

N° 60

SÉNAT

PREMIÈRE SESSION ORDINAIRE DE 1992 - 1993

Annexe au proces-verbal de la séance du 24 novembre 1992.

AVIS

PRÉSENTÉ

au nom de la commission des Affaires sociales (1) sur le projet de loi de finances pour 1993 **CONSIDÉRÉ COMME ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE AUX TERMES DE L'ARTICLE 49, ALINÉA 3, DE LA CONSTITUTION,**

TOME II

SANTÉ ET POLITIQUE HOSPITALIÈRE

Par M. Louis BOYER,

Sénateur.

(1) Cette commission est composée de : MM. Jean-Pierre Fourcade, président ; Jacques Bimbenet, Claude Huriet, Franck Serusclat, Louis Souvet, vice-présidents ; Mme Marie-Claude Beaudeau, M. Charles Descours, Mme Marie-Madeleine Dieulangard, MM. Roger Lise, secrétaires ; Louis Althape, José Balarello, Henri Belcour, Jacques Bialski, Paul Blanc, Marc Boeuf, André Bohl, Eric Boyer, Louis Boyer, Louis Brives, Jean-Pierre Cantegrit, Jean Cherioux, Jean-Paul Delevoye, François Delga, Mme Michelle Demessine, MM. Jean Dumont, Léon Fatous, Jean Faure, Alfred Foy, Mme Jacqueline Fraysse-Cazalis, MM. Roland Huguet, Andre Jourdain, Philippe Labeyrie, Henri Le Breton, Marcel Lesbros, Simon Loueckhote, François Louisy, Pierre Louyot, Jacques Machet, Jean Madelain, Philippe Marini, Charles Metzinger, Mme Helene Missoffe, MM. Georges Mouly, Louis Philibert, Guy Robert, Mme Nelly Rodi, MM. Gérard Roujas, Bernard Seillier, Pierre-Christian Taittinger, Martial Taugourdeau, Alain Vasselle.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (9^e législ.) 2931, 2945 (annexe n°6), 2946 (tome VI) et T. A. 732.

Sénat : 55 et 56 (annexe n° 3) (1992-1993).

Lois de finances.

SOMMAIRE

	Pages
OBSERVATIONS DE LA COMMISSION	6
INTRODUCTION	7
TITRE PREMIER : LA POLITIQUE DE LA SANTE : Un bilan défavorable au regard des objectifs du plan triennal du 12 avril 1989 :	9
I. La politique de prévention sanitaire ; un état des lieux préoccupant :	9
A. Les actions menées : des efforts réels quoique pas toujours adaptés à la gravité de la situation surtout dans le domaine de la lutte contre les grands fléaux, qui ont pour contrepartie une baisse des crédits concernant d'autres postes de prévention	9
1. Des efforts réels, quoique pas toujours adaptés à la gravité de la situation	9
<i>a) la lutte contre le SIDA, des moyens insuffisants par rapport au rythme de progression de la maladie malgré la priorité réaffirmée par le Gouvernement</i>	9
<i>b) la lutte contre la toxicomanie qui devient un des éléments de la lutte contre le SIDA : vers l'amorce d'une remise en cause de la politique de neutralité de l'Etat vis-à-vis des différents moyens de lutte contre ce fléau ?</i>	14
<i>c) La lutte contre le tabagisme : la fin d'un certain attentisme sur le plan réglementaire</i>	16
<i>d) L'individualisation d'une ligne budgétaire pour l'aide internationale</i>	17
2. ...qui ont pour contrepartie une baisse des crédits concernant d'autres postes de prévention :	17
<i>a) Une nouvelle baisse très regrettable des crédits en matière de maladies sexuellement transmissibles</i>	17
<i>b) La lutte contre l'alcoolisme : tous crédits confondus, une légère baisse en francs constants</i>	18
<i>c) La baisse des crédits en matière de contrôle des règles d'hygiène</i>	19

	Pages
B. Le fonctionnement des structures : la nécessité d'une réforme profonde de l'administration de la Santé	19
1. Des initiatives intéressantes mais intervenant bien tardivement	19
a) <i>Le haut comité de santé publique</i>	19
b) <i>La mise en oeuvre du RNSP (réseau national de santé publique) : l'amorce d'une synergie ?</i>	20
c) <i>La réforme de la transfusion sanguine :</i>	21
d) <i>Le projet de réforme du système français de transplantation d'organes</i>	22
e) <i>Le renforcement des moyens des services de santé dans les TOM</i>	23
2. ...qui ne peuvent masquer la sous-administration du ministère de la santé	23
a) <i>Les carences des structures</i>	23
b) <i>Le problème des personnels : un certaine démotivation et le manque d'une formation adéquate</i>	24
II. La politique de maîtrise des dépenses de santé. De l'enveloppe globale prévue par le plan Evin au maigre bilan actuel .	26
A. Une nécessité que nul ne conteste	26
1. Les apports des rapports de Mme Yannick Moreau et du docteur Christian Béraud	26
2. L'obligation de mieux former les professions de santé dans ce domaine	29
3. Une action en direction des usagers afin de les responsabiliser	30
B. ...qui a conduit le Gouvernement à rechercher un accord coûte que coûte avec les professionnels de santé	31
1. L'accord du 14 octobre 1992 avec les médecins libéraux	31
a) <i>des prémisses douteuses</i>	31
b) <i>une légitimité incertaine</i>	31
c) <i>Un contenu ambigu</i>	32
2. Les accords avec les autres professions de santé : les limites du procédé	34
III. L'Europe de la santé : du "pool blanc" aux conséquences du Traité de Maastricht	35
A. Du "pool blanc" à l'Acte Unique	35
B. De l'Acte Unique aux conséquences du Traité de Maastricht	36
TITRE II - LA POLITIQUE HOSPITALIÈRE : PREMIER BILAN DE L'APPLICATION DE LA LOI DU 31 JUILLET 1991 PORTANT RÉFORME HOSPITALIÈRE : UN TEXTE QUI NE SUSCITE QU'ATTENTISME ET RÉSERVE	41
I. Un bilan précoce pour des problèmes et des craintes qui demeurent	41
A. Le problème des personnels reste aigu	41
1. Les praticiens hospitaliers	41
2. Les infirmières	44
3. Les cadres administratifs	45

	Pages
	-
B. La planification sanitaire : le risque d'une planification autoritaire et purement administrative	46
C. Statut, tutelle et fonctionnement : un défi à la bonne gestion des établissements	47
1. L'inadaptation du statut	47
2. La lourdeur de la tutelle, le régime d'autorisation et la mise en oeuvre de l'amendement "Liberté"	47
3. Le fonctionnement : Le foisonnement des structures médicales, les difficultés de la partition sanitaire/social et les aspects financiers	48
D. La réforme attendue de l'urgence	50
II. Des pistes à explorer	52
A. La coopération interhospitalière	52
B. Les alternatives à l'hospitalisation	52
C. Les contrats d'objectifs	54
TRAVAUX DE LA COMMISSION	57
I. Audition des ministres	57
II. Examen de l'avis	59
ANNEXE	61

OBSERVATIONS DE LA COMMISSION

Après avoir constaté la hausse de 7 % en francs courants du budget de la santé, votre commission a vivement regretté que la santé n'ait jamais été considérée comme une priorité au cours de la législature puisque les crédits qui lui sont affectés ont baissé pendant cette période en francs constants.

Votre commission a déploré que l'insuffisante vigueur des actions menées sur le plan de la prévention sanitaire s'accompagne de carences graves et anciennes dans le fonctionnement des structures.

Concernant la politique hospitalière, votre commission s'est interrogée sur la volonté réelle du Gouvernement d'appliquer la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière et, le rapporteur pour avis ayant souligné les problèmes récurrents de recrutement des personnels, les risques d'une planification sanitaire purement administrative et les difficultés de fonctionnement des établissements de santé tant publics que privés, elle s'est émue de la situation tout à fait préoccupante du système hospitalier français.

Votre commission a donc été conduite à émettre un avis défavorable à l'adoption des crédits consacrés à la santé, soumis à son examen.

Mesdames, Messieurs,

Les crédits pour 1993 du ministère de la santé s'élèvent à 2 234 millions. Ils représentent 0,16 % du budget de l'Etat.

Ces crédits consacrés à la santé connaissent une hausse de 7 %, soit une croissance deux fois plus forte que celle du budget de l'Etat pour 1993. Cela ne pourrait être qu'un effet de rattrapage puisque l'année passée, ces crédits avaient baissé de 0,6 % en francs courants. Toutefois, si l'on remet en perspective le budget de la santé par rapport aux quatre années précédentes, on s'aperçoit que l'évolution de 1993 par rapport à 1992 est la seule positive avec celle de 1991 par rapport à 1990 (+ 8,35 %). Les trois autres années, l'évolution est négative (- 3,7 % de 1989 par rapport à 1988, - 3,6 % de 1990 par rapport à 1989, et - 0,6 % de 1992 par rapport à 1991). Cela explique qu'en cinq ans le budget des actions de santé n'ait globalement augmenté en francs courants que de 7,95 %, passant de 2 069,33 millions en 1988 à 2 234 millions en 1993, soit une augmentation moyenne annuelle de 1,6 %, bien inférieure à l'évolution des prix à la consommation. Ainsi, la santé, malgré l'annonce d'un plan triennal de santé publique le 12 avril 1989 par le ministre des affaires sociales de l'époque, M. Claude Evin, n'a jamais été considérée comme une priorité par le Gouvernement tout au long de la législature.

Ces crédits consacrés à la santé sont également à mettre en perspective par rapport à la dépense courante de santé qui s'élève à 645 721 millions de francs en 1991, en France. Ils apparaissent donc faibles par rapport à la dépense de santé mais aussi par rapport aux besoins puisque la France n'occupe qu'un rang moyen au regard des indicateurs de santé.

Ces crédits sont insatisfaisants si l'on juge de leur efficacité en ce qui concerne les actions de prévention et la lutte contre les fléaux qui constituent pratiquement la moitié des crédits soit 1 130 millions de francs en 1993. Ils le sont particulièrement eu égard à la rapidité de progression du SIDA, mais aussi par rapport à la lutte contre l'alcoolisme et les maladies sexuellement transmissibles.

L'insuffisante vigueur des actions menées sur le plan sanitaire s'accompagne de carences graves et anciennes dans le fonctionnement des structures. Certes, des initiatives intéressantes ont été mises en oeuvre à la fin de l'année dernière ou au début de cette année : Haut comité de la santé publique, réseau national de la santé publique. A cela s'ajoutent dans le cadre de la réforme de la transfusion sanguine, l'Agence française du sang, le laboratoire national du fractionnement ainsi qu'une structure destinée à coordonner sur le plan national les problèmes d'hémovigilance. Toutefois, on peut s'interroger sur le caractère multiple et très tardif de ces créations, la faiblesse des moyens pour les mettre en oeuvre et les chances de réussite de leur entreprise. Enfin, ces créations ne peuvent dissimuler les carences graves du ministère de la santé mises en évidence lors de la malheureuse affaire du "sang contaminé", carences qui s'accompagnent de problèmes de personnel.

Par ailleurs, le bilan en matière de maîtrise des dépenses de santé s'avère peu convaincant. En ce qui concerne l'application de la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière les moyens octroyés par l'Etat pour la mettre en oeuvre par les services de la tutelle sont faibles -20 millions de francs- et augurent mal de la volonté de l'Etat dans ce domaine. Le contexte hospitalier reste par ailleurs marqué par les limites du budget global associé à un taux directeur imposé sans concertation par le ministère et par les problèmes de statut et de recrutement des personnes, tant médicaux qu'infirmiers. Faute de moyens, la planification hospitalière risque de n'être qu'un instrument administratif, aux mains des DRASS. Quant au fonctionnement, qu'il soit administratif ou financier, il reste problématique, lourdeur de la tutelle, problèmes de gestion, multiplication des structures décisionnelles, inquiétudes nées des modalités du régime d'autorisation, problème de la partition sanitaire/social. La coopération hospitalière n'est guère facilitée par les autorités de tutelle. Quant à la restructuration des urgences qui induit en fait la restructuration même du système hospitalier et la rénovation d'un statut de praticien hospitalier désormais obsolète, elle reste en attente du rapport de la commission Steg. Le fonctionnement du système hospitalier s'avère donc particulièrement insatisfaisant.

C'est donc ce constat d'une politique de santé incertaine mise en oeuvre par des structures défailtantes et inadaptées que votre commission va tenter d'explicitier dans ses développements afin de justifier l'avis défavorable qu'elle a choisi de donner aux crédits du ministère de la santé pour 1993.

TITRE PREMIER

LA POLITIQUE DE LA SANTE : UN BILAN DEFAVORABLE AU REGARD DES OBJECTIFS DU PLAN TRIENNAL DU 12 AVRIL 1989

En effet, le 12 avril 1989, en Conseil des Ministres, M. Claude Evin, alors ministre de la Santé présentait une communication qui précisait quatre objectifs de santé publique pour les trois années à venir : accroître les droits des malades, maîtriser les dépenses de santé, décloisonner l'hôpital et enfin renforcer la prévention. Si le premier objectif a connu quelques concrétisations notamment dans le domaine des droits des malades mentaux par la loi du 27 juin 1990, par contre, concernant les trois autres, force est de constater qu'ils n'ont guère été atteints.

I. LA POLITIQUE DE PREVENTION SANITAIRE : UN ETAT DES LIEUX PREOCCUPANT

A. LES ACTIONS MENEES

Des efforts réels, quoique pas toujours adaptés à la gravité de la situation, surtout dans le domaine de la lutte contre les grands fléaux, qui ont pour contrepartie une baisse ou une stagnation des crédits concernant d'autres postes de préventions.

1. Des efforts réels, quoique pas toujours adaptés à la gravité de la situation

a) La lutte contre le SIDA : des moyens insuffisants par rapport au rythme de progression de la maladie, malgré la priorité réaffirmée par le Gouvernement.

Une enquête très récente de l'INSERM révélait des chiffres tout à fait inquiétants pour l'avenir même de notre société. Ainsi, le SIDA était responsable du décès d'un tiers des hommes de 25 à 44 ans à Paris intra-muros et de 20 % d'entre eux dans la région parisienne. Par ailleurs, le nombre de séropositifs était estimé, fin

1989, à un nombre compris entre 100 et 200 000 personnes. Quant au nombre de cas de SIDA avérés, il s'élevait à 13 145 personnes en décembre 1990 contre 8 883 un an plus tôt et "seulement" 573 en décembre 1985, en France métropolitaine. C'est assez montrer la rapidité de progression de la maladie, soit + 48 % en un an de décembre 1989 à décembre 1990. Au 30 juin 1992, on dénombrait 20 250 cas de SIDA avérés en France métropolitaine depuis le début de l'épidémie soit 19 836 adultes et 414 enfants. L'augmentation a ainsi été, en l'espace d'un an et demi, de 54 %. Les prévisions pour 1993 ne sont pas extrêmement optimistes puisque l'on estime à un quart le taux de croissance du nombre de SIDA avérés⁽¹⁾.

Estimé pour 1993 par la direction des hôpitaux, le coût complet de la pathologie VIH pourrait être de 3,450 milliards de francs pour les soins hospitaliers et de 400 millions de francs pour les soins extra-hospitaliers. Dans un article paru en mai 1992, Yves Souteyrand, ingénieur à l'INSERM, remarque un glissement de la prise en charge interne à l'hôpital vers une prise en charge externe. Ainsi, en France, l'hospitalisation de jour représente, en 1991, près de 75 % des entrées des malades du SIDA, contre 20 % en 1988.

En 1991, le montant lié à la prise en charge hospitalière du SIDA en France est de l'ordre de 2,6 milliards de francs. Cela représente 1 % de la consommation médicale hospitalière totale. Selon une enquête réalisée, en 1988, par l'Assistance publique de Paris, le coût annuel de prise en charge par malade est très divers selon le degré d'atteinte : moins de 10 000 francs pour une personne séropositive asymptomatique non traitée par l'AZT, de l'ordre de 52 000 francs si ce médicament lui est prescrit, entre 250 000 et 350 000 francs pour un patient souffrant de plusieurs infections opportunistes.

Les soins en médecine de ville, plus difficiles à évaluer, concernaient en 1990, environ 21 000 personnes. L'ensemble de la consommation médicale de ce secteur représentait, toujours en 1990, environ 150 millions de francs c'est-à-dire 7 % du total des consommations hospitalières.

C'est dire, devant ces sommes et la progression inexorable de la maladie, combien les efforts de prévention, même croissants d'une manière conséquente, peuvent paraître dérisoires (cf. tableau ci-dessous)

(1) De plus, l'apparition à New-York dans le milieu carcéral, de tuberculose résistante au traitement habituel, sur des malades du SIDA, ne laisse pas d'être inquiétante

Crédits pour la prévention du SIDA : évolution (en millions de francs)

	1988	1989	1990	1991	1992	1993
Agence française de lutte contre le SIDA		57,4	84	100	101,75	151,45
Comité français éducation pour la santé	15	15	5			

Par rapport à 1992, les crédits de l'agence française de lutte contre le SIDA prévus à l'article 50 du chapitre 47-13 augmentent en 1993 de 49,7 millions soit une croissance de 49 %. Toutefois, l'agence française de lutte contre le SIDA connaît d'autres sources de financement, comme les caisses nationales d'assurance maladie, le ministère de la culture ou celui de la coopération.

A ces crédits concernant l'A.F.L.S. s'ajoutent des crédits non individualisés par une ligne budgétaire mais qui font partie de la prévention générale (article 10 du chapitre 47-13) et qui sont destinés à répondre, autant que faire se peut, à la progression de l'épidémie.

Enfin, les crédits de l'article 70 du chapitre 47-14 consacré à la lutte contre le SIDA, qui financent en fait les consultations de dépistage anonyme et gratuit (C.D.A.G.), évoluent de 8 millions en 1992 à 9,245 millions en 1993, soit une hausse de 1,245 million et de plus 15 % alors que dans le même temps la participation de l'Etat à la prise en charge gratuite va se réduire de 30 à 15 %, le reliquat devant être acquitté par la CNAM.

Désormais, la lutte contre le SIDA est associée au drame de la transfusion sanguine. Votre rapporteur esquissera donc un premier bilan des procédures d'indemnisation.

Avant la création par la loi du 31 décembre 1991 du fonds d'indemnisation des personnes contaminées par le virus du SIDA existaient deux fonds, public et privé, de solidarité qui avaient été mis en place en juillet 1989.

Le bilan que l'on peut dresser de leur activité s'élève, en août 1992 à 1 159 dossiers reçus et traités par l'A.F.L.S. depuis la date de création du fonds, soit août 1989. Le fonds public a versé 306 allocations de solidarité d'un montant moyen de 100 000 francs. On constate d'ailleurs une décrue des montants globaux puisque si 10,2 millions de francs ont été attribués en 1989 et 8,305 millions en 1990, seulement 1,845 million le furent en 1991 et 4,560 millions en 1992 (mais pour six mois seulement). Le montant total attribué a été de 24,92 millions de francs pour environ 3 ans de fonctionnement. Ce

fonds public, compte tenu de la création du fonds d'indemnisation institué par la loi du 31 décembre 1991, va cesser son fonctionnement. Ainsi, l'article 80 du chapitre 47-13 du budget du ministère des affaires sociales et de l'intégration intitulé fonds de solidarité en faveur des hémophiles atteints du SIDA dont les moyens s'élevaient à 10 millions de francs en 1992 ne possède plus de crédits.

En ce qui concerne le fonds privé qui est financé par les compagnies d'assurances, 1 157 dossiers lui ont été transmis. L'indemnisation s'élève à 100 000 francs pour les hémophiles séropositifs, à 170 000 francs pour le conjoint et à 40 000 francs par enfant. A cet égard, on peut comparer avec les indemnités qu'ont versées les compagnies d'assurance, en Suède et en Allemagne. En Suède, fin 1986, les versements se sont élevés à l'équivalent de 75 000 francs par hémophile séropositif. En Allemagne, les indemnités ont varié entre 120 000 et 750 000 francs selon la situation sociale, avec une aide particulière pour les conjoints.

Dans ce domaine particulièrement douloureux, votre rapporteur insiste sur la nécessité d'une juste indemnisation.

Du fait de l'intervention du fonds d'indemnisation créé par la loi du 31 décembre 1991, le fonds privé, comme le fonds public, doit disparaître. Il semble toutefois que cela pose quelques problèmes. Le ministère de la santé estime que la logique voudrait que le reliquat des crédits soit 50 sur 170 millions de francs soit versé au nouveau fonds. Cependant la décision reste ouverte et les avis des différentes parties partagés.

Créé donc par l'article 47 de la loi du 31 décembre 1991 et opérationnel depuis mars 1992, le fonds d'indemnisation, selon un bilan établi le 27 juillet 1992, a enregistré 2 285 demandes et ouvert 2 188 dossiers. Au total, un peu plus de 230 millions de francs ont déjà été versés aux victimes. Ce fonds, doté de la personnalité civile est présidé par un président de chambre à la cour de cassation et administré par une commission d'indemnisation. Le principe retenu pour l'indemnisation des victimes est la moyenne des sommes allouées, pour les mêmes préjudices, par l'ensemble des juridictions. Les sommes octroyées avoisineraient ainsi, en moyenne, 1,5 million de francs, ce qui est une somme beaucoup plus conséquente, compte tenu de la gravité du préjudice causé, que les indemnisations octroyées par les fonds antérieurs, public ou privé.

Le pourcentage des rejets est extrêmement faible : 2,4 %.

Enfin, le montant des engagements financiers du fonds s'établit de la manière suivante au 31 août 1992 :

- engagement à effet immédiat 524 millions de francs ;
- engagement différé sans condition 376 millions de francs ;
- engagements différés conditionnels 207 millions de francs.

ce qui donne un total de 1 107 millions de francs.

Toutefois, ces sommes risquent de croître d'une manière très importante dans l'avenir. Estimé à 2 milliards de francs pour 1992, le montant des dépenses risque de s'élever à 2,5 milliards dès 1993. Cela dépendra bien sûr des décisions que rendra la cour d'appel de Paris, déjà saisie par plusieurs personnes qui contestent le bien-fondé des décisions prises par le fonds.

Par ailleurs, il convient de souligner que, afin d'accroître la sécurité des produits plasmatiques, un certain nombre de textes réglementaires ont été pris ces derniers temps.

Enfin, il faut ajouter que l'on constate de manière nette une diminution de l'utilisation des produits sanguins, soit moins 36 % pour les quatre premiers mois de 1992. La rationalisation de l'utilisation de ces types de produit pourrait être le seul effet bénéfique dû à cette malheureuse affaire.

Celle-ci a également posé un problème grave, non encore résolu, celui du risque thérapeutique puisque le texte promis sur la responsabilité médicale n'a pas été déposé sur le bureau des assemblées.

A cet égard, la déclaration publique du 14 octobre 1992 émanant de trois syndicats de médecins libéraux français, du conseil national de l'ordre des médecins et de deux sociétés d'assurance est intéressante. Elle porte sur le risque thérapeutique et son indemnisation. Selon les signataires de la déclaration, l'indemnisation du risque, l'aléa thérapeutique, doit être pris en charge par la solidarité nationale. Reconnaisant que la responsabilité civile du praticien trouve son origine dans le contrat moral établi entre le patient et son médecin, les représentants des médecins libéraux déclarent toutefois que concernant les "fautes médicales", ils "revendiquent leurs responsabilités" et souhaitent pouvoir "répondre pécuniairement de leurs fautes". Le devoir du médecin est une obligation de moyens, prodiguer les meilleurs soins possibles, il ne peut être une obligation de résultats, apporter la guérison. Cette déclaration, après les conséquences de l'affaire du "sang contaminé" ne rend que plus nécessaire l'intervention d'un

texte législatif que, pourtant, le ministre de la santé et de l'action humanitaire, M. Bernard Kouchner, appelait de ses vœux.

b) La lutte contre la toxicomanie qui devient un des éléments de la lutte contre le sida : vers l'amorce d'une remise en cause de la politique de neutralité de l'Etat vis-à-vis des différents moyens de lutte ?

Le nombre de décès liés à l'usage des drogues sur le plan national augmente sensiblement puisqu'il atteint 411 en 1991 contre 172 en 1985. Quant au nombre de personnes toxicomanes dépendantes, le service des statistiques, des études et des systèmes d'information du ministère des affaires sociales et de l'intégration (SESI) les estimait entre 100 000 et 150 000.⁽¹⁾ La lutte contre ce fléau réclame donc une action vigoureuse.

La lutte contre la toxicomanie concerne deux chapitres budgétaires : Le chapitre 47-15 intitulé lutte contre la toxicomanie et le chapitre 47-16, action interministérielle de lutte contre la toxicomanie. Les crédits de ce dernier chapitre, reconduits à l'identique par rapport à l'année passée, soit 246,880 millions de francs, baissent donc en francs constants. Par contre, les moyens du chapitre 47-15 qui augmentent globalement de 20,410 millions de francs passant de 439,913 millions de francs en 1992 à 460,323 millions en 1993, connaissent, selon les postes, une évolution plus contrastée. Le montant pour le remboursement de la prise en charge sanitaire (article 11) chute de 66 millions en 1992 à 61,1 millions en 1993, soit une baisse de 4,9 millions et de 7,4 % ce que votre rapporteur ne s'explique guère.

L'action de prévention sanitaire et sociale en faveur des toxicomanes et de leur famille (article 20) reste stable, de 1992 à 1993, à 11,409 millions, c'est-à-dire qu'elle baisse en francs constants.

Le poste le plus significatif est sans contexte l'article 12 de ce chapitre 47-15, structures de lutte contre la toxicomanie dont les crédits avoisinent 387,814 millions de francs en 1993 soit une augmentation de plus de 25,3 millions par rapport à 1992 (soit + 7 %). Ce sont les missions de ce dispositif qui ont été redéfinies par un décret en date du 29 juin 1992 afin qu'il assure auprès des toxicomanes une prise en charge à la fois médico-psychologique et psycho-éducative complétée par une aide à l'insertion ou à la réinsertion. Par ailleurs, les soins de proximité seront diversifiés par "l'intermédiaire de réseaux de soins généralistes". Des responsables

(1) Au 30 juin 1992, les toxicomanes composaient 21,7 % des cas de SIDA depuis le début de l'épidémie mais environ 26,5 % des cas enregistrés en 1991.

de la toxicomanie seront nommés dans les hôpitaux généraux et les hôpitaux psychiatriques afin de faciliter la prise en charge des personnes. De plus, les programmes de substitution à la méthadone seront encouragés. Pour cela, les centres pratiquant ce type de programme seront portés de 5 à 10, grâce à une dotation de 2,8 millions.

A cet égard, votre rapporteur ne manque pas de s'interroger sur le sens des paroles prononcées par M. Bernard Kouchner, ministre de la santé et de l'action humanitaire, tant à la tribune de l'Assemblée nationale le 27 octobre 1992, lors du débat budgétaire que pendant son audition par votre commission le 19 novembre 1992. En effet, à l'Assemblée nationale, après avoir rappelé que la toxicomanie n'était pas toujours définitive au contraire de l'infection par le SIDA, et qu'un jeune qui utilise de la drogue intraveineuse devait au moins le faire dans des conditions de non contamination, M. Bernard Kouchner a déclaré que l'ambiguïté de la législation faussait le débat et que la répression ne pouvait à elle seule régler le problème. A ce propos, il a cité une anecdote selon laquelle ce sont les responsables de la police qui, à New-York, ont souhaité cesser les arrestations car elles ne servaient à rien. Le ministre a de nouveau évoqué cette anecdote lors de son audition devant votre commission. Il a ajouté que la France ne s'intéressait pas assez aux expériences étrangères comme celles qui ont lieu en Suisse et aux Pays-Bas. Ces paroles, comme le fait de privilégier, en matière de crédits, les structures de lutte contre la toxicomanie au détriment des autres postes amènent effectivement votre rapporteur à se demander s'il n'y a pas là une amorce de remise en cause de la politique de neutralité de l'État vis-à-vis des différents moyens de lutte contre ce fléau.

c) la lutte contre le tabagisme : la fin d'un certain attentisme sur le plan réglementaire

Rappelons d'abord quelques statistiques : le chiffre d'affaires de la vente de tabac en France s'élevait à 45 milliards de francs en 1991, dont environ 25 milliards pour l'Etat par l'intermédiaire de la SEITA. Pour le monde entier, l'organisation mondiale de la santé (O.M.S.) évalue à 2 millions par an les personnes qui meurent des effets du tabac. En France, l'abus du tabac seul provoque 54 000 morts par an, soit plus de 12 % de la mortalité totale, c'est-à-dire cinq fois plus les accidents de la route. Le coût des conséquences du tabagisme est évalué à 40 milliards pour la sécurité sociale.

La France a pris tardivement la mesure de ce fléau par rapport au Royaume-Uni qui, par le biais de publicités et d'une politique de prix dissuasive -le prix moyen d'un paquet de cigarettes équivaut à 25 francs français- a réduit le nombre de ses fumeurs de 50 % de la population adulte en 1975 à un tiers aujourd'hui. Il faut noter avec satisfaction la parution le 29 mai dernier du décret très attendu appliquant la loi Evin du 10 janvier 1991 concernant la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme et définissant l'interdiction de fumer dans les lieux publics. Ce texte, qui doit bien sûr être appliqué avec tact et mesure, et qui pose certes quelques problèmes d'application notamment pour les petits établissements-restaurants, cafés etc-, prend, plus de quinze ans après la loi du 9 juillet 1976, enfin, des dispositions concrètes à la mesure de ce fléau de santé publique. Il est certes permis de douter de l'efficacité des moyens répressifs qu'il instaure. Le gage de sa bonne application semble être bien davantage l'accueil favorable qu'il recueille auprès de la population depuis son entrée en vigueur, le 1er novembre 1992. Mais il est bien évidemment trop tôt pour juger si cette bonne volonté sera ou non durable, introduisant un véritable changement de comportement.

Il est extrêmement difficile pour votre rapporteur de porter un jugement sur les crédits de lutte contre le tabagisme puisqu'ils ne font pas l'objet d'une ligne budgétaire autonome. Ils apparaissent en effet à l'article 30 du chapitre 47-13 du budget du ministère des affaires sociales et de l'intégration qui est consacré à la lutte contre l'alcoolisme, le tabagisme et la pharmaco-dépendance. Or, ce dernier passe de 25,656 millions en 1992 à 24,6 millions en 1993 soit une diminution de 1,056 million en valeur absolue et une baisse de 4,12 en pourcentage. Bien qu'il ne lui soit pas possible d'examiner quelle est la part de responsabilité de chaque poste dans cette diminution, votre rapporteur s'étonne de celle-ci qui est peu compatible avec une lutte vigoureuse contre le tabagisme et donc avec la récente décision gouvernementale d'appliquer en une seule fois,

aux produits tirés du tabac, la hausse de 15 % prévue en 1993 , au lieu des deux étapes annoncées initialement.

S'il salue l'intervention de cette mesure, votre rapporteur se doit de rappeler qu'elle n'entrera en application que le 19 avril 1993 et que ce type de disposition, dans un passé récent, a été souvent différé ou considérablement adouci.

d) L'individualisation d'une ligne budgétaire pour l'aide internationale

En effet, dans le titre IV interventions publiques apparaît un chapitre 42-10 nouveau consacré aux actions internationales et aide à l'étranger doté de crédits de 5 millions de francs dont 2,5 millions seulement sont destinés à des actions en matière de santé.

2. ...qui ont pour contrepartie une baisse des crédits concernant d'autres postes de prévention.

a) Une nouvelle baisse très regrettable des crédits en matière de maladies sexuellement transmissibles

En effet, les crédits de l'article 80 du chapitre 47-14 qui étaient de 10 millions en 1991, sont devenus 8,5 millions en 1992, soit une baisse de 15 %, pour décroître encore en 1993 à 8,075 millions soit encore une chute de 5 %. Votre rapporteur s'interroge sur le fondement d'une telle baisse alors que, selon le professeur Jean Bernard, lors de son audition par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales⁽¹⁾ de l'Assemblée nationale", 50 % des cas de stérilité féminine pourraient être évités par une bonne information sur les risques d'une infection des trompes" et que le coût d'une fécondation in vitro réussie est de 100 000 francs en moyenne. Cette baisse est d'autant plus paradoxale que les obstacles à la mise en oeuvre du dépistage et du traitement des MST dans les centres de planification familiale, que votre rapporteur avait évoqués dans son rapport pour avis de l'année passée, sont désormais levés par la loi portant DDOS du 31 décembre 1991 et la parution d'un décret en date du 6 août 1992.

(1) Cf. rapport d'information n° 2565 dit "rapport Bioulac" p. 50

b) La lutte contre l'alcoolisme : tous crédits confondus, une légère baisse en francs constants

Une étude réalisée en 1988 du haut comité d'étude et d'information sur l'alcoolisme avait évalué à 102 000 par an les décès imputables globalement à l'alcool et au tabac. Bien que l'on constate une diminution du nombre des décès par psychose alcoolique et cyrrhose du foie, ceux-ci représentent encore 2,2 % du nombre total des décès. La mortalité liée à la consommation associée d'alcool et de tabac qui comprend la presque totalité des décès par cancers des voies aérodigestives supérieures, avoisine, elle, 2,5 % de l'ensemble des décès. C'est dire assez que, même si la mortalité directement liée à l'alcool est en légère décrue, il faut mener, sur le plan budgétaire, une action vigoureuse pour, au moins, consolider ces résultats.

Et certes, si l'on examine les articles 50, 51, 52 du chapitre 47-14, on peut constater une augmentation des crédits par rapport à 1992 de 5,469 millions en valeur absolue, soit une augmentation de 3,8 %, augmentation à peine supérieure à l'augmentation du budget de l'Etat. Ces crédits passent en effet de 142,427 millions de francs à 147,896 millions de francs. Les 5,469 millions ainsi dégagés seront consacrés aux centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie et aux comités départementaux de prévention contre l'alcoolisme dont l'action fera l'objet d'une évaluation et qui, à l'heure actuelle, manquent cruellement de moyens. Il faut d'ailleurs souligner à cet égard que l'article initial a été scindé en deux afin d'individualiser d'une part les actions nationales et d'autre part, les actions déconcentrées. Toutefois, si à ces crédits, on ajoute ceux de l'article 30 du chapitre 47-13 relatif à la lutte contre l'alcoolisme, le tabagisme et la pharmaco-dépendance, soit 24,6 millions en 1993, on obtient un total de 172,496 millions en 1993 par rapport à un montant de 168 millions pour 1992, soit une augmentation de 2,7 %, augmentation inférieure à la hausse des prix à la consommation prévue pour 1993, soit 2,8 %, on assiste donc en fait à une légère baisse en francs constants de ces crédits.

Par ailleurs, il faut évoquer la sortie annoncée très prochaine de textes d'application de la loi Evin déjà citée et datant d'il y a presque deux ans, qui régleront la publicité en faveur des boissons alcooliques. Là encore dans ce domaine, cette loi doit être appliquée avec tact et mesure. Autant il est nécessaire de protéger les jeunes contre ce fléau, et par conséquent limiter ce type de publicité à proximité des établissements scolaires, autant il faut se montrer circonspect par ailleurs à cet égard. Il semble que les déclarations récentes du Ministre de la santé et de l'action humanitaire, M. Bernard Kouchner, aillent dans le sens de votre rapporteur. Cependant, comme votre rapporteur l'avait souligné l'année passée pour la lutte contre le tabagisme, il semble que, pour la lutte contre

l'alcoolisme cette fois, tous les membres du Gouvernement n'entendent pas favoriser la lutte contre ces fléaux.⁽¹⁾

c) La baisse des crédits en matière de contrôle des règles d'hygiène

Votre rapporteur s'interroge sur l'opportunité même de la baisse constatée à l'article 40 du chapitre 47-14, puisque les crédits passent de 34 millions en 1992 à 32,3 en 1993, soit une diminution de 1,7 million, alors que ces derniers mois ont eu lieu nombre de cas d'empoisonnements alimentaires dus notamment à la listériose et au manque d'hygiène dans les collectivités comme les cantines scolaires ou les maisons de retraite.

**B. LE FONCTIONNEMENT DES STRUCTURES :
L'ETAT DES LIEUX : LA NECESSITE D'UNE
REFORME PROFONDE DE L'ADMINISTRATION DE
LA SANTE**

**1. Des initiatives intéressantes mais intervenant
bien tardivement**

a) Le haut comité de santé publique

Celui-ci a pour finalité de se substituer à plusieurs commissions afin de constituer un organe de référence indépendant, auprès du ministre de la santé.

Sa création, par décret en date du 3 décembre 1991 et son installation, le 23 décembre 1991, ont pour but de renforcer les moyens propres à permettre l'amélioration de la politique de la santé et à éviter certaines erreurs, lourdes de conséquences aujourd'hui, qui ont été commises dans le passé.

Le haut comité de la santé publique est un corps d'experts qui doit aider le ministre de la santé à contribuer à la définition des objectifs de santé publique, à concevoir des propositions pour le renforcement des actions de prévention, en particulier quant à l'information et à l'éducation du public en matière de santé et à

(1) Votre rapporteur fait ici allusion à la récente déclaration du ministre de l'agriculture M. Jean-Pierre Soisson qui a dit, à Toulouse, lors d'un congrès, qu'il était opposé à la mise en application de la loi "Evin" s'agissant de la partie lutte contre l'alcoolisme et que si les décrets la concernant lui étaient présentés, il ne les signerait pas.

développer l'observation de l'état de santé de la population. Pour remplir cette dernière mission, il établit un rapport annuel, rendu public, comportant des indicateurs comparatifs et régulièrement suivis, de même que des analyses prospectives sur les problèmes de santé publique. Consulté par le ministre de la santé sur toute question concernant l'organisation des soins, le haut comité remplace les commissions qui jouaient le rôle de conseil auprès de l'administration sur les grands thèmes techniques ou cliniques. Mais chacun de ces thèmes pourra être repris par un groupe de travail spécialisé, en tant que de besoin, à la demande du haut comité, et pour une mission limitée dans le temps.

Organisme qui se veut de coopération et de synthèse, il est présidé par le ministre de la santé et comprend les principaux directeurs d'administration centrale. A ce titre, il est complémentaire des instances consultatives existantes, notamment du conseil supérieur d'hygiène publique de France et de l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale. A cet égard, votre rapporteur veut espérer que ce haut comité se substituera réellement à un certain nombre d'organismes anciens qui existaient sans synergie entre eux, tout en sachant bien que les organismes administratifs ayant vocation à perdurer au-delà de leur finalité première, il est bien plus difficile de supprimer un comité que d'en créer un.

Ce haut comité a été chargé de la mission, délicate, de formuler des recommandations pour une future restructuration de la haute administration chargée de la santé publique.

b) La création du réseau national de santé publique (RNSP) : l'amorce d'une synergie ?

En effet, situé dans le cadre de l'établissement national hospitalier de Saint Maurice, ce réseau a été institué par un arrêté en date du 17 juin 1992 sous la forme juridique d'un GIP (groupement d'intérêt public) associant quatre membres fondateurs : la Direction générale de la santé, la direction des hôpitaux, l'INSERM et l'Ecole nationale de la santé publique de Rennes (ENSP). Mais d'autres intervenants pourront se joindre à ces quatre premiers membres, comme le laboratoire national de la santé ou le comité français d'éducation pour la santé. Ce réseau doit coordonner les activités des organismes chargés traditionnellement de recueillir les informations sur les différents secteurs d'activité de la santé. A partir de ces éléments, cet organisme de surveillance épidémiologique fera des propositions qui permettront à la direction générale de la santé et aux services décentralisés (DRASS et DDASS) d'intervenir plus rapidement et de manière efficace. Les premiers thèmes de réflexion

de ce réseau se tourneront plus particulièrement vers les maladies transmissibles, les problèmes touchant la santé et l'environnement, les maladies nosocomiales (morbidity hospitalière). Afin de pouvoir développer ses activités, ce réseau voit les crédits qui lui sont alloués à l'article 70 du chapitre 47-51 du budget du ministère des affaires sociales et de l'intégration passer de 2,97 millions en 1992 à 4,621 millions en 1993, soit une hausse de 1,651 million et une croissance de 55,6 %.

Est-ce là l'amorce d'une synergie pour réunir tous les principaux intervenants en matière de santé publique afin de rendre leur action plus rapide et efficace ? Votre rapporteur l'espère. Toutefois, on ne pourra juger de la réalité de l'action de cette nouvelle structure qu'après un temps raisonnable de fonctionnement.

c) La réforme de la transfusion sanguine

Le drame des personnes transfusées et des hémophiles contaminés par le virus du Sida, qui a cruellement mis en lumière les dysfonctionnements de la transfusion sanguine en France -retracés dans de nombreux rapports- a rendu inévitable une réforme du fonctionnement de cette dernière. Toutefois, celle-ci intervient bien tardivement, le projet n'a été soumis au conseil des ministres que le 4 novembre dernier, même si l'Agence française du sang avait déjà été mise en place en juillet 1992. Elle ne résoudra pas toutes les difficultés, notamment celle de la provenance des collectes. Toutefois, les principes éthiques sur lesquels est fondé le système transfusionnel français sont réaffirmés comme le bénévolat et le consentement du donneur, l'anonymat du don, le caractère non lucratif du recueil et de la transformation du sang. Cependant, votre rapporteur s'interroge sur la compatibilité entre ce caractère non lucratif du recueil qui est rappelé ici avec la soumission des produits obtenus au régime juridique des médicaments -ce qui suppose une autorisation de mise sur le marché- afin de les rendre plus sûrs.

L'Agence française du sang, mise en place en juillet 1992 sous la forme d'un groupement d'intérêt public, sera érigée en établissement public. Elle a pour mission la coordination de l'activité et de la gestion des établissements de transfusion. C'est elle qui délivre aux établissements les autorisations et les agréments nécessaires à leur activité. L'Etat consacre au financement de cette Agence française du sang 15 millions de francs en 1993 par le biais d'un chapitre 36-71 nouveau du budget des affaires sociales et de l'intégration. Celle-ci devrait disposer en outre de 15 millions supplémentaires dans le cadre du collectif budgétaire pour 1992. Par ailleurs, sera également créé un laboratoire français du fractionnement, sous la forme d'un groupement d'intérêt public, qui,

seul, sera chargé de traiter le plasma pour préparer des produits dérivés du sang.

Enfin, une structure destinée à coordonner au plan national les problèmes d'hémovigilance sera créée fin 1992. Elle sera chargée d'assurer le suivi épidémiologique des activités transfusionnelles et de mettre en oeuvre un dispositif d'alerte en cas d'incidents dans ce domaine. Elle pourra fonctionner grâce aux crédits de l'article 90 du chapitre 47-51 du budget du ministère des affaires sociales et de l'intégration qui s'élèvent à 1,5 million pour 1993.

d) Le projet de réforme du système de transplantation d'organes

En attendant la discussion prochaine des projets de loi traitant de la bioéthique à la Haute assemblée, votre rapporteur note la création d'une instance consultative supplémentaire, par un arrêté en date du 23 octobre 1992, celle d'un comité de sages pour les greffes et dons d'organes, dans le cadre plus global de la réforme du système français de transplantation d'organes et de tissus annoncée le 9 juillet 1992. Ce comité aura pour mission d'élaborer le cahier des charges des associations concernées, de mettre au point des "instruments d'évaluation" pour l'homologation des centres de greffe, de saisir le ministre sur toute question importante et de remettre annuellement un rapport d'activité. L'amorce d'une synergie, au moins sur le plan local se confirme, puisque ce comité de transparence devrait disposer de locaux au sein du réseau national de santé publique à Saint Maurice.

En évoquant ces quatre initiatives qui participent de la conception d'une synergie en matière de santé publique, synergie qui a fait si cruellement défaut depuis quelques années, votre rapporteur ne peut s'empêcher de penser que tout ceci est bien, mais que tout ceci aurait été mieux si cela n'avait été conçu aussi tardivement.

e) L'accroissement nécessaire des moyens des services de santé dans les TOM

Cela s'avère d'autant plus indispensable que, d'une part, certains territoires ne disposent pas de caisses d'assurance maladie - Mayotte et Wallis et Futuna - ou ne possèdent pas de système de couverture sociale harmonisée comme la Nouvelle-Calédonie et la Polynésie.

Globalement, les crédits consacrés aux services de santé dans les TOM s'élèvent en 1993 à 125,643 millions de francs contre 119,095 millions de francs en 1992, soit une progression de 6,548 millions de francs en valeur absolue et de 5,5 en pourcentage.

Ainsi, si les crédits des services de santé en Nouvelle-Calédonie connaissent une progression relativement faible de 2 %, de 44,175 millions en 1992 à 45,058 millions, comme ceux de Polynésie française de 17,86 millions à 18,217 millions, par contre les services de la santé publique de Mayotte qui passent de 33,2 millions à 35,063 millions (+ 5,6 %) et ceux des services de santé de Wallis et Futuna qui vont de 23,860 millions en 1992 à 27,304 millions en 1993 (+ 14,43 %) trouvent là une augmentation beaucoup plus significative.

2. ...qui ne peuvent masquer la "sous-administration" du ministère de la santé

a) Les carences des structures

Celles-ci ont gravement montré leurs limites lors de l'affaire dite "du sang contaminé", la Direction générale de la santé bien sûr, mais aussi, cela a été mis en exergue par la récente mise en cause de l'Institut Mérieux, la Direction de la pharmacie et du médicament. Votre rapporteur s'interroge d'ailleurs à cet égard sur la raison pour laquelle le Gouvernement a décidé de retirer de l'ordre du jour des Assemblées le projet de loi portant création de l'Agence du médicament.

Les carences et les insuffisances de ce ministère sont d'ailleurs largement reconnues et recouvrent aussi bien l'administration centrale que les services extérieurs. Ainsi, Mme Simone Veil, dans une interview donnée au journal Ouest-France au printemps 1992, évoquait-elle la "sous-administration" du ministère de la santé. De même, Mme Yannick Moreau, dans son rapport "dépenses de santé : un regard international" et la synthèse qu'elle en a donnée dans un article de "Droit social" de février 1992, ne précise-t-elle pas : "En ce qui concerne l'Etat, il est clair qu'un

renforcement des ministères des affaires sociales et de la santé serait indispensable pour qu'ils puissent vraiment remplir leur rôle. Dans un secteur aussi important pour la maîtrise des dépenses et la sécurité du fonctionnement du système, un plan de modernisation assorti des moyens nécessaires devrait être mis en place". Enfin, puisque le président de la République lui-même, lors de son intervention télévisée du lundi 9 novembre 1992, a également mentionné les carences du ministère de la santé, votre rapporteur espère, comme d'ailleurs M. Bernard Kouchner l'avait annoncé, qu'une réforme de fond de ce ministère sera enfin mise en oeuvre.

b) Le problème des personnels : une certaine démotivation et le manque d'une formation adéquate

Cette démotivation prend sa source à la fois dans une certaine déconsidération dont sont victimes les hauts fonctionnaires d'administration centrale ou des services extérieurs -l'administration des affaires sociales et de la santé n'étant pas estimée prestigieuse, les élèves les mieux classés à la sortie de l'Ecole nationale d'administration la choisissent rarement comme poste d'affectation- et dans la relative faiblesse de leurs rémunérations, mais c'est bien plus vrai pour les services extérieurs que pour l'administration centrale. Cette démotivation se traduit assez rapidement par "une fuite des cerveaux" vers d'autres administrations, territoriales notamment, ou le secteur privé, associatif ou non. Or, une véritable politique de santé publique, pour être effectivement mise en oeuvre, réclame un personnel de haut niveau relativement stable et suffisamment étoffé. Force est de constater que tel n'est pas le cas, ce qui peut expliquer dans une certaine mesure une partie des dysfonctionnements relevés ces dernières années dans le fonctionnement du ministère. Certes, quelques efforts ont été tentés, comme par exemple l'amélioration du statut des médecins inspecteurs de santé publique. Le statut des pharmaciens inspecteurs de la santé, jugé insuffisamment attractif puisque tous les postes mis au concours ne sont actuellement pas pourvus, sera progressivement aligné sur celui des médecins inspecteurs de la santé. L'application du protocole "Durafour" sera également poursuivie en 1993, notamment en ce qui concerne les personnels supérieurs des DRASS et des DDASS. En dépit de cela, certains statuts restent particulièrement peu attractifs, comme celui des inspecteurs des affaires sanitaires et sociales qui, compte tenu de leur niveau de recrutement (licence ou bac + 3), leur durée de formation (1 an et bientôt 2 ans à l'Ecole nationale de la santé publique) et le niveau de leurs responsabilités -notamment ils sont chargés de la mise en oeuvre de la loi portant réforme hospitalière, assument leur part dans le contrôle des dépenses de santé, animent la lutte contre les exclusions- connaissent des

rémunérations de départ (1) et des perspectives de carrière tout à fait insuffisantes.

Mais cette certaine démotivation se double d'un problème aussi profond : le manque d'une formation adéquate. Certes, l'Ecole nationale de la santé publique existe. Toutefois, elle semble insuffisante pour combler l'ampleur des besoins. On peut évoquer à cet égard, les suggestions de Mme Veil qui réclamait dans l'article de Ouest-France précité, la nécessité de créer une grande école qui équivaldrait à l'université de Harvard aux Etats-Unis, ou celle de Mme Yannick Moreau qui souhaite la naissance d'un institut des hautes études de la santé, "comme il en existe pour la défense ou pour la sécurité". Ce futur institut pourrait prendre la forme juridique et formelle de celle de l'INSEE et deviendrait une sorte d'INSEE pour le domaine de la santé. En tout cas, quelle que soit la forme que pourrait prendre ce futur institut, il n'en reste pas moins, le consensus sur ce point apparait, que sa mise en oeuvre semble nécessaire pour avoir enfin des cadres compétents et motivés pour appliquer une politique de santé publique dans les meilleures conditions.

(1) 6 800 francs par mois et 13 000 francs au bout de 27 années de service

II. LA POLITIQUE DE MAÎTRISE DES DÉPENSES DE SANTÉ : DE L'ENVELOPPE GLOBALE PRÉVUE PAR LE PLAN EVIN AU MAIGRE BILAN ACTUEL.

En effet, la maîtrise des dépenses de santé par l'instauration d'une enveloppe globale était l'un des quatre secteurs du plan Evin du 12 avril 1989. Force est de constater que cette maîtrise des dépenses de santé - par le biais de l'enveloppe globale ou d'une procédure médicalisée et concertée - n'a pas vu le jour.

A. UNE NECESSITE QUE NUL NE CONTESTE

1. Les apports des rapports de Mme Yannick Moreau et celui du docteur Christian Béraud

Le rapport de Mme Yannick Moreau, ainsi que son titre l'indique, "dépenses de santé : un regard international", par une analyse comparative de nos principaux voisins, tente de faire des propositions pour l'avenir du système de santé français. Quant au rapport du docteur Christian Béraud, alors médecin conseil de la caisse nationale d'assurance maladie, sur un mode extrêmement polémique qui a pu heurter nombre de praticiens, il a mis en lumière les gaspillages et les abus du système français, en synthétisant les résultats de plusieurs enquêtes approfondies des services médicaux de différentes régions. Quant aux comptes de la santé, ils sont une source appréciable pour connaître l'évolution de la consommation médicale et des soins de santé.

Selon les comptes de la santé, publiés en mai 1992, les français ont individuellement dépensé pour ce poste plus de 10 000 F - soit 10 051 F - contre 9 537 F en 1990 et 8 920 F en 1989. Cette moyenne correspond à une somme globale de 573,4 milliards de francs, qui représente les dépenses, remboursées ou non, de soins et de prescriptions, et pour 2,2 % seulement de prévention. En 1991, ces dépenses ont connu une hausse de 6,7 % en valeur, soit le plus faible taux de croissance depuis 1987, date du plan Seguin (+ 5,2 % cette année là). Mais elles continuent de progresser plus vite que le PIB (+ 4,2 % en 1991), dont elles représentaient 8,9 % en 1990.

Dans le même temps, la part remboursée par la sécurité sociale continue de diminuer sous l'effet des dépassements d'honoraires et des "déremboursements" de médicaments intervenus l'an passé. La sécurité sociale a remboursé 73,6 % des dépenses en 1991 contre 74,4 % en 1990 et 76,5 % en

1980. Elle assure cependant 89,6 % des dépenses hospitalières, qui représentent 47,7 % de la dépense d'ensemble. Les assurés ont à leur charge 19,2 % des dépenses contre 18,3 % en 1990 et 15,6 % en 1980.

L'activité des médecins s'est ralentie. La progression des dépenses de pharmacie s'est également infléchie à la suite de mesures gouvernementales parmi lesquelles la baisse de la marge des pharmaciens. Mais si la baisse en volume est importante, le ralentissement en valeur est plus relatif, les laboratoires pharmaceutiques ayant retrouvé la liberté tarifaire pour les produits "déremboursés". Ce dernier point, effet de la mise en oeuvre du plan Evin défini le 12 avril 1989 en conseil des ministres risque d'avoir des conséquences néfastes sur la recherche. C'est ce que craint du moins le ministère de l'industrie, dans une étude datant de cette année. En effet, pour bénéficier d'un marché important, une spécialité pharmaceutique doit être remboursable. Or, selon l'étude précitée, un produit innovant ne peut, dans le système actuel, bénéficier d'un avantage significatif en terme de prix. Les règles de progression de prix doivent évoluer pour favoriser, au travers des médicaments les plus performants, les entreprises qui font le plus de recherche.

DETAIL DES DEPENSES DE SANTE DES FRANCAIS EN 1991

	Dépense globale (en milliards de F)	EVOLUTION 90/91
Hospitalisation publique	198,6	+ 5,1 %
Hospitalisation privée	63,4	+ 6,8 %
Maisons de retraite médicalisées	5,7	+ 13,1 %
Honoraires médicaux	78,5	+ 7,4 %
Dentistes	38,2	+ 6,8 %
Infirmières libérales	12,2	+ 9,3 %
Kinésithérapeutes	11,4	+ 8,7 %
Orthophonistes-orthoptistes	1,7	+ 8,9 %
Pharmacie	102,6	+ 6,8 %
Prothèses	15,2	+ 15,0 %
Analyses médicales	18,8	+ 7,3 %
Cures	5,9	+ 7,7 %
Transports sanitaires	8,4	+ 13,4 %
Médecine préventive	12,4	+ 6,2 %
Coût total	573,4	+ 6,7 %

Si l'on veut faire un bilan du système de santé français comme l'ont tenté Mme Yannick Moreau et le docteur Christian Béraud, on constate que, si la France connaît un haut niveau de dépenses de santé en valeur absolue avec une part très élevée de ces mêmes dépenses dans le PIB, 8,9 %, par contre, elle n'occupe qu'un rang moyen au regard des indicateurs d'État de santé.

De plus, la part des dépenses de santé dans le PIB place désormais la France au troisième rang mondial derrière les États-Unis et le Canada. Cette position s'est nettement élevée depuis 30 ans. La France n'était qu'au 8ème rang mondial en 1960 (4,2 % du PIB) et au 7ème rang en 1980 (7,6 %).

Or, ainsi que le démontre fort bien le rapport présenté par le docteur Béraud, au-delà de son ton polémique, l'efficacité du système de soins français n'est pas, loin de là, optimale. Plusieurs indices témoignent en effet que celui-ci souffre de gaspillages et recèle des "gisements" d'économie.

Une maîtrise des dépenses de santé s'avère donc indispensable à la fois sur le plan financier et sur le plan social. Le décalage structurel entre le rythme de croissance des dépenses et celui des recettes s'accroît. Il est aggravé notamment par l'apparition de nouvelles maladies thérapeutiquement très coûteuses (Sida). Par ailleurs, de nouvelles hausses de cotisations en matière d'assurance maladie s'avèrent difficiles à mettre en oeuvre afin de préserver la compétitivité économique du pays. De plus, alors que la France se situait au 11ème rang des pays de l'OCDE en 1970 pour la prise en charge socialisée des dépenses de santé, elle ne se situe plus aujourd'hui qu'au 14ème rang.

Or les caractéristiques de notre système de santé poussent à une forte dynamique des dépenses. La France est le seul pays de l'OCDE où il n'existe pas de régulation ou de contrôle lorsqu'il s'agit de l'accès aux généralistes, aux spécialistes et aux hôpitaux ou bien des relations entre ces différents offreurs de soins. Par ailleurs, la mise en oeuvre du budget global en 1983 conjuguée à celle du taux directeur en 1979, si elle a permis de maîtriser la croissance des dépenses hospitalières, a introduit une dichotomie entre le secteur hospitalier public (1) et le secteur ambulatoire, génératrice d'effets pervers. Par ailleurs, l'action sur l'offre de soins médicaux a été insuffisante ou inadaptée pour produire un effet financier. Les mesures préconisées par le rapport Girard n'ont pas été suivies d'effet. Quant à l'action sur la demande, elle a été jusqu'ici peu convaincante

(1) les cliniques privées sont maintenant également concernées par le mécanisme du taux directeur depuis l'accord conclu le 6 janvier 1992.

puisque'elle n'induit pas de modification durable du comportement des consommateurs.

Pour toutes ces raisons, une maîtrise des dépenses de santé s'avère donc nécessaire mais sous une forme médicalisée et réalisée en étroite concertation avec les professions de santé. En effet, ainsi que l'indique le rapport Moreau précité, "la confiance à l'égard des médecins est essentielle pour qu'ils puissent jouer leur rôle" dans ce domaine.

2. L'obligation de mieux former les professionnels de santé dans ce domaine

Mais pour que les médecins et, avec eux, les autres professionnels de santé puissent jouer leur rôle dans la maîtrise médicalisée des dépenses de santé, il faut qu'ils soient réellement formés dans ce domaine. Longtemps, sous cet aspect, les études médicales ont été lacunaires. Un mieux vient de se dessiner puisqu'un arrêté en date du 18 mars 1992 visant à réformer l'organisation du premier cycle et de la première année du deuxième cycle des études médicales met en oeuvre, dès les trois premières années, un enseignement portant sur l'épidémiologie, la démographie, l'économie de la santé et l'organisation des systèmes de la santé. Ces dispositions ne seront applicables dans les universités qu'à compter de la rentrée 1993-1994. Sera-ce suffisant ? Peut-être pas. En tout cas c'est un premier pas qu'il faut saluer. Toutefois, votre rapporteur regrette que, comme le souhaitait Mme Moreau, une formation à la prescription ne soit pas intégrée à l'intérieur de cette formation renouvelée.

Par ailleurs, sur le plan budgétaire, votre rapporteur note que les crédits de formation, initiale ou continue, à destination des personnels médicaux et paramédicaux se sont accrus, totalisant ainsi 578,533 millions de francs, soit une hausse de 17,539 millions en 1993 et plus de 3 %. Toutefois, elle recouvre des situations très contrastées. Si les bourses à destination des professions paramédicales, prévues à l'article 10 du chapitre 43-34 passent effectivement de 130,624 millions en 1992 à 163,323 en 1993 augmentant de 32,699 millions soit de + 25 %, par contre, le chapitre 43-32 consacré dans son ensemble à la formation et au recyclage des professions médicales et paramédicales voit ses crédits baisser de 420,421 en 1992 à 415,209 en 1993, soit une baisse de 5,211 millions et de 1,24 % en francs courants, ce que votre rapporteur déplore vivement.

3. Une action en direction des usagers afin de les responsabiliser

Dans ce but, existe un fonds national de prévention de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, fondé en 1989. Celui-ci a financé, en 1992, pour près de 1,2 milliard de francs d'actions d'information et d'éducation sanitaires comme la lutte contre le tabagisme, la promotion du bon usage du médicament et de prévention médicale, notamment par une campagne expérimentale de prévention en hygiène bucco-dentaire. Il est toutefois malaisé d'évaluer l'efficacité de ces actions. Par ailleurs, le déremboursement de certaines spécialités pharmaceutiques a été mis en oeuvre sous l'égide de la commission de transparence. Ainsi, d'une manière globale, les médicaments antiasthéniques et les psychostimulants ont fait l'objet d'un arrêté de radiation de la liste des spécialités remboursables daté du 28 février 1991. L'économie apportée par cette mesure aurait été de 287 millions de francs en 1991. Par ailleurs, dans le cadre de la contribution exceptionnelle au financement de la sécurité sociale demandée en 1991 à l'industrie pharmaceutique, les laboratoires ont été autorisés à s'acquitter de leur contribution notamment par des déremboursements, sous réserve que ceux-ci ne représentent qu'une part minimale de l'enveloppe et qu'ils ne portent pas sur des produits indispensables à la thérapeutique. Ces déremboursements auraient représenté 20 % de l'économie réalisée par la mesure, soit environ 220 millions de francs.

Toutefois, votre rapporteur s'interroge sur la pertinence et le fondement de ces déremboursements. Ne vaudrait-il pas mieux, ainsi que le suggèrait notre collègue Descours dans son rapport sur le projet de loi relatif aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie, "mener une politique intelligemment discriminante de ticket modérateur" plutôt que de mettre en oeuvre des déremboursements aveugles de médicaments, "dont tous les acteurs du système de santé dénoncent les effets pervers" ?

B. QUI A CONDUIT LE GOUVERNEMENT A RECHERCHER UN ACCORD COUTE QUE COUTE AVEC LES PROFESSIONNELS DE SANTE

1. L'accord du 14 octobre 1992 avec les médecins libéraux

a) Des prémisses douteuses

Votre rapporteur ne reviendra pas sur les circonstances qui ont précédé le retrait de l'ordre du jour de la session extraordinaire du 1er au 8 juillet 1992, du projet relatif aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie. Il se contentera de vous reporter à l'excellent rapport de notre collègue Descours sur le sujet qui rend bien compte des raisons pour lesquelles la Haute Assemblée a finalement adopté sur ce texte une question préalable. Un peu plus d'une semaine après ce retrait peu glorieux du Gouvernement, l'annulation par le Conseil d'Etat de l'arrêté interministériel du 27 mars 1990 approuvant la convention médicale signée le 9 mars 1990 entre les trois caisses d'assurance maladie (1) et une organisation syndicale de médecins, la FMF (Fédération des médecins de France), rendait la situation encore plus délicate pour les pouvoirs publics, puisque la précédente convention était venue à expiration le 1er décembre 1989. Pour annuler cet arrêté, le Conseil d'Etat se fondait sur deux motifs, d'une part, les ministres chargés d'approuver la convention avaient à tort exclu de leur approbation les clauses relatives à l'échéancier de hausse des tarifs de prestations, d'autre part, la convention n'avait pu être valablement signée par une seule organisation syndicale représentative des médecins. Devant ce vide conventionnel, le Gouvernement fut d'autant plus enclin à aboutir dans ses négociations.

b) Une légitimité incertaine

En effet, l'accord du 14 octobre 1992 était à peine signé par le ministre des affaires sociales et de l'intégration, les trois caisses nationales d'assurance maladie(1) et les représentants de trois syndicats de médecins, le docteur Beaupère pour la CSMF (confédération syndicale des médecins de France), le docteur Gras pour la FMF, (fédération des médecins de France) et le docteur Bouton pour MG-France (médecins généralistes) que la démission du docteur

(1) A savoir la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, la mutualité sociale agricole et la CANAM (Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles)

Beaupère, désavoué par son mouvement, remettait en cause son fondement. Qualifié "d'historique", par le ministre René Teulade, cet accord voyait sa légitimité s'effriter encore davantage puisque le docteur Gras qui n'avait signé que sous réserve de la consultation ultérieure de son mouvement était également désavoué au sein de la fédération des médecins de France qui a finalement refusé d'entériner l'accord. Quoi qu'il en soit, le texte, même contesté, sera proposé à l'approbation des parlementaires sitôt le projet de budget examiné.

c) Un contenu ambigu

En effet, que contenait cet accord pour qu'il suscite autant de réserves de la part des syndicats comme de la part du conseil de l'ordre ?

L'accord comporte trois points principaux, l'instauration de références médicales opposables à chaque médecin, la création d'unions professionnelles régionales et la mise en oeuvre d'un véritable codage des actes.

Dans le but d'instaurer une véritable maîtrise des dépenses de santé médicalisée et concertée, des objectifs prévisionnels de dépenses médicales sont définis chaque année par le ministre chargé des affaires sociales et au moins deux caisses nationales d'assurance maladie dont la CNAM. Etablis sur les recommandations d'une conférence nationale composée des caisses de sécurité sociale, des syndicats médicaux et du ministre chargé des affaires sociales, ces objectifs sont simplement prévisionnels et n'ont donc pas de caractère véritablement contraignant. A partir de ces objectifs, les partenaires conventionnels définissent annuellement des références médicales opposables à chaque médecin et, dans chaque circonscription de caisse, des contrats locaux de maîtrise des dépenses. Ce premier point de l'accord est remarquablement ambigu. Certes, ces dispositions sont moins contraignantes que le contenu du texte présenté à la session de printemps au Parlement et qui était fondé sur l'accord du 25 octobre 1991 signé entre l'Etat et les trois caisses d'assurance maladie. Elles ne parlent plus de taux opposables aux médecins collectivement mais de références médicales opposables à chaque médecin. Toutefois, l'expression "références médicales" est si floue que le conseil de l'ordre craint d'y voir une limitation au droit de prescription. De plus, le texte prévoit de maîtriser "les dépenses de santé" et non plus "les dépenses présentées au remboursement", concept beaucoup plus précis qui englobait notamment les dépassements d'honoraires demandés par les praticiens appliquant des tarifs supérieurs à ceux de la sécurité sociale. On peut donc se

demander quelle est la signification réelle de ce glissement terminologique.

En cas de non-respect de ces références médicales, par les médecins, les caisses auront la faculté de suspendre leur participation financière au règlement des cotisations sociales de ces praticiens. Mais la mise en oeuvre de cette procédure appartient aux instances conventionnelles locales, et non pas aux unions professionnelles créées par l'accord qui seront simplement chargées d'entendre les observations des médecins. A cet égard, votre rapporteur ne comprend pas très bien le fondement de cette procédure complexe.

Ces unions professionnelles seront créées dans chaque région administrative et verront leurs membres élus pour une durée de six ans, au scrutin proportionnel à la plus forte moyenne. Elles seront divisées en deux collèges, l'un de généralistes, l'autre de spécialistes. Or, le double collège est une mesure récusée par la C.S.M.F., syndicat considéré généralement comme le plus important. On peut donc s'interroger sur la viabilité du double collège dans la mesure où il est récusé par l'un des principaux signataires.

Par ailleurs, les tarifs seront réévalués chaque année au cours d'une conférence tripartite réunissant le ministre chargé des affaires sociales, les caisses de sécurité sociale et les syndicats de médecins.

Le texte de l'accord prévoit également la mise en oeuvre du codage des actes médicaux et des pathologies. Le procédé de codage des actes est en soi nécessaire afin que les caisses d'assurance maladie puissent enfin appréhender l'activité réelle des praticiens, ce qui n'est pas le cas actuellement puisqu'elles ne peuvent différencier, par exemple, une opération des amygdales d'une appendicectomie. La France est, à cet égard, l'un des seuls pays industrialisés à ne pas avoir de système de codage. Toutefois, l'accord imprécis sur ce sujet soulève l'inquiétude des médecins à propos du risque d'atteinte au secret médical. Ce point qui soulève l'attention de la CNIL n'est pas encore résolu. Les médecins libéraux souhaiteraient en effet réserver à eux-mêmes et aux médecins de caisses de sécurité sociale la responsabilité de mettre en oeuvre ce codage, qui sera très lourd à gérer et très lent à mettre en place, en excluant donc les personnels administratifs des caisses du fait de l'existence du secret médical. Or, ce projet de loi fondé sur l'accord du 14 octobre 1992 ne répond pas à ces inquiétudes puisqu'il stipule que "le personnel des organismes d'assurance maladie peut avoir connaissance dans le cadre de ses fonctions et pour la durée nécessaire à leur accomplissement, des numéros de code des actes et prestations effectués au bénéfice d'une personne déterminée". L'accord obtenu le 14 octobre 1992 repose donc sur une ambiguïté, les conditions de respect du secret médical.

Enfin, le projet de loi donne obligation à la future convention médicale de définir "les conditions de l'exercice de la médecine générale et de la médecine spécialisée ainsi que les dispositions permettant une meilleure coordination de leurs interventions et en particulier le recours aux établissements de soins hospitaliers". A cet égard, votre rapporteur s'interroge. Assiste-t-on au retour aux contrats de santé ou bien une amorce d'incitation au recours privilégié au généraliste ?

L'accord du 14 octobre 1992, qui est le fondement sur lequel repose le projet de loi qui sera bientôt discuté devant la Haute Assemblée semble donc, par les ambiguïtés qu'il recèle, remarquablement flou. Un certain nombre de points qui viennent d'être sommairement évoqués, comme les garanties en matière de codage des actes et la définition des références médicales, restent à définir. Nul doute que la commission des affaires sociales contribuera à les rendre plus précis lors de l'examen du texte devant la Haute Assemblée.

2. Les accords avec les autres professions de santé : les limites du procédé

Le Gouvernement a en effet adopté avec les professions de santé la technique du "salami", préférant négocier avec chaque profession une par une plutôt que de procéder globalement.

Hormis l'accord avec les cliniques privées du 6 janvier 1992 qui prévoit le respect d'un taux directeur de 5,5 % pour 1992 et le bouclage du système par les prix grâce à la flottaison du prix de journée remboursé par la sécurité sociale, deux accords ont été conclus et sont réellement mis en oeuvre.

L'accord avec les directeurs de laboratoires d'analyse de biologie médicale signé le 18 décembre 1991 fixe à 7 % l'objectif national d'évolution des frais d'analyses et d'examens de laboratoires pour 1992 alors que le taux de croissance en 1991 s'élevait à 11 %. En fait, il est probable que le taux atteint cette année sera légèrement inférieur aux 7 % prévus. D'autre part, la convention nationale des directeurs de laboratoires d'analyses de biologie médicale a été signée entre les organisations syndicales et les caisses nationales. Cette convention a été approuvée par un arrêté en date du 28 juillet 1992. Elle détermine les mécanismes d'ajustement en cas de non respect de l'objectif national : ainsi le surcroît de remboursements par rapport à l'objectif, au niveau régional, donne lieu à un reversement à l'assurance maladie. Ce reversement est mis à la charge des

laboratoires dont l'activité a augmenté à un rythme supérieur au taux régional.

En ce qui concerne les infirmières libérales, le protocole d'accord signé le 23 décembre 1991 avec les syndicats représentatifs (CGC, CFDT, CFTC, SNCH) prévoit un taux directeur de 9,7 %, contre une tendance spontanée de l'ordre de 14 % et un bouclage en volume avec la mise en place d'une ristourne en cas de dépassement de taux.

Cet accord met en oeuvre également une réorganisation de la profession, puisque les infirmières sont désormais tenues, avant de pouvoir s'installer dans le secteur libéral, d'avoir travaillé au moins trois années dans une structure de soins, quel que soit son statut.

Le procédé du "salami" a trouvé rapidement ses limites. En effet, la mise en oeuvre des dispositions de l'accord avec les transporteurs sanitaires du 24 décembre 1991 se heurte à une divergence de vue entre la profession et le Gouvernement. Celui-ci estime que cette dernière commet des abus en se livrant à une véritable "course au volume". Ceci bloque actuellement la négociation du taux de revalorisation pour 1993.

Par ailleurs, aucun accord n'a pu encore être conclu avec les masseurs-kinésithérapeutes-rééducateurs, chacun restant pour le moment, sur ses positions.

Le bilan de la technique du "salami" choisie de préférence à une appréhension globale du problème par le Gouvernement s'avère donc extrêmement mince. Votre rapporteur perçoit mal la justification de tel ou tel taux pour telle ou telle profession, l'évaluation des besoins médicaux étant tout à fait embryonnaire. Il craint de ne voir là que l'expression d'un rapport de force entre Gouvernement et la profession concernée.

III. L'EUROPE DE LA SANTE : DU "POOL BLANC" AUX CONSEQUENCES DU TRAITE DE MAASTRICHT

A. DU POOL BLANC A L'ACTE UNIQUE

Dès 1952, à l'initiative de Paul Ribeyre, était née l'idée d'un "pool blanc", conçu comme une autorité supranationale chargée

de "coordonner et de perfectionner la protection sanitaire et sociale dans les "Etats participants". Cette structure devait également "par la mise en commun des ressources soulager les malades et les infirmes" et "contribuer au bien-être moral et physique des populations".

Toutefois, ce projet trop ambitieux n'eut pas de suite. De fait, la santé ne fait pas partie des compétences expresses des communautés européennes et l'Acte unique européen n'a pas fondamentalement modifié ce point.

Cependant, les initiatives communautaires se sont développées dans ce domaine depuis le milieu des années 1970, dans le cadre de politiques communes mais aussi de par la volonté des gouvernements : à partir de cette décennie, le développement du volet sanitaire des politiques communautaires a fait de la santé un domaine presque autonome qui a pu se développer dans le cadre des "conseils santé" et des conseils européens. C'est par le biais de conseils européens qu'un certain nombre de questions de santé publique ont pu être abordées comme la drogue, la coopération dans le domaine de la santé publique, ou la lutte contre le Sida. La coopération politique se traduit depuis 1986 par des réunions périodiques du Conseil des ministres de la Santé.

A cet égard, l'Acte unique européen de février 1986 n'a pas vraiment modifié le caractère étatique et politique des initiatives en matière de santé. Il n'opère pas en effet, dans ce domaine, de transferts nouveaux. Le secteur de la santé est en fait soumis au principe de subsidiarité.

Par ailleurs, le conseil des Ministres de la santé manque de légitimité. Cela explique que le Danemark, qui contestait la compétence communautaire dans le domaine sanitaire ait pu se dispenser de réunir ce conseil pendant qu'il exerçait la présidence de la communauté au second semestre 1987.

B. DE L'ACTE UNIQUE AUX CONSEQUENCES DU TRAITE DE MAASTRICHT

Si donc l'Acte unique n'a pas apporté d'avancées dans ce domaine, par contre l'importance croissante des questions de santé en Europe, le caractère international et commun de certains problèmes ont amené un développement certain des actions relatives à la santé dans le cadre communautaire. Le délicat problème de l'harmonisation de la protection sociale va bien au-delà des questions de santé

publique. Il ne sera donc pas traité dans le cadre de ce rapport. Mais, bien sûr, la question de l'harmonisation des systèmes de soins et de distribution, où les difficultés rencontrées tiennent à la complexité des modalités applicables et à l'attachement des populations concernées à ceux-ci, est inséparable de celle de la politique de santé.

Depuis l'Acte unique, trois secteurs qui touchent de près ou de loin le secteur de la santé ont été particulièrement concernés : les médicaments, l'aspect sanitaire et la lutte contre les grands fléaux.

On doit tout d'abord rappeler que, depuis le règlement de 1971, tout ressortissant européen peut se faire soigner dans un autre Etat membre que le sien, grâce au formulaire dit "E111". Dans le domaine de l'accès aux soins, l'Europe est donc réellement, sinon un "marché unique", du moins un espace unique.

Le médicament a d'abord été perçu à l'échelon communautaire dans sa dimension marchande : à ce titre, l'ensemble des dispositions applicables aux produits pharmaceutiques trouve son origine dans le principe de libre circulation des produits.

L'achèvement du marché intérieur doit permettre d'ici à 1993 que tous les produits soient vendus librement dans la Communauté, sous réserve précisément de ceux qui subissent une réglementation en rapport avec la santé. Parmi eux, figure bien évidemment le médicament qui reste soumis aux réglementations nationales, qu'il s'agisse de la politique des prix ou de la fixation des modalités de remboursement. La politique communautaire dans ce domaine s'est considérablement étoffée dans trois directions - l'abolition des frontières, la protection des droits innovateurs et l'harmonisation des prix et des profits. L'abolition des frontières consiste essentiellement en l'harmonisation des règles d'autorisation de mise sur le marché (AMM) qui se conjugue avec une réglementation relative aux essais de médicaments. A cet égard, il faut noter que la Haute Assemblée vient précisément d'adopter un projet de loi qui a pour but, entre autres, de transposer en droit français les trois directives relatives au médicament et à sa mise sur le marché.

La libre circulation des médicaments a évidemment des conséquences pour l'utilisateur, en l'occurrence le malade. Celui-ci peut désormais emporter ses propres médicaments lorsqu'il voyage au sein de la Communauté. Il peut, de même, se faire délivrer ses médicaments habituels ou des médicaments équivalents sur présentation de l'ordonnance de son médecin et se faire rembourser dans son propre pays. Par ailleurs, l'harmonisation des présentations des notices concernant les indications et la posologie des produits participe également de cette abolition des frontières. Quant à la

protection des droits innovateurs, il s'agit comme pour la loi française du 25 juin 1990, de restaurer la durée effective des brevets, en tenant compte du délai souvent très long des procédures d'AMM. L'harmonisation des prix et des profits risque de poser plus de problèmes, du fait de la nature particulière du médicament. Un projet de recommandation⁽¹⁾ de février 1992 prévoyant à terme une libération des prix des médicaments s'est heurté à de vives résistances, notamment de la part de la France. La France n'adhère d'ailleurs pas aux conclusions d'une directive de 1989 relative au sang humain et qui considère le sang et ses dérivés comme un médicament ordinaire, libre de circuler et surtout d'être vendu. Sur ce plan, n'est vraiment entrée en application que la directive dite "transparence des mesures de prix et de remboursement" qui ne remet pas en cause les régimes de contrôle existants et ne fait que réglementer leurs conditions de fonctionnement dans le sens d'une plus grande clarté.

D'une manière générale, la politique de santé communautaire s'oriente vers des actions visant à une meilleure information concernant le médicament qui se conjugue avec une volonté d'instaurer un usage rationnel des médicaments et d'interdire la publicité pour les médicaments soumis à prescription.

En ce qui concerne l'aspect sanitaire, les initiatives sont extrêmement nombreuses et ne peuvent être détaillées. Elles touchent aussi bien l'agriculture, dans le domaine vétérinaire, la recherche, l'environnement avec la lutte contre les pollutions et nuisances, la protection des consommateurs qui ont "droit à la santé et à la sécurité", celle des travailleurs qui faisait déjà partie des traités Euratom et CECA et qui s'est développée dans le cadre du traité de Rome sur le fondement d'une résolution du Conseil de 1978 demandant à la Commission "de stimuler, promouvoir et développer une politique globale de prévention et de lutte à l'égard de tous les risques professionnels". Ce dernier point recouvre des domaines très variés (congés maternité, travail sur écran, protection contre les agents cancérigènes, et notamment l'exposition à l'amiante, etc.).

La lutte contre les fléaux sociaux est un aspect assez récent de la politique communautaire en matière de santé et qui est appelé à prendre un développement important.

Elle se traduit par le lancement de plans ou de programmes (sida, cancer, toxicomanie) ou par des actions plus ponctuelles (alcool, tabac).

C'est en 1985 que les chefs d'Etat et de Gouvernement, réunis en Conseil Européen à Milan, ont demandé le lancement d'un

(1). La recommandation, sur le plan juridique, n'a pas force coercitive

programme de lutte européen contre le cancer. L'objectif, conforme à celui de l'OMS est de diminuer de 15 % la survenue de cancer d'ici à l'an 2000. Le programme focalise les actions concrètes dans quatre domaines principaux : la prévention, l'information, la formation du personnel de santé et la recherche. Un "code européen contre le cancer", présenté en 1987 lors du Conseil européen de Copenhague, a fait l'objet d'une large diffusion. Enfin, des recommandations pratiques ont été élaborées afin de sensibiliser les populations.

La lutte contre le Sida a été plus lente à se mettre en place. Ce n'est qu'en mai 1986 qu'une première résolution du Conseil des ministres de la santé a décidé que les politiques de prévention devaient s'articuler sur des programmes d'information et d'éducation sanitaire.

Le Conseil du 15 mai 1987 a continué dans cette voie en condamnant les dispositifs répressifs et la politique de discrimination à la suite des mesures qui avaient été prises en Bavière. Par ailleurs, la communauté a inscrit le Sida dans son quatrième programme de recherche (1987-1991).

Enfin, la mise en oeuvre du programme européen de lutte contre le Sida, débuté en 1990, est axée sur la collecte de données relatives au Sida, la prévention de la transmission du VIH et l'assistance sociale, psychologique et sanitaire aux malades.

L'action communautaire de lutte contre la toxicomanie lancée en 1989 s'est traduite par l'adoption d'un certain nombre de déclarations du Conseil des ministres de la santé qui visaient notamment à créer un réseau européen de données sanitaires et à mettre en oeuvre des actions de prévention et de prise en charge. En 1990, le Conseil européen des chefs d'Etat et de Gouvernement a élaboré le programme européen de lutte contre la drogue. Afin de rassembler les données sanitaires nécessaires à son action, un observatoire européen des drogues et de la toxicomanie va être créé. Enfin, le Conseil européen de Maastricht avait décidé d'organiser une semaine européenne de la drogue en novembre 1992 centrée sur la prévention et l'éducation de la jeunesse.

A côté de ces programmes de grande ampleur, la Communauté a également entrepris des actions plus ponctuelles en matière de lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme.

En ce qui concerne la lutte contre le tabagisme, le conseil a adopté une résolution ayant trait à l'interdiction de fumer dans les lieux accueillant du public (26 juillet 1989) et deux directives, l'une relative à l'étiquetage des produits du tabac (13 novembre 1989) et l'autre concernant la teneur maximale en goudron (30 mai 1990). Par contre, les ministres de la santé des douze pays n'ont toujours pas

réussi à adopter une position commune en matière d'interdiction de la publicité pour le tabac dans la CEE, puisque les Pays-Bas, l'Allemagne et le Royaume-Uni restent opposés à cette mesure.

Les actions de lutte contre l'abus d'alcool sont encore plus ténues, puisque le texte de référence dans ce domaine est une résolution de mai 1986 où le Conseil et les représentants des gouvernements exprimaient leur préoccupation à l'égard des conséquences pour la santé publique de l'abus d'alcool.

A ces actions menées depuis quelques années par la communauté, le traité de Maastricht, comme d'ailleurs l'Acte unique, n'a apporté que peu de choses, si ce n'est, et c'est déjà beaucoup, une reconnaissance dans les textes.

Les questions relatives à la santé publique sont traitées à l'article 129 qui dispose que "l'action de la communauté porte sur la prévention des maladies et notamment des grands fléaux, y compris la toxicomanie, en favorisant la recherche sur leurs causes et leur transmission ainsi que l'information et l'éducation en matière de santé". Cet article ajoute également que "les exigences en matière de protection de la santé sont une composante des autres politiques de la Communauté", l'objectif étant pour la Communauté "d'assurer un niveau élevé de protection de la santé humaine en encourageant la coopération entre les Etats membres et en appuyant, si nécessaire, leurs actions".

Ainsi, le principal apport, pour autant qu'on puisse déjà en juger, du traité de Maastricht dans le domaine de la santé publique est la reconnaissance de celle-ci comme objectif à part entière pour la future union européenne.

TITRE II

LA POLITIQUE HOSPITALIERE

PREMIER BILAN DE L'APPLICATION DE LA LOI DU 31 JUILLET 1991 PORTANT REFORME HOSPITALIERE : UN TEXTE QUI NE SUSCITE QU'ATTENTISME ET RESERVE

La politique hospitalière sera essentiellement abordée en rapport avec le premier bilan de l'application de la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière qui est la seule loi d'envergure (1), dans ce domaine, de la législature. Ce bilan s'effectue dans un contexte marqué comme ces années dernières par les limites du budget global associé à un taux directeur imposé sans concertation par le ministère et par les problèmes relatifs aux personnels.

I. UN BILAN PRECOCE POUR DES PROBLEMES ET DES CRAINTES QUI DEMEURENT

A. LE PROBLEME DES PERSONNELS RESTE AIGU

Le législature qui s'achève, sur le plan hospitalier, aura été celle de la pénurie et du malaise des personnels médicaux et paramédicaux.

1. Les praticiens hospitaliers

Les problèmes du recrutement des praticiens hospitaliers dont, chaque année, votre rapporteur se fait l'écho subsistent dans toute leur acuité. Le paradoxe français sur le plan médical qui voit, d'une part, la pléthore de médecins libéraux, et de l'autre, la pénurie chez les praticiens hospitaliers n'aura pas été résolu au cours de cette législature.

(1). même si ponctuellement sont intervenus des textes importants comme la loi du 18 janvier 1991 portant dispositions relatives à la santé publique et aux assurances sociales qui modifie la tarification des activités des établissements privés d'hospitalisation.

Ainsi qu'on le voit sur le tableau n° 1, en 1992, les postes non pourvus d'emplois de praticiens hospitaliers sont plus nombreux que les postes pourvus (1 487 contre 1 300). La situation est particulièrement préoccupante en anesthésiologie, chirurgie, médecine et radiologie.

TABLEAU N° 1
SITUATION DES EMPLOIS DE PRATICIENS HOSPITALIERS A L'ISSUE
DU TOUR DE RECRUTEMENT DE FEVRIER 1992

Discipline de gestion	Total du mouvement			En service C.H.U.			En service non C.H.U.		
	Postes publiés	Nominations	Postes publiés non pourvus*	Postes publiés	Nominations	Postes publiés non pourvus*	Postes publiés	Nominations	Postes publiés non pourvus
Médecine	756	399	357	186	163	23	570	236	334
Chirurgie	490	219	271	81	66	15	409	153	256
Anesthésiologie	494	247	247	133	95	38	361	152	209
Biologie	123	86	37	41	35	6	82	51	31
radiologie	274	70	204	27	21	6	247	49	198
Pharmacie	105	50	55				105	50	55
Psychiatrie	545	229	316	13	13	0	532	216	316
	2.787	1.300	1.487	481	393	88	2.306	907	1.399

* Ces postes sont, soit vacants, soit pourvus par des non titulaires.
A ceux-ci s'ajoutent les postes libérés par les praticiens ayant obtenu une mutation (cf. tableau I).
La situation des postes "statutairement vacants" est donc la suivante :

- en service C.H.U. : 88 + 44 = 132
- en service non C.H.U. : 1.399 + 253 = 1.652

Comme en témoigne le tableau n° 2, cette situation s'avère pérenne puisqu'en 1990 et 1991, on constatait la même carence, à savoir que les postes non pourvus étaient plus nombreux que les postes pourvus.

TABLEAU N° 2
RECRUTEMENT DES MEDECINS ET PHARMACIENS HOSPITALIERS
Situation en 1990, 1991, 1992
Total du mouvement

Année	Postes publiés	Nomination	Postes publiés non pourvus
1990	2279	896	1383
1991	2582	1150	1432
1992	2787	1300	1487

Cette situation est imputable à un certain nombre de facteurs. Les plus déterminants sont sans nul doute l'insuffisante attraction et l'obsolescence du statut de praticien hospitalier ainsi que les perspectives de carrière extrêmement modestes. C'est bien sûr une question de rémunération. Le secteur public ne peut rivaliser avec le secteur privé dans ce domaine. Pour contribuer à réduire cette différence, certains praticiens souhaiteraient qu'existe une possibilité d'intéressement aux résultats. Mais il n'y a pas que le niveau des rémunérations. Du fait du coût extrêmement élevé des équipements et de leur obsolescence rapide, tous les praticiens d'un même hôpital ne peuvent bénéficier du matériel le plus récent et le plus performant. A traitement égal, ces praticiens iront donc vers l'établissement hospitalier qui leur offrira le meilleur plateau technique.

Ce problème de pénurie commence à toucher depuis un an, quoiqu'à un échelon infiniment plus modeste, le secteur privé. Etant donné les difficultés financières d'un certain nombre de cliniques, celles-ci demandent aux spécialistes de payer un droit d'entrée important. Or les médecins ont de plus en plus de difficultés à emprunter ce montant auprès des banques.

Ainsi le problème de pénurie des praticiens hospitaliers non seulement ne se résorbe pas dans le secteur public mais commence également à se poser dans le secteur privé, ce qui ne laisse pas d'être inquiétant pour l'avenir même du système hospitalier français. A cet égard, le statut de praticien hospitalier contractuel évoqué par le ministre de la santé, M. Bernard Kouchner, pourrait être l'amorce d'une réponse. Toutefois, une réforme de plus

grande ampleur devrait être entreprise, réforme qui comprendrait la réforme du statut du praticien hospitalier et celle de l'internat.

Car cette situation ne peut s'éterniser. Elle a des conséquences financières très dommageables pour les établissements hospitaliers, lesquels sont obligés de recruter des praticiens intérimaires à un coût très élevé. Elle peut également engendrer des risques pour les malades puisqu'une bonne proportion des intérimaires étant étrangère, se pose le problème de l'insuffisante maîtrise de la langue française et de la vérification de la qualification médicale.

2. Les infirmières

Un sentiment de malaise perdure également chez les infirmières qui se conjugue avec les problèmes de pénuries de ces personnels dans les établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés, et avec la lenteur de la mise en application des protocoles Durieux. La création des services de soins infirmiers qui établissait la reconnaissance de la spécificité des soins infirmiers et donc octroyait au personnel infirmier une véritable structure représentative a eu un impact psychologique favorable sur ses personnels. Par contre, du fait du mode de désignation de certains de ses membres, l'élection d'après une liste présentée par les syndicats, le comité technique d'établissement risque ne pas refléter l'importance du personnel soignant et surtout des infirmières relativement peu représentées dans les organisations syndicales.

Aux incertitudes liées à la mise en oeuvre de la loi portant réforme hospitalière s'ajoute le problème récurrent de la pénurie d'infirmières, qui concerne aussi bien le secteur public hospitalier et le secteur privé à but non lucratif que le secteur privé. Vingt écoles d'infirmières ont été fermées en 1991 et 40 sur les trois dernières années. Or, à la rentrée passée, même si la situation s'est un peu améliorée dans la région parisienne, des places subsistaient dans les écoles de province. De plus, il faut trois ans pour former une infirmière. Les pénuries décelées aujourd'hui ne pourront donc être résorbées au mieux qu'au bout de ce temps. Actuellement, des pénuries particulièrement inquiétantes perdurent dans les services de chirurgie, de médecine générale, de gérontologie. Une enquête réalisée au printemps 1992 confirmait les difficultés rencontrées par les hôpitaux pour recruter des infirmières. D'après les chiffres publiés par la Fédération hospitalière de France, 52,7 % des hôpitaux qui avaient répondu au questionnaire ne parvenaient pas à pourvoir les postes vacants. Les difficultés concernaient un centre hospitalier régional sur trois, 48 % des centres hospitaliers, 56 % des

hôpitaux psychiatriques et 65 % des hôpitaux locaux. Actuellement, il existe 1 188 postes vacants d'infirmières en région parisienne.

La situation dans ce domaine reste donc particulièrement préoccupante

Elle ne pourra s'améliorer que si l'on offre des conditions vraiment attractives au personnel soignant, sinon, cela votre rapporteur l'a souvent entendu au cours de ses auditions, les écoles d'infirmières amélioreront certes leur taux de remplissage mais par des personnes insuffisamment motivées, simplement attirées par la sécurité de l'emploi en période de fort chômage. A cet égard, votre rapporteur ne peut que déplorer la lenteur de la mise en application des protocoles Durieux du 15 novembre 1991 du fait du manque de crédits octroyés par l'Etat, peu pressé de tenir ses engagements. Il a fallu la menace d'une nouvelle grève des infirmières pour que le Ministre de la Santé s'exprime sur le sujet en promettant qu'un milliard de francs allait être attribué à partir de septembre 1992 pour l'ensemble des 1 000 hôpitaux publics français afin de financer les gardes de nuit, dimanches et jours fériés. Par ailleurs, les avenants à ces protocoles Durieux permettant d'étendre leurs dispositions au secteur privé à but non lucratif n'ont pas encore été publiés. L'espoir d'une amélioration de la situation né de la conclusion des accords Durieux a ainsi été déçu par le fait même de la lenteur de leur entrée en application.

3. Les cadres administratifs

Les cadres administratifs restent quant à eux assez sceptiques devant l'intérêt de la loi portant réforme hospitalière. Ils perçoivent mal dans quelle mesure leur gestion serait rendue plus efficace. Par ailleurs, ils souhaiteraient que soient réellement mises en oeuvre les possibilités d'intéressement évoquées par la loi. Ces possibilités d'intéressement ne seraient pas forcément individuelles, elles pourraient être collectives par le biais de la formation. Toutefois, d'après les auditions menées par votre rapporteur, il semblerait que le ministère soit plutôt défavorable au développement de cet aspect.

B. LA PLANIFICATION SANITAIRE : LE RISQUE D'UNE PLANIFICATION AUTORITAIRE ET PUREMENT ADMINISTRATIVE

La nécessité d'une restructuration du système hospitalier dans une perspective de maîtrise des dépenses de santé et d'une plus grande sécurité des malades est incontestable. Une mise à jour régulière de la carte sanitaire instaurée par la loi de 1970 a été mise en oeuvre à partir de 1984. L'excédent théorique avait été chiffré cette année-là à 60 000 lits. Il est actuellement évalué à 45 000 lits installés, malgré la réduction de 1981 à 1991 de plus de 41 000 lits, dont 3 sur 4 étaient des lits publics. Le paradoxe apparent s'explique par le fait que plus les "révisions" de cartes sanitaires sont rigoureuses, plus elles dégagent un excédent. Ce redéploiement des moyens est inscrit dans la loi portant réforme hospitalière grâce à la planification sanitaire. En théorie, cette planification sanitaire, par le biais des projets d'établissements, des autorisations à durée déterminée, de gages en réduction de capacité pour, en contrepartie, mettre en oeuvre d'autres opérations, permettra de développer de nouveaux modes de prise en charge comme les alternatives à l'hospitalisation. Conçue pour ajouter à la logique quantitative de la carte sanitaire instaurée en 1970, une dimension plus qualitative, la planification sanitaire devrait mettre en oeuvre également une plus large concertation des acteurs.

Or, force est de constater que tel n'a pas été l'esprit qui a présidé à l'élaboration des schémas d'organisation sanitaire dit de la première génération. En effet, faute de moyens, puisque le Gouvernement n'a finalement pas accordé de crédits supplémentaires aux services de tutelle pour cette tâche en 1992, les Directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS) ont dû travailler très administrativement sans pouvoir mener une analyse des besoins réels et des flux de malades, et sans, non plus, mener la large concertation souhaitée par le législateur. Cette manière de procéder a cristallisé les oppositions autour de ces schémas. Cela a fait craindre aux établissements, à juste titre, la mise en oeuvre d'une planification autoritaire et sans confrontation avec la réalité des faits.

Dans le cadre du projet de loi de finances pour 1993, les actions de services de tutelle hospitalière se voient accorder 20 millions de francs pour mettre en oeuvre cette planification. La faiblesse de la somme conduit votre rapporteur à s'interroger sur la volonté réelle du Gouvernement de mettre en oeuvre la loi portant réforme hospitalière. En effet, à quoi sert la parution,

rapide, des textes d'application sans l'accompagnement d'une réelle volonté politique ?

C. STATUT, TUTELLE ET FONCTIONNEMENT : UN DEFIA LA BONNE GESTION DES ETABLISSEMENTS

1. L'inadaptation du statut

Ce point, soulevé par plusieurs des interlocuteurs de votre rapporteur, avait été évoqué lors de la discussion au Parlement de la loi portant réforme hospitalière. Il soulève toujours de vives polémiques. En effet, la loi du 31 juillet 1991 a créé une nouvelle catégorie d'établissements publics, les établissements publics de santé. Auparavant, les hôpitaux publics étaient qualifiés d'établissements publics administratifs. Toutefois, la nouvelle qualification juridique ne change rien par rapport aux contraintes de la comptabilité publique, aux nécessités de se référer au statut des fonctionnaires pour les non médecins et des agents publics pour les médecins, et à l'obligation de se conformer aux dispositions du code des marchés publics. De plus, la distinction entre ordonnateurs et comptables a été maintenue. Ces contraintes obèrent grandement l'efficacité de gestion de ces établissements. Dans une optique de meilleure gestion, certains interlocuteurs de votre rapporteur ont préconisé la création d'établissements de santé dotés d'un statut de droit privé, d'autres ont suggéré la formule juridique de l'établissement public industriel et commercial, tout en sachant par avance, l'impression fâcheuse sur le public que donne l'expression "industriel et commercial" pour un hôpital. Dans ce débat, votre rapporteur ne souhaite pas trancher. Toutefois, l'inadaptation du statut actuel lui paraît patent.

2. La lourdeur de la tutelle, le régime d'autorisation et la mise en oeuvre de l'amendement "Liberté"

Même si la loi du 31 juillet 1991 a supprimé la tutelle a priori pour un certain nombre d'actes de gestion courante comme la faculté de recourir à l'emprunt, la tutelle reste pesante et incompatible avec des critères de bonne gestion. A cet égard, problème du statut et lourdeur de la tutelle sont indissolublement liés. Si le statut était modifié vers une plus grande autonomie des établissements par rapport au droit public, le problème de la tutelle ne se poserait bien évidemment plus dans les mêmes termes.

L'exigence d'une autorisation pour fonctionner n'est certes pas une nouveauté introduite par la loi du 31 juillet 1991. Ce qui est nouveau en revanche c'est que cette autorisation est pour un temps très limité, cinq ans, et qu'elle recouvre un champ très large : tout ce qui touche à l'hospitalisation y compris lorsque celle-ci est partielle, de jour, de nuit ou à domicile. Cette double nouveauté engendre deux risques. Elle est effectivement un défi à la bonne gestion des établissements, qu'ils soient publics ou privés. En effet, comment ceux-ci pourront-ils emprunter auprès des banques et surtout comment celles-ci pourront-elles leur prêter de l'argent, sachant que la vie de ces établissements peut être très précaire ? Par ailleurs, la prétention à l'exhaustivité du législateur risque de se trouver vaine dans un domaine où les techniques et les spécialités évoluent très vite. La liste sera vite incomplète et permettra aux plus inventifs d'ouvrir des activités hors du champ d'intervention de l'autorisation.

L'amendement proposé par M. Bruno Durieux, ministre délégué chargé de la santé, dit "amendement Liberté" disposait que le conseil d'administration d'un établissement public de santé pouvait décider d'arrêter librement l'organisation des soins et le fonctionnement médical de l'établissement, dans le respect du projet d'établissement approuvé. Cet amendement rétablit une certaine cohérence en faisant dépendre du seul conseil d'administration l'organisation médicale et la nomination des différents responsables des services, départements ou autres unités fonctionnelles et fédérations de services. Mais c'est justement ce pouvoir accru aux mains du conseil d'administration que craignent les praticiens, d'où une certaine réticence de leur part.

Par ailleurs, cet amendement peut receler quelque danger si l'on considère que le conseil d'administration dispose d'une organisation médicale sans, cependant, supporter, en contrepartie, la responsabilité financière de ses choix. Il existe, en fait, une contradiction entre, d'une part, la volonté de décentraliser les décisions au niveau de chaque établissement et d'autre part, le maintien de la responsabilité financière de l'Etat par l'intermédiaire de son représentant, le préfet.

3. Le fonctionnement : la profusion des structures médicales, les difficultés de la partition sanitaire/social et les aspects financiers.

La loi du 31 juillet 1991 prévoit en effet une profusion des structures médicales qui porte les germes d'une atomisation désordonnée. La coexistence de chefs de département, de chefs de service, de coordinateurs de fédérations de services ou de

départements et de responsables d'unités fonctionnelles dont certaines pourront adhérer à un département à cheval sur plusieurs services, signifie une organisation inutilement compliquée et inefficace. Votre rapporteur se demande comment va se réaliser la création d'unités fonctionnelles. La définition donnée par la loi est suffisamment vague pour autoriser la division en unité fonctionnelle de services selon des capacités en lits allant de quelques lits à plusieurs dizaines. Le souhait d'acquérir des responsabilités est tel chez les jeunes praticiens qu'il pourra exister des unités fonctionnelles de seulement quelques lits, voire peut-être d'aucun s'il s'agit d'activité médico-technique comme l'imagerie ou de consultations externes.

La partition sanitaire/social doit être réalisée dans les cinq ans après la mise en oeuvre de la loi. Or, nombre d'établissements de santé se demandent légitimement, en l'absence de critères opérationnels, comment déterminer ce qui relève uniquement du secteur sanitaire et ce qui relève du social.

Les procédures budgétaires, telles qu'elles sont définies dans le décret financier du 31 juillet 1992, apparaissent toujours trop lourdes dans une perspective de bonne gestion et inadaptées aux nécessités de fonctionnement des établissements hospitaliers.

De plus, ce décret du 31 juillet 1992 a introduit des rigidités qui ne figuraient pas dans le texte législatif. Ainsi, il interdit la reprise des déficits, ce qui pose problème aux associations gestionnaires des établissements privés à but non lucratif qui n'ont pas de fonds propres. Une solution pourrait être, comme le propose Mme Gisserot, présidente de la FEHAP (1), la création de budgets additifs. Le point, à cet égard, n'est pas encore tranché par les pouvoirs publics. D'une manière générale, le budget global conjugué à un taux directeur imposé par le ministère de la santé sans concertation, a atteint ses limites. Il ne peut tenir compte de la variation imprévisible d'activité. A cet égard, la catastrophe de Furiani au printemps 1992 et ses conséquences sur l'activité hospitalière de tout le sud de la France en est un bon exemple. La loi du 31 juillet 1991 dans ce domaine n'a pas apporté de véritable souplesse. Bien davantage, cette loi, conjuguée à plusieurs textes législatifs de la même année, a prévu la mise en oeuvre, pour les établissements de soins privés, d'un objectif annuel d'évolution des frais d'hospitalisation. Et ce n'est pas la possibilité d'exercer des activités subsidiaires qui ne représenteront jamais que 5 % au maximum de la dotation financière des hôpitaux qui donnera une souplesse suffisante à ceux-ci. Par ailleurs, votre rapporteur déplore, alors que presque tous les décrets appliquant la loi du 31

(1) Fédération des établissements hospitaliers de l'assistance privée

juillet 1991 sont parus, le retard de publication du décret relatif aux placements de fonds qui, selon les informations qui lui ont été communiquées, serait imputable aux services du ministère du budget.

A cet égard, votre rapporteur a noté le souhait de ses interlocuteurs qu'ils proviennent du secteur public ou du secteur privé, de forger une unité de mesure commune aux deux secteurs, car l'existence de deux systèmes de facturation contribue à une opacité nuisible à la concurrence. Toutefois, si certains s'avèrent défavorables au coût à la pathologie comme la Fédération hospitalière de France, d'autres l'appellent de leurs vœux. A cet égard, la généralisation du programme de médicalisation du système d'information (PMSI) conformément à la loi portant réforme hospitalière du 31 juillet 1991 peut être d'une grande utilité, grâce au classement des séjours hospitaliers par groupes homogènes de malades (GHM). Afin de permettre le développement de la tarification par pathologie, pour le secteur privé, prévue par la loi portant réforme hospitalière, l'expérimentation du PMSI débutée en 1989, a été étendue cette année portant à 74 le nombre de cliniques le mettant en oeuvre. On assiste donc à un rapprochement des modes de tarification entre le secteur public et le secteur privé encore accentué par l'instauration d'un taux directeur dans le secteur privé à but lucratif.

D. LA REFORME ATTENDUE DE L'URGENCE

La restructuration des urgences est nécessaire, le consensus est à peu près unanime sur ce point. Sur les 1050 hôpitaux publics, 500 établissements participant au service public hospitalier et 1500 cliniques, environ la moitié ont un service d'urgence, ce qui est excessif. Ces services, dont l'importance pour un hôpital est fondamentale, ne reçoivent que 3 % du budget hospitalier par rapport aux 28 à 30 % d'admissions. Cependant, ces admissions ne représentent pas toutes le même caractère d'urgence. Le rapport Steg, datant d'il y a déjà trois ans, en distinguait trois : les urgences lourdes où il y a risque vital, les urgences moyennes qui nécessitent la présence d'un médecin dans les plus brefs délais et les urgences légères qui constituent en fait 80 à 90 % des demandes d'aide médicale urgente. Or, ainsi que le déclarait le professeur Steg, il existe une incompatibilité entre proximité et qualité des soins.

Le consensus existe pour la restructuration des urgences, au moins des urgences lourdes. Cependant, compte tenu des contextes locaux et des désirs des populations, la tâche est très ardue. Le rôle de la commission nationale de restructuration créée en septembre 1991, dite commission Steg, est justement d'établir des critères et de

préciser les conditions de reconversion des services fermés. Le rapport de cette commission qui doit proposer une carte des sites d'accueil des urgences n'est pas encore rédigé et ne le sera qu'en janvier 1993. La réforme de l'urgence ne se fait donc pas dans l'urgence.

Le thème de la restructuration des urgences recouvre, en fait, le problème global de la restructuration hospitalière, puisque les urgences sont des activités qui structurent un établissement et qu'un hôpital qui n'a plus de service d'urgence se voit à terme menacé de ne plus posséder que des services de gériatrie ou de médecine. A cet égard, les schémas régionaux d'organisation sanitaire auront leur rôle à jouer en localisant les sites hospitaliers habilités à accueillir les urgences lourdes et en répartissant les unités de réanimation et le matériel sophistiqué.

La réforme de l'urgence est également indissolublement liée à l'existence d'un statut des praticiens hospitaliers qui est actuellement insuffisamment attractif. En effet, si, en principe, les astreintes et les gardes incombent au praticien hospitalier, l'activité de nuit des hôpitaux repose en fait sur la présence d'internes, voir d'externes. Ceci est dû à la faiblesse des rémunérations. Une heure de nuit est payée deux fois moins cher qu'une heure de jour. Les gardes sont rémunérées par une indemnité qui ne donne droit à aucune protection sociale ou avancement. De plus, compte tenu des faibles effectifs, le droit à récupération est tout à fait théorique.

Le paradoxe est donc évident entre, d'une part, les métiers de l'urgence qui requièrent une grande qualification et le statut désincitatif qui leur est attribué. Cela explique la désaffection croissante des praticiens pour les disciplines requerrant des astreintes nocturnes de soins et la difficulté pour les hôpitaux de maintenir, de jour comme de nuit, la qualité de l'encadrement médical. Toute une série de disciplines sont touchées comme l'anesthésiologie, la chirurgie, l'obstétrique ou la pédiatrie.

En fait donc, pour nécessaire qu'elle soit, la restructuration des services d'urgence ne se conçoit pas sans la rénovation du statut du praticien hospitalier, élément indispensable pour un service d'urgence de qualité.

II. DES PISTES A EXPLORER

A. LA COOPERATION INTERHOSPITALIERE

Certes, la loi du 31 décembre 1970 avait innové en créant les syndicats interhospitaliers. La loi du 31 juillet 1991 confirme l'existence de ces syndicats et ajoute de nouvelles possibilités de coopération, tant au niveau national qu'international.

En fait, sous l'empire de la loi de 1970, la coopération interhospitalière est restée largement embryonnaire. Or, aussi bien le secteur public que le secteur privé sont intéressés par les possibilités qu'elle offre. Dans ce domaine, les mentalités ont changé et l'opposition public/privé s'est considérablement atténuée. De plus, la planification sanitaire sera d'autant plus efficace s'il existe une réelle coopération entre les établissements voisins. Ainsi, un certain nombre d'initiatives ont été mises en oeuvre : notamment en matière d'équipements lourds ou de petites structures qui font double emploi dans des villes moyennes ou petites. Des conventions peuvent être alors passées entre l'hôpital public, le secteur privé et les médecins libéraux, ou entre le secteur public et le secteur privé uniquement. Cette coopération peut également se concrétiser par la mise en commun des astreintes et des gardes entre le privé et le public, s'il s'agit de structures modestes avec peu de personnel dans des villes petites et moyennes. On peut également envisager qu'un interne qui opère peu dans un CHU soit "prêté" à un hôpital général. Les possibilités s'avèrent donc extrêmement variées. Toutefois, il semble que, sur le terrain, les initiatives soient plutôt freinées par les services de tutelle.

B. LES ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION

Le développement des alternatives à l'hospitalisation s'était fait, ces dernières années, dans un cadre juridique incertain, quant au droit de l'autorisation et de la tarification. La loi du 31 juillet 1991 lui donne un fondement législatif, et favorise l'extension de cette formule grâce au régime dérogatoire qu'elle lui octroie en matière de capacité.

Rendues possibles par les évolutions dans le domaine de la technique médicale, les alternatives à l'hospitalisation répondent à la

demande des malades. En effet, si les usagers ont encore confiance dans l'hôpital, notamment pour ses performances techniques, ils sont plus critiques vis-à-vis de l'hébergement. A cet égard, les alternatives à l'hospitalisation semblent apporter une réponse adaptée, d'autant plus qu'elles prennent des formes variées et concernent des pathologies de plus en plus nombreuses.

Toutefois, la loi du 31 juillet 1991, conjuguée à l'effet de la loi du 18 janvier 1991 qui fixe aux établissements privés un "objectif quantifié national" risque de freiner le développement des alternatives à l'hospitalisation au lieu de l'encourager. En effet, c'était l'existence de deux modes de financement distincts public/privé qui expliquait en fait le développement plus notable dans le secteur privé que dans le secteur public des alternatives à l'hospitalisation, et en particulier de la chirurgie ambulatoire (1). Or, la nouvelle législation, en fixant pour les établissements privés un taux directeur d'évolution des dépenses globales, introduit de nouvelles contraintes qui pèseront sur le développement des alternatives à l'hospitalisation. De fait, elle conduit à aligner les conditions de création de places de chirurgie ambulatoire du secteur privé sur le secteur public déjà contraint de se redéployer, avant 1991, de par son mode de financement.

De plus, la loi portant réforme hospitalière risque de compromettre son objectif de développer les alternatives à l'hospitalisation puisque celui-ci sera notamment accompli dans le cadre de redéploiements significatifs, par le biais de gages en réduction de capacité. Or, les établissements hospitaliers disposent d'une marge de manoeuvre par rapport au "taux de change" défini grâce à l'existence de "lits fictifs" ou sous-utilisés. Par ailleurs, la disparité public/privé devrait subsister tout de même étant donné que les établissements privés ont obtenu un "taux de change" considéré comme plus favorable.

En intégrant les alternatives à l'hospitalisation dans la carte sanitaire, la loi du 31 juillet 1991 les soumet au régime de l'autorisation qui, comme son renouvellement, est subordonnée à une évaluation périodique de ces activités. Or, les outils pour ce faire sont largement insuffisants. Ainsi, afin de mieux juger de l'intérêt du procédé de l'alternative à l'hospitalisation, il est nécessaire que les autorités de tutelle se dotent d'outils d'aide à la décision. Toutefois, compte tenu de la faiblesse des sommes mises à disposition par l'État pour les services de tutelle afin de mettre en oeuvre l'ensemble de la loi hospitalière, votre rapporteur estime que ce

(1) Ce qui avait donné lieu à un certain nombre d'abus dénoncés dans un rapport de 1990 de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS)

souhait est, dans les circonstances actuelles, largement illusoire.

C. LES CONTRATS D'OBJECTIFS

Les contrats d'objectifs, tels que mentionnés par le Docteur Peigné, président de l'intersyndicat national des praticiens hospitaliers, lors des auditions menées par votre rapporteur, pourraient pallier dans une certaine mesure les limites du budget global. Conclue pour cinq ans, durée de l'autorisation de fonctionner avec la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), ils définiraient les activités prévisionnelles des établissements. Les contrats d'objectifs tels que les conçoit la Fédération Hospitalière de France (FHF) sont définis encore plus précisément que ceux auxquels faisait référence le Docteur Peigné. Ainsi, sans remettre en cause le budget global, ils permettraient d'harmoniser, selon la FHF, les règles de financement des établissements d'hospitalisation publics ou privés, afin de promouvoir une véritable direction par objectifs sur la base de contrats négociés avec les autorités de tutelle et la Caisse nationale d'assurance maladie. Ces contrats devraient permettre une allocation des moyens correspondant aux objectifs définis. Ceux-ci pourraient être quantifiés, selon les indicateurs classiques ou sur le fondement d'indicateurs médicalisés (PMSI). Ils s'accompagneraient d'une distinction entre les dépenses d'exploitation non médicales et les dépenses de fonctionnement médicales. L'enveloppe de dépenses médicales correspondrait à l'activité médicale prévisionnelle négociée et ne pourrait être dépassée qu'après renégociation des objectifs d'activité avec les autorités responsables de la tarification. Suivant en cela les orientations du rapport "Briet-Guillaume", ce dispositif permettrait, selon la FHF, de mieux encadrer de manière concertée la progression des dépenses liées à l'activité médicale, pour les secteurs publics et privés d'hospitalisation, sans remettre pour autant en cause les principes de rémunération à l'acte dans le secteur lucratif.

Sans préjuger au fond de leur applicabilité, votre rapporteur estime qu'au moins ces propositions devraient faire l'objet d'une étude plus approfondie et témoignent de la volonté des partenaires du système hospitalier de dépasser les limites évidentes du budget global. Mais les initiatives intéressantes dont il vient d'être fait état ne font que souligner un peu plus l'urgence de remèdes à apporter à la situation hospitalière française, laquelle s'avère tout à fait préoccupante.

Ce dernier point, tout autant que ceux qui ont été évoqués dans l'ensemble du rapport consacré à la politique de santé, ont conduit votre commission à émettre un avis défavorable à l'adoption des crédits consacrés, au sein du projet de loi de finances pour 1993, à la mise en oeuvre de cette politique.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

I - AUDITION DU MINISTRE

La commission des Affaires sociales s'est réunie le jeudi 19 novembre 1992, sous la présidence de M. Jean-Pierre Fourcade, président, pour procéder à l'audition de M. Bernard Kouchner, sur les crédits de son département ministériel pour 1993, dont M. Louis Boyer est le rapporteur pour avis.

M. Bernard Kouchner, ministre de la santé et de l'action humanitaire, s'est félicité de la progression de 7 % de son budget dans le domaine des actions de santé qui s'élève désormais à 2.234 millions de francs, et notamment de celle qui concerne la lutte contre les grands problèmes de santé publique -Sida, toxicomanie, alcool- en augmentation de 9 %. Après avoir rappelé les grandes masses de son budget concernant la santé des populations, la qualité des soins, la formation des personnels médicaux et paramédicaux auxquelles s'ajoutent les subventions qu'octroie l'Etat à l'investissement hospitalier ainsi que la dotation affectée à la mise en oeuvre de la réforme hospitalière, il a insisté sur le projet de réorganisation de la santé publique qu'il est en train de mettre en oeuvre afin d'assurer la plus grande égalité possible vis-à-vis de la santé.

Il a rappelé que sa première priorité dans ce domaine était la lutte contre le Sida, priorité qui s'exercera selon trois niveaux : la prévention, l'accès aux soins et le refus des exclusions. Il a précisé que, pour mettre en oeuvre cette priorité, les crédits relatifs aux prises en charge extra-hospitalières, ceux ayant trait à l'agence française de lutte contre le Sida ainsi que ceux concernant la lutte contre la toxicomanie enregistraient une croissance significative.

Il a souligné l'enjeu fondamental que constituait la réduction des risques sanitaires à laquelle participent la réforme de la transfusion sanguine -avec la création de l'agence française du sang et de la structure de coordination nationale de l'hémovigilance- et la "veille sanitaire", initiative qui vise à coordonner toutes les structures qui oeuvrent dans le domaine de la santé publique, grâce notamment à la mise en place du réseau national de santé publique (R.N.S.P.).

Il a attiré l'attention de la commission sur la création d'une nouvelle ligne budgétaire intitulée "action internationale" dotée d'un crédit de 5 millions de francs. Il a apporté des précisions concernant l'utilisation des 150 millions de francs relatifs à l'action humanitaire qui se répartissent en 15 millions de francs de service d'action humanitaire, 10 millions de francs de subventions aux associations et 125 millions de francs résultant d'opérations.

En réponse à M. Louis Boyer, rapporteur pour avis des crédits budgétaires concernant la santé et la politique

hospitalière, M. Bernard Kouchner a apporté un certain nombre de précisions. Reconnaisant que l'enquête de "50 millions de consommateurs" sur les urgences, qui ne repose pas sur des critères techniques d'évaluation, suscitait une émotion bien légitime, il a déclaré qu'elle avait au moins le mérite de susciter le débat sur le problème de l'harmonisation des services d'urgence. Il a, en effet, expliqué à la commission que, compte tenu de l'existence de 1.000 points d'urgence, il serait impossible de les maintenir tous. Toutefois, il a souligné qu'il ne prendrait des mesures qu'après avoir examiné le rapport de la commission Steg qui ne commencerait à être rédigé qu'en janvier 1993.

A cet égard, M. Jean-Pierre Fourcade, président, a demandé à ce que les deux Assemblées soient saisies du rapport Steg et a rappelé la nécessité de différencier vraies urgences et service médical ouvert jour et nuit pour les petites urgences.

Egalement en réponse à M. Louis Boyer, rapporteur pour avis, M. Bernard Kouchner, ministre de la santé et de l'action humanitaire a souligné combien les ravages du Sida étaient importants en Afrique noire. En ce qui concerne la France, il a précisé que la France possédait le deuxième budget mondial relatif au Sida et que 14 équipes de recherche travaillaient tant dans le secteur public que dans le secteur privé. Sur la question de la répartition des crédits en matière de recherche, il a déclaré qu'il fallait qu'ils soient distribués localement et massivement à un moment donné. A cet égard, il a évoqué l'exemple du Téléthon qui a permis d'aboutir à des résultats rapides sur des points précis. Il a annoncé à la commission qu'au niveau européen il avait proposé que le prochain conseil de santé soit consacré au Sida. Il a également insisté sur la nécessité de renforcer les personnels médicaux qui s'occupent des malades du Sida.

En ce qui concerne les maladies sexuellement transmissibles (M.S.T.) qui sont à la charge des départements, M. Bernard Kouchner a précisé qu'elles étaient globalement en régression.

Il a expliqué que les 20 millions attribués aux services de la tutelle afin de mettre en oeuvre la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière serviraient à l'élaboration des schémas régionaux et au recrutement de personnels.

Il a admis qu'il y avait un problème de recrutement de praticiens hospitaliers en raison de l'existence de 1.784 postes vacants. Toutefois, il a remarqué qu'il se posait avec une acuité légèrement moins grande cette année, sauf en anesthésie-réanimation. Il a évoqué, à cet égard, la nécessité de la réforme de l'internat, ce qu'ont approuvé MM. Charles Descours et Louis Boyer, respectivement rapporteurs pour avis pour la sécurité sociale et pour la santé et la politique hospitalière.

En ce qui concerne le problème des infirmières, il a constaté que les écoles qui les forment sont désormais pleines et que les infirmières anesthésistes se sont vu attribuer la juste compensation pécuniaire de leur formation supplémentaire par rapport aux autres infirmières.

En réponse à des questions émanant de Mme Jacqueline Fraysse-Cazalis, de MM. Claude Huriet, Alain Vasselle, Roger Lise et Franck Sérusclat, M. Bernard Kouchner a apporté un certain nombre de précisions. Il a notamment souligné que 4.000 postes d'infirmières avaient été "budgétisés" conformément aux engagements gouvernementaux. En outre, il a ajouté qu'il n'était pas possible qu'existent partout en France des hôpitaux efficaces et performants. Il a souligné que le montant des bourses des personnels paramédicaux faisait l'objet d'un accroissement.

Concernant le programme de médicalisation du système d'information (P.M.S.I.), il a déclaré qu'il avait fallu dix ans pour le mettre en oeuvre. Il a précisé également que 110 cliniques privées expérimentaient le P.M.S.I. Enfin, en matière de toxicomanie, il a estimé que nous n'étions pas assez attentifs à ce qui se passe à l'étranger, notamment en Suisse et a affirmé son espoir en l'action des circuits de proximité -pharmaciens ou médecins- et des structures de conseils. Jugeant la répression une réponse insuffisante au problème, il ne s'est toutefois pas prononcé sur la question de la libéralisation des drogues, y compris des drogues dures, estimant que cela nécessiterait un véritable débat.

II - EXAMEN DE L'AVIS

Réunie le jeudi 19 novembre 1992 sous la présidence de M. Charles Descours, membre du Bureau, la commission des Affaires sociales a procédé à l'examen du rapport pour avis de M. Louis Boyer sur les crédits du budget de la santé inscrits dans le projet de loi de finances pour 1993.

M. Louis Boyer, rapporteur pour avis, après avoir constaté l'accroissement de 7 % du budget des crédits affectés aux actions de santé, a vivement regretté que cela ne compense aucunement la très faible croissance de 1,6 % en moyenne annuelle de ce budget au cours des cinq années passées, croissance bien inférieure à celle des prix à la consommation.

S'agissant de la politique de prévention sanitaire et notamment de lutte contre le Sida, il a déploré l'insuffisance des crédits mis en oeuvre face à la rapidité de progression de la maladie. Il a, de même, critiqué vigoureusement les carences de structures dont souffre l'administration de la santé et qui ne seront pas comblées par des initiatives, intéressantes certes, mais éparses et trop tardives.

Concernant la politique hospitalière, il s'est interrogé sur la volonté réelle du Gouvernement d'appliquer la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière du fait du manque de moyens qu'octroie l'Etat afin de la mettre en oeuvre. Il a mis en exergue les problèmes récurrents de recrutement de personnels, praticiens hospitaliers et infirmières. Il a critiqué la mise en oeuvre de la planification sanitaire purement administrative et a souligné les difficultés de

fonctionnement des établissements pour dresser un bilan tout à fait défavorable de la situation hospitalière française.

Compte tenu de ces carences et de ces problèmes, le rapporteur pour avis a invité la commission à rejeter les crédits consacrés à la politique de santé du Gouvernement pour 1993.

M. Guy Robert est intervenu pour faire part à la commission de ses inquiétudes à propos de la restructuration des urgences et de la pénurie d'infirmières.

M. Charles Descours a rappelé que le nombre de 1.000 points d'urgence en France était excessif mais que, en même temps, supprimer le service d'urgence dans un hôpital était condamner à terme celui-ci à ne plus posséder que des services de médecine ou de gériatrie. Il a tenu à préciser qu'il n'y avait environ que 7 % de vraies urgences. Il a également évoqué la nécessité d'un débat sur le montant des dépenses à affecter à la santé en pourcentage du produit intérieur brut (P.I.B.).

A propos des urgences, M. Louis Boyer, rapporteur pour avis, a abondé dans le sens de M. Charles Descours. Il a souligné la nécessité des services d'urgence graduée. À propos des infirmières, il a rappelé que 40 écoles de formation à destination de ces personnels avaient été fermées au cours des trois dernières années.

La commission a alors, conformément à la proposition de son rapporteur pour avis, émis un avis défavorable à l'encontre des crédits de la santé contenus dans la loi de finances pour 1993.

LISTE DES PERSONNES ET DES ORGANISMES ENTENDUS PAR VOTRE RAPPORTEUR

Maîtrise des dépenses de santé

- M. Beau, conseiller auprès du ministre des affaires sociales et de l'intégration ;
- M. Benech, médecin conseil de la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) ;
- M. Bruton, président de M.G. France ;
- M. Cabrera, président du Syndicat des médecins libéraux ;
- M. Gras, président de la Fédération des médecins de France ;
- M. Phelippeau, responsable de la gestion du risque à la caisse nationale d'assurance maladie.

Politique hospitalière (1)

- M. Cadène, délégué général de la Fédération hospitalière de France ;
- M. Coulomb, délégué général de l'Union hospitalière de France ;
- M. Daniel de la direction des hôpitaux du ministère de la santé et de l'action humanitaire ;
- M. Frachon, directeur de la F.E.H.A.P. (Fédération des établissements hospitaliers de l'assistance privée) ;
- Mme Gisserot, présidente de la F.E.H.A.P. (Fédération des établissements hospitaliers de l'assistance privée) ;
- M. Lavigne, chargé de mission auprès du ministre de la santé et de l'action humanitaire ;
- M. Olivier du Syndicat national des cadres hospitaliers (S.N.C.H.) ;
- M. Palot du Syndicat national des cadres hospitaliers (S.N.C.H.) ;
- M. Peigné, président de l'Intersyndicat national des praticiens hospitaliers ;
- M. Talazac, président de l'Union hospitalière de France ;
- Mme Toussaint de la direction des hôpitaux du ministère de la santé et de l'action humanitaire ;
- M. Weill, secrétaire général du SNAM-HP (Syndicat national des médecins, chirurgiens, spécialistes et biologistes des hôpitaux publics).

1 Il est à noter que le président de la F.F.I.E.H.P. (Fédération française, intersyndicale des établissements d'hospitalisation privée) M. Serfaty n'a pu dégager un peu de son temps pour rencontrer votre rapporteur