu pour les bénéficiaires de l'aide médicale par les directions départementales) pendant la durée de prise en charge et fixé en fonction des éléments prévisionnels fournis par le service de soins, ne doit pas être supérieur à un forfait plafond fixé pour l'année 1979 à 60 F. Il avait été arrêté pour 1978 à 45 F.

Au premier juin 1979, vingt et une conventions étaient signées avec les organismes d'assurance maladie, six conventions devaient être passées prochainement et une enquête rapide permettait de recenser 35 à 40 projets.

2. APPLICATION DU FORFAIT SOINS DANS LE SECTEUR SANITAIRE

Certaines dispositions du titre II de la loi du 4 janvier 1978 complétant la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière ont précisé la vocation des centres de long séjour. Ils ont pour mission principale d'assurer l'hébergement de personnes n'ayant plus leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien.

A également été précisé le mode de tarification des services rendus qui doit comporter deux éléments relatifs l'un aux prestations de soins fournies, l'autre aux prestations d'hébergement. Les soins sont facturés de façon forfaitaire avec un plafond fixé à 83 F pour 1979. Ce système nouveau de tarification se met progressivement en place.

3. APPLICATION DU FORFAIT SOINS DANS LE SECTEUR SOCIAL

La loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales a prévu en son article 27 que les dépenses afférentes aux soins médicaux dispensés dans les établissements sociaux seront prises en charge, éventuellement suivant des formules forfaitaires, par les régimes d'assurance maladie ou par l'aide sociale.

Les dispositions de cette loi ont été complétées par celles de la loi n° 78-11 du 4 janvier 1978. Celle-ci précise les conditions dans lesquelles les dépenses de soins exposées dans certains établissements sociaux pourront être prises en charge de manière forfaitaire.

Ces conditions ont été fixées par trois décrets du 29 mars 1978 publiés au *Journal officiel* du 1^{er} avril :

- le décret n° 78-477 qui fixe les conditions dans lesquelles ces dépenses seront prises en charge par les régimes d'assurance maladie ;
- le décret n° 78-478 qui fixe les modalités suivant lesquelles seront déterminés les forfaits soins ;
- le décret n° 78-479 qui prévoit que les dépenses afférentes aux soins dispensés aux personnes âgées non assurées sociales seront prises en charge par l'aide sociale.

Ces dispositions ont été précisées par deux circulaires du 8 novembre 1978.

Les établissements (maisons de retraite, hospices et logements-foyers) peuvent soit assurer des soins courants à l'ensemble de leurs pensionnaires soit, si l'état de certains d'entre eux le justifie créer une section de cure médicale ainsi que le prévoit le décret n° 77-1289 du 22 novembre 1977.

Les dépenses de soins varient de façon sensible d'un établissement à l'autre suivant le choix effectué et l'importance de la section de cure médicale qui est éventuellement créée.

Les dépenses de soins couvertes par les forfaits comprennent aux termes du décret du 29 mars 1978 :

- au titre des soins courants, les sommes afférentes à la rémunération du ou des médecins chargés de la surveillance médicale de l'établissement, à celle des infirmiers et aides-soignants qui dispensent les soins courants et à l'achat des médicaments et produits usuels nécessaires aux soins ;
- au titre des soins donnés aux personnes admises dans la section de cure médicale, les sommes afférentes à la rémunération des médecins, infirmiers et autres auxiliaires médicaux ainsi que les aides-soignants affectés à cette section, à l'achat des médicaments et produits usuels correspondants à l'objet de cette section et éventuellement à la fourniture de petit matériel médical et à l'amortissement des aménagements nécessaires pour dispenser les soins dans ladite section.

Un certain nombre d'établissements ont demandé à bénéficier de ces forfaits en 1979. Il est néanmoins trop tôt pour dresser un bilan précis.

D'après les renseignements communiqués les plafonds de coûts journaliers prévus (6,60 F pour les soins courants et 44 F en section de cure médicale) ne sont que rarement dépassés.

4. CAPACITÉ D'HÉBERGEMENT POUR LES PERSONNES AGÉES VALIDES ET INVALIDES

Etablissements	Valides		Invalides		Total des lits
	Pourcentage	Nombre de lits	Pourcentage	Nombre de lits	
Section hospices et maisons de retraite des hôpitaux généraux	61,8	98.583	38,2	60.937	159.520
Hospices et maisons de retraite autonomes	76,2	74.511	23,8	23.272	97.783
Total public	67,3	173.094	32,7	84.209	257.303
Maisons de retraites privées ..	73,2	74.298	26,8	27.002	101.500 (31-12-1975)

5. CRÉATION DE SECTIONS DE CURE MÉDICALE

Le décret n° 77-1289 du 22 novembre 1977 publié au *Journal officiel* du 26 novembre 1977 a déterminé les conditions de création des sections de cure médicale prévues par l'article 5 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 modifiée relative aux institutions sociales et médico-sociales. Une circulaire du 26 octobre 1978 en a précisé les modalités d'application.

Les sections de cure médicale peuvent être créées dans les maisons de retraite, les hospices publics ainsi que dans les logements-foyers dont la conception et l'organisation le permettent.

Toute création de section de cure médicale, même si elle ne se traduit pas par une augmentation de la capacité globale de l'établissement doit être soumise pour avis à la commission régionale des institutions sociales et médico-sociales.

Il est encore trop tôt pour connaître les résultats pour 1979. Néanmoins actuellement 6.000 à 7.000 lits ont été transformés en lits de sections de cure médicale.

6. MESURES ENVISAGÉES EN VUE D'UNE MEILLEURE COORDINATION DES EQUIPEMENTS ENTRE LE SECTEUR SANITAIRE ET LE SECTEUR SOCIAL

La circulaire du 26 octobre 1978 relative à la création dans les établissements d'hébergements pour personnes âgées de section de cure médicale appelle l'attention des préfets sur la nécessité d'une information mutuelle de la commission régionale de l'équipement sanitaire et de la commission régionale des institutions sociales et médico-sociales. Il est demandé que l'information soit diffusée le plus largement possible et que des réunions régulières entre les représentants de ces deux organismes soient tenues.

D'autres mesures sont actuellement à l'étude.