

N° 99

# SÉNAT

PREMIÈRE SESSION ORDINAIRE DE 1982-1983

Annexe au procès-verbal de la séance du 22 novembre 1982.

## AVIS

PRÉSENTÉ

*au nom de la commission des Affaires sociales (1), sur le projet de loi de finances pour 1983, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE.*

TOME II

### SOLIDARITÉ NATIONALE SANTÉ

Par M. Jean CHÉRIOUX,

Sénateur.

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

Voir les numéros :

Assemblée nationale (7<sup>e</sup> législ.) : 1083 et annexes, 1165 (annexes 1 et 2), 1166 (tome 1), et in-8° 260.

Sénat : 94 et 95 (annexe 2), (1982-1983).

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

## SOMMAIRE

	Pages
— Un découpage ministériel toujours contestable .....	3
— La santé, un nouveau lieu du débat politique .....	4
— La structure du fascicule budgétaire .....	6
— Les crédits globaux et leur progression .....	6
<b>PREMIÈRE PARTIE : LA SANTÉ</b> .....	<b>9</b>
<b>I. — Les crédits du ministère de la Santé</b> .....	<b>10</b>
• Les crédits globaux .....	10
• Les diverses dotations et leur évolution .....	11
1. <i>La prévention</i> .....	11
a) <i>Les dépenses obligatoires</i> .....	12
b) <i>Les programmes « volontaristes »</i> .....	13
2. <i>La rénovation de l'équipement hospitalier</i> .....	15
3. <i>La formation des professionnels de la santé</i> .....	16
4. <i>La recherche</i> .....	16
5. <i>La pharmacie, le médicament et le biomédical</i> .....	17
<b>II. — Un système de soins menacé</b> .....	<b>19</b>
• L'inquiétude des professionnels de la santé .....	19
• Un système de soins très équilibré .....	20
• Ébranlé par la tension croissante des rapports entre ministère et professionnels de Santé .....	20
<b>A. LES MENACES SUR L'EXERCICE LIBÉRAL</b> .....	<b>22</b>
1. <i>Le malaise des professions de santé : blocage des honoraires et accroissement des charges</i> .....	23
2. <i>Les atteintes à l'exercice libéral</i> .....	26
- La filière de santé publique dans le 3 <sup>e</sup> cycle .....	26
- L'art. 19 du projet Bérégovoy .....	26
- Le projet sur les urgences .....	27
<b>B. LES MENACES SUR LE FONCTIONNEMENT DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS</b> .....	<b>29</b>
1. <i>La situation actuelle des hôpitaux en 1982</i> .....	29
a) <i>Un ralentissement d'activité inquiétant</i> .....	29
b) <i>Un équilibre budgétaire fragile</i> .....	30
c) <i>De graves difficultés de trésorerie</i> .....	31
d) <i>De graves difficultés de personnel</i> .....	31
2. <i>Des perspectives dramatiques</i> .....	33
a) <i>Le budget de 1983</i> .....	33
b) <i>Des projets de réforme inquiétants</i> .....	35
- suppression du secteur privé .....	35
- réforme des études médicales .....	35
- modification du mode de tarification hospitalière .....	35
- projets concernant le département .....	37
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>40</b>

DEUXIÈME PARTIE : L'ACTION SOCIALE .....	42
I. — Les crédits du ministère des Affaires sociales .....	43
• Les crédits globaux .....	43
• Les principales dotations et leur évolution .....	44
1. <i>L'importance des dépenses obligatoires</i> .....	45
2. <i>La stagnation des crédits d'interventions sociales</i> .....	46
II. — Vers une remise en cause des modalités de l'action sociale .....	49
A. DES CHARGES CROISSANTES ET DES RÉSULTATS TOUJOURS INSATISFAISANTS .....	50
1. <i>L'aide à domicile : une situation encore insatisfaisante</i> .....	50
a) <i>Le cloisonnement des actions</i> .....	50
b) <i>Les inégalités qui demeurent</i> .....	51
2. <i>La politique médico-sociale à l'égard des personnes âgées : des intentions peu concrétisées</i> .....	54
a) <i>La circulaire du 7 avril 1982</i> .....	54
b) <i>La poursuite du développement des soins infirmiers</i> .....	56
B. LES RISQUES DE LA DÉCENTRALISATION DANS UNE CONJONCTURE DIFFICILE .....	57
CONCLUSION .....	61
TROISIÈME PARTIE : .....	62
— Travaux de la commission .....	63
— Audition des ministres .....	63
— Examen du rapport .....	72
— Annexe .....	75

Mesdames, Messieurs,

Bien que le Ministère de la Santé et le Ministère des Affaires Sociales soient autonomes et totalement indépendants en droit, les crédits dont ils disposent continuent de figurer dans un fascicule budgétaire commun rassemblant en conséquence l'ensemble des dotations du Ministère des Affaires Sociales, du Ministère de la Santé et du nouveau Ministère chargé de l'emploi.

La nouvelle répartition des compétences découlant des modifications dans la composition du Gouvernement intervenues successivement en mai 1981 et en juin 1982 n'a donc eu que peu d'incidences sur la structure du document budgétaire traditionnellement commun aux ministères sociaux. Cette continuité dans le changement, si elle a le mérite de reconnaître envers et contre tous **l'unité du secteur social**, n'en fait paraître que plus irrationnel l'actuel découpage ministériel. Nous avons déjà dans notre précédent avis dit notre étonnement devant cet **éclatement des structures**. Nous avons également exprimé nos craintes devant les risques d'incohérence et de mauvaise coordination de l'action à mener, à tous niveaux gouvernementaux et locaux.

Il nous avait été alors répondu, et nous l'avions signalé dans notre précédent avis budgétaire, que le rassemblement en un même lieu des divers Ministres, que l'existence de services communs en mêmes temps que le souci de cohésion et de consultations réciproques devaient faciliter la concertation.

Très modestement apaisés l'an passé, nous ne pouvons que voir se raviver aujourd'hui nos appréhensions en constatant qu'après le remaniement de juin 1982, et entre autres conséquences, le rassemblement des Ministres sur un même lieu n'a plus cours (1) et fait plus notable encore, que les propositions du nouveau Ministre des Affaires Sociales ne semblent pas emporter toujours la pleine adhésion du Ministre de la Santé...

En outre, si les intentions du Gouvernement en ce qui concerne les modalités de la répartition des compétences entre l'Etat et les collectivités locales, dans le domaine de l'action sanitaire et sociale, nous sont aujourd'hui mieux connues, nous ne pouvons que regretter une fois de

(1) Le Nouveau Ministre des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale et désormais installé à l'hôtel de Clermont.

plus que les dispositions envisagées ne soient pas débattues dès cette session par le Parlement et ce, alors même, qu'elles sont loin de résoudre tous les problèmes qui se posent et qu'elles appellent à terme une nouvelle loi supplémentaire. Il résultera de tout cela, un inévitable « flottement » dans l'action quotidienne des services et de grandes incertitudes pour les élus que nous sommes.

\*

\*

\*

Abordant l'an passé l'examen des crédits budgétaires alloués à la Santé et à l'action sociale, nous constatons qu'une nouvelle politique se mettait en place dont il nous semblait difficile de cerner encore les données et les implications.

N'entendant pas voir remis en cause un héritage sanitaire et social que nous estimions largement positif, et à la constitution duquel nous avons participé, nous avons alors manifesté notre inquiétude devant les déclarations faites et l'annonce des mesures envisagées. C'était le temps du « Tour de France » du Ministre de la Santé où chaque jour apportait sa manne de prises de position, de critiques, de promesses, de projets. Depuis, a été publiée la « Charte de la Santé » promise et ont été effectivement prises un certain nombre de décisions.

Qu'on le regrette ou non, **la Santé est devenue un lieu du débat politique** et un objet de discussion passionné dans l'opinion. Son enjeu n'est pas simplement financier. Jamais les professionnels ne se sont sentis autant concernés, ni aussi ébranlés et chacun aujourd'hui, notamment parmi eux, a pris conscience du coût des dépenses sanitaires et de la nécessité de leur maîtrise. On se réjouira, d'ailleurs, des prises de position de certains ministres à cet égard. **Mais le débat dépasse cette stricte question financière et s'étend aujourd'hui à la nature même de notre système de soins et à la qualité des services qu'il peut rendre.**

Après 18 mois de « socialisme à la française », nous avons acquis aujourd'hui plus de certitudes et **la plupart de nos craintes se sont hélas révélées fondées**. Nous pouvons déjà juger à ses résultats la nouvelle politique, qui ne faisait que s'esquisser : Ils ne sont pas favorables.

C'est l'ensemble de notre système de soins qui se trouve aujourd'hui menacé et le présent budget n'apporte à cet égard aucun élément rassurant.

Le Parlement aura eu, à maintes reprises, en cette année 1982, à débattre de la santé et de la politique sociale. Nous ne rappellerons que pour mémoire les très récents projets relatifs à la suppression du secteur privé à l'hôpital public, à la réforme des études médicales, ou les divers textes consacrés à la Sécurité Sociale, notamment le dernier présenté par M. Bérégovoy et rapporté ici par notre collègue M. Bohl. Nous ne reprendrons donc pas ici et à nouveau des thèmes qui ont déjà été très longuement discutés dans notre Assemblée. Nous nous bornerons à isoler quelques points qui nous paraissent capitaux et méritent quelques développements.

## PRELIMINAIRE

### Présentation des crédits consacrés à la santé et aux affaires sociales

Comme les années passées, le projet de budget pour 1983 comporte, pour les ministères qui nous intéressent, toujours **trois sections** :

- la section « **commune** » qui regroupe les moyens de l'administration centrale des trois ministères sociaux (affaires sociales, santé, emploi) ainsi qu'une partie des moyens de leurs services extérieurs ;
- la section « **santé solidarité nationale** » qui regroupe les crédits d'intervention en matière de politique de santé, d'action sociale et de population ainsi que l'essentiel des moyens budgétaires des services extérieurs des affaires sanitaires et sociales ;
- la section « **travail emploi** » qui regroupe les crédits d'intervention en matière d'emploi et de politique du travail ainsi que les moyens budgétaires des services extérieurs correspondants.

\*

\*

\*

Globalement les crédits qui nous concernent s'élèvent, sans tenir compte de la section commune (1,46 milliard) à **42,346 milliards**, soit une progression d'un peu moins de 15 %, comparable à celle de l'an passé. Cette progression est supérieure à celle plus générale des dépenses de l'Etat qui est de 11,8 %. En conséquence, si la santé et la solidarité nationale ne figurent pas parmi les priorités retenues par le gouvernement, elles ne sont pas non plus parmi les secteurs les plus défavorisés.

Les crédits qui les concernent se décomposent ainsi :

#### 1) *Dépenses ordinaires*

— moyens des services (Titre III) . . . . .	1,979 milliard
— interventions publiques (Titre IV) . . . . .	39,058 milliards
<b>Total des dépenses ordinaires . . . . .</b>	<b>41,037 milliards</b>

## 2) Dépenses en capital

— investissements exécutés par l'Etat (Titre IV)	
autorisations de programme . . . . .	59,500 millions
crédits de paiement . . . . .	49,100 millions
— subventions d'investissement accordées par l'Etat (Titre V)	
autorisations de programme . . . . .	1,870 milliard
crédits de paiement . . . . .	1,259 milliard
 <i>Total des dépenses en capital:</i>	
autorisations de programme . . . . .	1,930 milliard
crédits de paiement . . . . .	1,308 milliard
soit au total : <b>42,345 milliards.</b>	

Pour plus de clarté, nous distinguerons cette année, les crédits relevant du ministère de la Santé et ceux relevant du ministère des Affaires sociales et de la solidarité nationale en notant qu'ils ne représentent qu'un très infime élément du budget social de la nation qui devrait dépasser en 1983, 1 000 milliards.

5 milliards du budget du Ministère de la santé ne sont rien, comparés aux 250 milliards que doivent représenter en 1982 les dépenses de soins.

C'est la raison pour laquelle nous ne nous contenterons pas du seul examen de ces crédits et aborderons, comme nous le faisons chaque année, quelques-uns des problèmes qui se posent et qu'aucun responsable ministériel ne peut ignorer.



**PREMIÈRE PARTIE**

**SANTÉ**



## 1. — LES CRÉDITS DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ

Défini strictement, le budget «**santé**» comprend l'ensemble des crédits de subvention et d'intervention figurant à la section «santé-solidarité nationale». S'y ajoute une partie des moyens budgétaires de l'administration centrale et des services extérieurs placés sous la responsabilité du ministère des Affaires sociales. Présentant ses crédits devant la Commission, le ministre de la Santé, M. Jack Ralite, a insisté sur ce qui lui apparaissait comme leurs trois caractéristiques essentielles : croissance, décentralisation et rigueur. Deux d'entre elles au moins méritent d'être nuancées.

- **Les crédits globaux.**

Les crédits propres du ministère de la Santé pour 1983 s'élèvent à **5 milliards 847 millions de francs**, soit une progression de 14 % par rapport à 1982, croissance certes plus élevée que celle du produit intérieur brut et du budget global de l'Etat, mais beaucoup moins forte que celle de l'an passé qui était de **29 %**.

Globalement la croissance des crédits du ministère ne sera réelle que si le taux d'inflation est effectivement réduit l'an prochain. En outre, cette croissance ne correspond guère, on le verra, qu'à celle des dépenses obligatoires de santé. Les principales dotations qui composent en effet ce budget sont les suivantes :

Dépenses ordinaires (Titres III et IV) et autorisations de programme (Titres V et VI)	1981	1982	1983	1982/1983	
				en valeur absolue	en %
Services obligatoires de protection et de prévention sanitaires (chap. 47-11, 47-12) .....	2 367,1	3 022,6	3 730,9	+ 708,3	+ 23,4
Dotations incitatives de protection et de prévention sanitaires (chap. 34-11, 47-13, 47-14) .....	115	249	225,8	- 23,2	(1) - 9,3
Formation des personnels sanitaire et sociaux (chap. 43-31, 43-32, 43-34-10) .....	404,8	536,4	569,5	+ 33,1	+ 6,2
Interventions dans le domaine des matériels et équipements hospitaliers et médicaux (chap. 47-52) .....	—	9,9	12,8	+ 2,9	+ 29
Interventions dans le domaine de la pharmacie et du médicament (chap. 47-51 pour partie) .....	11,2	12	12,6	+ 0,6	+ 5
Investissements sanitaires (chap. 56-10, 56-90) .....	32,3	73,4	56,5	- 16,9	- 23
(dont: LNS +) .....	—	(30)	(28)		
Subventions d'équipement sanitaire (chap. 66-11) .....	1 014,9	1 348	1 491,1	+ 143,1	+ 10,6
dont: Modernisation des établissements de soins .....	(850,9)	(1 038)	(1 129,8)	(- 91,8)	(- 8,8)
Transformation des hospices .....	(155)	(300)	(327)	(+ 27)	(+ 9)
Subventions d'équipement à la recherche médicale (chap. 66-50) .....	9,1	13	15	+ 2	+ 15

(1) Les dotations considérées ont plus que doublé de 1981 à 1982. En 1983, la légère diminution résulte de la suppression du chapitre 47-14 à la suite de la réorganisation et de la réorientation de la lutte contre l'alcoolisme, notamment grâce au développement des programmes régionaux de prévention.

• **Les diverses dotations et leur évolution.**

Le projet de budget pour 1983 se veut une confirmation des principales orientations du budget précédent : priorité est donc donnée à la **prévention** d'une part, à la **rénovation des équipements hospitaliers** d'autre part.

1. — **La prévention : 3 950 millions**

Près de deux-tiers du budget du ministère de la Santé sont consacrés à la protection et à la prévention, et progresseront globalement de 21 %.

On sait que la prévention ou plutôt la « promotion » de la santé constitue la principale ligne de force affichée par le nouveau ministre, notamment dans la Charte de la Santé. Ce n'est pas une idée neuve et c'est loin, nous le savons aujourd'hui, d'être la panacée. Si l'essentiel des crédits du ministère lui sont consacrés, il s'agit quasi exclusivement de dépenses **obligatoires** destinées à refinancer une partie des actions de santé assurées par les collectivités locales. La part des programmes « volontaristes » quant à elle, reste très limitée.

Il est donc quelque peu abusif de présenter ce budget comme mettant l'accent sur la « prévention » ou la « décentralisation » alors que quelle que soit la volonté du ministère, il ne pourrait être en être autrement.

*a) Les dépenses obligatoires: 3 730 millions (+ 23,4 %)*

Les dépenses « **obligatoires** » s'élèvent, en effet, à plus de 3,7 milliards correspondant à des remboursements aux collectivités locales d'une partie du coût de fonctionnement de divers services dont l'existence est légalement obligatoire. Il s'agit surtout du contrôle sanitaire de l'environnement, des vaccinations, de la lutte contre les maladies épidémiques et certaines maladies de « civilisation » comme la tuberculose, les maladies vénériennes, le cancer, les maladies mentales, l'alcoolisme et des activités de protection médico-sociale de la petite enfance et de planification familiale.

Le ministère de la Santé souhaite encourager, on le sait, ces différentes actions menées au niveau local. Elles progressent cette année de 23,4 % au total, ce qui devrait effectivement permettre aux départements et communes de les développer. Mais nous noterons que tous les ministres de la Santé qui se sont succédé poursuivaient cette même orientation, et que déjà par le passé, ces crédits progressaient régulièrement à ce rythme.

Les principales majorations de dotations portent cette année sur la lutte contre les maladies mentales (+ 34,1 %) et la lutte contre les toxicomanies (+ 35,8 %).

- 883 millions devraient être consacrés à la **protection de la mère et de l'enfant** (+ 13,7 %). Notons qu'en 1982, 75 postes de sages-femmes à domicile ont été créés afin d'assurer un examen mensuel des femmes les plus exposées aux risques de prématurité. Des études dans le domaine de la périnatalité seront poursuivies, de même que devraient être effectuées des enquêtes sur les conditions de vie socio-professionnelles des femmes enceintes.

- **Plus d'un milliard et demi** concerneront la prophylaxie mentale, qui relèvera à l'avenir de la seule compétence étatique, avec des incitations à limiter les hospitalisations à temps complet et à développer les traitements ambulatoires. Des équipes de secteur devraient être constituées. En 1982, outre la création de 480 postes de paramédicaux sur les budgets des départements, 800 postes ont été créés au titre des budgets hospitaliers pour la prise en charge des malades hors de l'hôpital.

- **9 millions de crédits sont consacrés à la santé scolaire, qui, elle, ressortira des départements.** Ces sommes seront concentrées sur la réalisation des objectifs définis par une circulaire du 15 juin 1982 qui retient notamment comme principe la réalisation de trois bilans de santé pour chaque enfant au cours de sa scolarité, des actions collectives d'éducation pour la santé, la mise en œuvre de mesures spécifiques de résorption des inégalités (examens personnalisés pour des enfants vulnérables, programmes prioritaires pour certaines communautés d'enfants), et des recherches épidémiologiques.

- Une dotation de 12,6 millions est prévue en faveur de **la prophylaxie du cancer.**

L'Etat continue et continuera en effet de prendre en charge l'essentiel des frais de fonctionnement des centres de lutte contre le cancer et des consultations avancés.

Rappelons qu'un groupe de réflexion a été créé afin de définir les grands axes d'une politique globale de prévention et de lutte. Des délégués régionaux ont été désignés et l'initiative devrait déboucher sur une concertation nationale. En 1983, des enquêtes épidémiologiques devraient être lancées en milieu de travail pour déterminer les facteurs professionnels qui accroissent les risques de cancer. Des activités de recherche devraient se développer à l'Institut Pasteur et au centre hospitalier d'Orléans.

Par ailleurs des études sont en cours sur la réinsertion des malades traités dans la Fonction publique et sur la possibilité pour les personnes atteintes du cancer, de contracter une assurance-vie.

b) *Les programmes « volontaristes »*: 225,8 millions (– 9,3 %)

Une seconde catégorie de crédits destinés à la prévention sert au financement de programmes engagés à l'initiative propre du ministère de la Santé pour encourager et développer des formes d'intervention jugées prioritaires. Une partie de ces programmes prolonge l'action sanitaire obli-

gatoire notamment dans les domaines de l'hygiène du milieu, de la maternité et de l'enfance, de la lutte contre certaines maladies à répercussion sociale (toxicomanie, alcoolisme, tabagie, suicides) et dans divers secteurs spécifiques comme la périnatalité ou les secours d'oxygène.

Les dotations correspondant à ces actions volontaristes avaient plus que doublé l'an passé, passant de 115 millions en 1981 à 249 millions en 1982. Elles ne sont plus que de 225,8 millions en 1983 en raison de la suppression du chapitre 47-14 concernant la lutte contre l'alcoolisme à la suite d'une réorganisation de l'action menée par le biais du développement des programmes régionaux de prévention.

Les principaux objectifs de ces actions volontaristes sont les suivants :

- l'amélioration de la connaissance de l'état et des besoins de santé de la population, par la mise en place de structures d'observation et de recensement des données sanitaires, les « observatoires de santé » ;
- une meilleure évaluation des facteurs de risque par le développement des études épidémiologiques ;
- la réduction des inégalités devant la santé par la protection accrue de certaines catégories de la population.

Là encore les idées ne sont pas nouvelles et avaient été très largement tracées par le rapport du professeur Cabanel publié en 1980.

Les principaux crédits consacrés à ces orientations sont constitués par des **programmes régionaux de prévention**. Ces crédits totalement décentralisés atteignent 60 millions et devraient permettre notamment la généralisation des observatoires régionaux de la santé, qui seront au nombre de 17 à la fin de l'année 1982 et le lancement d'études ou d'actions de prévention sélectionnées au niveau local par les comités consultatifs régionaux de promotion de la santé éventuellement existants. Six régions sont déjà dotées de ces CCRPS : la Bretagne, la Lorraine, le Languedoc-Roussillon, le Nord-Pas-de-Calais, les pays de la Loire et la Corse. Quatre ont prévu leur création avant la fin de l'année 1982 : la Basse Normandie, la Bourgogne, le Limousin et la Picardie. Toutes les régions devraient avoir de tels comités avant la fin de l'année 1983.

• Dans le domaine de l'**aide médicale urgente**, ont été créés les SAMU départementaux en 1982, la couverture de l'ensemble du territoire national devrait être achevée à la fin de l'année 1983, grâce à la création de 13 nouveaux SAMU.

Un centre « 15 » a par ailleurs été ouvert à Bobigny. Un nouveau centre « 15 » est prévu à Lille, début 1983, ce qui portera leur nombre total à 6. Les centres assurent, on le sait, à l'échelle du département la réception des appels médicaux composés sur un indicatif téléphonique unique dont l'utilisation sera progressivement étendue à tout le pays. Dans ce cadre, une garde médicale permanente est assurée conjointement par le SAMU et les médecins libéraux, regroupés en associations. Un projet de loi relatif à l'aide médicale urgente, qui reposerait sur la collaboration entre médecine privée et médecine publique, devrait être prochainement déposé devant le Parlement. Nous en reparlerons plus loin.

- Notons pour finir qu'il semble bien que ce soit sur les crédits ainsi affectés aux collectivités locales que puissent être prélevés les fonds consacrés au financement d'innovations et « d'expériences » en matière de soins, comme les centres de santé intégrés ou les groupes d'exercice fonctionnel.

Si, jusqu'à présent, l'application du programme gouvernemental n'a pas encore donné lieu à la prolifération de CSI que l'on pouvait redouter, il faut rappeler qu'il revient aux collectivités locales d'inspirer des initiatives. Or, de nombreux projets existent qui pourraient bien voir le jour dans les mois à venir, d'autant que leur financement pourrait être facilité grâce à l'article 19 du projet de loi portant diverses mesures relative à la sécurité sociale.

## 2. — *La rénovation de l'équipement hospitalier*

La rénovation de l'équipement hospitalier n'a pas pour objet, on le sait, d'étendre les capacités d'accueil existantes, qui sont plus que suffisantes, mais de développer les actions d'humanisation et d'adaptation des structures hospitalières.

En fait, les dotations d'équipement ont fait l'objet d'une mesure de blocage de 25 % de leur montant en 1982. Le pourcentage d'augmentation en matière d'équipement ne fait donc que rapporter les dotations pour 1983 à l'intégralité des dotations initialement votées dans le cadre du budget de l'année précédente. Ces dotations représentent cependant environ le 1/4 du budget de la santé. 630 millions sont destinés à la modernisation et à l'humanisation des CHR et des établissements d'intérêt national (+ 20 %); 499,8 millions à celles des autres établissements de soins et aux établissements de cure et de réadaptation et 327 millions à la transformation des hospices. Un effort particulier devrait être engagé en 1983 au profit d'établissements de soins de taille moyenne ou petite.

### 3. — *La formation des professionnels de la santé*

Les crédits de formation représentent environ 10 % du budget de la santé, puisqu'en 1983, leur montant global sera porté à 569 millions.

Pour la formation médicale continue, l'effort devrait porter sur les actions régionalisées, une partie des crédits régionaux de prévention devant servir à les financer.

En ce qui concerne les professions médicales et paramédicales, les crédits de formation sont simplement **actualisés**, mais l'accent paraît mis sur la formation d'aides-soignants dans la perspective du développement des services infirmiers de soins à domicile pour personnes âgées.

Les dotations d'équipement consacrées aux écoles de formation des personnels sanitaires sont par ailleurs sensiblement augmentées (de 2 à 21 millions de francs) pour leur rénovation.

### 4. — *La recherche*

Le budget de la recherche échappe très largement désormais au ministère de la Santé. Nous n'y relevons donc que quelques crédits, relativement secondaires. La subvention de fonctionnement de l'Institut Curie (section biologie) fait l'objet d'une mesure nouvelle de 1,35 MF, mais ne progressera que de 11 % par rapport à cette année.

Les subventions de soutien des programmes et de l'équipement de cet institut seront accrues de près de 20 %, passant de 4,2 MF à 5 MF. Ces chiffres portent sur les crédits de paiement. Les autorisations de programmes seront majorées de 29 %, passant de 4,5 à 5,8 MF.

Notons que le ministère de la Santé a créé en commun avec le ministère des Affaires sociales une mission de recherche et d'expérimentation, qui a pour vocation d'inciter à une meilleure programmation et à une meilleure valorisation des travaux de recherche intéressant la santé publique, la protection sociale et l'action sociale. Dans le cadre du budget civil de recherche, deux emplois de cadres seront créés et près de 5 MF d'autorisations de programme seront ouverts à ce titre.



### 5. — *La pharmacie, le médicament, le biomédical*

Avant d'aborder les crédits consacrés au médicament, soulignons la parution très récente du rapport de notre collègue F. Sérusclat sur la distribution des médicaments, rapport que nous prendrons grand soin d'étudier attentivement au sein de notre commission.

Le budget de la pharmacie et du médicament, pour sa part et auquel viendront s'ajouter près de 3 MF de fonds de concours devrait financer deux orientations voulues par le Gouvernement : l'amélioration de l'environnement scientifique et la promotion du bon usage du médicament.

En ce qui concerne l'environnement scientifique du médicament, le ministère de la Santé a subventionné, en 1982, 21 équipes réparties sur l'ensemble du territoire en vue de développer la pharmacologie clinique. Par ailleurs, une meilleure connaissance des effets adverses du médicament serait encouragée par le versement de subventions à 21 centres de pharmacovigilance.

Le budget prévu à cet effet en 1983, d'un montant de 5,35 MF permettra de poursuivre ces actions, mais sa faible progression ne leur donnera sans doute pas l'ampleur nécessaire.

Le montant total des interventions de l'Etat pour le bon usage du médicament s'élèvera à 5,2 MF auxquels viendra s'ajouter environ 1 MF de fonds de concours.

Par ailleurs, les interventions de l'Etat dans le domaine des équipements hospitaliers et médicaux fait l'objet d'une mesure nouvelle de près de 3 MF, soit une augmentation de 30 % des crédits ; le renforcement des moyens en personnel et en fonctionnement du Centre National de l'Equipe-ment Hospitalier permettra de développer l'homologation du matériel biomédical.

\*

\*

\*

Présentant ces crédits devant notre Commission, le ministre de la Santé, M. Jack Ralite, a souligné qu'ils devaient être examinés dans leur contexte qui est celui de la **rigueur** dans la gestion des fonds publics. Il nous a aussi exposé qu'il entendait les gérer « de manière efficace et responsable », citant en exemple de cette assertion sa volonté d'améliorer

l'organisation et le fonctionnement des hôpitaux et son souci d'associer tous les acteurs du système de santé à une réflexion sur les principes d'une nouvelle économie de la santé.

C'est très précisément sur ces domaines que votre commission souhaite attirer l'attention du Sénat. Elle n'entend pas cependant se plaindre d'une insuffisante croissance des crédits ni réclamer des dotations supplémentaires en cette période de crise. Mais, consciente de l'impérieuse nécessité d'une gestion rigoureuse des dépenses publiques, elle l'est aussi de l'ardente obligation de **préserver les structures et la qualité de notre système de santé**, qui sont les garants de la qualité des soins accordés à tous les Français.

C'est la raison pour laquelle, votre commission ne peut manquer de critiquer les actions présentement menées en ce domaine par le Gouvernement dans la mesure où elles risquent d'aboutir à un bouleversement dramatique de notre politique de santé.

## II. — UN SYSTÈME DE SOINS MENACÉ

Lorsque descendent dans la rue plus de 80 000 professionnels libéraux, lorsque se multiplient les grèves dans les hôpitaux publics et les cabinets privés, lorsque des cris d'alarme sont lancés de tous bords, on ne peut plus douter de la **profondeur de l'inquiétude qui ébranle l'ensemble des membres des professions de santé.**

Les affirmations apaisantes et laborieuses contenues dans la Charte de la Santé, entremêlées de paragraphes plus ambigus de même que la phraséologie équivoque du ministre de la Santé n'ont pu dissiper les doutes qui se fondent eux sur les actes mêmes du nouveau Gouvernement, et non sur ses discours qui se veulent rassurants.

Tel qu'il s'est progressivement et jusqu'à présent élaboré, le système français de la santé n'a guère suscité de critiques sérieuses. Il présente en effet le mérite rare de réaliser un difficile équilibre entre médecine libérale et protection sociale généralisée. On n'en rappellera que quelques traits.

La réforme des études médicales et des structures hospitalières de 1958 a conféré un prestige jusqu'alors inconnu à nos hôpitaux publics, en attirant les plus grands noms de la médecine dont beaucoup, on s'en souvient, acceptèrent d'exercer leurs activités exclusivement à l'hôpital, devenu un centre de soins, de recherche et d'enseignement. L'exercice libéral a pu trouver sa place au sein de l'hôpital grâce au secteur privé qui permettait à un médecin hospitalier à temps plein de recevoir sa clientèle personnelle pendant une ou deux demi-journées par semaine.

Poursuivant cet effort, la loi hospitalière de 1970 a permis l'organisation d'un vaste service public hospitalier et la recherche d'un équilibre fondé sur une meilleure connaissance des « besoins » grâce à l'utilisation de la « carte sanitaire ».

En ce qui concerne la médecine ambulatoire, on doit surtout retenir la mise au point progressive du « conventionnement » qui a permis précisément d'assurer la préservation de l'essentiel des principes de la médecine libérale tout en garantissant une couverture socialisée des charges. Elle a de même assuré une meilleure égalité devant la maladie, un accès à tous les progrès techniques, même les plus onéreux, sans exonération.

Il n'est pas excessif aujourd'hui —, mais cela sera-t-il encore vrai demain ? — d'affirmer que notre médecine est une des meilleures au monde et les Français un des peuples les mieux soignés.

Cet équilibre entre liberté de choix et de prescription et protection sociale, surtout lorsqu'un accroissement des dépenses de santé dans une conjoncture difficile impose le souci légitime de leur maîtrise n'a pas été évidemment facile à maintenir. A cet égard, l'organisation des soins dans notre pays résulte d'une « armistice fragile » entrecoupée de conflits aigus entre l'Etat, l'assurance maladie et les syndicats médicaux. Mais elle ne saurait supporter un état de tension permanent. Nous ne nierons pas que dès avant le 10 mai 1981 — et notamment durant l'année 1980 — le corps médical s'inquiétait d'une politique de rigueur qui a eu tendance à peser sur l'organisation du système de soins. Nous renvoyons sur ce point à notre avis budgétaire concernant la loi de finances pour 1981. On rappellera entre autres points de discussion, entre le corps médical et le ministère de la Santé d'alors, la mise sous surveillance du secteur privé à l'hôpital, voulue par Jacques Barrot et surtout les difficultés de la renégociation de la convention. A la discussion sur l'accroissement des honoraires, s'ajoutait, on s'en souvient, la mise en place de mécanismes d'autodiscipline et de contrôle de prescription par le biais notamment de profils médicaux évaluant le coût des traitements prescrits par les médecins.

L'arsenal des mesures prises ou envisagées alors pour aboutir à la maîtrise des dépenses de santé, qu'il s'agisse des dépenses hospitalières ou des consultations ou prescriptions, pouvait apparaître à tort ou à raison, comme une mise en accusation, ou tout au moins une suspicion sur l'ensemble du corps médical soupçonné d'ordonnancer, avec un insuffisant sens de leurs responsabilités, les derniers publics. Ces difficultés n'étaient d'ailleurs pas propres à notre pays.

Plus généralement, c'est l'ensemble des nations occidentales qui se sont interrogées encore sur les moyens et l'opportunité d'endiguer la montée exponentielle des dépenses et de la consommation de soins alors même que rien ne prouve que ce surcroît de consommation ait des effets bénéfiques sur notre santé. Les éléments en lesquels on voyait des sources possibles à terme d'économie, comme la prévention, la technique médicale et le rôle de l'Etat, se sont au contraire révélés comme des facteurs d'accroissement des coûts. Le débat n'est pas clos, mais peut-il l'être, d'autant qu'il ne se pose pas seulement en termes financiers mais moraux et politiques au sens noble du mot. Les problèmes médicaux et sanitaires sont devenus des choix de société et imposent des options claires. Le « rationnement », déjà

commencé, ne peut guère que se poursuivre, et quoi qu'en disent tous les discours, la politique actuelle du Gouvernement nous y plonge, tout autant que la précédente et plus encore, ne serait-ce qu'avec les projets de dotation globale des hôpitaux publics.

**Mais la politique menée actuellement va au-delà de la rigueur financière ou de la volonté de maîtrise des dépenses. Car derrière des prétextes financiers, c'est un irréversible changement des structures qui est amorcé. C'est à la remise en cause de la nature même de notre système de soins qu'elle procède, en menaçant, comme elle le fait, la médecine libérale et notre système hospitalier auxquels les Français sont si attachés.**

Les projets et actes du Gouvernement en témoignent dans la mesure où ils ruinent pierre à pierre les acquis que nous avons mentionnés. Nous ne reviendrons pas sur l'entêtement manifesté par le ministre de la Santé en ce qui concerne la suppression du secteur privé à l'hôpital. Même si ce sujet n'intéresse qu'une fraction très limitée du corps médical, la hâte maladroite et acharnée du ministre — au nom d'un dogmatisme égalitariste — a inquiété l'ensemble de médecins comme peuvent l'inquiéter encore les projets incertains de réforme hospitalière.

De même, la volonté de réformer à tout prix la réforme des études médicales et la précipitation mise à défaire un équilibre obtenu à la suite d'une longue concertation n'ont pu qu'alourdir le climat de méfiance existant. Dans cette détérioration des rapports entre Gouvernement et corps médical, tout est prétexte à malentendus. On rappellera l'hostilité qu'a soulevé un arrêté de février 1982, accordant aux échoués des CES et à l'ensemble des internes l'équivalence d'une spécialité. Il fut compris comme une « braderie » du titre de spécialiste et provoqua la colère des hospitaliers qui déclenchèrent, on s'en souvient, une grève sans précédent touchant la quasi-totalité des C.H.U., grève suivie ensuite par les hospitaliers des hôpitaux généraux lorsque le ministère a reculé sous la pression des C.H.U....

Le non respect par le Gouvernement en juin 1982 de l'avenant signé entre la C.N.A.M. et les syndicats médicaux et les effets catastrophiques d'un blocage des honoraires qui, pour les médecins, remonte à plus de quinze mois, n'a pas amélioré des rapports très tendus.

Il est certain qu'en quelques mois la situation s'est considérablement dégradée entre le ministre de la Santé et le corps médical, et nous ne pouvons que le déplorer. Le premier agit comme s'il soupçonnait les médecins de se crispier sur leurs privilèges ; l'autre, se fondant sur les premiers mois d'expériences et les menaces voilées, accuse le Gouvernement de préparer la « mort lente du libéralisme », sans oser le proclamer mais en l'étouffant par une série de mesures en apparence anodines.

Sans vouloir prendre partie entre les deux interlocuteurs, votre rapporteur ne peut que constater que malgré les discours rassurants se préparent non seulement le rationnement sans précédent de notre système de soins mais aussi son bouleversement, ce que nous ne saurions accepter.

Nous serons **d'autant plus** attentifs que la santé domine les préoccupations des Français. Parmi les risques qui inquiètent nos compatriotes, une enquête du Crédoc témoigne en effet que la maladie vient largement en tête.

	Beaucoup	Assez	Un peu	Pas du tout
	%	%	%	%
Maladie .....	45,6	23,8	17,8	12,5
Accident de travail .....	16,5	16,8	20,5	45,8
Agression dans la rue .....	18,8	16,5	27,7	36,7
Accident de la route .....	29,7	26,6	28,7	14,6
Chômage .....	34,8	21,1	17,8	25,9
Guerre .....	36,6	18,4	26,1	18,6
Accident de centrale nucléaire .....	18,5	15,3	29,2	36,4

(Sources: Le Concours médical n° 35 - 25-9-1982)

### A. — Les menaces sur l'exercice libéral

Nous avons, dans notre précédent avis budgétaire, réaffirmé notre attachement au maintien de l'exercice libéral de la médecine et exprimé nos appréhensions devant ce qui nous apparaissait déjà comme un « défi » lancé par le ministre de la Santé à cette forme d'exercice.

Derrière les discours sur le rôle fondamental du médecin libéral de famille et l'intérêt du pluralisme des formes de l'exercice, se profilaient, dès les premiers mois qui suivirent l'installation du nouveau gouvernement, des mesures qui menaçaient sensiblement les médecins libéraux, ne serait-ce que parce qu'elles les plaçaient dans une position concurrentielle très difficile face aux autres modes d'activité.

Nous faisons alors état du gel décidé de la sélection à l'entrée des études médicales, qui risquait d'accroître jusqu'à la pléthore le nombre des médecins, des inconnues de la nouvelle réforme envisagée pour ces mêmes études et des premières ouvertures de structures socialisées de soins.

Sur certains points, nous sommes désormais mieux informés, mais globalement nous sommes loin d'être rassurés.

Le « *numerus clausus* » pour la première formation médicale, restera finalement maintenu, mais les modalités mêmes de la sélection au cours du premier cycle des études médicales, demeurent en discussion.

Sur la réforme du troisième cycle, nous disposons désormais de plus d'éléments, mais certains ne sont pas faits pour nous apaiser comme la création de la filière santé publique, la perspective à long terme de l'unification des voies d'accès au troisième cycle ou encore l'insuffisante prise en considération des impératifs de fonctionnement des hôpitaux, notamment généraux. Nous renvoyons sur tous ces points à l'excellent rapport de notre collègue Gouteyron.

Sur l'ouverture de structures nouvelles de soins, une assez large imprécision continue de régner. Les abattements de tarifs que connaissaient les dispensaires ont été supprimés, mais la menace la plus sérieuse réside dans l'article 19 du projet actuellement en discussion sur le financement de la sécurité sociale dont nous reparlerons.

Notre inquiétude de l'an passé, à la lumière de l'expérience de plus d'une année, s'est avérée **fondée** car, plus que des mesures précises, **ce sont les conditions économiques faites aux cabinets médicaux qui menacent le plus sûrement aujourd'hui l'exercice libéral.**

S'y ajoutent cependant des atteintes non négligeables.

### ***1. — Le malaise des professions de santé : blocage des honoraires et accroissement des charges***

L'entreprise médicale est en péril mais elle n'est pas seule à risquer le naufrage. Toutes les professions de santé sont concernées. Le blocage des honoraires, l'inflation des charges fiscales et sociales asphyxient progressivement les libéraux.

Les journées d'action du 30 septembre et du 1<sup>er</sup> octobre ont montré l'ampleur du malaise ressenti. Nous ne ferons qu'énoncer certains points qui nous paraissent très importants.

- Malgré l'approbation par Mme Questiaux, le 11 juin 1982, d'un avenant tarifaire qui devait entrer en application le 1<sup>er</sup> juillet, les honoraires médicaux — comme l'ensemble des prix et service — devaient subir les effets du blocage décidé à la suite de la dévaluation du franc le 14 juin et du programme de lutte contre l'inflation.

Ce n'est pas seulement un avenant qui s'est trouvé ainsi remis en cause mais toute une conception de la vie conventionnelle et du système lui-même, puisque Gouvernement et professions s'étaient engagés mutuellement à un effort de maîtrise des coûts de fonctionnement du cabinet médical. Il ne constituait donc qu'un ajustement insuffisant, compte tenu du blocage des honoraires déjà effectif depuis 9 à 12 mois selon les lettres clés.

La situation apparaissait d'autant plus incohérente que cette asphyxie tarifaire intervenait au moment précis où les pouvoirs publics demandaient un effort accru en matière de qualité des soins, de maîtrise des coûts, de prévention, de participation à l'éducation sanitaire et alors même que la profession prend de plus en plus conscience de la diminution progressive depuis 1975 de son niveau de vie.

Sous l'effet conjugué de l'accroissement de la démographie médicale et d'une insuffisante revalorisation des lettres clés, l'évolution du pouvoir d'achat et du chiffre d'affaires moyen des cabinets libéraux n'a cessé de baisser. A partir d'une base 100 au 1<sup>er</sup> janvier 1960, il était de 188 en 1975, de 178 en 1979 et de 157 en 1982 (1).

Globalement, la stagnation de l'activité moyenne des médecins aboutit à une diminution de leurs revenus de 25 % en 5 ans.

Un minimum de cohérence s'impose donc au gouvernement. On ne peut inscrire dans la Charte de la Santé que « l'indépendance du praticien libéral est garantie dans le cadre conventionnel », que « le pluralisme des formes d'exercice doit être une réalité accessible à tous », que « le cabinet libéral demeure l'institution de base de notre appareil de santé », que « l'exercice libéral doit s'adapter à l'évolution des techniques et des besoins tout en s'ouvrant sur le champ social... » et ne pas en fournir les moyens et conditions.

**Il n'est pas possible de demander aux médecins libéraux de faire plus et mieux, y compris d'expliquer, d'informer, d'éduquer, de soigner les personnes âgées à domicile, de faire davantage de prévention ou de formation continue et de participer aux multiples commissions ou comités créés, si leur cabinet est sans cesse financièrement menacé.**

Un médecin entreprenant, c'est d'abord un cabinet en bonne santé économique avec des honoraires et une nomenclature adaptés, des charges fiscales, sociales et salariales équitables, des possibilités réelles d'amortis-

---

(1) Le Quotidien du Médecin, 10 novembre 1982.



sement et de modernisation du matériel et des équipements indispensables à la qualité des soins etc. Or, c'est précisément alors que leurs honoraires sont bloqués, que les praticiens doivent faire face à une pression fiscale accrue et à des charges alourdies, ne serait-ce que du fait de la réduction de la durée hebdomadaire du travail de leurs personnels et de la cinquième semaine de congés payés.

**Ainsi se trouve remis en cause dans les faits, l'équilibre de gestion de l'entreprise médicale et par suite, un exercice libéral que les discours officiels disent vouloir préserver.** Les médecins ne sont pas un exemple isolé. C'est l'ensemble des professions de santé qui se heurte à des difficultés quotidiennes :

— le blocage bien entendu les touche toutes, de même qu'il touche le prix des médicaments. S'y ajoute pour l'industrie pharmaceutique, la perspective d'une taxe non déductible sur la publicité qui aboutit en fait à mettre en cause l'**information** médicale, l'avenir des visiteurs médicaux, la formation des médecins et à terme le développement des ventes de l'industrie des médicaments ;

— jusqu'à une date récente, aucune des associations créées par des médecins ou des infirmières pour la délivrance des soins à domicile aux personnes âgées n'avait été encore agréée. Trois associations locales seulement viennent enfin d'obtenir leur agrément ;

— sont remises en cause les conventions des kinésithérapeutes et des chirurgiens-dentistes ;

— en ce qui concerne les pharmaciens, rappelons qu'alors que les prix des médicaments sont bloqués, ils continuent d'avoir à verser une ristourne à la sécurité sociale ;

— en outre, et très généralement est minimisée, voire supprimée la représentation des libéraux dans les associations et commissions locales dont la formation est encouragée.

Cette situation explique l'ampleur du mécontentement de toutes les professions médicales, libérales et salariées. Aux libéraux, se sont en effet joints les médecins hospitaliers soucieux des projets relatifs à la structure des hôpitaux et aux carrières des personnels médicaux, pour lesquels la concertation s'est très largement révélée être un faux-semblant.

• **La sortie du blocage** est intervenue très récemment, les organisations professionnelles acceptant, faute de mieux, et essentiellement dans le souci de préserver la vie conventionnelle, le nouvel avenant négocié avec les caisses.

Le Gouvernement a donc donné son accord pour une série de hausses des honoraires concernant 1982 et 1983. Pour l'ensemble des actes, la hausse nominale est de 14,5 % et commencera le 15 novembre.

Néanmoins, cette hausse ne suffira pas à maintenir le pouvoir d'achat des médecins. Les charges inhérentes à leur activité évoluent plus vite que les recettes et n'ont pas bénéficié des mesures particulières. Le 15 novembre également, les parties signataires de la convention de mai 1980 vont en faire le bilan avant de la renouveler pour trois ans. L'échéance est intéressante car elle offrira à nouveau pour les praticiens la possibilité d'un choix :

- être dans le secteur I, à honoraires fixes,
- opter pour le secteur II, à honoraires libres,
- ou encore se déconventionner.

La tentation sera grande d'un glissement de nombreux praticiens vers le second secteur, qui ne fera que répondre aux pressions gouvernementales sur les médecins libéraux.

Dans la période actuelle que nous traversons, c'est donc l'ensemble du système conventionnel qui se trouve remis en cause. Est-il et sera-t-il encore possible d'obtenir des tarifs remboursables suffisants pour garantir la qualité des soins ? Ce qui est sûr, c'est que l'option est politique et qu'il ne convient pas de faire assurer aux seuls médecins la responsabilité et la charge du coût croissant de la Santé.

## 2. — *Les atteintes à l'exercice libéral*

Après avoir décrit les difficultés croissantes de l'exercice libéral, votre commission tient à dénoncer certaines atteintes graves qui lui sont spécifiquement portées. Elle le fera succinctement car le Parlement a eu récemment ou aura prochainement à en débattre. Elle en retiendra essentiellement trois :

— **la création de la filière « santé publique »** dans la réforme du 3<sup>e</sup> cycle d'études médicales, sur l'importance de laquelle le Gouvernement a une totale maîtrise. Fixant le nombre de postes d'internes la concernant, globalement et par région, les ministres de la Santé et de l'Education pourront, à leur gré, grossir ainsi le flot des médecins salariés et réduire en conséquence celui des médecins libéraux ;

— **l'article 19** du projet de loi portant diverses mesures concernant la sécurité sociale. Cette disposition prévoit en effet que lorsque des « **actions expérimentales** » de caractère médical et social menées par des personnes

physiques ou morales, de droit public ou privé, font l'objet d'un agrément des ministres de la Sécurité sociale et de la Santé, les dépenses engagées peuvent faire l'objet d'un règlement forfaitaires par les caisses d'assurance maladie. Cet article ajoute inévitablement à l'inquiétude déjà grande des professionnels.

Il autorise, à l'évidence, une transformation du mode de rémunération des actes médicaux et institue sur tous les libéraux une « épée de Damoclès ».

Sans rejeter le principe d'expériences susceptibles d'améliorer le système médico-social, nous constatons que le texte en l'état ne donne aucune possibilité de contrôle ou d'intervention de la profession ; il ne garantit pas le bon emploi du financement engagé et il ignore complètement la convention conclue entre caisses et médecins sur laquelle repose notre système de soins.

Ce projet compromet donc la nécessaire coopération entre le corps médical et les pouvoirs publics.

Ajoutons que ce type d'expérience se révèle en fait plus coûteux, en moyenne pour la collectivité que la médecine libérale, car ce que le client ne paie pas, c'est l'assuré social et le contribuable qui l'assume.

— Un troisième enjeu pour la médecine libérale réside dans le prochain **projet de loi sur les urgences**. Sa préparation est entrée dans une phase terminale, mais il suscite d'ores et déjà des inquiétudes, dans la mesure où la participation des médecins libéraux n'apparaît pas assez clairement définie.

Si l'article 4 de l'avant-projet, qui stipule que : « Les organisations professionnelles médicales représentatives créent une association départementale ouverte à l'ensemble des médecins tout particulièrement les généralistes », est de nature à rassurer le médecins libéraux sur la place qui leur est réservée au sein du système des urgences, l'avant-projet n'en comporte pas moins de nombreuses imprécisions. De fait, rien n'a été décidé sur le statut des régulateurs et surtout sur le financement de l'organisation, qui devaient faire l'objet de décrets. Si le rôle des SAMU est bien précisé, en revanche, la définition du rôle du secteur privé reste floue, et peut permettre la mainmise des SAMU dans les départements où les professionnels libéraux ne se seront pas organisés. La responsabilité des urgences incombera désormais au Commissaire de la République, libre de prendre toute mesure propre à améliorer le système. Certains y voient déjà une porte ouverte à la mise en place « d'urgentistes » assujettis au secteur public. De

plus, le principe d'une double régulation publique-privée n'est pas suffisamment affirmée. Il n'est question que de « partage » en vertu d'une « convention » que passeraient les médecins libéraux avec le SAMU. La parité n'est plus mentionnée. L'avant-projet poursuit donc la tendance de mise à l'écart de la médecine libérale.

\*  
\*            \*

Ainsi donc progressivement et malgré les discours apaisants, se trouve remis en cause les acquis de notre système de soins. Plus que la suppression, c'est **l'asphyxie qui menace la médecine libérale** et la politique de rigueur parachève cette mise à l'écart dangereuse.

La situation n'est pas plus brillante en ce qui concerne les hôpitaux, publics ou privés. Là aussi, la maîtrise financière est le prétexte à des changements de structure qui bouleversent irrémédiablement l'organisation de notre système de santé.

## QUELQUES DONNÉES CHIFFRÉES

### • Evolution de la médecine ambulatoire dans l'évolution des dépenses de santé : une légère diminution

	Soins ambulatoires (1)	Total des dépenses de santé	Part des soins ambulatoires
	(En millions de francs)		
1977	38 910	127 438	30,5 %
1978	46 275	151 636	30,5 %
1979	53 840	176 900	30,5 %
1980	61 097	206 415	29,6 %
1981	70 917	243 354	29,1 %

(1) Soins de médecins, soins d'auxiliaires, soins de dentistes, analyses et cures médicales

• **Evolution du nombre de médecins libéraux et hospitaliers**

	Médecins libéraux (au 1 <sup>er</sup> juillet)	Médecins hospitaliers
1977	63 134 + 7,8 ‰	34 420 + 5,8 ‰
1978	67 183 + 6,4 ‰	37 945 + 10,2 ‰
1979	71 238 + 6,0 ‰	41 232 + 8,7 ‰
1980	75 243 + 5,6 ‰	42 598 + 3,3 ‰
1981	79 516 + 5,7 ‰	

**B. — Les menaces sur le fonctionnement des établissements hospitaliers**

Même s'il déclarait récemment (1) que les hôpitaux publics « ne seront pas les boucs émissaires de la santé mais au contraire son aile marchande novatrice. Ils seront une référence scientifique, médicale, technique, sociale, gestionnaire pour le système pluraliste français », le ministre de la Santé par ses actes, menace dans les faits le bon fonctionnement de notre système hospitalier. Aux « avancées sociales » consenties au personnel, comme les 39 heures, n'ont pas correspondu les moyens susceptibles d'y répondre et les créations de postes autorisées n'ont pas été toujours convenablement financées. Globalement, la situation actuelle des hôpitaux n'est pas bonne mais les perspectives sont pire encore, tant en ce qui concerne le financement que la gestion et les structures. Nous ne pouvons accepter que soit ainsi dégradé notre appareil hospitalier et qu'il soit ainsi porté atteinte à la qualité des soins que doivent recevoir les malades.

**1. — La situation actuelle des hôpitaux**

Ralentissement d'activité, équilibre budgétaire fragile, difficultés graves de trésorerie, difficultés graves aussi de personnel... Rarement la situation des hôpitaux n'aura été aussi vulnérable. Nous reprendrons ces points un à un.

**a) Un ralentissement d'activité inquiétant:**

Si certains paramètres peuvent a priori sembler favorables, dans l'optique d'une gestion rationalisée de l'hôpital, ce n'est qu'une apparence : derrière la stabilisation des admissions, la diminution de la durée

(1) *Le concours médical*, 18 septembre 1982.

moyenne de séjour (7 à 8 jours), la réduction du nombre de journées, n'apparaît pas seulement un accroissement de la productivité, mais surtout — et cela est dramatique — le fait que **certains services, faute de moyens, ne peuvent accepter ou garder les malades, et sont contraints de fermer.**

En ce sens, l'hôpital public n'a pas toujours pu faire face aux missions qui sont les siennes. Et en tout état de cause, il ne peut plus être accusé de prolonger abusivement les séjours des hospitalisés.

Avec le respect rigoureux des effectifs, avec l'arrivée de mesures sociales non compensées par des créations d'emplois correspondantes suffisantes, le nombre de journées de travail a diminué, alors même que la pression de l'innovation et de la technique médicale se faisait plus insistante. On imagine les conséquences pour les malades.

En ce qui concerne le personnel, on constate fréquemment que les agents ne peuvent prendre régulièrement les jours de congé auxquels ils ont droit. Les hôpitaux ont ainsi vécu à crédit en 1982 aux dépens de leurs personnels. Mais comme il n'est pas possible de laisser croître indéfiniment la dette en jours de congé, certains hôpitaux ont commencé à fermer des lits, voire des services. Par voie de conséquence, on a renvoyé sur d'autres établissements les malades qu'on ne pouvait plus hospitaliser.

Le choix du ministre de la Santé d'accorder de préférence les créations d'emploi au profit des petits et moyens établissements ayant un faible encadrement de personnel (0,3 à 0,6 agent par lit) et au titre des services et établissements neufs, en instance d'ouverture, pénalise à l'évidence les hôpitaux universitaires. La générosité de l'idée va de pair avec la négation radicale de la technicité. Or la pression de cette technicité se fera immanquablement plus intense, et il est à craindre que de plus en plus de malades soient dirigés à terme vers d'autres hôpitaux, qui progressivement d'ailleurs se satureront.

#### b) *Un équilibre budgétaire fragile*

*L'exécution du budget 1982 ne s'est pas faite et ne se fera pas sans difficultés. De l'avis de tous les gestionnaires, « la soudure sera juste parfois impossible sans rallonge budgétaire ou sans déficit » (1).*

En effet, tandis que les admissions stagnent, certaines dépenses ont inévitablement augmenté, notamment les dépenses pharmaceutiques et de petit matériel médical. En outre, 6 000 emplois ont été créés sans financement correspondant au budget primitif.

---

(1) M. Cadène, secrétaire général de la Fédération hospitalière de France.  
*Le Quotidien du médecin*, 28 septembre 1982.

Au laxisme de l'an passé, a succédé une excessive rigueur.

La suppression par la circulaire du 29 juillet 1982, de toute possibilité d'approbation de budget supplémentaire, le refus de toute augmentation du prix de journée, la demande de remboursement des avances de trésorerie de l'assurance-maladie conduisent à se demander comment pourra être comblé un déficit qui ne sera vraisemblablement limité à 1 ou 2 % que du fait des mesures de blocage des prix et revenus.

A la suite de ces mesures drastiques, certains services ont été contraints de réduire leur activité et des services neufs construits ont dû renoncer à ouvrir faute de personnel.

En tout état de cause ce n'est pas sans inconvénient grave pour la trésorerie des hôpitaux que pourra s'achever l'exercice 1982.

#### *c) De graves difficultés de trésorerie*

Le problème le plus grave réside en effet dans l'accroissement sensible des difficultés de trésorerie des établissements. L'obligation qui leur est faite de rembourser la totalité des avances qui leur avaient été consenties par les caisses d'assurance maladie avant la fin de l'année et le fait de revenir sur les conventions passées entre la sécurité sociale et les hôpitaux en ce qui concerne le versement d'acomptes, ne peuvent que réduire considérablement le volant de trésorerie des hôpitaux — contraints de répercuter leurs difficultés sur leurs fournisseurs courants en retardant leur règlement ou empêcher encore de pourvoir leurs divers fonds de provision, au détriment d'une saine gestion.

#### *d) De graves difficultés de personnel enfin*

Nous les avons déjà mentionnées en rappelant les congés non pris qui ont justifié une réduction d'activité.

L'abaissement des horaires de travail à 39 heures et la cinquième semaine de congés payés ont été, on le sait, insuffisamment compensés par des créations d'emplois (4 000 seulement). Le ministère a cru trouver une solution dans un nouveau mode de « chevauchement » des horaires entre les diverses équipes. Manifestement, la palliatif est insuffisant — un chevauchement trop bref s'effectue nécessairement au détriment des malades — une bonne « passation des consignes » se fait sur le temps de repos des agents.

Globalement l'application de la réduction du temps de travail s'est donc heurtée à de grandes difficultés. Elle s'est heurtée aussi à l'hétérogénéité des conditions de travail d'un établissement à l'autre.

Appliquer cette réduction était de toute évidence tenter une gageure. La pénurie du personnel est telle que réduire la durée du travail, même d'une heure hebdomadaire, c'est prendre le risque de surcharger davantage les équipes, donc d'accroître les contraintes qui pèsent sur elles et par le fait même, c'est aggraver les conditions de vie des malades hospitalisés, et mettre en péril leur sécurité.

La surcharge de travail qui en résulte entraîne elle-même un surcroît d'absentéisme évalué actuellement à environ 10 %.

\*  
\*            \*

Ces difficultés de tous ordres expliquent en grande partie l'exaspération de nombreux hospitaliers et notamment de la Fédération hospitalière de France devant les statistiques que la Caisse nationale d'assurance-maladie continuent très régulièrement de publier et qui décrivent une hausse d'environ 24 % des dépenses hospitalières publiques, alors que la Fédération, d'après ses sondages, ne fait état que d'un accroissement d'environ 16 %.

Le suivi des dépenses effectué dans 140 établissements hospitaliers par le directeur des hôpitaux du ministère de la Santé, montre de même que l'évolution des dépenses hospitalières n'a été que de 14,7 % de juillet 1981 à juillet 1982. Pour l'année 1982, l'accroissement serait de 17 %. On est loin des statistiques de la CNAM et l'on peut s'étonner que le ministère ne publie pas ces résultats qui rendraient justice aux gestionnaires des hôpitaux.

Ces pourcentages « gonflés », le transfert sur les hôpitaux des difficultés de trésorerie qu'éprouve la sécurité sociale, ne peuvent qu'accroître à tort, la « culpabilisation » de nos hôpitaux publics. L'émission plus rapide des titres n'est, à l'évidence, qu'une fausse solution. Il convient surtout que **ne soient plus décidées au sommet des avancées sociales sans moyen correspondant**. Et il convient de même que l'on prenne conscience que dans chaque établissement hospitalier, tout n'est pas négociable, en l'existence d'un statut, entre une direction chargée de l'appliquer et toujours mal soutenue par le ministère, et les syndicats d'agents hospitaliers.



## 2. — Des perspectives dramatiques

Si l'aujourd'hui est difficile, l'avenir est plus sombre encore, non seulement en raison de la volonté de mise sous haute surveillance des hôpitaux, mais aussi, et peut-être surtout, du fait des réformes qui se profilent.

Il est à craindre que les difficultés financières servent de prétexte à un changement de structure qui bouleversera irrémédiablement notre appareil hospitalier.

### a) *Le budget 1983*

Jamais la circulaire sur **le taux directeur** des budgets primitifs de l'année à venir n'aura été publiée aussi tardivement. Mais avant même qu'elle soit officiellement connue, les gestionnaires savaient que l'accroissement autorisé avoisinerait 9 %, hors emploi, et atteindrait globalement 10 %, si l'on tient compte des marges de manœuvre laissées à la discrétion des autorités départementales. C'est au moins 12 % que souhaitaient les gestionnaires. S'il est légitime de veiller à ce que les dépenses hospitalières n'augmentent pas plus vite que la richesse nationale, il convient de se demander jusqu'où l'on peut pousser la rigueur sans remettre en cause la qualité des soins.

Les taux directeurs préalablement cités sont évidemment liés à la volonté du gouvernement d'enfermer la hausse possible des prix dans la limite de 8 %. Nous lui en donnons acte, mais il nous apparaît indispensable que tout dérapage constaté puisse entraîner une actualisation, faute de laquelle la régression de la qualité des soins sera inéluctable.

- En ce qui concerne les **les créations d'emplois** prévues, subsiste un certain flou.

La circulaire précitée du 29 juillet 1982 précise que les « créations d'emplois susceptibles d'être autorisées en 1983, revêtiront un caractère très rigoureux ». Il convient, est-il souligné, que les « directeurs d'établissements préparent dans cet esprit, les **mesures de redéploiement d'effectifs** indispensables ».

Deux chiffres ont été avancés en ce qui concerne les créations de postes : 3 000 tout d'abord par M. Beregovoy devant l'Assemblée nationale, 8 000 par M. Jack Ralite, chiffre qui semble aujourd'hui retenu. Mais cette « diversité » témoigne bien de l'irrationalité du découpage ministériel : chaque ministre, c'est évident, tient son rôle et joue son jeu. Le pre-

mier, l'œil fixé sur l'équilibre de la sécurité sociale ne saurait admettre une augmentation considérable des effectifs des personnels hospitaliers, dont les salaires représentent déjà 70 % des dépenses hospitalières ; le second ne peut se satisfaire d'un objectif qui ne permettrait pas à l'évidence d'assurer le fonctionnement des établissements.

Il semble que le chiffre finalement retenu soit de deux fois 4 000 emplois, l'une en début d'année, l'autre au cours du second trimestre. Il est à craindre que seule la première tranche soit budgétisée. Les responsables des syndicats des personnels et les directeurs d'établissements estiment que ce nombre de postes est insuffisant. Faut-il rappeler que la Fédération hospitalière de France juge quant à elle nécessaire la création de 15 000 emplois par an pendant cinq ans ?

On imagine immédiatement les conséquences sur le fonctionnement des hôpitaux de ce rationnement des créations de postes, guère supérieur en nombre à celui qui avait été décidé au pire moment du plan de redressement établi par MM. Barrot et Farge et que l'opposition avait alors tellement critiqué.

Les 8 000 emplois promis par M. Ralite ne permettront qu'à peine l'ouverture de nouveaux établissements. Le nouveau centre hospitalier de Lille nécessiterait à lui seul 1 800 postes. Ceux de Besançon, Montpellier, Saint-Etienne, Villefranche-sur-Saône, Amiens, Verdun, utiliseront sans doute possible, les postes restants, à moins que l'on décide de ne pas ouvrir les nouveaux services construits à grands frais.

Faute de moyens, les hôpitaux risquent de ne pouvoir participer comme ils le devaient, à toutes les actions de prévention et d'éducation sanitaire pour lesquelles ils sont préparés. Mais c'est plus généralement à l'ensemble de leurs fonctions de soins, et pour les hôpitaux universitaires, à leur vocation d'enseignement et de recherche, que les établissements hospitaliers risquent de ne pouvoir faire face, alors même que la médecine ambulatoire est elle-même en difficulté.

\*  
\*       \*  
\*

Jamais la situation financière de nos établissements hospitaliers n'aura été plus difficile — l'année 1983 sera celle de l'excessive rigueur. Souhaitons sans trop y croire qu'elle ne soit pas celle de la régression irréversible de la qualité des soins. **Car il est à craindre que le « garot » dramatiquement posé depuis quelques années sur l'hôpital, ne soit plus aujourd'hui celui qui pour arrêter l'hémorragie, risquait à terme d'asphyxier le malade, mais celui qui, plus immédiatement et sans rémission, étrange le condamné.**

## 2. — *Des projets de réformes inquiétants*

Notre inquiétude est avivée du fait des réformes qui s'élaborent dans une insuffisante concertation, faisant naître des rumeurs qu'aucun texte officiel ne permet d'apaiser.

- Nous ne nous rappellerons pas une fois de plus les conséquences très probables de la **suppression du secteur privé** qui, outre qu'elle va diminuer les recettes des hôpitaux va déplacer très certainement une clientèle vers l'hospitalisation privée. Nous signalerons seulement qu'un projet de décret d'application de la loi s'est vu rejeté par le Conseil supérieur de l'hospitalisation.

- Nous ne nous étendrons pas non plus sur les conséquences quant au fonctionnement des hôpitaux, de la **réforme des études médicales**, actuellement discutée devant le parlement. Notre collègue, M. Gouteyron, dans son rapport, a suffisamment insisté sur les difficultés que risquent de rencontrer les hôpitaux généraux, de même que sur le coût probable de la réforme, pour qu'il soit besoin d'y revenir ici.

- Nous ne nous attarderons pas non plus, puisque le Parlement vient d'en débattre, sur la réforme prochaine de la **tarification hospitalière** et sur le remplacement du prix de journée par un **budget global** que vient amorcer le versement par la sécurité sociale, d'une « dotation globale ». Le rapport de synthèse sur l'évaluation des expériences en cours de réforme budgétaire tarifaire et de gestion, aurait, paraît-il, abouti à des conclusions plus nuancées que celles qui figurent dans le projet de loi de M. Beregovoy.

Tout au long de ces dernières années, particulièrement depuis le vote de la loi de 1978, nous avons cependant toujours soutenu que la réforme de la tarification hospitalière n'était pas en elle-même une garantie de bonne gestion, et qu'il n'existait pas de formule miracle. Nous avons exprimé nos réserves et notre hostilité à l'égard de ce budget global qui organise à l'évidence le **rationnement** des finances hospitalières, enferme les hôpitaux dans la situation présente et les place dans l'étroite dépendance des organismes de sécurité sociale. Nous avons par contre manifesté notre préférence pour une formule proche du prix de journée éclaté.

Nous avons toujours soutenu que le plus important dans un mode de tarification consistait dans la distinction entre dépenses fixes et dépenses variables et dans la détermination d'un principe de révision de ces dépenses en fonction de l'activité pour les seules dépenses variables. En outre, il nous apparaissait souhaitable que les déficits ne soient pas systématiquement incorporés dans le budget de l'année suivante. En tout état de cause,

nous avons toujours insisté sur l'obligation d'impliquer les gestionnaires et le corps médical dans la préparation et l'exécution de ce budget. Quelle que soit la modalité de celui-ci, sa valeur dépendra de ce qu'en feront non seulement les autorités de tutelle et les organismes de financement mais aussi les responsables et les personnels hospitaliers.

Il n'est pas acceptable d'entendre encore critiquer la gestion hospitalière et d'y voir la cause de l'accroissement des dépenses.

Le développement des méthodes de gestion a pris au contraire en milieu hospitalier, des formes multiples.

Les hôpitaux se dotent de plus en plus de cellules d'analyse de gestion et apportent ainsi la garantie que les techniques correspondantes seront systématiquement évaluées sur le terrain et utilisées si elles se révèlent efficaces. Il faut noter en outre le travail d'incitation fait par les cellules régionales d'analyse de gestion des directions régionales des affaires sanitaires et sociales qui permet par des analyses comparatives de situer chaque établissement par rapport aux autres de la région. Cette information oblige de nombreux établissements à faire des études spéciales pour expliquer des anomalies apparaissant dans ces comparaisons. La cellule d'analyse de gestion de l'établissement fonctionnerait comme un service d'« audit » interne, notamment dans le cas des C.H.R. Il faut ajouter que les établissements expérimentant les formules de réforme de la tarification ont créé en leur sein des cellules d'analyse de gestion.

Les audits externes demeurent le fait des services de contrôle administratif : Inspection Générale des affaires sociales, Inspection des Finances, Cour des Comptes. Des audits externes de gestion sont parfois effectués sur demande des établissements pour résoudre des problèmes précis et publics.

L'ensemble du milieu hospitalier est donc très largement sensibilisé aux problèmes de gestion, même si l'utilisation systématique de l'ensemble des outils susceptibles de répondre aux besoins n'est pas encore, semble-t-il, possible.

Malgré les indications que lui a apportées le directeur des hôpitaux sur ce que serait le budget global envisagé par le gouvernement et sur les efforts menés actuellement en vue de définir des indicateurs de l'activité hospitalière — des tableaux de bord médicalisés et susceptibles de fournir les coûts moyens par pathologie — opératoire pour le médecin clinicien et pour le gestionnaire, votre rapporteur reste réservé sur ce changement de mode de tarification. Il vous renvoie sur ce point à ses précédents avis budgétaires.

Concernant l'actuel projet de dotation globale de la sécurité sociale, il souhaite résumer une fois de plus quelques observations.

Cette globalisation ne concernant encore que les dépenses prises en charge par la sécurité sociale, porte en germe, une possibilité réelle d'un transfert du solde vers les collectivités locales territoriales. Nous renvoyons sur ce point à nos avis précédents et à l'excellent rapport de notre collègue M. André Bohl sur le projet de loi portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale.

La mainmise de la sécurité sociale sur le financement des établissements hospitaliers, les pouvoirs croissants des médecins conseils sur leur gestion, sont d'autant plus inquiétants que nous ne savons pas, dans le cadre de la future réforme hospitalière, ce que sera la composition des conseils d'administration des hôpitaux.

Nous connaissons par contre la configuration des conseils d'administration des caisses primaires régionales et nationales qui donne une large majorité aux représentants élus des syndicats de salariés.

Nous connaissons aussi — et cela n'est pas pour nous rassurer — les projets de réorganisation des services hospitaliers, sous forme de « départements ».

L'ensemble de ces mesures aboutit à un dessaisissement du politique et à un transfert dangereux du pouvoir vers des éléments les moins responsables.

#### • Les projets concernant le département

Parmi les projets essentiels du Ministère de la Santé — sur lesquels d'ailleurs les organisations professionnelles et la presse médicale sont mieux informées que le Parlement — figure en effet une modification profonde de la structure hospitalière. La pièce maîtresse en est la restructuration complète de tous les hôpitaux publics en « départements » qui viendraient se substituer aux actuels services. Le projet de décret suscite déjà de nombreuses réactions, non seulement en ce qui concerne le faux semblant de concertation qui l'a entouré, mais encore et peut-être surtout, quant à son contenu.

Selon le texte, qui précise explicitement que son champ d'application concerne l'ensemble des structures hospitalières publiques à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1984, le département se définit comme « un ensemble de moyens en personnel et en équipements qui assure de façon coordonnée le dia-

gnostic et le traitement des malades». Il est «l'unité d'organisation» de l'hôpital et l'unité de base pour la «préparation et la mise en œuvre du budget de l'établissement».

Les départements seront gérés par des «chefs de département», «assistés d'un surveillant-chef ou à défaut d'une surveillance» et par un «conseil de département». Ce dernier, qui se substituera aux actuels services, sera subdivisé en «unités» coordonnées par un responsable désigné par le conseil du département, lui aussi élu.

L'essentiel de la réforme consiste à remplacer le mode de désignation des chefs de service, aujourd'hui nommés par la voie hiérarchique, par l'élection.

Le responsable du département, qui devra obligatoirement être un médecin plein-temps de l'hôpital, ayant au moins cinq ans d'ancienneté, sera élu par un collègue comprenant :

— l'ensemble des médecins titulaires du département «relevant du statut hospitalier», dont les suffrages seront pris en compte à 75 % dans le décompte des voix;

— les autres médecins du département (c'est-à-dire des praticiens non-titulaires), dont les voix pèseront 12,5 %;

— le personnel non-médical dont les suffrages seront pris en compte à 12,5 %.

Le conseil du département sera, lui aussi, élu selon une représentation analogue. Il comportera ainsi les médecins — titulaires et non-titulaires — et deux membres du personnel non-médical.

Le mandat de l'ensemble des responsables sera de quatre ans, renouvelable.

Les actuels chefs de service le demeurent «à titre personnel pour la durée de leurs fonctions hospitalières». Ils seront de droit coordinateurs d'une unité.

Cette réorganisation en département devrait être effective à dater du 1<sup>er</sup> janvier 1984, faute de quoi la réforme serait appliquée autoritairement par l'Administration.

Ce projet de décret sur la départementalisation entend donc mettre un terme à l'organisation actuelle des hôpitaux en « services » et lui substituer un fonctionnement collégial au sein d'une nouvelle entité. Il abroge ainsi le décret du 17 avril 1943 qui avait institué notamment la notion de service hospitalier et donné au chef de service l'entière responsabilité des activités et des actes de son service, celui-ci jouissant d'une indépendance absolue. Soulignons que le projet de décret est indissociable du texte en cours d'élaboration relatif au statut du médecin hospitalier et qui prévoit la mise en place d'un corps unique de praticien.

Si nous avons toujours admis l'intérêt d'un regroupement des moyens en personnel et en équipements en vue d'une meilleure coordination au sein des établissements, si nous ne sommes pas hostiles à une association des personnels à la gestion des hôpitaux, nous ne pouvons accepter des dispositions qui prévoient que la gestion du département est assurée par un « chef » élu par un collège composé du personnel médical et non médical et par un « conseil » dont tous les membres sont également élus. La volonté d'étouffer le mandarinat ne doit pas transformer nos services hospitaliers en secteurs électoraux voire en « collectif » et la gestion quotidienne en « campagne » permanente.

**Le département devenant l'unité d'organisation de l'hôpital, notamment en matière d'allocation d'équipement et de personnel, de même que pour la préparation et la mise en œuvre du budget de l'établissement, le risque est grand que soit encore accru le cloisonnement interne des hôpitaux, renforcé par la présence de responsables « élus », et assurée ainsi la « balkanisation » de l'hôpital.**

Les premières réactions suscitées par ce projet de décret ne sont guère favorables. Fallait-il d'ailleurs précipiter à ce point le rythme de la réforme ? N'aurait-il pas été plus souhaitable de tirer l'enseignement des expériences de départementalisation actuellement en cours dans plusieurs hôpitaux, de recueillir davantage d'avis et de s'engager dans une concertation plus authentique ? Le risque est en effet grand qu'à vouloir briser par avance des résistances supposées, on ne s'embarque à la légère et avec une excessive hâte dans des réformes de structures qui bouleversent irrémédiablement une organisation qui a fait ses preuves.

La démarche est d'ailleurs identique s'agissant des autres projets de réforme. Malgré la multiplication d'instances de concertation qui sont autant de simulacres, demeurent encore mal connus enfin, tout au moins des parlementaires, les projets en cours d'élaboration sur la réforme des statuts des médecins des hôpitaux généraux et plus globalement sur la

«réforme hospitalière». Ce que nous en livre la presse médicale ne paraît pas encore suffisamment «officialisé» pour que nous puissions en débattre utilement.

Il est donc difficile d'en mesurer encore la portée sur l'organisation prochaine de l'hôpital, mais il est déjà permis de dire que rien de ce que l'on sait ne permet d'apaiser les inquiétudes des hospitaliers.

\*  
\* \*

Nous ne pouvons clore enfin ce développement sur les menaces qui pèsent sur le système hospitalier, sans citer un exemple — parmi tant d'autres — du laminage progressif de toute autorité de la direction. Un arrêté du 15 février 1982 ainsi qu'une circulaire du 22 février 1982 (1) sont venus modifier profondément l'organisation et le fonctionnement des commissions paritaires consultatives départementales et locales. Ils aboutissent notamment à éliminer le directeur ayant pouvoir de nomination, de ces commissions paritaires et à supprimer la voix prépondérante du président. Il semblerait même que dans les faits, se produise une rupture du paritarisme au détriment des représentants de la direction.

Cette remise en cause de l'autorité dans les hôpitaux n'est sans doute pas innocente...

\*  
\* \*

A l'heure de la décentralisation, jamais nos hôpitaux n'auront été soumis à une politique aussi centralisatrice et contraignante mais à deux têtes : le ministère et les caisses de sécurité sociale. Jamais le risque n'aura été aussi grand que la politique de la santé n'échappe aux élus locaux et parlementaires. Nous ne pouvons accepter ce transfert de pouvoir tant à l'intérieur de l'hôpital qu'à l'extérieur, vers des représentants d'organisations dont à l'évidence la mission n'est pas de définir les options à prendre en matière de santé. Il n'est du ressort d'aucune centrale syndicale de déterminer les orientations de notre système de santé, d'affecter les ressources des hôpitaux, de s'immiscer dans la gestion des services.

La qualité de la médecine hospitalière dépend d'abord de la capacité effective qu'ont les chefs de service à exercer leurs responsabilités. Or tout se passe comme si le nouveau pouvoir négligeait cette réalité, comme s'il

---

(1) cf. annexe.



tentait de mettre en place un nouveau système comportant la suppression de toute activité indépendante pour les praticiens hospitaliers, le nivellement de leur statut, la diminution de leurs ressources, le démantèlement des services garants de la qualité des interventions et des soins, la banalisation des études médicales, le renforcement des pouvoirs de l'administration.

Certains reprochent à la nouvelle équipe d'être inspirée par un rêve, celui selon lequel la santé pourrait résulter d'une organisation sociale dans laquelle la prévention et la massification des médecins tiendraient le premier rôle, reléguant au second rang la médecine d'intervention et de soins.

La Charte de la santé, il est vrai, est imprégnée de cette idée qu'une action collective et inégalitaire sur l'environnement, les conditions de vie et de travail, peut suffire à faire disparaître maladies et souffrances.

En réalité, nous le savons, la prévention et la surveillance de la santé dépendent d'abord de la capacité qu'a chacun de se prendre en charge seul ou avec l'aide de son médecin généraliste. Toute institutionnalisation excessive de la prévention risque de conduire à la démobilisation de l'individu et à des charges budgétaires nouvelles dues à la multiplication des structures et des moyens nécessaires. Aucune politique de prévention si poussée soit-elle, ne supprimera le recours aux soins curatifs, qu'il s'agisse de la médecine ambulatoire ou de la médecine hospitalière. C'est la raison pour laquelle l'hôpital doit rester un haut lieu de la médecine d'interventions et de soins doté des moyens suffisants pour remplir ses diverses missions.

**Pluralisme et responsabilité** doivent rester les maîtres mots de la politique qu'il convient de mener.

**Pluralisme** car il convient de préserver un système de santé qui respecte le libre choix par le malade de son praticien et de sa structure de soins.

**Responsabilité** car le coût de la maladie entraîne des conséquences économiques très lourdes. Si le coût ne peut diminuer dans un pays comme le nôtre, il ne pourra continuer à croître dans les proportions actuelles; mais aucune action ne sera possible si on ne s'appuie sur le corps médical et les responsables hospitaliers, pour maîtriser les coûts de la santé.

**DEUXIEME PARTIE**

**ACTION SOCIALE**

---

## I. — LES CRÉDITS DU MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES

Depuis le dernier remaniement de juin 1982, les attributions du Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale comprennent l'action sociale, la sécurité sociale, la population et, sous l'autorité du Ministre délégué, la politique du travail. De plus, le Ministère a la responsabilité du fonctionnement des moyens des services centraux et extérieurs communs. Aussi, son budget propre est-il constitué de l'ensemble des crédits des trois sections à l'exclusion des dotations se rapportant directement à la politique de santé et à la politique de l'emploi.

### • Les crédits globaux :

Le projet de budget du ministère des Affaires sociales et de la Solidarité nationale pour 1983 s'élève à 39,033 milliards F, calculés comme suit :

Dépenses ordinaires et crédits de paiement de la section commune .....	1 466 488 464 F
Dépenses ordinaires et crédits de paiement de la section Santé-Solidarité nationale (déduction faite des crédits imputables à la politique de santé) ...	36 498 940 249 F
Dépenses ordinaires et crédits de paiement de la section Travail-Emploi (déduction faite des crédits imputables à la politique de l'emploi) .....	1 067 757 628 F
	<hr/>
	39 033 186 341 F

La section commune augmente de 16,8 %. A l'exclusion des simples ajustements, trois mesures justifient cette progression :

— la création nette de 42 emplois destinés à renforcer les capacités de l'Administration centrale ;

— l'ouverture de crédits supplémentaires (11,6 millions F) pour financer l'extension des locaux de l'Administration centrale rendue nécessaire par l'accroissement des effectifs intervenu depuis 1981 ;

— l'ouverture de près de 5 millions d'autorisations de programme afin de développer les moyens de la mission « recherche-expérimentation », que nous avons déjà mentionnée.

## • Les principales dotations et leur évolution

La composition conception et l'évolution des principales dotations figurant aux seules sections qui nous intéressent sont les suivantes:

Dépenses ordinaires (titres III et IV) et autorisation de programme (titres V et VI)	Dotations 1982 en millions F	Dotations 1983 en millions F	1983/1982	
			en valeur absolue	en pourcentage
Solidarité nationale				
Dépenses d'aide sociale (chap. 46-11, 46-21, 46-41-10) .....	20 579,7	23 520	+ 2 940,3	+ 14,2
<i>dont:</i>				
Aide sociale à l'enfance .....	(9 844)	(11 139,2)	(+ 1 295,2)	(+ 13,1)
Aide médicale .....	(3 505)	( 3 921 )	(+ 416 )	(+ 11,8)
Formation des personnels sociaux (chap. 43-33, 43-34-20) .....	389,7	412,5	+ 23,1	+ 5,9
Subventions à divers régimes de protection sociale (chap. 47-22, 47-23) .....	8 409,3	9 965,2	+ 1 555,9	+ 18,5
Programmes d'action sociale (chap. 47-21) .....	441,2	457,4	+ 16,2	+ 3,6
Actions au profit des migrants étrangers (chap. 47-81) .....	98,3	121,4	+ 23,1	+ 23
Moyens des services extérieurs des AFF sanitaires et sociales (chap. 34-41, 34-42: déplacements et fonctionnement courant) .....	69,1	69,1	—	—
Ecole nationale de la Santé publique (chap. 36-41) .....	42,8	44,3	+ 1,5	+ 3,5
Subventions d'équipement social (chap. 66-20) .....	279	364,8	+ 85,8	+ 30,7
<i>dont:</i>				
Structures de garde de la petite enfance (1) .....	(100)	(95,8)	(— 4,2)	(— 4 )
Etablissements sociaux pour personnes âgées .....	( 40)	(50 )	(+ 10 )	(+ 25 )
Aménagement social de quartiers .....	( 9)	(48 )	(+ 39 )	(× 5,3)

(1) Financement intégré progressivement dans la dotation globale d'équipement constituée au profit des collectivités locales.

Comme l'observe pudiquement la note de présentation des crédits, « on peut constater... que les contraintes imposées à l'évolution des dépenses publiques, ayant pour objet le maintien du déficit budgétaire dans des limites strictes, conduisent à une très grande sélectivité dans l'octroi de moyens nouveaux ». C'est dire en termes prudents que le budget qui nous est soumis est là encore un budget de rigueur. Même si cette « stabilisation » succède à une forte croissance des dotations dans le collectif de 1981 et dans la précédente loi de finances, elle risque de menacer quelque peu la continuité des actions entreprises dans des secteurs qui devraient pourtant demeurer prioritaires.

**1. — L'importance des dépenses obligatoires: 23,5 milliards**

Comme les années passées, le budget de la solidarité est constitué dans une très large proportion par des crédits relatifs à des dépenses ayant un caractère obligatoire — et concernant surtout l'aide médicale (3,9 milliards) et l'aide sociale (19,1 milliards).

Si l'on ajoute à ces crédits provisionnels le montant des dépenses affectées au fonctionnement des services départementaux d'aide sociale (0,5 milliard), c'est plus de 23 milliards 500 qui sont consacrés au remboursement des dépenses engagées par les collectivités locales en vertu de la loi. La part, ainsi financée par l'Etat on le sait, varie selon la catégorie d'aide et le département, mais dépasse en moyenne 60 % des dépenses inscrites aux comptes administratifs des départements.

Ces crédits progressent d'environ 14,2 %. Comme les années passées, on constate un ralentissement de la progression des crédits d'aide médicale (+ 11,8 %), tant pour l'aide médicale générale que pour l'aide médicale aux malades mentaux (— 25 %) et aux tuberculeux (— 37 %). Cette tendance tient principalement, nous l'avons déjà souligné, à l'extension progressive de la couverture de l'assurance maladie.

En matière d'aide sociale, les évolutions varient évidemment selon les formes d'aide. Les crédits concernant les handicapés sont majorés de 21,2 %, ceux relatifs aux centres d'hébergement de 24 %, et les crédits affectés au service social départemental de 26,5 %. Par contre, on constate des progressions modérées pour les crédits d'aide à l'enfance (+ 13,1 %) et plus faibles encore pour les personnes âgées (+ 3,1 %), du fait essentiellement du ralentissement (+ 7,18 %) des dépenses d'hébergement. La cause en est double et résulte d'une part de la solvabilité plus grande des intéressés du fait de l'augmentation du minimum vieillesse, d'autre part, de la prise en charge croissante par l'assurance-maladie du « forfait-soins ».

Principales dotations	1983	Progression par rapport 1982
Aide Sociale à l'enfance .....	11,139 milliards	+ 13,1 %
Aide Sociale aux personnes handicapées	3,5 milliards	+ 21,2 %
Aide Sociale aux personnes âgées .....	2,06 milliards	+ 3,2 %
Aide à la famille .....	0,008 milliard	+ 0 %
Centres d'hébergement .....	1,083 milliard	+ 24 %
Service social .....	1,33 milliard	+ 26,5 %

**AIDE SOCIALE OBLIGATOIRE**  
**CHAPITRE 46-21 - AIDE SOCIALE**

Articles	Intitulé	Crédit voté en 1982	Crédit demandé en 1983	% d'augment.
art. 10	Aide Sociale à l'enfance ...	9 844	11 138,22	+ 13,15 %
21	A.S. personnes handicapées	2 890	3 503,5	+ 21,22 %
22	A.S. personnes âgées ...	2 002,1	2 066,0	+ 3,19 %
24	Avantages aux vieillards et infirmes ...	0,1	0,1	0
25	Alloc. de loyer ...	0,2	0,1	- 50,0 %
31	Aide Sociale à la famille ...	7,996	7,996	0
34	Secours en cas de calamité publique	1,00	1,00	0
35	Centres d'hébergement ...	831,951	1 033,051	+ 24,17 %
36	Prévention et réadapt. sociale ...	18,416	21,403	+ 16,21 %
40	Service social ...	1 053,862	1 333,162	+ 26,50 %
<b>Total</b>		<b>16 649,628</b>	<b>19 105,535</b>	<b>+ 14,75 %</b>

Dans la plupart des secteurs, les prix de journée supportés par l'aide sociale augmentent inévitablement, ne serait-ce que sous l'effet de l'humanisation des établissements et d'une technicité croissante.

Par contre, le nombre de bénéficiaires des différentes formes d'aide est stable s'agissant des personnes âgées, en baisse pour l'aide à l'enfance et en hausse pour les inadaptés et les adultes handicapés.

Outre ces crédits d'aide sociale, s'ajoutent traditionnellement aux dépenses obligatoires, les subventions accordées à divers organismes de protection sociale qu'il s'agisse de la majoration des rentes mutualistes des anciens combattants ou des subventions au Fonds spécial de la caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines et au Fonds spécial de la caisse autonome mutuelle de retraite des agents des chemins de fer secondaires et des tramways. Au total, ces subventions s'accroissent de 18,5 % et atteignent 10 milliards.

**2. — La stagnation voire la régression  
des crédits d'interventions sociales**

La part des actions volontaristes est ici encore très limitée. L'importance des crédits reconduits de façon inéluctable rend nécessaire, si domine la volonté de rigueur, une grande sélectivité dans la définition d'actions nouvelles. Mais on peut craindre une fois de plus que « stabilisation » des crédits ne signifie en réalité diminution des moyens et qu'« actualisation », ne se traduise par régression certaine.

C'est ainsi que les subventions de fonctionnement aux centres de formation des travailleurs sociaux, qui accueillent plus de 20 000 élèves ne s'accroissent que de 5 %.

Quant aux dotations relatives aux programmes d'action sociale, qui constituent la seule partie incitative du budget de la solidarité, elles n'augmentent que de 3 %, diminuent donc en francs constants, et n'atteignent que **457,5 millions** (à comparer avec les 23 milliards de dépenses d'aide sociale obligatoires). Certes ces crédits avaient été très sensiblement augmentés en 1982 (+ 61 %), mais leur très faible progression ne permettra guère la continuité des actions entreprises.

Les crédits de l'action sociale en faveur des personnes âgées, qui constituent 33 % de l'ensemble, diminuent même quelque peu du fait de l'arrivée à son terme du P.A.P. 15, ceux en faveur des inadaptés ne s'accroissent que modérément (14 %), ceux en faveur des services collectifs de voisinage, plus modestement encore (+ 5 %). Il en est de même des actions en faveur des jeunes et des enfants (+ 3 %). Sont par contre triplés les crédits relatifs à la lutte contre la toxicomanie.

Notre Commission a toujours souhaité que soit maintenue à un niveau élevé l'action sociale volontariste. Elle ne peut donc que regretter que cette action soit aujourd'hui en diminution, s'agissant notamment des personnes âgées, sous le prétexte que le P.A.P. 15, auquel elle était légitimement très attachée, arrive à son terme. Ce P.A.P. — sur lequel nous nous sommes longuement étendu dans notre précédent avis — organisait le maintien à domicile, pour lequel, nous le verrons, beaucoup reste à faire. Y aurait-il pour le Gouvernement, rupture d'imagination ? N'aurait-on pu dès à présent prévoir des actions qui seraient venues prendre le relais de ce programme prioritaire ?

Certes les crédits budgétaires sont complétés par des ressources d'autres origines, provenant notamment des caisses de sécurité sociale, de mutuelles ou des collectivités locales. Mais le maintien de leur niveau apparaît fondamental pour la préservation de l'action sociale dans la mesure où ces crédits servent à financer divers services et interventions relevant de la prévention sociale au profit de catégories spécifiques de la population particulièrement défavorisées comme, outre, notamment les personnes âgées, les personnes handicapées, les familles, les jeunes et adolescents.

En 1983, l'accent devrait être mis, toujours dans le cadre de cette politique du maintien à domicile, d'une part sur le développement des soins infirmiers pour les personnes âgées, d'autre part sur l'adaptation des logements aux besoins des handicapés. Mais les crédits inscrits ne permettent guère d'actions développées.

L'action sociale en faveur des **immigrés** est par contre amplifiée. Les dotations atteignent 121 millions et s'accroissent de 23,3 %. L'accroissement des crédits correspond à une actualisation des subventions aux associations, au développement des contrats d'agglomération et à l'inscription d'une dotation nouvelle nécessaire au financement d'actions relevant de la « Commission nationale pour le développement social des quartiers ».

En ce qui concerne les **subventions d'équipement social**, les dotations en autorisation de programme progressent de 30,7 %, et passent à 264,8 millions. Sur ce total, 95,8 millions sont consacrés aux structures d'accueil de **la petite enfance** qui reste la priorité essentielle. Notons que ce type d'action rentre dans le cadre de la politique de décentralisation et que les crédits correspondants doivent être progressivement transférés aux collectivités locales par le moyen de la dotation globale d'équipement. Pour 1983, le montant du transfert porte sur 20 % de la dotation 1982 exprimée en autorisations de programme, soit 14,2 millions.

Les autorisations de programme « d'aménagement social concerté », lié à la rénovation des quartiers dégradés, passent de 9 à 48 millions, non compris environ 2 millions intégrés dans la dotation relatives aux établissements sociaux pour personnes âgées et aux établissements pour handicapés adultes progressent respectivement de 40 à 50 millions de francs et de 80 à 115 millions.



## II. — VERS UNE REMISE EN CAUSE DES MODALITÉS DE L'ACTION SOCIALE

Après quelques mois d'«état de grâce» et d'accroissement immodéré des prestations, l'année 1982 aura été celle d'une prise de conscience croissante de la limite des moyens financiers dont peut disposer la collectivité pour mener à bien une politique d'action sociale. On se féliciterait de ce nouveau réalisme, si succédant à une période laxiste de redistribution qui n'a abouti en fait qu'à l'accroissement des déficits publics et à la remise en cause des grands équilibres économiques, il ne risquait pas de déboucher en fait sur une réelle régression sociale. Notre mise en garde de l'an passé s'est trouvée largement confirmée par les faits : c'est l'insuffisante rigueur d'hier qui explique l'excessive rigueur d'aujourd'hui.

L'accroissement des cotisations d'assurance maladie des préretraités, l'instauration d'un forfait journalier hospitalier, la réduction envisagée du montant de la garantie de ressources, la diminution prochaine de certaines allocations familiales, constituent autant de mesures qu'une gestion plus maîtrisée des prestations aurait sans doute permis d'éviter. Auraient de même pu être évitées des mesures comme celles qui viennent d'être prises en ce qui concerne les prestations familiales. Citons notamment la nouvelle règle selon laquelle l'ouverture des droits aura lieu le premier jour du mois suivant l'événement générateur des droits. Le mois au cours duquel intervient l'événement ne comptera plus. La mesure devrait économiser 200 millions pour 1982 et un milliard 300 pour 1983 au détriment inévitablement des allocataires. En outre, pour l'allocation de logement, un nouvel enfant ne sera pris en compte qu'à partir de sa naissance et non plus de sa conception.

Devraient en outre être supprimés les prêts à l'accession à la propriété et la majoration de l'allocation postnatale pour la troisième naissance et les suivantes.

On le voit, l'heure n'est plus à la générosité, mais aux expédients.

Nous avons l'an passé formulé des avertissements qui n'ont été d'aucun effet, et l'austérité d'aujourd'hui conduira sans doute à des révisions plus déchirantes encore.

C'est dans cette conjoncture très difficile que va se mettre en place la décentralisation de l'action sanitaire sociale et on peut craindre qu'une sensibilisation accrue à l'augmentation des dépenses n'entraîne un bouleversement des politiques jusqu'ici suivies et ne soit pour le gouvernement une tentation de se décharger de ses responsabilités financières.

### A. — Des charges croissantes et des résultats toujours insatisfaisants

Dans une société comme la nôtre, les dépenses d'action sociale, de même que les dépenses de santé, ne peuvent que croître; en ce sens le transfert sur les collectivités locales des responsabilités en la matière, ne peut qu'inquiéter les gestionnaires que nous sommes.

Les sommes engagées sont d'ores et déjà considérables, bien que les résultats ne soient pas toujours à la hauteur des efforts entrepris. L'exemple de l'Aide sociale à l'enfance avec son coût pour l'Etat de plus de 13 milliards, mais sans que la politique de l'enfance en difficulté soit plus satisfaisante, est très probant. Aucun progrès d'ailleurs n'a résulté du changement de gouvernement.

Nous ne prendrons ici que quelques exemples qu'illustre la difficulté de toute action sociale.

#### 1. — *L'aide à domicile: une structure encore insatisfaisante*

L'aide à domicile, sous toutes ses formes, est restée un objectif prioritaire des gouvernements tant avant qu'après le 10 mai 1981. Mais malgré des efforts réels, de grandes disparités demeurent (1).

##### a) *Le cloisonnement des actions*

La principale caractéristique de l'aide à domicile en France réside en effet dans le cloisonnement des actions menées. Selon qu'il s'agit d'aider les familles, les personnes âgées ou les personnes handicapées, des politiques différentes sont en effet entreprises.

• Globalement le maintien à domicile des personnes âgées par les aides-ménagères a bénéficié et bénéficie encore d'une priorité qui a permis d'augmenter rapidement le nombre de retraités aidés (350 000 en 1981) même si, aujourd'hui, des problèmes de financement existent et que tous les besoins ne sont pas satisfaits,

(1) Union sociale, octobre 1982.

- L'aide aux familles reste par contre très en-deça des besoins réels. Les VI<sup>e</sup> et VII<sup>e</sup> Plans prévoient qu'une bonne couverture des besoins en ce domaine nécessitait un effectif de 22 000 travailleuses familiales à atteindre d'ici 1990. Avec actuellement 8 000 travailleuses familiales, on dépasse à peine le tiers de ce chiffre. Fait plus grave encore : les effectifs, qui, il y a quelques années, augmentaient lentement mais régulièrement, stagnent aujourd'hui quand ils ne régressent pas.

En ce qui concerne les personnes handicapées physiques, jusqu'à une période récente, elles ne pouvaient guère bénéficier du maintien à domicile si ce n'est en trouvant elles-mêmes des personnes pour les aider et en les payant sur leur allocation compensatrice de tierce personne.

Face à cette situation, le gouvernement décidait, en juin 1981 on s'en souvient, la mise en place de services d'auxiliaires de vie destinés à permettre un véritable maintien à domicile. 250 postes furent créés jusqu'à la fin de l'année, 500 autres le sont ou le seront en 1982. 750 devraient l'être en 1983. Le souci de répondre aux besoins et d'assurer une meilleure intégration des handicapés ne peut qu'impliquer la poursuite de cet effort.

A ces trois aspects de l'aide à domicile, correspondent trois situations différentes, trois politiques menées, et trois modes différents de financement.

### *b) Les inégalités qui demeurent*

Le cloisonnement des actions entreprises en faveur du maintien à domicile se double, à l'intérieur des prestations d'aide aux familles et aux personnes âgées, de grandes différences concernant la participation financière des intéressés et le nombre d'heures accordées.

#### **1) Prestation d'aide aux familles (travailleuse familiale)**

- La prise en charge d'heures de travailleuse familiale par les caisses primaires d'assurance maladie-invalidité-maternité et par les caisses d'allocations familiales n'est jamais totale. Il est toujours laissé, par la caisse, une participation financière en fonction des revenus familiaux.

Si cette participation est louable quant au principe, elle se traduit cependant par la multiplication des barèmes qui diffèrent d'une caisse à l'autre.

- Si les participations varient d'une caisse à l'autre, elles changent également d'un département à l'autre et peuvent varier du simple au double, puisqu'il n'existe pas de barème unique pour la centaine de caisses d'allocations familiales que l'on compte en France.

- Enfin, le nombre d'heures de travailleuse familiale accordées varie également d'une caisse à l'autre.

Pour le cas d'une grossesse difficile, certaines caisses d'allocations familiales pourront accorder, en cas de nécessité, jusqu'à 280 heures de travailleuse familiale avant l'accouchement, et autant après.

D'autres, au contraire, pour le même cas, n'accorderont au maximum, quelle que soit la nécessité, que 80 heures de travailleuse familiale.

## 2) Prestation d'aide aux personnes âgées (aide ménagère)

- Comme la prestation d'aide aux familles, la prise en charge d'heures d'aide-ménagère par les caisses de retraite laisse une participation financière à la charge des bénéficiaires.

Ici encore, de grandes différences de participation existent, allant de 1 à 5.

- D'un département à l'autre, on constate également l'existence de barèmes différents, mais un louable effort a été fait par certaines caisses.

- Enfin, concernant le nombre d'heures d'aide ménagère accordées, la plus grande diversité est encore de mise.

Globalement une des plus grandes disparités de situation concerne le **milieu rural**, moins équipé en services que le milieu urbain alors même que les besoins d'aide à domicile y sont plus importants.

Or, l'aide à domicile se trouve pénalisée, en milieu rural, par deux problèmes :

- Celui, plus particulier aux zones à faible densité de population (montagnes, zones dépeuplées), des distances à parcourir, dont le coût est mal intégré dans les prestations d'aide aux personnes âgées et aux personnes handicapées. Dans certaines régions, aller aider une personne âgée pour une heure peut nécessiter plus de 10 km dans chaque sens.

- Celui, plus général, des contraintes budgétaires des Caisses de mutualité sociale agricole.

Si, pour des caisses, une compensation financière par le régime général de Sécurité sociale et l'Etat existe en ce qui concerne les prestations légales, les fonds d'action sociale qui financent les prestations extra-légales ne

sont alimentés que par les seules cotisations des agriculteurs actifs. Or, il y a, dans beaucoup de départements, plus de retraités que d'actifs. Comment, alors financer l'action sociale pour tous ?

LES DIVERS TYPES D'AIDES A DOMICILE

	Aide à la famille	Aide aux personnes qui n'ont plus d'enfants en dessous de 14 ans et ne sont pas encore retraitées	Aide aux personnes âgées	Aide aux personnes handicapées
Population concernée.	11,5 millions de familles ayant des enfants de moins de 14 ans (1).	10,3 millions de personnes ayant de 45 à 65 ans (2).	7,3 millions de personnes ayant plus de 65 ans (2).	Environ 1,8 million de personnes handicapées (3).
Nombre de personnes aidées.	145 000 familles aidées en 1981 (4).	Pratiquement aucune possibilité d'aider ces personnes sauf dans quelques très rares départements où la D.d.a.s.s. accepte de financer quelques heures d'intervention d'Aide-ménagère.	350 000 personnes âgées aidées en 1981 (4).	3 000 personnes handicapées seront aidées en 1982 (4).
Type d'intervenant.	Aide (ou travailleuse) familiale		Aide-ménagère	Auxiliaire de vie
Formation des intervenants.	— Formation de base de 8 mois, sanctionnée par le certificat de travailleuse familiale. — Formation continue.		— Pas de formation de base, ni de diplôme, mais une formation en cours d'emploi.	— Formation de base de quelques semaines. — Pas de diplôme. — Formation continue
Type de financement.	— Financement à l'heure d'intervention. — Financement «extra-légal», c'est-à-dire facultatif venant des fonds d'action sanitaire et sociale des Caisses d'allocations familiales, des Caisses primaires des différents régimes de Sécurité Sociale, avec une participation demandée à la famille. — Financement également des D.d.a.s.s. dans le cadre de la Protection maternelle et infantile et de l'Aide sociale à l'enfance.		— Financement à l'heure d'intervention. — Financement «extra-légal», c'est-à-dire facultatif, venant des fonds d'action sociale des Caisses de retraite (principales et complémentaires) avec une participation demandée à la personne âgée. — Financement également des D.d.a.s.s. dans le cadre de l'Aide sociale.	— Financement au poste par le ministère de la Solidarité nationale, complété par une participation qui doit fournir la personne handicapée sur son allocation compensatrice de tierce personne ou sa majoration pour tierce personne si elle touche cette prestation (participation comprise entre 16 et 21 F de l'heure).

(1) Estimation d'après les chiffres de 1965 du ministère de la Santé.

(2) Chiffres I.n.s.e.e. au 1-1-1982.

(3) Il s'agit d'une estimation très approximative, la population handicapée étant assez mal connue statistiquement.

(4) Estimation.

## 2. — *La politique médico-sociale à l'égard des personnes âgées : des intentions peu concrétisées*

La publication d'une très longue circulaire du 7 avril 1982 sur la politique sociale et médico-sociale pour les retraités et les personnes âgées, l'organisation de nouvelles structures consultatives à divers niveaux, la mise en place d'une commission chargée de proposer une réforme de la tarification du long séjour, ne suffisent pas à résoudre concrètement les difficultés que rencontrent les personnes âgées.

Le développement des services de soins à domicile et la lente poursuite de la transformation des hospices n'apportent pas encore de réponses satisfaisantes aux problèmes qui se posent.

### a) *La circulaire du 7 avril 1982*

L'intérêt du texte est de reprendre l'ensemble des problèmes concernant les personnes âgées en examinant successivement les actions à mener tant pour la vie sociale et l'hébergement individuel des personnes âgées que pour les hébergements collectifs.

Globalement sont confirmées les mesures prises en faveur du maintien à domicile et réaffirmée la nécessité en matière d'hébergement de mettre fin à la distinction entre le social et le sanitaire. La circulaire mentionne ainsi « l'opportunité d'une socialisation du sanitaire, d'une médicalisation du social, afin que chaque gamme d'hébergement présente une souplesse indispensable pour répondre aux aspirations de chacun ». Les moyens de transformation nécessaires résulteront d'une meilleure planification, d'une mutation architecturale, d'une dotation suffisante en personnel, d'une participation plus active des pensionnaires à la vie de l'établissement.

Mais en vue de la mise en œuvre de ce dispositif, on peut déplorer la multiplication de structures de décision à différents niveaux qui ne peut qu'engendrer une pesanteur administrative et retarder la transformation et l'humanisation des établissements.

Au niveau national est créé un Comité national des retraités et des personnes âgées (qui remplace le « Comité national d'information aux personnes âgées »); au niveau régional est prévue une conférence régionale des retraités et personnes âgées; au niveau départemental est institué un « Comité départemental » nommé par le Commissaire de la République et dont on sait (circulaire du 7 septembre 1982) qu'il comprendra outre les

représentants des organisations syndicales de salariés et de retraités et personnes âgées représentées de droit au comité national, des membres du conseil général, des personnalités qualifiées, sur avis du Président du conseil général et des représentants des cinq centrales syndicales de salariés représentatives au plan national. Au niveau de l'administration sont institués des délégués régionaux et des délégués départementaux à plein temps qui assureront le lien entre les correspondants départementaux et le secrétariat de la conférence régionale des retraités et personnes âgées ; au niveau local enfin, au sein des secteurs, des coordonnateurs veillent aux liaisons entre services et établissements.

Un des éléments les plus intéressants de la circulaire réside dans l'instauration dans chaque département et avant le 1<sup>er</sup> juin 1983 d'un **plan gérontologique départemental** qui se veut descriptif, quantitatif ainsi que prospectif. Il prend en compte l'ensemble des différents établissements ainsi que les services concourant à la prise en charge des personnes âgées. Il se veut un instrument de planification, permettant d'apprécier les besoins dans le cadre d'une complémentarité entre les secteurs sanitaire et social.

La circulaire précitée ne lève cependant pas un certain nombre d'incohérences concernant les établissements. L'ambition première « médicaliser le social et socialiser le médical » n'est pas atteinte, car sont maintenus des types d'établissements suivant des catégories d'âge et de pathologie. Or, parmi les personnes ayant perdu leur autonomie de vie, il n'est pas possible — dans les faits — d'établir des catégories diagnostiques. Les dispositions prises demeurent encore trop « fixistes » s'appliquant à des personnes atteintes d'affections graves et le plus souvent évolutives.

La dualité des commissions sociales et sanitaires risque en outre de subsister. Il n'est pas parlé de la commission régionale d'hospitalisation chargée pourtant de la coordination du long séjour. De plus, tout ce qui concerne la géronto-psychiatrie n'est pas réglé et il n'est fait aucune référence aux « maisons d'accueil spécialisées » destinées au long séjour. Enfin, et c'est très grave, ne sont pas modifiées les règles de répartition des charges entre le « forfait soins » et le prix d'hébergement, le premier restant insuffisant, si bien que le second demeure trop élevé pour les intéressés et leur famille.

Votre rapporteur, à cet égard, ne peut que rappeler une fois de plus les préoccupations de la commission. Son souhait tout d'abord d'une **meilleure planification par l'élaboration d'une carte sanitaire et sociale** des centres aux personnes âgées intégrant les services à domicile et toutes les formes d'hébergement.

Son vœu, ensuite, que soient développés dans les meilleures conditions les services d'aide à domicile, même s'ils trouvent inévitablement des limites.

Son souci, enfin, que ne soient pas créées des catégories d'établissement suivant l'âge, la pathologie, etc... mais que soient au contraire adaptés les établissements à la clientèle et à son évolution.

C'est la raison pour laquelle, nous mettrons à nouveau en garde contre deux écueils: la médicalisation excessive et la sous-médicalisation. Une juste moyenne s'impose à l'évidence et devrait encourager la mise en place d'établissements regroupant dans un même ensemble un pourcentage modulable de lits d'aigus, de moyens et de longs séjours, évitant tout transfert et assurant une médicalisation qu'il paraît irréaliste d'occulter même si l'aspect médical doit rester second.

Avant tout aussi, il importe de parvenir à une nouvelle tarification qui soit « neutre » à l'égard du type d'établissement et n'aboutisse pas à la mise à la charge des intéressés et de leur famille, de sommes qu'ils ne sont pas à même de supporter.

#### *b) La poursuite du développement des soins infirmiers*

A l'intérieur de ce rapide examen de la politique menée à l'égard des personnes âgées, nous dirons un mot des services de soins infirmiers à domicile.

On se souvient qu'un décret du 8 mai 1981 et les circulaires du 1<sup>er</sup> octobre 1981 et du 7 avril 1982 se proposaient le développement rapide de ces services, dont la base légale repose sur la loi du 4 janvier 1978 et dont la finalité est d'offrir aux personnes âgées dépendantes, les conditions d'une alternative à l'hospitalisation.

Au 15 juin 1982, 159 services étaient en fonctionnement représentant 6 693 places. 214 services étaient en cours d'autorisation et devaient fonctionner avant le 31 décembre 1982 représentant 6 277 places. Au total, c'est donc 13 000 places environ qui seront couvertes, l'objectif étant d'atteindre 20 000 places avant la fin 1983: cet effectif doit permettre en fait la prise en charge annuelle d'environ 200 000 personnes âgées.

En ce qui concerne les personnels, les services de soins infirmiers emploieront à la fin de l'année environ 800 infirmières et 1 500 aides-soignantes. Théoriquement, ils peuvent recourir à des personnels libéraux, mais il n'a pas été possible d'obtenir avec précision des données chiffrées sur la participation des infirmières libérales.



Concrètement, le développement des services se heurte à de grandes difficultés. La première réside dans une assez large exclusion des libéraux des structures de soins, malgré les promesses faites à cet égard. Les professionnels de la santé ont été très largement « doublés » dans de nombreux départements par les initiatives publiques. Les créations de service par les municipalités se sont faites le plus souvent sans aucune concertation avec les libéraux, et les infirmières ont été informées « après coup » par la D.D.A.S.S. malgré les termes fort explicites de la circulaire du 1<sup>er</sup> octobre 1981.

Il est fréquent également que l'infirmière coordinatrice salariée outre-passe ses fonctions et s'immisce dans le processus thérapeutique de malade, ne serait-ce qu'en fixant le rythme de passage des infirmières libérales au domicile des patients.

D'autres difficultés de mise en place et de fonctionnement sont évidemment financières.

Le forfait journalier, fixé depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1982, à 89,10 F ne permet guère de rémunérer, après que soit intervenue l'infirmière, une aide-soignante. D'où la tentation pour nombre d'associations de n'accepter que les cas les plus légers.

Rappelons pour finir que d'après les termes de la circulaire du 7 avril précitée, les services de soins infirmiers à domicile peuvent intervenir non seulement au domicile des intéressés mais aussi au substitut de celui-ci que constitue la maison de retraite ou le logement-foyer. Ce qui peut permettre d'éviter la médicalisation excessive de certains établissements.

Les services de soins à domicile trouvent en tout état de cause leurs limites et ne sauraient être qu'un élément dans une panoplie plus complète d'aide aux personnes âgées.

Ils n'ont pu encore d'autre part, s'étendre à d'autres catégories de personnes dépendantes, comme les handicapés. A moyen ou long terme, il semble que c'est vers l'instauration « d'aides familiales » que pourrait à leur intention s'organiser l'aide au maintien à domicile.

## **B. — Les risques de la décentralisation dans une conjoncture difficile**

Bien que l'action sanitaire et sociale ait été finalement retirée par le Gouvernement du projet actuellement en discussion, relatif à la répartition des compétences entre l'Etat et les collectivités locales, nous ne pouvons plus ignorer les intentions du Gouvernement en la matière.

Le Sénat, ayant eu longuement l'occasion de discuter de ces questions, l'excellent avis de M. Jean Madelain au nom de la commission l'ayant particulièrement éclairé sur ce thème précis, de l'action sanitaire et sociale, notre propos sera très bref.

Nous rappellerons seulement que dans le domaine de l'action sociale, le projet de loi tend essentiellement à transférer au département la responsabilité des principales prestations d'aide sociale; il prévoit aussi le transfert de certains services d'action sociale, tels que le service de l'aide sociale à l'enfance et le service départemental d'action sociale.

L'Etat conserverait une compétence entière pour un petit nombre de prestations, soit relevant d'une solidarité ou d'une politique à caractère national, soit liées automatiquement à des prestations de sécurité sociale.

L'un des principes essentiels mis en œuvre sera celui selon lequel le payeur doit être le décideur.

Avec les nouvelles dispositions, le département se verra attribuer d'importants pouvoirs de décision. Il deviendra responsable du versement de la plupart des prestations d'aide sociale. Il en définira le montant et les conditions d'attributions dans la mesure où il souhaitera qu'ils soient plus favorables que ceux fixés pour l'ensemble du territoire.

Le principe d'autonomie des collectivités territoriales conduira à supprimer toute forme de contrainte d'une catégorie de collectivités sur une autre et donc à ne maintenir le système actuel des contingents communaux d'aide sociale qu'à titre provisoire.

Le transfert de ressources consécutif au transfert de compétence devrait être opéré après révision des barèmes actuels de répartition des charges. Cette révision s'effectuera par péréquation entre les départements afin de mieux tenir compte de la richesse effective de chacun d'entre eux. Elle sera ainsi globalement neutre pour le budget de l'Etat.

Posés par le projet de loi précitée, ces principes seront précisés dans un autre projet de loi « Particulière » en cours d'élaboration et qui aura notamment pour objet d'adapter le fonctionnement des établissements sociaux et médico-sociaux à la situation née de la décentralisation.

**TABLEAU RÉCAPITULANT LA RÉPARTITION DES COMPÉTENCES  
PROPOSÉE PAR LE PROJET DE LOI (1)**

Forme d'aide	Avant réforme	Après réforme
<b>1. Aide sociale.</b>		
• Aide à l'enfance .....	Groupe I	Département
• Aide à la famille .....	Groupe III (2)	Etat
• Aide aux personnes âgées .....	Groupe III	• Département: hébergement, aides à domicile • Etat: allocation simple à domicile
• Aide aux handicapés .....	Groupe III	• Département: hébergement, aides à domicile • Etat: allocation compensatrice, allocation différentielle, centres d'aide par le travail
• Aide médicale générale (aide à domicile, aide hospitalière) ..	Groupe III	Département
• Cotisations d'assurance-maladie ..	Groupes II et III	Etat
• Aide médicale aux tuberculeux et aux malades mentaux ..	Groupe II	Département
• Aide au logement, à l'hébergement et à la réadaptation ..	Groupe II	Etat
• Service social départemental ..	Groupe I	Département
<b>2. Santé.</b>		
• Protection générale de la santé ..	Groupe I	Etat sauf bureaux municipaux
• P.M.I. ....	Groupe I	• Département: centres, consultations, interventions à domicile, formation des assistantes maternelles • Etat: contrôle des établissements, prime de maternité DOM
• Santé scolaire .....	Etat (3)	Département
• Tuberculose .....	Groupe I	Département
• Maladies vénériennes .....	Groupe I	Département
• Lèpre (4) .....	Groupe I	Etat
• Cancer .....	Groupe I	Etat
• Maladies mentales (sectorisation psychiatrique) .....	Groupe I	Etat
• Alcoolisme .....	Groupe I	Etat
• Toxicomanie .....	Groupe I	Etat

(1) Cf avis de M. Madelain au nom de la Commission des Affaires sociales (Sénat n° 47, 1<sup>re</sup> session 1982-1983).

(2) Sauf pour les aides aux familles de militaires, actuellement à la charge exclusive de l'Etat.

(3) Sauf dans 17 municipalités, dont Paris, qui assurent elles-mêmes le service de santé scolaire sur leurs propres ressources.

(4) Cette compétence ne concerne en fait que le département d'outre-mer.

Nous confirmons évidemment les amendements que M. Jean Madelain a proposés au texte initial du projet et qui concernaient essentiellement l'affirmation de certains principes généraux, l'apurement du passé afin que les transferts s'opèrent sur une situation nette et saine et la définition de certaines précautions préalables destinées à préserver pour l'avenir la situation financière des départements sur lesquels l'Etat ne saurait se

décharger de tout. Nous souhaitons aussi que soient d'ores et déjà tracées les grandes lignes des mesures qui devront figurer dans la loi « Particulière ».

Mais dans l'attente de cette loi spéciale, nous ne pouvons que confirmer une inquiétude profonde.

Votre commission souhaite en effet mettre solennellement en garde le Gouvernement contre une dévolution complète des compétences qui aurait pour effet d'instaurer des inégalités de protection sociale insupportables d'un département à l'autre, et qui constituerait aussi un désengagement de l'Etat au moment précis où les dépenses sociales atteignent un montant qui pourrait difficilement être supporté par la collectivité.

Nous avons déjà exposé que les charges sanitaires et sociales ne peuvent que croître, et particulièrement celles qui seront à la charge des collectivités locales. Les prix de journées et les budgets des établissements d'accueil légitimement de plus en plus modernisés et humanisés ne peuvent que s'élever, qu'il s'agisse des établissements pour personnes âgées, pour handicapés ou pour l'enfance en difficulté. Les demandes de prestation, en période de crise économique, ne peuvent également que se multiplier.

Devant la croissance des dépenses prévisibles, qu'une évolution récente tend d'ailleurs à transférer de l'Etat à la Sécurité sociale et de la Sécurité sociale aux collectivités locales, il conviendra sans doute de remettre en cause certaines modalités d'intervention, certains modes de gestion et certaines normes de fonctionnement. **Mais en aucun cas, la prise de conscience de l'ampleur des besoins face à la limitation des moyens ne devrait entraîner une régression de la protection accordée jusqu'ici à des catégories particulièrement défavorisées de la population.** Il paraît indispensable en conséquence que soit assurée à tous nos concitoyens un « plancher » de protection et que soit imposé à tous les départements un minimum d'action sociale obligatoire.

La volonté décentralisatrice, en outre, ne doit pas être pour l'Etat le prétexte — ou la tentation — d'échapper à ses obligations et de reporter sur les collectivités locales la responsabilité d'une inévitable régression de notre politique sociale.

\*  
\* \*

## CONCLUSION GÉNÉRALE

C'est après avoir constaté que notre système de soins se trouvait bouleversé par les projets du ministre de la Santé et dans la crainte que notre régime de protection sociale ne soit lui-même sérieusement menacé que l'actuelle politique gouvernementaire, que votre commission des affaires sociales **ne peut que donner un avis défavorable à l'adoption des présents crédits budgétaires (Santé et Solidarité); elle vous en propose en conséquence le rejet.**

**TROISIÈME PARTIE**

**TRAVAUX DE LA COMMISSION  
et  
ANNEXE**

---

## TRAVAUX DE LA COMMISSION

### Audition des ministres

#### 1) Audition de M. Jack Ralite, ministre de la Santé

C'est le mardi 9 novembre 1982, sous la présidence de M. Robert Schwint, Président, que la Commission a procédé à l'audition de M. Jack Ralite, Ministre de la Santé, sur les crédits de son ministère pour 1983.

Le Ministre a exposé que trois mots-clé sous-tendaient son projet de budget: croissance, décentralisation et rigueur.

- **croissance** tout d'abord dans la mesure où les crédits augmentent de 14 % et atteignent 5,8 milliards;

- **décentralisation**, ensuite, car les crédits concernent essentiellement des remboursements aux collectivités locales qui s'accroissent de 23 %;

- **rigueur**, enfin, compte tenu de l'environnement budgétaire, mais les crédits seront affectés aux besoins prioritaires: amélioration de la prévention, de l'accueil et de la qualité des soins à l'hôpital, avec un souci de maîtrise des dépenses et de reconquête du marché intérieur. C'est un nouveau visage de l'hôpital qui se met en place, se parachèvera avec la prochaine réforme hospitalière et le renforcement des moyens des hôpitaux par la création de 8 000 emplois.

M. Jack Ralite a ensuite décrit l'essentiel des crédits affectés à la prévention, qui constituent les 2/3 du budget de la santé et progressent de 21 %. Ils concernent particulièrement les orientations suivantes:

- la poursuite des actions en matière de protection de la mère et de l'enfant;

- l'accroissement des moyens accordés à la prophylaxie mentale afin de développer les traitements ambulatoires;

- la prolongation des efforts en matière d'aide médicale urgente;

- l'augmentation des moyens accordés à la santé scolaire;

- la définition des grands axes d'une politique globale de lutte contre le cancer débouchant sur une vaste concertation à l'échelle nationale;

— la poursuite d'une politique active de prévention régionalisée avec le souci de développer l'épidémiologie et la connaissance des besoins de santé. Fin 1983, toutes les régions seront dotées d'un comité régional de promotion de la santé et d'un observatoire de santé.

Le second axe du budget, a poursuivi le Ministre, concerne la rénovation des équipements sanitaires. Les dotations d'équipement font l'objet d'une mesure de blocage de 25 % de leur montant en 1982.

Les pourcentages d'augmentation prévus dans le projet de budget rapportent les dotations pour 1983 à l'intégralité des dotations initialement votées dans le cadre du budget 1982. Elles représentent le quart du budget de la santé et devraient permettre la rénovation de CHR afin d'adapter et moderniser leurs capacités d'accueil. Elles concernent aussi les établissements de soins, de cure et de réadaptation ainsi que la poursuite de la transformation des hospices, de même que l'amélioration des établissements et services de protection sanitaire.

Le Ministre a ensuite décrit les crédits de son Ministère consacrés à la formation des personnels médicaux et paramédicaux, à la recherche ainsi qu'à la pharmacie et au médicament.

En conclusion, il a souhaité que son projet de budget, qui lui apparaît comme constructif, soit apprécié dans son contexte, qui est un souci de rigueur dans la gestion des fonds publics.

Il s'est déclaré en conséquence satisfait qu'il augmente davantage que l'ensemble du budget de l'Etat. Les crédits seront gérés de manière efficace et responsable. Seront ainsi multipliées les initiatives pour la reconquête du marché intérieur. De même seront améliorés l'organisation et le fonctionnement des hôpitaux, et seront davantage associés à une réflexion sur les principes d'une nouvelle économie de la santé tous les personnels concernés et plus largement tous les acteurs du système de santé.

A la suite de cet exposé, le Ministre a répondu aux questions qui lui ont été posées par divers commissaires.

M. Michel Moreigne l'a interrogé sur les modalités concrètes, notamment en Limousin, du souci manifeste de rapprocher les structures hospitalières de la population. M. Jack Ralite a confirmé qu'effectivement il souhaiterait favoriser les établissements de petite et moyenne dimension, sans évidemment négliger les plus grands. Il a promis qu'un scannographe « corps-entier » sera installé à Limoges. Dans le même sens, M. René Touzet a attiré l'attention du Ministre sur le cas d'Argenton-sur-Creuse et



M. Roger Lise sur celui d'un hôpital de Fort-de-France. A cet égard, M. Jack Ralite a précisé qu'une prochaine réunion de travail permettrait de définir la programmation de la mise en place des équipements dans les départements d'outre-mer.

Le rapporteur pour avis, M. Jean Chérioux, a quant à lui, essentiellement insisté sur les orientations globales de la politique gouvernementale, en ce qui concerne les hôpitaux. La suppression des budgets supplémentaires, alors qu'ils avaient été autorisés l'an passé, de même que le remboursement des avances à la sécurité sociale, va considérablement accroître les difficultés de trésorerie des établissements, qui les répercuteront sur leurs fournisseurs.

Pour 1983, la circulaire fixant le taux directeur d'accroissement des prix de journée n'est pas encore publiée, mais on sait déjà qu'il avoisinerait 8,3 ou 9 %, ce qui entraînera de nombreux problèmes de gestion. Les 8 000 créations de postes autorisées pourront difficilement être financées et les établissements risquent en conséquence de ne pouvoir faire face à leurs missions et seront contraints de fermer certains services.

Au-delà des problèmes posés par le fonctionnement des hôpitaux, certaines réformes mériteraient d'être précisées. Il en est ainsi de la mise en place prochaine de la dotation globale, des modalités d'application de l'art. 19 du projet présenté par M. Pierre Bérégovoy relatif à la Sécurité sociale, du prochain statut des médecins hospitaliers, de la réforme des conseils d'administration des hôpitaux, de la mise en place des services d'aide médicale urgente et du projet de départementalisation des hôpitaux.

En réponse à ces questions, le Ministre de la Santé a précisé que le taux directeur d'augmentation des budgets hospitaliers serait de 9 % hors emploi (contre 13,4 % en 1982), ce qui conduirait à environ 10,3 % avec les créations d'emploi. Ce taux est basé sur la perspective d'une hausse des prix de 8 %; des budgets «rectificatifs» seront prévus en cas de «dérage».

En ce qui concerne les emplois, les budgets primitifs comprendraient 2 tranches de 4 000 postes concernant essentiellement les ouvertures de nouveaux services. Pour ce qui est de l'exercice 1982, il se terminera selon le Ministre dans de bonnes conditions. Des emplois prévus au budget précédent n'ont pas tous été effectivement pourvus, ce qui a laissé une certaine «marge financière». Sur 2 000 établissements, 40 seulement ont fait une demande de budget supplémentaire. M. Jack Ralite a insisté à cet égard sur la nécessité de mettre davantage en lumière, désormais en matière de gestion, la notion de rentabilité sociale.

La gestion de l'hôpital doit être améliorée. Tout dans la tarification actuelle pousse à la prolongation du séjour des hospitalisés. La dotation globale présente des avantages mais à condition — si l'on ne veut pas gérer la pénurie — qu'elle soit discutée entre trois parties: la sécurité sociale, la direction de l'hôpital et le Ministre de la Santé. Il faudra certes inventer de nouveaux indices de référence, ne serait-ce que pour remplacer le prix de journée. Il faut avancer vers une nouvelle conception de rigueur et de responsabilité, mais qui ne soit pas autoritaire. Il sera certes difficile de changer les habitudes et les mentalités et de créer de nouvelles pratiques, mais «la pâte est en train de prendre dans les hôpitaux».

Il y a eu, a reconnu le Ministre, des fermetures de service cet été, comme tous les étés, avec quelquefois des prolongations, mais elles n'étaient pas toujours justifiées. La réforme du statut des médecins est toujours, quant à elle, en discussion, mais elle avance. Pour ce qui est du «département», toutes les organisations vont être prochainement reçues et le projet définitif sera présenté en décembre. M. Jack Ralite s'est déclaré prêt à en informer la Commission.

En ce qui concerne les urgences, c'est véritablement une parité entre SAMU et médecine libérale qui sera instaurée. Enfin et s'agissant des expériences nouvelles prévues par l'article 19 du projet «Bérégovoy», le Ministre a préféré que soit interrogé sur ce point le Ministre signataire du projet. Il a précisé que les centres de santé créés cette année avaient été très peu nombreux et que ces expériences nouvelles ne pouvaient être que complémentaires à l'organisation actuelle des soins.

## **2) Audition de M. Pierre Bérégovoy, Ministre des Affaires sociales et de la Solidarité Nationale**

**C'est le mercredi 24 novembre 1982, sous la présidence de M. Robert Schwint, Président, puis de M. André Rabineau, Vice-Président, que la commission a procédé à l'audition de M. Pierre Bérégovoy, Ministre des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale sur les crédits de son département ministériel pour 1983. Le Ministre était accompagné de Mme Georgina Dufoux, Secrétaire d'Etat chargé de la famille et des personnes âgées et de M. François Autain, Secrétaire d'Etat chargé des immigrés.**

M. Pierre Bérégovoy a tout d'abord souligné que son budget ne reflétait que très partiellement l'activité de son Ministère et surtout l'ampleur de l'effort social de la Nation qui atteindra en 1983 plus de 1 000 milliards.

Un débat annuel, qui sera pour la première fois organisé au printemps prochain, devrait permettre au Parlement d'exprimer son avis sur l'ensemble de la politique sociale.

Le Ministre a ensuite présenté les crédits de son département qui s'élèvent à 39 milliards. Il a précisé que les dépenses obligatoires constituaient plus de 91 % des dépenses ordinaires et qu'en matière d'équipement, l'augmentation des crédits (30 %) était largement supérieur à la moyenne nationale. Les priorités demeurent les crèches, les quartiers dégradés et la transformation des hospices.

Le Ministre a observé pour finir qu'il s'agissait là d'un budget de consolidation mais dont les crédits « d'action volontariste » demeurent insuffisants.

Trois préoccupations l'animeront à l'avenir: une recherche de souplesse dans l'action, la volonté d'accroître la part des mesures volontaires et le souci d'améliorer le fonctionnement du Ministère et des services extérieurs en responsabilisant davantage le personnel, non seulement de l'Etat, mais aussi des collectivités locales et des diverses associations.

A l'issue de cet exposé, M. Jean Chérioux, rapporteur pour avis, a manifesté son inquiétude quant aux conséquences qu'aura la décentralisation dans une période de rigueur financière. Il a également insisté sur la baisse en franc constant des actions volontaristes. Il a interrogé par ailleurs le Ministre sur la situation en matière de soins et d'aide à domicile, sur l'état de la réflexion en matière d'hébergement des personnes âgées, sur la réforme envisagée de la tarification du long séjour, sur les modifications éventuellement apportées à la loi d'orientation de 1975 sur les handicapés, sur les conclusions qui seront tirées du récent rapport sur la « petite enfance », sur la portée du décret du 29 octobre 1982 repoussant d'un mois le point de départ des droits aux prestations familiales, enfin sur les modalités prévues pour le remboursement de l'interruption volontaire de grossesse.

M. Louis Boyer, rapporteur pour avis des crédits de la Sécurité sociale, a regretté que le Parlement n'ait pas été tenu informé de la situation financière de la Sécurité sociale. La Commission des Comptes de la Sécurité sociale n'a notamment pas été réunie. Il a demandé en conséquence au Ministre ce qu'il comptait faire pour assurer l'an prochain cette information. M. Louis Boyer a, d'autre part, souligné les incohérences des quelques rares chiffres dont il disposait, et demandé des précisions sur la situation actuelle de la Sécurité sociale. Il a, par ailleurs, partagé le souci du Ministère d'améliorer la qualité des personnels sociaux, mais n'a pas

voulu, pour sa part, et comme l'avait fait M. Pierre Bérégofoy, regretté l'insuffisance des crédits consacrés aux immigrés, dans la mesure où l'ensemble des budgets consacrés aux Français voit leur croissance très limitée.

En réponse aux intervenants, M. Pierre Bérégofoy a rappelé que les transferts de compétence aux collectivités locales s'accompagnerait d'un transfert correspondant de ressources. Il s'est ensuite défendu contre toute critique concernant une quelconque régression sociale, citant en exemple le problème de la garantie de ressources et globalement celui de l'indemnisation du chômage. C'est un équilibre relatif qui sera atteint, sachant, a précisé le Ministre, que les réalités économiques ne permettaient pas d'accroître la pression fiscale. Le système actuel de la pré-retraite aboutit à des inégalités, qu'il convient de réduire. Pour ce qui est de la Sécurité sociale, si le Sénat avait réellement voulu être informé, il suffisait qu'il accepte de discuter le projet de loi portant diverses mesures relatives à la Sécurité sociale. La Commission des Comptes devrait d'ailleurs être bientôt réunie, mais le Ministre a reconnu que les chiffres fournis par les diverses instances n'étaient pas toujours concordants et qu'un minimum de clarification s'imposait.

Il a également souligné que la France avait des devoirs de solidarité à l'égard des immigrés, et particulièrement en faveur de la «seconde génération», née dans notre pays. En ce qui concerne l'amélioration de la qualité des personnels du Ministère, M. Pierre Bérégofoy a précisé que beaucoup de jeunes «énarques» étaient attirés par le domaine social mais ne s'y fixaient pas longtemps en raison de la faiblesse des avantages matériels qu'offrait son département ministériel.

Pour ce qui est des handicapés, une communication devrait être prochainement faite en Conseil des Ministres qui s'inspirerait largement du récent rapport Lasry.

S'agissant de la tarification du long séjour, le Ministre a manifesté son souhait qu'une étude plus complète soit poursuivie. Il a enfin précisé les modalités envisagées pour le remboursement des I.V.G.

M. Jean Béranger s'est interrogé sur l'avenir des actuels systèmes de pré-retraite et sur leur raccordement avec la mise en œuvre de la retraite à 60 ans, il s'est inquiété des garanties qui seraient assurées aux bénéficiaires actuels.

M. Pierre Bérégovoy a précisé que toutes les personnes qui sont actuellement en pré-retraite au titre de la garantie de ressources, d'un contrat de solidarité ou du Fonds national de l'emploi, conserveraient leurs avantages, qui seraient par ailleurs maintenus pour ceux qui paraîtraient en pré-retraite avant le 1<sup>er</sup> avril 1983 en vertu d'un contrat de solidarité déjà négocié.

Quant à la pré-retraite démission, celle-ci devrait faire l'objet d'aménagements dès le 1<sup>er</sup> janvier 1983 et verrait son montant limité à 65 % du salaire brut au-dessous du plafond et à 50 % au-dessus.

Il a confirmé que le droit à la retraite à 60 ans sera appliqué dès le 1<sup>er</sup> avril 1983 et a indiqué que le principal problème à régler était de verser à 60 ans la part de la retraite constituée par les régimes complémentaires, ce qui suppose une augmentation d'ailleurs supportable des cotisations correspondantes.

Il a estimé équitable de parvenir à un quasi alignement des prestations versées en matière de pré-retraite et de retraite et a réaffirmé que les engagements pris en faveur des pré-retraités seraient maintenus.

Mme Monique Midy, pour sa part, a attiré l'attention du Ministre sur la décentralisation de la caisse d'assurance maladie de la région parisienne, qui ne se justifie guère mais peut être par contre très coûteuse pour la Sécurité sociale. M. Pierre Bérégovoy lui a répondu qu'il s'en préoccupait et qu'il y avait derrière cette question un évident conflit syndical.

M. André Bohl a regretté également quant à lui que le Ministre n'ait pas fourni au Sénat d'indications chiffrées sur l'état de la Sécurité sociale avant la discussion du projet dont il était rapporteur.

Mme Georgina Defoix a ensuite répondu aux questions qui ont été posées en ce qui concerne la famille et les personnes âgées. Elle a tout d'abord précisé que le développement des soins à domicile et la poursuite de la transformation des hospices constituait un axe important de son action. Les efforts sont encore insuffisants, face aux besoins, et doivent donc être maintenus.

Abordant les problèmes de la famille, Mme Georgina Dufoux a rappelé les conditions dans lesquelles avait été élaboré le rapport sur « L'enfant dans la vie ». Il se présente comme un « rapport d'action », qui balaie l'ensemble des problèmes, et propose une politique de l'enfance homogène et coordonnée. En ce qui concerne les prestations familiales et le décret du 29 octobre, il s'agit bien d'une mesure d'économie qui devrait

rapporter 200 millions de francs en 1982 et 1,3 milliard en 1983. A ce sujet, M. Louis Souvet a regretté que cette mesure n'ait pas été suffisamment annoncée, ce qui provoque un certain étonnement de la part des familles. Mme Georgina Dufoix a alors rappelé les diverses mesures prises et envisagées en matière de prestations familiales.

M. Louis Boyer a interrogé le Secrétaire d'Etat sur la prochaine discussion du projet de loi sur les familles. Il s'est enquis de savoir si les augmentations des prestations de vieillesse en 1983, telles qu'elles sont envisagées par le Gouvernement, remettraient en cause l'indexation prévue par le décret de 1984. Il a enfin demandé des explications sur l'action en matière de crèches.

Mme Georgina Dufoix a précisé sur ce point, que le problème était essentiellement un problème de coût de fonctionnement. En 1982, comme en 1983, l'investissement en matière d'équipement pour la petite enfance, reste une priorité.

Pour alléger le fonctionnement, le Ministère propose la mise en place de «contrats-crèche», passés entre les gestionnaires (c'est-à-dire les municipalités) et la Caisse d'Allocations familiales, pour développer les modes d'accueil à la petite enfance, notamment en milieu rural. Ils pourraient être opérationnels dès le 1<sup>er</sup> janvier 1983. Autour des crèches, devraient se greffer des équipements plus légers comme les crèches familiales, qui devraient vivre en liaison avec les crèches collectives. Certains modes d'accueil peuvent être très innovants, mais ils ne doivent en aucun cas entraîner une «déresponsabilisation» des parents qui doivent être associés à la gestion des établissements.

En ce qui concerne les pensions de vieillesse, Mme Georgina Dufoix a précisé qu'il n'était pas question de remettre en cause l'indexation sur les salaires telle qu'elle est prévue par la loi — les deux augmentations prévues s'accompagneront éventuellement d'une régularisation en fin d'année.

M. Jean Béranger a demandé à Mme Georgina Dufoix si le gouvernement envisageait un plan d'ensemble, notamment en matière d'investissement, de l'action à mener en faveur des personnes âgées. Il a d'autre part demandé à M. François Autain de dresser le bilan de la procédure de régularisation des échanges, de la lutte contre l'emploi clandestin, et le bilan globalement, de l'immigration en France.

M. Jean Madelain, pour sa part, a interrogé le Ministre sur la suppression récente de la prise en charge de l'aide ménagère pour les personnes âgées bénéficiant du Fonds National de Solidarité.

Mme Georgina Dufoix a souligné, en réponse, que la politique des personnes âgées, menée par M. Joseph Franceschi, était très cohérente et dynamique. L'action en faveur des personnes âgées sera précisée dans le IX<sup>e</sup> Plan. Dans le cadre de la préparation de ce dernier, devraient être tenues des « assises nationales » qui permettront la consultation des intéressés sur leurs souhaits. Pour ce qui est du problème de l'aide ménagère, une circulaire de la caisse nationale de l'assurance vieillesse est venue corriger l'erreur d'interprétation par certaines DDASS, soulignée par M. Jean Madelain.

M. François Autain a alors exposé les grandes lignes de la politique menée en faveur des immigrés. Il a d'abord décrit le contexte dans lequel elle se situait. Les immigrés actuellement en France sont installés durablement. Ils se sont créés des liens et ont acquis des droits. Il est donc illusoire d'imaginer qu'une quelconque « aide au retour » puisse être efficace pour favoriser le départ des immigrés. Il s'agit aujourd'hui de prévoir une politique d'insertion qui ne peut être menée à bien qu'après qu'ait été poursuivie une politique de régularisation. Le bilan de celle-ci est très positif puisque 130 000 étrangers ont pu être régularisés. Le contrôle des frontières demeure évidemment très difficile, concrètement, mais des mesures sont en préparation, qui vont faciliter ce contrôle.

M. François Autain a ensuite présenté l'ensemble des interventions de son ministère concernant essentiellement l'insertion des immigrés. Il a notamment précisé que les crédits du Fonds d'action sociale n'augmentent globalement que de 8 %.

M. André Rabineau a souligné d'une part que certaines régions accueillaient trop d'étrangers et que d'autre part, l'envoi de fonds par ces derniers, à leur famille, était également trop élevé, atteignant parfois 80 % de leur salaire.

Mme Monique Midy a demandé comment l'on pouvait résoudre le problème du logement des immigrés afin de résorber cette « misère entassée ».

M. François Autain a reconnu que la répartition des immigrés n'était pas homogène et qu'elle avait des répercussions sur les possibilités de cohabitation des deux communautés et les efforts que les collectivités locales doivent mener. Il est évident que les problèmes de logement sont excessivement difficiles, et qu'il n'y a pas moyen de contraindre les communes à réaliser des logements ou à résorber des cités de transit. Mais il est urgent d'agir dès maintenant.

En ce qui concerne les envois excessifs de fonds, la seule solution serait que les familles viennent en France. A cet égard, M. Louis Boyer a souligné les difficultés que rencontrent certaines municipalités, essentiellement avec les populations d'origine maghrébinne qui transfèrent souvent 60 % de leur salaire tout en refusant de payer leur loyer parce qu'elles savent qu'elles ne peuvent être expulsées.

### **Examen du rapport pour avis**

**C'est le mercredi 24 novembre 1982, sous la présidence de M. Robert Schwint, président, et au cours d'une seconde séance tenue dans l'après-midi que la commission a procédé à l'examen de l'avis de M. Jean Chérioux sur les crédits pour 1983 de la santé et de la solidarité nationale.**

Avant de présenter l'essentiel des dotations budgétaires, le rapporteur a rappelé qu'abordant l'an passé l'examen de ces crédits, la commission avait constaté qu'une nouvelle politique se mettait en place dont il lui semblait difficile encore de cerner les données et les implications. N'entendant pas voir remis en cause un héritage sanitaire et social qu'elle estimait largement positif, et à la constitution duquel elle avait participé, elle avait alors manifesté son inquiétude devant les déclarations faites et l'annonce des mesures envisagées et proposé un certain nombre de mises en garde qui n'ont pas été suivies d'effet.

Qu'on le regrette ou non, la Santé est devenue aujourd'hui un lieu de débat politique et un objet de discussion passionné dans l'opinion. Son enjeu n'est plus simplement financier et s'étend désormais à la nature même de notre système de soins et à la qualité des services qu'il peut rendre.

M. Jean Chérioux, après avoir décrit les crédits du ministère de la Santé, a exposé que la politique menée en ce domaine menaçait l'ensemble de notre système de soins, qu'il s'agisse de la médecine de ville ou de l'hôpital. L'exercice libéral se heurte en effet à des difficultés nombreuses, du fait du blocage des honoraires et de l'accroissement des charges. En outre, de nombreuses atteintes lui sont portées, qu'il s'agisse de la création de la filière «santé publique», dans le cadre de la réforme des études médicales, de l'article 19 du récent projet «Bérégovoy» ou encore du prochain projet de loi sur les urgences médicales qui donne priorité aux SAMU.



Sur ce point, M. André Rabineau a émis le souhait que soient mieux connues les expériences menées dans certains départements en matière de «centre 15» et que des conclusions en soient tirées. M. Robert Schwint a souligné que le texte auquel se référait le rapporteur n'en était encore qu'au stade de l'avant-projet et qu'il revenait aux assemblées d'y apporter les modifications qu'elles estimaient utiles.

Reprenant son exposé, M. Jean Chérioux a exprimé que, malgré les discours apaisants, se trouvent remis en cause les acquis de notre système de soins. Plus que la suppression, c'est l'asphyxie qui menace la médecine libérale. La situation n'est pas plus favorable à ses yeux en ce qui concerne les hôpitaux publics ou privés. Le rapporteur a alors décrit les difficultés qui pesaient selon lui sur le fonctionnement des établissements hospitaliers.

Il a rappelé la situation actuelle des hôpitaux, qui se caractérise essentiellement par un ralentissement d'activité inquiétant, un équilibre budgétaire fragile, de graves difficultés de trésorerie et de personnel.

Les perspectives à terme s'avèrent de même dramatiques. Les budgets 1983 seraient fondés sur un accroissement de 9 % seulement, ce qui conduira certainement à un déficit en fin d'exercice. En outre, les projets de réforme s'avèrent inquiétants, qu'il s'agisse de la suppression déjà acquise du secteur privé, de la réforme des études médicales, de la modification du mode de tarification hospitalier et du projet concernant la départementalisation.

En ce qui concerne la tarification M. André Bohl a observé que la réforme du budget global semblait devoir concerner l'ensemble des établissements sociaux et médico-sociaux. S'agissant du projet sur le département hospitalier, qui va se substituer aux actuels services, et pour lesquels le mode de désignation des responsables sera l'élection, M. Jean Chérioux a observé qu'à travers les réformes de structures, s'établissait finalement un pouvoir syndical. Un large débat s'est instauré sur la départementalisation auquel ont notamment participé MM. Louis Boyer, Jean Chérioux, Mme Cécile Goldet, MM. Jean Gravier et Robert Schwint.

Le rapporteur a en outre attiré l'attention de la commission sur la nouvelle réglementation des commissions paritaires consultatives, prévue par un arrêté du 15 février et une circulaire du 22 février 1982, et à son application qui porte atteinte non seulement au paritarisme, mais à l'autorité de la direction des établissements.

M. Jean Chérioux a ensuite abordé les crédits de l'action sociale et déploré la trop faible part des crédits d'action volontariste.

Il a manifesté sa crainte que ne se trouvent remises en cause, dans la situation actuelle, les modalités de l'action sociale.

Le rapporteur a exposé que les dépenses sociales ne pouvaient que s'accroître sans que les résultats soient toujours satisfaisants. Il a cité à cet égard la politique d'aide à domicile et la politique médico-sociale à l'égard des personnes âgées pour lesquelles beaucoup reste à faire.

Enfin, il a souligné les risques que présente la décentralisation. Le transfert de charges, qui s'accompagne d'un transfert de responsabilités, est en effet inquiétant dans une conjoncture difficile, dans la mesure où il peut aboutir à une régression sociale.

Il peut en résulter aussi une augmentation des inégalités entre départements. C'est la raison pour laquelle un minimum de protection sociale devrait être garanti par la loi à tous.

C'est en conséquence, après avoir constaté que le système de soins français se trouvait bouleversé par les projets du Ministre de la santé et dans la crainte que le régime de protection sociale ne soit lui-même sévèrement menacé par l'actuelle politique gouvernementale que le rapporteur a proposé le rejet des crédits des ministères de la santé et des affaires sociales pour 1983.

A l'issue de cet exposé, M. Jean Madelain a souligné que l'effort en faveur de la prévention, s'accompagnait de la multiplication d'instances de concertation qui s'avèreraient très coûteuses pour les collectivités locales.

M. Jean Chérioux a noté pour sa part que le nouveau ministère entraînait beaucoup « d'ébullition », dont il risquait de résulter une remise en cause de tout l'acquis au détriment des malades.

M. Marc Castex a interrogé le rapporteur sur l'état actuel de l'obligation alimentaire. M. Jean Chérioux lui a répondu que ce problème avait été fréquemment évoqué dans les précédents avis budgétaires de la commission. Celle-ci a toujours considéré que la suppression de l'obligation alimentaire ne serait pas une bonne chose car elle manquerait une rupture non souhaitable des liens familiaux. Mais sa mise en œuvre actuelle est à l'évidence tracassière. D'où le souhait de la commission que soit prévu pour la mise en jeu un plancher de ressources élevé.

La commission par 12 voix pour et 4 contre a suivi les propositions de son rapporteur pour avis et décidé en conséquence de proposer au Sénat de rejeter les crédits des Ministères de la santé et de la solidarité nationale.

**ANNEXE**

**Extraits de l'arrêté du 15 février 1982  
relatif aux commissions paritaires consultatives**

**ARRÊTÉ DU 15 FÉVRIER 1982  
relatif aux commissions paritaires consultatives départementales et locales  
des établissements d'hospitalisation publiques et de certains établissements à caractère social**

*(Journal officiel - N.C. du 18 février 1982.)*

**TITRE 1<sup>er</sup>****CHAMP D'APPLICATION**

Art. 1<sup>er</sup>. — Le présent arrêté a pour objet de définir les modalités de constitution et de fonctionnement des commissions paritaires consultatives départementales et locales des établissements mentionnés à l'article L. 792 du code de la santé publique.

Il n'est pas applicable aux agents dont la nomination est prononcée respectivement par le ministre chargé de la santé et par le ministre chargé de la solidarité nationale.

**TITRE II****CONSTITUTION DES COMMISSIONS PARITAIRES CONSULTATIVES**

Art. 2. — Pour la constitution des commissions paritaires, dont le nombre est déterminé par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de la solidarité nationale, les grades et emplois des personnels sont répartis en groupes suivant les modalités fixées par le même arrêté.

Art. 3. — Les commissions paritaires départementales prévues par l'article 1<sup>er</sup> ci-dessus, fixées par arrêté du préfet, doivent être consultées dans chaque département.

Elles sont compétentes dans les conditions définies à l'article L. 804 du code de la santé publique à l'égard des personnels dont la nomination appartient au préfet, ou qui occupent des emplois dont l'effectif ne permet pas, dans l'établissement où les intéressés sont en fonctions, la constitution des commissions paritaires locales.

Art. 4. — Lorsque dans un même établissement, un groupe de grades et emplois comprend au moins trois agents, la commission paritaire locale correspondante est créée par délibération de l'assemblée gestionnaire.

La procédure de constitution d'une commission paritaire locale est engagée aussitôt que la situation des effectifs le permet.

**TITRE III****COMPOSITION DES COMMISSIONS PARITAIRES****Section I***Dispositions communes.*

Art. 5. — Les commissions paritaires comprennent en nombre égal des représentants de l'administration et des représentants du personnel.

Elles sont composées de membres titulaires et de membres suppléants. Les membres suppléants peuvent assister aux séances de la commission sans pouvoir prendre part aux débats. Sous réserve des dispositions de l'article 51 ci-dessous, les membres suppléants ne peuvent siéger avec voix délibérative que lorsqu'ils remplacent les membres titulaires.

## Section II.

### *Désignation des représentants de l'administration.*

Art. 11. — Les représentants de l'administration, titulaires et suppléants au sein des commissions paritaires départementales, sont désignés par arrêté préfectoral dans le mois suivant la proclamation des résultats des élections visées aux articles 26 à 39 ci-après.

Ils sont choisis :

Pour moitié parmi les membres du corps de l'inspection des affaires sanitaires et sociales et éventuellement parmi les fonctionnaires de la préfecture ayant au moins le grade d'attaché de 2<sup>e</sup> classe.

Pour moitié parmi les personnels de direction des établissements mentionnés à l'article L. 792 du code de la santé publique en fonctions dans le département.

Le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales (ou son représentant) est membre de droit des commissions paritaires départementales.

Art. 12. — Les représentants de l'administration au sein des commissions paritaires locales sont désignés par délibération de l'assemblée gestionnaire de l'établissement dans le mois suivant la proclamation des résultats des élections visées aux articles 26 à 39 ci-dessous.

Le président de l'assemblée gestionnaire est membre de droit des commissions paritaires locales, les autres membres titulaires ou suppléants sont choisis parmi les membres de l'assemblée gestionnaire et (ou) les agents titulaires de l'établissement exerçant des fonctions d'autorité.

Toutefois, la personne légalement investie du pouvoir de nomination ne peut être désigné en qualité de représentant de l'administration.

Les représentants du personnel, membres de l'assemblée gestionnaire, ne peuvent être désignés aux commissions paritaires au titre du présent article.

Art. 13. — Une commission paritaire locale pourra être considérée comme valablement constituée lorsque, outre les sièges de représentants titulaires, la moitié des sièges de représentants suppléants de l'administration auront été pourvus.

Art. 45. — Les commissions paritaires se réunissent.

Soit sur convocation de leur président à son initiative;

Soit sur la demande de l'autorité investie du pouvoir de nomination;

Soit à la demande écrite du tiers de leurs membres titulaires;

Soit, en ce qui concerne les commissions paritaires locales, à la demande écrite du tiers des membres de l'assemblée gestionnaire.

Dans les trois derniers cas, les commissions paritaires doivent se réunir dans le délai d'un mois.

En tout état de cause, les commissions paritaires se réunissent au moins deux fois par an.

Art. 46. — L'ordre du jour est arrêté par le président.

Toutefois, une question entrant dans le champ de compétence défini par l'article 41 ci-dessus peut être inscrite à l'ordre du jour :

Soit à la demande de l'autorité investie du pouvoir de nomination,

Soit sur demande écrite du tiers des membres titulaires de la commission paritaire considérée;

Soit à la demande écrite du tiers des membres de l'assemblée gestionnaire.

Art. 47. — Le préfet peut également provoquer la réunion des commissions paritaires départementales et saisir ces commissions de toutes questions entrant dans leur compétence.

Art. 48. — Les commissions paritaires émettent leur avis à la majorité des membres présents ayant voix délibérative.

S'il est procédé à un vote, celui-ci a lieu à main levée, ou à bulletin secret, à la demande d'un tiers des membres au moins.

En cas de partage des voix à l'occasion d'un vote en matière disciplinaire, le président a voix prépondérante. En cas de partage des voix dans les autres matières, l'avis est réputé avoir été donné ou la proposition formulée.

Les séances des commissions paritaires ne sont pas publiques.

Art. 49. — Les commissions paritaires siègent en formation restreinte lorsqu'elles sont saisies des questions visées aux articles L. 831 à L. 837 et L. 888 du code de la santé publique. Dans ce cas seuls les membres titulaires, et éventuellement leurs suppléants, représentant le groupe auquel appartient l'agent intéressé et les membres titulaires ou suppléants représentant le groupe immédiatement supérieur, ainsi qu'un nombre égal de représentants de l'administration, sont appelés à siéger.

Dans tous les autres cas, les commissions paritaires siègent en assemblée plénière. Néanmoins, conformément à l'article L. 823 du code de la santé publique, lorsqu'elles fonctionnent en commission d'avancement, elles doivent être composées de telle façon qu'en aucun cas un agent d'un grade donné ne soit appelé à formuler une proposition relative à l'avancement d'un agent d'un grade hiérarchiquement supérieur.

Art. 50. — En application des articles L. 823 et L. 831 du code de la santé publique, le(s) représentant(s), dont la situation personnelle est examinée devant les commissions paritaires fonctionnant en commission d'avancement ou en conseil de discipline, ne peut prendre part aux délibérations.

Les personnels de direction désignés en qualité de représentant de l'administration aux commissions paritaires départementales, en application de l'article 11 ci-dessus ne peuvent prendre part aux délibérations lorsque la situation personnelle d'un agent de leur établissement est examinée dans le cadre des articles L. 823 et L. 831 du code de la santé publique.

Art. 51. — Si, dans les cas prévus aux articles 49 et 50 ci-dessus, un représentant titulaire ne peut siéger, il est remplacé par son suppléant. Lorsque ni le titulaire, ni le suppléant ne peuvent siéger, il n'y a pas lieu de pourvoir à leur remplacement. La composition de la commission est alors réduite aux seuls membres titulaires (ou éventuellement suppléants) habilités à siéger. La représentation de l'administration est réduite dans les mêmes proportions.

#### TITRE IV

##### COMPÉTENCE DES COMMISSIONS PARITAIRES

Art. 41. — Les commissions paritaires connaissent, en matière de recrutement, des propositions de titularisation.

Elles connaissent également, dans les conditions indiquées au titre V ci-après, des questions d'ordre individuel mentionnées aux articles L. 796, L. 814, L. 821 à L. 827, L. 831 à L. 847, L. 879, L. 884, L. 886 à L. 888 du code de la santé publique.

Elles connaissent aussi :

Des recours gracieux formulés auprès de l'autorité investie du pouvoir de nomination par un agent, titulaire ou non-titulaire, qui se voit opposer par deux fois un refus de bénéficier d'autorisations d'absence pour suivre, pendant son temps de service, une action de préparation à un concours n° 75-489 du 16 juin 1975 et 78-517 du 30 mars 1978 ;

Du refus d'attribution d'un congé d'éducation ouvrière dans les conditions prévues par le décret du 13 octobre 1964, modifié par le décret n° 81-573 du 15 mai 1981 (art. 3) ;

Du refus d'attribution du congé en vue de favoriser la formation des cadres et d'animateurs pour la jeunesse prévu par le décret n° 63-501 du 20 mai 1963 (art. 2) ;

Les commissions paritaires peuvent enfin être saisies de toutes questions d'ordre individuel concernant le personnel.

## TITRE V

### FONCTIONNEMENT DES COMMISSIONS PARITAIRES

**Art. 42.** — Les commissions paritaires départementales sont présidées par le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales ou son représentant.

En cas d'absence, le président de séance est choisi parmi les représentants de l'administration présents dans l'ordre de désignation de l'arrêté préfectoral prévu à l'article 11, alinéa 1<sup>er</sup>.

**Art. 43.** — Les commissions paritaires locales sont présidées par le président de l'assemblée gestionnaire. En cas d'absence de ce dernier, le président de séance est choisi parmi les représentants de l'administration présents, dans l'ordre de désignation fixé par la délibération prévue à l'article 12, alinéa 1, du présent arrêté.

**Art. 44.** — Le secrétariat des commissions paritaires départementales est assuré par un fonctionnaire de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales désigné par le préfet.

Le secrétariat des commissions paritaires locales est assuré par un agent de l'établissement désigné par l'autorité investie du pouvoir de nomination.

Le secrétariat établit un procès-verbal après chaque séance. Ce procès-verbal est transmis dans le délai d'un mois aux membres de la commission.

Toutefois, la représentation du personnel ne peut en aucun cas être inférieure à deux membres. S'il reste un seul membre titulaire, ce dernier siège avec son suppléant qui a alors voix délibérative par dérogation à l'article 5, alinéa 2, ci-dessus. A défaut, le ou les représentants nécessaires au fonctionnement de la commission paritaire sont désignés par l'organisation détentrice du ou des sièges, parmi les agents titulaires ou stagiaires relevant du groupe considéré en fonctions dans l'établissement ou dans les établissements du département.

En cas d'impossibilité absolue de constituer la commission dans de telles conditions, il est fait appel à la commission paritaire départementale ou, le cas échéant, à une commission paritaire départementale voisine désignée par le préfet.

**Art. 52.** — Toutes facilités doivent être données aux membres des commissions paritaires par les administrations pour leur permettre de remplir leurs attributions. Des locaux doivent être mis à leur disposition.

Les représentants reçoivent communication de toutes pièces et documents nécessaires à l'accomplissement de leur mission deux semaines au moins avant la date de la réunion, ils ont accès, sur leur demande, aux dossiers individuels des agents dont la situation doit être examinée en commission.

**Art. 53.** — Les membres des commissions paritaires sont soumis à l'obligation de discrétion professionnelle à raison de tous les faits et documents dont ils ont eu connaissance en cette qualité.

Art. 54. — Les commissions paritaires ne délibèrent valablement qu'à condition d'observer les règles de constitution et de fonctionnement édictées par le livre IX du code de la santé publique et par le présent arrêté.

En outre, les trois quarts au moins de leurs membres ayant voix délibérative doivent être présents.

Lorsque le quorum n'est pas atteint une nouvelle convocation est envoyée; dans le délai de huit jours aux membres de la commission qui siège alors valablement si la moitié des membres ayant voix délibérative sont présents.

Art. 55. — Après avis du conseil supérieur de la fonction hospitalière, une commission peut être dissoute dans la forme prévue pour sa constitution. Il est alors procédé, dans le délai de deux mois et selon la procédure ordinaire, à la constitution d'une nouvelle commission, dont le renouvellement est soumis aux conditions déterminées aux articles 5 et suivants ci-dessus.

Art. 56. — Les membres des commissions paritaires ne reçoivent aucune indemnité pour l'accomplissement de leur mandat.

Ils sont toutefois indemnisés de leurs frais de déplacement et de séjour dans les conditions déterminées par arrêté interministériel.

Art. 57. — Les dispositions du présent arrêté entreront en vigueur lors du prochain renouvellement des commissions paritaires.

Les dispositions de l'arrêté du 21 septembre 1960 modifié relatif à la constitution des commissions paritaires départementales et locales du personnel des établissements d'hospitalisation, de soins ou de cure publics, seront alors abrogées.

Art. 58. — Le directeur général des collectivités locales au ministère de l'intérieur et de la décentralisation, le directeur de l'action sociale au ministère de la solidarité nationale, le directeur du budget au ministère du budget, le directeur des hôpitaux au ministère de la santé et le directeur des affaires politiques, administratives et financières au secrétariat d'Etat chargé des départements et territoires d'outre-mer, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.