

N° 188

SÉNAT

SECONDE SESSION ORDINAIRE DE 1969-1970

Annexe au procès-verbal de la séance du 16 avril 1970.

RAPPORT

FAIT

en conclusion des travaux de la Commission de contrôle (1) créée en vertu de la résolution adoptée par le Sénat le 18 décembre 1969 et chargée d'examiner, conformément aux dispositions de l'ordonnance n° 58-1100 du 17 novembre 1958 et de l'article 11 du Règlement du Sénat, l'état d'exécution du V^e Plan de développement économique et social en matière d'équipement sanitaire et social,

Par M. Adolphe CHAUVIN,

(en remplacement de M. Léon MESSAUD)

Sénateur.

TOME I

(1) Cette commission est composée de : MM. Lucien Grand, président ; Paul Ribeyre, vice-président ; Léon Messaud, rapporteur ; Adolphe Chauvin, rapporteur adjoint ; André Aubry, Pierre Barbier, Martial Brousse, Raymond Brun, Jean Gravier, Victor Golvan, Michel Kistler, Bernard Lemarié, Jean-Baptiste Mathias, Michel Miroudot, Robert Soudant, Marcel Souquet.

Voir les numéros :

Sénat : 140, 141 et in-8° 68 (1969-1970).

Sénat. — Commission de contrôle - Equipement sanitaire et social.

SOMMAIRE

	Pages.
TOME I	
I. — <i>Les prévisions du V^e Plan</i>	6
II. — <i>Les documents publiés relatifs à l'exécution du V^e Plan</i>	13
— <i>Le rapport annexé au projet de loi de finances pour 1969</i>	13
— <i>Le rapport annexé au projet de loi de finances pour 1970</i>	15
III. — <i>Exécution financière du Plan</i>	19
IV. — <i>Où en est-on, en réalité, en matière d'exécution des travaux ?</i>	27
— <i>Exécution du Plan en volume de travaux subventionnés</i>	28
— <i>Exécution du Plan par région</i>	31
— <i>Exécution physique en lits et places fin 1968</i>	32
— <i>Les établissements de lutte contre les maladies mentales</i>	33
V. — <i>Les services de l'équipement au Ministère de la Santé publique</i>	35
A. — <i>La direction de l'équipement social</i>	35
B. — <i>Le service de l'équipement sanitaire et social dans les</i> <i>D. D. A. S. S.</i>	38
— <i>Les directeurs départementaux</i>	38
— <i>Les délégués aux travaux</i>	42
— <i>Les agents contractuels</i>	45
— <i>Les ingénieurs divisionnaires des T. P. E.</i>	45
VI. — <i>Les procédures</i>	47
VII. — <i>Les travaux de la commission</i>	54
VIII. — <i>Conclusions</i>	61

TOME II

Annexes :

ANNEXE	I. — Questionnaire envoyé par la commission	5
ANNEXE	II. — Exécution du Plan par régions (par catégorie d'équipements).	15
ANNEXE	III. — Départements d'Outre-Mer	17
ANNEXE	IV. — Opérations susceptibles d'être engagées en 1970 (par régions). Liste A	25
ANNEXE	V. — Liste complémentaire, par région, des opérations correspondant au Fonds d'action conjoncturelle (F. A. C.). Liste B.	43
ANNEXE	VI. — Liste des avant-projets techniquement prêts détenus par la Direction de l'Équipement social inscrits au V^e Plan et en attente de subvention	59
	— par département.....	60
	— récapitulation	78
ANNEXE	VII. — Note sur la déconcentration	81
ANNEXE	VIII. — Tableau de l'équipement en lits, au 31 décembre 1966, des hôpitaux et établissements de soins publics	89
ANNEXE	IX. — Evolution du taux des subventions	95

Mesdames, Messieurs,

Le projet de loi portant approbation du V^e Plan de développement économique et social, lorsqu'il fut soumis au vote du Parlement, définissait un certain nombre d'objectifs. En ce qui concerne les **équipements collectifs** il était indiqué :

« La notion d'équipement collectif ne permet pas une délimitation rigoureuse d'un domaine de l'activité économique. Aussi bien, la définition retenue a-t-elle un caractère quelque peu arbitraire, l'idée centrale étant toutefois que la réalisation de ces investissements nécessite, sous une forme ou sous une autre, l'intervention et le concours financier des collectivités publiques. Mais cet ensemble recouvre des opérations fort diverses quant au caractère individualisable ou non du service rendu et quant à la contribution financière demandée à l'utilisateur (d'un prix jugé normal à la gratuité, en passant par des tarifs volontairement inférieurs au coût du service).

« Le tableau ci-après recense les grandes catégories d'équipements collectifs au sens du V^e Plan et indique, pour chacune d'entre elles, les montants des opérations — toutes sources de financement réunies — qui seront engagées de 1966 à 1970, ainsi que les montants correspondants d'autorisations de programme à inscrire au budget de l'Etat (en milliards de francs de 1965) :

	OPERATIONS à engager.	AUTORISATION de programme.
Equipement scolaire, universitaire et sportif.....	25,50	20,50
Equipement formation professionnelle.....	0,62	0,62
Equipement culturel	1,90	1,45
Equipement recherche scientifique.....	3,90	3,90
Equipement sanitaire et social.....	12,90	3,20
Equipement collectif rural.....	13,70	5,10
Equipement urbain	16,20	2,30
Equipement routier (voirie urbaine et rase campagne)	26	14,80
Equipement autres transports.....	9,60	4,50
Postes et télécommunications.....	13,50	10,70

Dans l'ensemble des équipements collectifs, le domaine particulier de l'équipement sanitaire et social était développé plus spécialement dans le document A. N. 1638 (annexe) : documents concernant le V^e Plan destinés à l'information des parlementaires (aux pages 302 et suivantes.)

I. — Les prévisions du V^e Plan.

Le montant total des opérations à engager au cours du V^e Plan par les différents agents économiques (Etat, collectivités locales, établissements publics, sociétés d'économie mixte, associations et organismes privés sans but lucratif (1), qui participent avec ou sans subvention de l'Etat à la réalisation des équipements sanitaires et sociaux, devait atteindre 12.650 millions de nouveaux francs (2). Il représentait pour la part de l'Etat 2.950 millions d'autorisations de programme budgétaire.

Il se répartirait ainsi :

	En millions de francs.
Equipement sanitaire :	
C. H. U.....	3.020
Hôpitaux non C. H. U.....	2.274
Maladies mentales.....	2.107
Cancer.....	183
P. M. I.....	274
Tuberculose.....	80
Réadaptation fonctionnelle.....	45
Thermalisme.....	96
Divers.....	87
 Action en faveur des personnes âgées (dont 905 millions pour les hospices et 770 millions pour d'autres réalisations).....	 1.675
 Equipement social :	
Enfance inadaptée.....	1.379
Aide sociale à l'enfance.....	212
Foyers de jeunes travailleurs.....	200
Infirmités adultes.....	192
Etablissements sociaux d'accueil et d'hébergement.....	75
Centres sociaux.....	105
Maisons familiales de vacances.....	50

(1) Ne comprend donc pas l'équipement en cliniques privées.

(2) Etant exclu les 250 millions de travaux — financés à 100 % par l'Etat — destinés à l'éducation surveillée.

Formation des personnels :

Personnels sanitaires.....	235
Personnels sociaux.....	61
Réserve pour équipements D. O. M.....	300
<hr/>	
Total	12.650

Le programme proposé devait permettre, indiquait le document :

- 1° De créer ou reconstruire 27.000 lits de C. H. U. ;
- 2° De créer ou reconstruire 20.000 lits d'hôpitaux non C. H. U. ;
- 3° De moderniser 31.000 lits dans les C. H. U. et les hôpitaux non C. H. U. ;
- 4° De créer 18.000 lits et d'en moderniser 20.000 dans les hôpitaux psychiatriques ;
- 5° De créer 2.000 places dans les hôpitaux de jour et 3.200 places dans les foyers de post-cure et les dispensaires ;
- 6° De créer deux centres anticancéreux (Clermont-Ferrand et Limoges), d'améliorer les équipements existants et de développer les consultations ;
- 7° De créer 25.000 lits et d'en moderniser 33.000 pour les vieillards ;
- 8° De construire pour les personnes âgées des résidences comportant 17.000 places et des foyers-restaurants comportant 10.000 places ;
- 9° De créer 200 crèches et 400 consultations de P. M. I. ;
- 10° D'augmenter de 35.000 places la capacité d'accueil des établissements recevant des enfants inadaptés ;
- 11° D'augmenter de 7.500 places la capacité d'accueil des établissements recevant des enfants arriérés profonds ;
- 12° De créer 5.000 places (dont 3.500 en internats et foyers annexes) dans les établissements accueillant des infirmes adultes ;
- 13° De créer 15.000 places nouvelles et d'en moderniser 1.200 dans les foyers de jeunes travailleurs.

En ce qui concerne le personnel :

A. — Le nombre des infirmières devait passer de 90.000 à 105.000, ceci supposant la création de 9.000 places dans les écoles (dont 5.000 en internat) et l'amélioration de leurs conditions de vie et de travail ;

B. — Le nombre des cadres de direction des hôpitaux devait passer de 1.940 directeurs d'établissement à 2.100 ;

C. — Le nombre des assistantes sociales (évalué en 1962 à 18.400) devait passer à 20.000, ce qui supposait la création de 1.200 places d'école et la modernisation de 500.

*
* *

En ce qui concerne le **financement**, l'exposé des motifs du projet de loi laissait apparaître quelques inquiétudes :

« Bien qu'un des chapitres les plus importants du rapport soit consacré aux problèmes de financement, il paraît nécessaire d'insister sur les difficultés que risque de rencontrer la réalisation du plan d'équipement sanitaire et social tel qu'il vient d'être défini.

« En effet, si, dans un passé récent, des ressources occasionnelles ont permis de couvrir une partie non négligeable des investissements, il n'est pas assuré qu'il en soit de même dans l'avenir. De nouveaux moyens financiers devront sans doute être trouvés au cours du V^e Plan pour remplacer les ressources procurées par des aliénations de capital ou pour pallier une insuffisance des fonds dégagés par l'amortissement. En outre, il conviendra d'examiner, en liaison avec les problèmes posés par l'équilibre financier de la sécurité sociale, si la contribution effective du Fonds d'action sanitaire et social pourra être conforme au taux théoriquement prévu et, dans la négative, d'envisager les relais nécessaires. Dans ces conditions, l'étude des problèmes du financement sera poursuivie au-delà de la phase d'élaboration du Plan. »

Les formules de financement retenues se schématisaient ainsi :

	(En millions de francs.)
Apports propres des établissements	1 350
Amortissements	1 300
Sécurité sociale (subventions)	1 300
Etat (recherche médicale exclue)	2 950
Emprunts	5 750
Total	12 650

La Commission de l'Équipement sanitaire et social du Plan, après avoir cherché une ventilation des moyens de financement pour l'ensemble de 12.650 millions d'opérations à engager, avait dû établir une distribution entre travaux subventionnés et travaux non subventionnés. « Ces derniers — faisait-elle remarquer dans son rapport général (p. 51) — constituent, en définitive, une fraction des opérations prévues au Plan dont la réalisation souhaitée est jugée cependant hypothétique ».

Pour apprécier quelle doit être la part minimum de travaux subventionnés par grandes catégories d'équipement, la commission avait pris comme base les résultats de l'exécution du IV^e Plan. Ceci l'avait conduite à estimer ainsi les pourcentages :

	HORS subvention de l'Etat.	AVEC subventions.		DOTATIONS budgétaires.	TAUX de subvention.
	(En pourcentage.)			(En millions de francs.)	(En pour- centage.)
A. — Secteur sanitaire :			A. — Secteur sanitaire :		
C. H. U.....	25	75	Etablissements natio- naux	141	100
Hôpitaux non C. H. U. et hospices	25	75	C. H. U.....	670	29,5
Psychiatriques	10	90	Hôpitaux non C. H. U. et hospices	656	25,3
Divers	25	75	Psychiatriques	580	32,2
Total	22	78	Autres	234	30,6
B. — Secteur social....	15	»	Total	2.281	30,2
Total A + B...	20	80	B. — Social.....	599	26,4
C. — D. O. M.....	Inconnu.	Inconnu.	C. — D. O. M.	70	23,3
			Total	2.950	29

Cela conduisait donc à ne retenir que 9.890 millions d'opérations à engager pouvant ouvrir droit à subventions ; le taux moyen de celles-ci devait alors s'établir à 29 %, ce qui représentait 70 % du taux moyen pratiqué au cours du V^e Plan.

En définitive, le Gouvernement a substitué le chiffre de 10.030.805.000 F au chiffre de 9.890 millions de francs retenu par la commission pour le volume global des travaux d'équipement sanitaires et sociaux à engager pouvant ouvrir droit à subventions.

En ce qui concerne la réalisation physique, le Plan avait retenu la notion de « lit » à la fois comme moyen d'évaluer les efforts à entreprendre et comme moyen de définir la consistance des opérations à engager. Ce faisant, la commission avait parfaitement eu conscience que le « lit » est une unité très imparfaite à laquelle elle n'avait eu recours qu'à défaut d'une unité meilleure et à laquelle elle avait surtout entendu donner le sens d'**unité de compte** de manière à ne pas bloquer l'évolution de l'hôpital vers une conception moins hôtelière et plus technique, plus ouverte vers les consultations externes et les soins ambulatoires.

Il convient donc de bien préciser que la notion de lit ne doit pas être entendue au sens physique du terme. Une comparaison avec les lits ou places correspondant aux opérations engagées n'a donc que peu de signification, le nombre de lits réels étant obligatoirement moindre de par le coût des installations techniques, des services généraux ou d'équipements médico-chirurgicaux de haute spécialité, ainsi que du fait des réévaluations et des équipements mobiliers relatifs aux opérations engagées au cours des plans précédents. D'autre part, la notion de « lit-modernisé » est extrêmement difficile à appréhender et le décompte pratiquement impossible.

*
* * *

La Commission de l'équipement sanitaire et social, dans son rapport général, avait, avec beaucoup de lucidité, fait un inventaire de la situation en 1965 et des besoins pour 1970.

Elle avait estimé, en particulier en ce qui concerne les hôpitaux, les établissements de soins pour malades mentaux et pour personnes âgées, que la situation se présentait ainsi :

1° *Hôpitaux et C. H. U.*

a) *Situation en 1965.*

	LITS		TOTAL
	Existants.	Prévus.	
Lits publics	206.000	20.000 (1)	226.000
Lits privés	83.000	16.000 (2)	99.000
			325.000

(1) Déjà financés et dont la réalisation était en cours.

(2) Ayant fait, à l'époque, l'objet d'une décision favorable en coordination.

b) Lits à créer ou à aménager pour satisfaire aux besoins de 1975 (1).

Lits à créer.....	67.000
Lits à moderniser.....	31.000
Lits à remplacer.....	53.000
	<hr/>
	84.000

Il est à noter que les modernisations et les remplacements ne concernaient que le seul secteur public, ce qui ne signifiait pas que l'on considérait les quelque 83.000 lits privés comme étant à la hauteur des impératifs de la technique moderne. Quant aux créations de 67.000 lits, elles pouvaient être le fait aussi bien du secteur public que du secteur privé.

Or, l'objectif retenu, nous l'avons vu, était bien plus modeste :

Lits à créer	47.000
Lits à moderniser	31.000

2° *Maladies mentales.*

Si l'on avait appliqué la norme de l'Organisation mondiale de la santé (3 lits pour 1.000 habitants), il aurait fallu prévoir la création de plus de 50.000 lits nouveaux en 1970 et la modernisation de 60.000 lits.

Ceci avait paru beaucoup trop ambitieux et l'on s'était contenté de proposer :

- La création de 18.000 lits (dont plusieurs milliers réservés aux enfants arriérés profonds) ;
- La modernisation de 20.000 lits ;
- Le développement des formules nouvelles (2.000 places en hôpitaux de jour, 3.200 places en foyers post-cure et dispensaires d'hygiène mentale, 2.500 lits de rééducation des alcooliques).

3° *Personnes âgées.*

a) Situation en 1965.

277.817 lits (occupés à près de 100 %) représentant un déficit de 30.793 lits (2) ;

(1) Date envisagée pour l'achèvement des opérations lancées au cours du V^e Plan.

(2) La norme retenue est celle de 50 lits pour 1.000 personnes âgées de plus de soixante-cinq ans. Or, au 1^{er} janvier 1965, on comptait 6.712.000 personnes âgées. On estimait que ce nombre passerait à 6.638.000 en 1970 et 7.200.000 en 1975.

b) Nécessités pour 1970.

Déficit à combler	30.793 lits.
A aménager	101.725 lits.
Pertes dues à la modernisation.....	33.908 lits.
Augmentation due à l'évolution démographique.	23.301 lits,
soit 101.725 lits à aménager et 88.002 lits à créer.	

Sur cet énorme programme, nous avons vu que l'objectif à atteindre avait considérablement été réduit à :

Modernisation	33.000 lits.
Création	25.000 lits.

*

* *

L'insuffisance des objectifs retenus, mais plus encore l'inadaptation du montant global des autorisations de programme (2.950 millions de francs) prévu comme devant permettre de réaliser le volume de 12.650 millions de francs de travaux à engager, avait amené votre commission des Affaires sociales (1) à émettre un avis défavorable au projet de loi portant approbation du V^e Plan.

Nous pouvons aujourd'hui, hélas, dire que ses craintes étaient fondées.

(1) Cf. Avis Sénat de M. Roger Menu, n° 58, session 1965-1966 (p. 24) :

« Nous nous trouvons donc, pour le V^e Plan, dans une telle incertitude quant au financement, que nous n'osons pas aborder la critique de la faiblesse du chiffre global des investissements qui nous est proposé. Nous savons que les besoins incompressibles ont été évalués à 22 milliards et que l'on accorde 12,65.

« Nous nous consolerions presque si l'on pouvait nous donner l'assurance que ces 12,65 milliards pourront être atteints, mais nous avons malheureusement la quasi-certitude que, faute d'un financement de base, il sera impossible d'atteindre l'objectif. Nous nous associons sans réserve à la demande suivante de la section des activités sociales du Conseil économique : « Ici encore, ce n'est pas céder à la facilité, mais à la pression des faits, que de réclamer une amélioration du taux de subvention sur crédits d'Etat qui pourrait être fixée à 50 p. 100, assurant ainsi une répartition à parts égales du financement ». A ceci nous ajouterons que l'éventuelle disparition de l'aide de la sécurité sociale devrait être compensée par des emprunts à long terme et faible taux d'intérêt. »

II. — Documents publiés sur l'exécution du V^e Plan.

De quels documents les parlementaires disposent-ils pour suivre l'exécution du Plan ?

Ils disposent chaque année d'un rapport annexé au projet de loi de finances, mais diffusé dans les derniers jours de janvier ou début février, ce qui est particulièrement regrettable, car il n'est pas possible d'en tenir compte au moment de la discussion budgétaire.

Le rapport annexé au projet de loi de finances pour 1969 — et diffusé en février 1969 — rappelait tout d'abord que le montant des opérations d'équipement sanitaire et social à engager pendant la période du V^e Plan était de 12.650 millions de francs pour lesquelles étaient prévues des autorisations de programme d'un montant de 2.950 millions de francs.

Il était ensuite indiqué :

« Dans la masse globale des opérations à engager, on a distingué les opérations subventionnées et les opérations non subventionnées.

« A. — En ce qui concerne les dépenses subventionnées dont le montant a été fixé à 10.030 millions de francs pour les cinq années du Plan, soit environ 8 % du total des opérations à engager, le taux d'exécution pour trois ans exprimé en autorisations de programme est de 54,3 % ; à la fin de 1969 ce taux sera voisin de 74 % (exprimé en francs 1965).

« L'appréciation du taux de réalisation en montant total d'opérations engagées est plus difficile, car le montant des travaux qui seront réalisés effectivement par suite de travaux supplémentaires et de certains dépassements non prévus peut être supérieur à l'évaluation initiale ; par ailleurs, pour 1968, on a procédé à une évaluation du montant des travaux à partir des taux moyens de subvention. Le taux de réalisation à la fin de 1968 ne serait que de 38,5 % environ.

« L'écart entre les taux d'exécution selon qu'ils sont calculés sur les autorisations de programme ou sur le montant des travaux s'explique par le taux de subvention appliqué par le Ministère des Affaires sociales. En effet, le taux moyen de subvention prévu par le Plan était voisin de 30 %, alors que le taux moyen nominal appliqué précédemment était de 40 % ; le Ministère des Affaires sociales n'a pas cru possible de réduire ce taux.

« Le niveau de réalisation du Plan à la fin de 1968 est très différent suivant les catégories d'établissement. On constate qu'un effort a été fait pour l'ensemble des équipements sanitaires, dont le taux global d'exécution est de 40 % alors que les équipements sociaux se situent légèrement en dessous du taux moyen de l'ensemble, avec un taux de l'ordre de 36 %, et que les équipements en faveur des personnes âgées ont pris un assez grand retard : leur taux d'avancement est de 33,6 %.

« Pour les équipements sanitaires, ce sont les hôpitaux et plus particulièrement les hôpitaux non C. H. U. qui ont bénéficié d'une relative priorité ; par contre, un retard important a été pris par rapport aux prévisions dans le domaine de la lutte

contre les maladies mentales. Ce retard semble tenir à la fois au manque d'initiative et à des raisons techniques ; l'insuffisance de l'équipement dans ce secteur est très préoccupante.

« En ce qui concerne les équipements sociaux, un effort a été fait pour les foyers de jeunes travailleurs et pour l'aide sociale à l'enfance, ainsi que pour la formation de personnels sociaux, mais le taux d'avancement du Plan pour l'enfance inadaptée est très faible (35,3 %) alors que le Plan avait privilégié l'action en faveur de cette catégorie d'équipement.

« B. — Les opérations non subventionnées devaient représenter pour les cinq années du Plan 2.620 millions de francs. L'appréhension de ces opérations est assez difficile. D'après les enquêtes faites par le Ministère des Affaires sociales, en 1966 et 1967, on peut estimer que le montant des opérations non subventionnées ne s'accroîtra pas au même rythme que les opérations subventionnées et tendra plutôt à rester constant et de l'ordre de 300 à 500 millions de francs.

« Toutefois, il est probable que ces montants soient sous-estimés car la comptabilité publique fait apparaître des résultats plus satisfaisants ; cet écart s'explique pour les dépenses de renouvellement qui restent en dehors des enquêtes et probablement aussi quelques petites opérations non recensées.

« Pour l'ensemble des opérations subventionnées et non subventionnées, le pourcentage de réalisation du Plan en volume ne sera que de 38 % environ à la fin de 1968 et de 52 % à la fin de 1969. Même avec une réduction du taux moyen de subvention, l'écart entre les réalisations et les prévisions restera important.

« Cette situation résulte très largement des difficultés de financement rencontrées, ces équipements devant recourir à de multiples sources de financement.

« Les informations partielles dont on dispose ne permettent pas de comparer très valablement les modes de financement suivis par rapport au schéma de financement prévu. Il semble toutefois ressortir que la part de l'Etat et la part de la Sécurité sociale sont plus importantes que celles prévues, mais que les emprunts interviennent pour un pourcentage plus faible, les apports propres étant à peu près au niveau prévu.

« Parmi les mesures de nature à faciliter la réalisation du Plan, il faut noter la poursuite de l'établissement des normes techniques et financières, des efforts pour industrialiser les constructions, notamment pour les établissements pour personnes âgées. Par ailleurs, les travaux préliminaires à l'établissement d'une carte hospitalière ont été entrepris.

« Mais les améliorations suggérées n'ont pas, dans les procédures, pu encore, en général, être réalisées, ce qui explique en partie les longs délais d'exécution des équipements sanitaires et sociaux toujours observés. Les lenteurs sont très grandes pour l'approbation des programmes et entre la décision du financement par l'Etat et le début effectif des travaux. La durée des travaux eux-mêmes est en général normale. »

A la suite de ces considérations figuraient deux tableaux de l'état d'avancement des dépenses subventionnées à la fin de 1968, l'un en francs courants, l'autre en francs constants.

A notre grand étonnement, nous avons dû nous rendre à l'évidence : ces tableaux étaient totalement faux, tant en ce qui concerne les chiffres avancés que les simples totalisations.

Enfin, figurait un tableau des travaux subventionnés engagés en 1967, traduits en lits et places (créés ou modernisés).

Le rapport annexé au projet de loi de finances pour 1970 — distribué aux parlementaires en janvier dernier — indique (1), en ce qui concerne les équipements collectifs, qu'entre 1965 et 1969 la croissance des crédits de l'Etat affectés aux secteurs programmés dans le Plan s'est poursuivie en moyenne à un rythme élevé (12,3 % par an en francs courants), cette croissance étant plus rapide que celle de la production nationale. Mais il reconnaît qu'appréciée en termes physiques l'exécution du Plan est probablement moins favorable qu'en termes budgétaires. Les priorités établies, après des arbitrages parfois difficiles, entre les différents secteurs ou rubriques d'équipement auront été diversement suivies. Certaines priorités retenues par le Plan ont été accentuées par la suite... dans d'autres cas, les distorsions constatées ne proviennent pas d'un fléchissement explicite des priorités mais de la difficulté de mettre en œuvre des actions nouvelles dans les délais prévus. Ainsi, s'expliquerait « le retard pris pour certaines catégories d'opérations comme les hôpitaux psychiatriques, auxquelles le Plan avait reconnu un caractère prioritaire, mais dont la réalisation dépend d'initiatives locales qui ne se sont pas manifestées au rythme souhaité. »

Quand on lit pareille appréciation et que l'on sait d'expérience les efforts désespérés que font les collectivités locales pour mettre au point, faire approuver puis subventionner leurs projets de créations hospitalières... on croit rêver !

Pour notre part, nous estimons scandaleux qu'un rapport gouvernemental puisse avancer pareille affirmation.

Le rapport donne ensuite les tableaux généraux suivants de l'état d'exécution du V^e Plan en matière d'équipements collectifs :

(1) Le degré d'avancement a été, pour ce rapport, apprécié sur la base des dotations initiales de la loi de finances 1969.

Exécution du V^e Plan : équipements collectifs :
(En millions de francs courants.)

EQUIPEMENTS	V ^e Plan. Total des autori- sations de pro- gramme.	Budget 1969 (2).	Dotations 1966-1969.	Pour- centage de réalisation fin 1969.	Projet de budget 1970 (sans crédits optionnels).	Crédits optionnels 1970 (4).	Dotations 1966-1970 (sans crédits optionnels).	Pour- centage de réalisation du Plan pour 1970 (sans crédits optionnels).	Dotations 1966-1970 (avec crédits optionnels).	Pour- centage de réalisation du Plan pour 1970 (avec crédits optionnels).
Scolaire et universitaire.....	18.260	3 628	13 534,6	74,1	3 265,2	»	16 799,8	92	»	»
Sportif	2.240	409,2	1 638,4	73,1	341,9	»	1 980,3	88,4	»	»
F. P. A.	625	135	493	78,9	135,5	»	628,5	100,5	»	»
Culturel	1.450	309,35	1 138,7	78,6	266,7	»	1 405,4	96,9	»	»
Recherche	4.500	776,6	2 926	65	658	»	3 584	79,6	»	»
Sanitaire et social	2.950	731,32	2 439,9	82,5	538,2	»	2 978,1	100,9	»	»
Education surveillée.....	250	28,2	145,7	58,3	4,5	»	150,2	60,1	»	»
Rural	8.900	1 869,45	7 372	82,8	1 472,2	»	8 844,3	99,4	»	»
Urbain	2.300	497,04	1 729,4	75,2	461,7	»	2 191,1	95,3	»	»
Routier	14.800	2 674,27	9 780,4	66,1	(3) 2 712,5	»	12 492,9	84,4	»	»
Autres transports.....	4.811,4	952,56	3 450,6	71,7	822,4	»	4 273	88,9	»	»
Postes et télécommunications.....	10.700	2 823,8	9 121,1	85,2	3 261,2	»	12 382,8	115,7	»	»
	(1) 11.700			78				105,8		
F. I. D. O. M.	750	153,4	585,5	78	140,7	»	726,2	96,8	»	»
F. I. D. E. S.	340	67,3	234,9	69,1	63,8	»	298,7	87,5	»	»
F. I. A. T. Languedoc-Roussil- lon-Rhône (5)	»	285,2	1 156,3	»	281,6	»	1 437,9	»	»	»
Total	72.876,4	15 340,69	55 841,4	76,6	14 426,1	1 194	70 172,1	96,3	71 366,1	97,9

(1) L'écart de 1.000 millions de francs correspondait à une tranche optionnelle qui ne pouvait être engagée que par décision gouvernementale.

(2) Le montant d'autorisations de programme donné par secteur pour le budget de 1969 correspond à celui inscrit dans la loi de finances après économies. Il n'inclut donc pas les autorisations de programme bloquées en 1969 (5,2 milliards pour l'ensemble des dépenses civiles en capital); leur déblocage pouvant intervenir soit fin 1969, soit dans le courant de 1970, ce n'est qu'au cours du dernier trimestre 1970 qu'il sera possible de déterminer l'effet de ces blocages sur les différents taux globaux de réalisation.

(3) Le montant d'autorisations de programme inscrit en 1970 dans le projet de loi de finances correspond à 2.262,5 millions de francs. Afin d'indiquer une dotation 1970 comparable à celles des années précédentes, c'est-à-dire incluant la part d'emprunt pour le financement des autoroutes, désormais assurée par le secteur privé, le montant de 2.262,5 millions de francs a été majoré de 450 millions de francs, correspondant à la part d'emprunt inscrite en autorisations de programme dans la loi de finances 1969.

(4) Une enveloppe globale de crédits optionnels a été affectée à chaque ministère. Il est donc impossible d'indiquer le montant des crédits optionnels susceptibles d'être affectés à chaque secteur programmé, au cours de l'année 1970, chaque ministère ayant la libre disposition de ces crédits à l'intérieur des secteurs programmés ou non. Il a paru cependant opportun de donner un ordre de grandeur de la part de crédits optionnels susceptibles d'être affectée à l'ensemble des secteurs programmés, en prenant pour base de calcul le rapport entre le montant en autorisations de programme des secteurs programmés et l'ensemble des dépenses civiles en capital. Le pourcentage de réalisation du Plan, y compris les crédits optionnels 1970, pour l'ensemble des secteurs doit être considéré comme un pourcentage maximum, puisqu'il implique un déblocage de tous les crédits optionnels au cours de l'année 1970.

	1966	1967	1968	1969	1970
(5) Dont :					
F. I. A. T.	175	200	294,6	218,4	218,4
Languedoc Roussillon	35	58	48,5	46,8	42,2
Rhône	20	20	20	20	21
	<u>230</u>	<u>278</u>	<u>363,1</u>	<u>285,2</u>	<u>281,6</u>

Exécution du V^e Plan (Equipements collectifs).

(En millions de francs 1965.)

EQUIPEMENTS	V ^e Plan.	Budget	Dotations	Pourcentage de réalisation effective fin 1969.	Projet de budget 1970.	Crédits optionnels 1970.	Dotations 1966-1970 (sans crédits optionnels).	Dotations 1966-1970 (avec crédits optionnels).	Pourcentage de réalisation du Plan (sans crédits optionnels) 1970.	Pourcentage de réalisation du Plan pour 1970 (avec crédits optionnels).
	TOTAL	1969.	1966-1969.							
Scolaire et universitaire.....	18.260	3.088,2	11.440,3	62,7	2.649,5	>	14.089,8	>	77,2	>
Sportif.....	2.240	348,3	1.505	67,2	277,4	>	1.782,4	>	79,6	>
F. P. A.....	625	114,9	451,4	72,2	109,9	>	561,3	>	89,8	>
Culturel.....	1.450	263,3	1.042	71,9	216,4	>	1.258,4	>	86,8	>
Recherche.....	4.500	661	2.676,1	59,5	533,9	>	3.120	>	71,3	>
Sanitaire et social.....	2.950	622,5	2.229,1	75,6	436,7	>	2.666,1	>	90,4	>
Education surveillée.....	250	24	135,1	54	3,7	>	138,8	>	55,5	>
Rural.....	8.900	1.591,3	6.768,9	76	1.194,8	>	7.963,5	>	89,5	>
Urbain.....	2.300	423,1	1.579,5	68,7	374,6	>	1.954,1	>	85	>
Routier.....	14.800	2.276,4	8.939,3	60,4	2.201	>	11.140,3	>	75,3	>
Autres transports.....	4.811,4	810,8	3.158,2	65,6	667,3	>	3.828,8	>	79,6	>
Postes et télécommunications.....	10.700 (1) 11.700	2.403,6	8.316,4	77,7	2.646,2	>	10.962	>	102,5	>
				71,1						
F. I. D. O. M.....	750	130,6	527,1	70,3	114,2	>	641,3	>	85,5	>
F. I. D. E. S.....	340	57,3	214,3	63	51,8	>	266,1	>	78,3	>
F. I. A. T. Languedoc-Roussillon-Rhône.....	>	242,8	1.059	>	228,5	>	1.287,5	>	>	>
Total.....	72.876,4	13.058,1	50.042	68,7	11.706,3	968,8	61.748,7	62.717,5	84,7	86,1

(1) L'enveloppe a été implicitement portée à 11.700 millions de francs pour l'engagement intégral d'une tranche optionnelle de 1.000 millions de francs résultant de décisions gouvernementales.

Les indices de prix sont calculés à partir des indices de prix de la F. B. C. F. des administrations :
 1966-1965 : 103,1 ; 1967-1965 : 105,47 ; 1968-1965 : 110,21 ; 1969-1965 : 117,48 ; 1970-1965 : 123,24.

Enfin, il indique qu'à la fin de 1969, pour le secteur de l'équipement sanitaire et social, dans aucune région (en dehors du Limousin, 82 %) le taux de réalisation de la tranche régionale n'approche le taux national (73 %) ; neuf régions n'atteignent pas 50 % et onze se situent entre 50 et 68 %.

*
* *

Les chiffres énoncés dans le rapport ont bien évidemment retenu l'attention de notre commission. Affirmer qu'en matière d'équipement sanitaire et social le Plan sera réalisé fin 1969 à 82,5 % et fin 1970 à 100,9 % est grave. Quand on soupçonne le retard pris dans ce domaine, il n'est pas possible de laisser passer pareille information sans protester avec force.

Comment est-on, en effet, parvenu à pareils chiffres ? Simplement en faisant le total, en francs courants, des autorisations de programme votées, sans même tenir compte des amputations de crédits de 1969 (248.400.000 F de crédits optionnels bloqués).

Or, l'utilisation des autorisations de programme prévues au Plan n'était pas un objectif en soi. On ne soigne pas les Français dans des autorisations de programme : on les soigne dans des lits d'hôpitaux. L'objectif était la création ou l'aménagement d'un certain nombre de lits, ceci, au travers d'un volume de travaux à exécuter.

*
* *

III. — Exécution financière du Plan.

La commission s'est efforcée d'apprécier les conditions de cette exécution, tant pour les autorisations de programme que pour les crédits de paiement, au moyen des deux tableaux suivants, qui ont été conçus de façon à peu près identique, après des recherches et des recoupements dans les documents obligeamment fournis par le Ministère de la Santé publique et de la Sécurité sociale.

Pour les cinq années couvertes par le V^e Plan, il a tout d'abord été procédé à l'analyse, titre par titre, et exercice par exercice, des crédits ouverts pour les dépenses en capital. En ce qui concerne les autorisations de programme, il a semblé intéressant de faire apparaître, en plus, l'origine de ces crédits selon qu'ils provenaient de reports de l'exercice précédent ou d'ouvertures nouvelles.

En regard de ce relevé des crédits ouverts, se trouvent d'une part celui des crédits et autorisations consommés et, d'autre part, dans les trois dernières colonnes, les pourcentages de consommation par rapport au montant des crédits et autorisations ouverts.

Autorisations de programme 1966-1970.

ANNEE	AUTORISATIONS OUVERTES									AUTORISATIONS CONSOMMEES			POURCENTAGE de consommation.		
	Titre V (a).			Titre VI (b).			Total titres V et VI.			Titre V (a).	Titre VI (b).	Total titres V et VI.	Titre V (a).	Titre VI (b).	Total titres V et VI.
	Reports.	Ouverture dans l'année (c).	Total.	Reports.	Ouverture dans l'année (c).	Total.	Reports.	Ouverture dans l'année (c).	Total.						
1966	2.224.409,47	26.477.926	28.702.335,47	4.511.442,31	508.720.000	513.231.442,31	6.735.851,78	535.197.926	541.933.777,78	25.022.151,94	497.324.579,62	522.346.731,56	87,17	96,90	96,38
1967	3.680.183,53	39.273.289	42.953.472,53	15.906.862,69	529.490.000	545.396.862,69	19.587.046,22	568.763.289	588.350.335,22	40.303.954,03	542.414.856,73	582.718.810,76	93,83	99,45	99,04
1968	2.649.518,50	22.363.064	25.012.582,50	2.982.005,96	585.000.000	587.982.005,96	5.631.524,46	607.363.064	612.994.588,46	3.082.513,10	441.430.696,29	444.513.209,47	(d) 12,32	(d) 75,07	(d) 72,51
1969 (c)	21.930.069,32	11.237.888	33.167.957,32	146.551.309,67	720.118.000	866.669.309,67	168.481.378,99	731.355.888	899.837.266,99	29.785.178,21	620.662.023,84	650.447.202,05	(f) 89,80	(f) 71,61	(f) 72,28
1970	148.896,11	18.000.000	18.148.896,11	778.665,83	520.150.000	520.928.665,83	927.561,94	538.150.000	539.077.561,94	>	>	>	>	>	>
Total 1966-1970.	30.633.076,93	117.352.167	147.985.243,93	170.730.286,46	2.863.478.000	3.034.208.286,46	201.363.363,39	2.980.830.167	3.080.193.530,39	>	>	>	>	>	>
Total 1966-1969.	30.484.180,82	99.352.167	129.836.347,82	169.951.620,63	2.343.328.000	2.513.279.620,63	200.435.801,45	2.442.680.167	2.643.115.968,45	98.193.797,28	2.101.832.156,48	2.200.025.953,84	(g) 75,62	(g) 83,62	(g) 83,23

(a) Investissements exécutés par l'Etat.

(b) Subventions d'investissements accordées par l'Etat, à l'exclusion du chapitre 66-30 « Recherche scientifique et médicale ».

(c) Chiffres résultant des données de la loi de finances, corrigées en plus ou moins, par diverses mesures d'adaptation.

(d) La faiblesse relative des pourcentages de consommation des crédits au cours de cette année 1968 doit être, pour l'essentiel, attribuée à la décision de « suspension des visas » appliquée à partir du mois d'octobre par les services du contrôle financier.

(e) En 1969, ont été virés au « Fonds d'action conjoncturelle » :

3.233.883 F pour le titre V ;

245.228.620 F pour le titre VI tel que défini en (b) ;

Soit, au total 248.462.503 F.

(f) Si l'on excepte de ces relevés les virements au Fonds d'action conjoncturelle, le Ministère de la Santé publique et de la sécurité sociale n'a, en réalité, disposé, pour les titres V et VI tels que définis en (a) et (b), que des crédits suivants :

Titre V..... 33.167.957,32 — 3.233.883 = 29.934.074,32 F

Titre VI..... 866.669.309,67 — 245.228.620 = 621.440.689,67 F

Total titres V et VI..... 899.837.266,99 — 248.462.503 = 651.374.763,99 F

Dès lors, le pourcentage des crédits consommés par rapport aux crédits effectivement mis à la disposition du Ministère est le suivant, pour 1969 :

Titre V, 99,50 % ; titre VI, 99,87 % ; total titres V et VI : 99,85 %.

(g) La note (f) ci-dessus conduit à considérer que, si l'on excepte de ces relevés les crédits bloqués en 1969 au titre du Fonds d'action conjoncturelle, le Ministère de la Santé publique et de la sécurité sociale n'a, en réalité, pour l'ensemble des années 1966 à 1969, disposé, pour les titres V et VI tels que définis en (a) et (b), que des crédits suivants :

Titre V..... 129.836.347,82 — 3.233.883 = 126.602.464,82 F

Titre VI..... 2.513.279.620,63 — 245.228.620 = 2.268.051.000,63 F

Total titres V et VI..... 2.643.115.968,45 — 248.462.503 = 2.394.653.465,45 F

Dès lors, le pourcentage des crédits consommés par rapport aux crédits effectivement mis à la disposition du Ministère est le suivant, pour l'ensemble des années 1966 à 1969 :

Titre V, 77,56 % ; titre VI, 92,57 % ; total titres V et VI : 91,87 %.

CREDITS DE PAIEMENT 1966-1970

ANNEE	CREDITS OUVERTS			CREDITS CONSOMMES			POURCENTAGE de consommation.		
	Titre V (a).	Titre VI (b).	Total Titres V + VI.	Titre V (a).	Titre VI (b).	Total Titres V + VI.	Titre V (a).	Titre VI (b).	Total Titres V + VI
1966.....	20.861.150	297.001.410	317.862.560	18.000.380,74	279.173.701,10	297.174.081,84	86,28	93,99	93,49
1967.....	33.084.053	392.857.701	425.941.754	30.219.669,00	377.560.399,00	407.780.068,00	91,34	96,10	95,73
1968.....	27.327.448	468.057.302	495.384.750	19.632.352,18	445.579.408,17	465.211.760,35	71,84	95,19	93,90
1969.....	25.332.982	515.677.891	541.010.873	20.441.973,53	511.360.581,67	531.802.555,20	80,69	99,16	98,29
1970.....	31.500.000	615.650.000	647.150.000	>	>	>	>	>	>
Total 1966/1970..	138.105.633	2.289.244.304	2.427.349.937	>	>	>	>	>	>
Total 1966/1969..	106.605.633	1.673.594.304	1.780.199.937	88.294.375,45	1.613.674.089,94	1.701.968.465,39	82,82	96,42	95,80

(a) Investissements exécutés par l'Etat.

(b) Subventions d'investissements accordées par l'Etat, à l'exclusion du chapitre 66-30 « Recherche scientifique et médicale ».

Il importe de considérer ce que le fait d'isoler budgétairement les cinq années qui couvrent officiellement la période d'exécution du V^e Plan peut avoir d'arbitraire, puisque la phase initiale de celui-ci a connu des chevauchements, aussi bien en termes budgétaires que physiques, avec le IV^e Plan, et que sa phase terminale risque de déborder très largement sur le VI^e Plan. Aussi a-t-il paru à votre commission intéressant de compléter, par les précisions suivantes, l'information du Sénat, qui pourra ainsi prendre la mesure de la complexité des problèmes.

En principe, toutes les opérations subventionnées au cours des années 1966-1970, et elles seules, doivent être comparées aux objectifs du V^e Plan. En fait, l'on a admis que lorsqu'une opération avait été individualisée dans un document budgétaire, elle devait être rattachée au Plan correspondant à l'année de ce budget et non à celui de l'année au cours de laquelle elle a été effectivement engagée, lorsque ces deux années ne sont pas les mêmes. Il arrivait, en effet, que, pour des motifs techniques, une opération ne puisse être engagée l'année où elle était prévue, soit que l'avant-projet n'ait pu être mis au point en temps utile, soit que l'inscription budgétaire se révélât insuffisante et dût être complétée ultérieurement. Dans ce cas, en fin d'exercice, un crédit demeurait disponible et une opération, prévue au budget suivant mais techniquement prête, pouvait être engagée par anticipation. C'est ainsi que des opérations pour lesquelles des crédits avaient été ouverts antérieurement à 1966, et bien qu'engagées au cours du V^e Plan, ont été rattachées pour tout ou partie au Plan précédent, et qu'inversement certaines des opérations engagées en 1965 ont été considérées comme relevant du V^e Plan.

On pourra s'étonner, si l'on compare le montant des autorisations de programme ouvertes ou consommées avec celui des promesses de subventions relatives aux opérations du V^e Plan, de constater une différence entre ces chiffres. Du fait des substitutions indiquées ci-dessus, on conçoit que le montant des subventions allouées puisse différer de celui des autorisations de programme affectées. Pour comprendre l'écart entre les subventions du V^e Plan et les autorisations de programme de 1966-1970, il faut savoir qu'aux disponibilités d'engagement résultant des ouvertures de crédits annuelles peuvent venir s'ajouter des annulations d'affectations antérieures provenant d'un coût d'exécution inférieur à celui prévu

ou à l'abandon d'un projet. Si cet apport demeure limité, il est tout de même sensible et explique la différence entre la part de l'Etat au titre du V^e Plan (2.756,18 millions de francs) et le volume des crédits ouverts durant la même période (2.720,6 millions de francs) (voir le tableau suivant).

Autorisations de programme ouvertes au cours du V^e Plan au titre de l'équipement sanitaire et social.

I. — Ventilation par textes budgétaires.

	1966	1967	1968	1969	1970	1966-1970
Loi de finances.....	530.000	575.000	600.000	757.320	538.150	»
Economies	»	7.360	»	26.002	»	»
Loi de finances rectificative	»	7.000	»	»	»	»
Transferts en provenance d'autres budgets.....	(a) »	»	»	1.000	»	»
Transferts à d'autres budgets	802	877	1.137	3.362	»	»
Versements au F. A. C.....	»	»	»	248.292	»	»
Totaux	529.198	566.763	605.863	480.664	538.150	2.720.638

a) Il n'a pas été tenu compte d'un transfert de 4.000 F destiné à financer des équipements administratifs (regroupement des services des D. D. A. S. S.).

II. — Ventilation par chapitre (crédits ouverts et modifications).

CHAPITRES	1966	1967	1968	1969	1970	1966-1970
56-10	22.780	37.000	20.600	4.642	13.000	»
56-50	200	150	200	(—) 109	»	»
56-90	1.492	123	63	1.241	5.000	»
66-10	293.902	300.234	351.309	367.669	286.378	»
66-12	113.768	120.416	112.691	58.741	96.000	»
66-20	97.050	108.840	121.000	48.480	137.772	»
Totaux	529.198	566.763	605.863	480.664	538.150	2.720.638

(Source : Ministère de la Santé publique et de la Sécurité sociale.)

Avant de clore cette partie du rapport consacrée à l'examen des données budgétaires du problème de l'exécution du Plan, votre commission croit de son devoir de faire part de l'incidence réelle de la lettre rectificative au projet de loi de finances pour 1969, déposée par le Gouvernement à l'automne de 1968, sur les crédits disponibles au titre de l'équipement sanitaire et social.

En effet, après le dépôt devant l'Assemblée Nationale du projet de loi de finances pour 1969, le Gouvernement a adressé une lettre rectificative majorant de 103.320 millions de francs les autorisations de programme destinées à l'équipement sanitaire et social par anticipation sur le budget de l'année suivante. Nous nous en étions, à l'époque, félicités !

Pour apprécier l'incidence de cette mesure sur les crédits disponibles au titre de l'équipement sanitaire et social, il convient de comparer le montant des crédits dont le ministère a disposé en 1969 et 1970 avec celui qu'il aurait normalement obtenu sans intervention de celle-ci.

1° *Crédits dont a disposé effectivement
le ministère en 1969 et 1970.*

Au titre de 1969, les crédits ci-après ont été ouverts (en millions de francs) :

Reports 1968	168,481
Projet de loi (654), économies (26.002) ..	627,998
Lettre rectificative	103,320
Virement des charges communes.....	3,400
	<hr/>
Total	903,199

En cours d'année, la situation économique a amené le Gouvernement à décider la création d'un Fonds d'action conjoncturelle auquel seraient versés les trois quarts des crédits demeurant

disponibles au 30 juin. A cette date, les crédits consommés s'élevant à 571,535 millions de francs, c'est donc : $\frac{331,664 \times 3}{4}$

soit 248,463 millions de francs qui ont été bloqués.

Le montant des crédits effectivement disponibles pour 1969 a donc été de $903,199 - 248,463 = 654,736$ millions de francs.

Pour 1970, décision a été prise pour tous les ministères de reconduire le budget voté (compte tenu des économies) après abattement de 10 %. Conformément aux dispositions prévues par la lettre rectificative, le budget d'équipement du Ministère de la Santé publique a donc été calculé comme suit (en millions de francs) :

Budget 1969, après économies.....	628,000
Avance de 103,320 à déduire.....	— 103,000
	525,000
Abattement de 10 %	— 52,500
	472,500
Plan d'urgence en faveur des handicapés	65,650
	538,150
Total	538,150

Le total des deux années est donc de : $654,736 + 538,150 = 1.192,886$ millions de francs.

2° Crédits dont aurait disposé le ministère s'il n'y avait pas eu de lettre rectificative.

Les crédits ouverts en 1969 se seraient élevés à : $903,199 - 103,320 = 799,879$ millions de francs ; au 30 juin, le disponible n'aurait plus été que de : $331,664 - 103,320 = 228,344$ millions de francs, et le versement au Fonds d'action conjoncturelle aurait

été alors de $\frac{228,344 \times 3}{4} = 171,258$ millions de francs, ce qui

aurait ramené le montant des crédits disponibles pour 1969 à : $799,879 - 171,258 = 628,621$ millions de francs.

Les crédits à ouvrir en 1970 auraient été de (en millions de francs) :

Reconduction budget 1969, après économies	628,000
Abattement de 10 %	62,800
	<hr/>
	565,200
Plan d'urgence pour les handicapés ...	65.650
	<hr/>
Total	630,850

Dans ce cas, le total pour les deux années aurait été de :
 $628,621 + 630,850 = 1.259,471$ millions de francs.

On constate que la lettre rectificative s'est traduite dans la pratique par une diminution des crédits disponibles de : $1.259,471 - 1.192,886 = 66,585$ millions de francs.

*
* *

Sans préjudice des observations générales que votre commission a estimé nécessaire de formuler dans d'autres parties de ce rapport et qui révèlent l'extrême gravité de la situation en ce qui concerne la planification des équipements sanitaires et sociaux, il convient de constater que, considéré du seul point de vue de la rigueur budgétaire des opérations, le V^e Plan semble avoir commencé dans des conditions à peu près satisfaisantes, tant en ce qui concerne une indiscutable et assez régulière progression des crédits ouverts que le pourcentage de leur consommation ; cependant, et pour les autorisations de programme notamment, l'année 1968 est caractérisée par un fléchissement très net ; il en est de même pour l'année 1969, dominée par les importants blocages au titre du Fonds d'action conjoncturelle, dont rien ne permet d'espérer la levée dans les circonstances présentes ; de même, l'année 1970 semble se présenter sous un jour très sombre par suite du substantiel freinage opéré sur le volume des autorisations ouvertes. Le pourcentage de consommation tend, lui aussi, dans les dernières années, à être moins satisfaisant.

Il n'est pas possible, au surplus, d'émettre un jugement valable qui resterait sur le plan strictement comptable, car il faut replacer les données des tableaux précédents dans la perspective de besoins croissants, de l'augmentation des coûts de construction et de l'érosion monétaire qui a affecté le franc pendant la période de référence.

IV. — Où en est-on en réalité en matière d'exécution des travaux ?

Nous avons vu que le rapport du Gouvernement est muet sur ce point. Par ailleurs, votre commission n'a encore reçu aucune information au plan des régions.

Nous n'avons eu comme ressource que de nous adresser, comme nous l'avait courtoisement offert M. Robert Boulin, Ministre de la Santé publique et de la Population, à la Direction de l'Équipement social, connue en jargon administratif sous le vocable « Le Vésinet ». Nous y avons trouvé un accueil empressé, une collaboration confiante, sans réserve et efficace.

Nous avons pu, en particulier, satisfaire notre curiosité en ce qui concerne :

— l'évolution des autorisations de programme de 1965 à 1970 et leur consommation ;

— la consommation des crédits de paiement ;

— l'évolution du taux des subventions pendant la période couverte par le V^e Plan ;

— l'état d'exécution du Plan sur le plan national et dans chaque région, en ce qui concerne le montant des travaux correspondant à des dépenses subventionnées ;

— les unités physiques correspondant aux opérations lancées financièrement de 1966 à 1968 avec le concours de l'État (en lits ou places).

Exécution du Plan en ce qui concerne le volume

La situation, à la fin de l'année 1969, et les prévisions pour

Exécution du V^e Plan prévisible fin

Rubriques.	Enveloppe V ^e Plan		Dépenses subventionnées	
	Total.	Opérations à subventionner.	Engagées en 1968-1969.	
			Autorisations de programme.	Dépenses subventionnées.
C. H. U.	3.054.775.000	2.291.081.000	553.814.808	1.384.090.914
Hôpitaux non C. H. U.	2.387.125.000	1.790.344.000	543.880.229	1.407.584.754
Maladies mentales	1.894.974.000	1.705.477.000	292.707.069	655.402.900
Cancer	156.500.000	117.375.000	52.503.731	111.274.960
P. M. I. et C. M. S.	249.365.000	187.024.000	27.500.000	73.430.448
Tuberculose	82.700.000	62.025.000	7.902.636	19.311.123
Réadaptation fonctionnelle	66.750.000	50.063.000	16.637.015	45.757.328
Thermalisme	79.100.000	59.325.000	5.201.389	14.099.572
Transfusion sanguine	73.550.000	55.163.000	12.282.412	30.895.057
Personnels sanitaires	224.100.000	168.075.000	45.656.974	118.382.455
Divers sanitaires	33.161.000	24.871.000	8.573.109	21.053.751
Total sanitaire (I)	8.302.100.000	6.510.823.000	1.566.659.372	3.881.283.262
Hospices et maisons de retraite publiques.	1.197.173.000	897.879.750	160.146.973	418.546.754
Personnes âgées (sous-sect. social)	451.137.000	383.466.000	60.555.920	159.916.183
Total personnes âgées (II) ...	1.648.310.000	1.281.345.750	220.702.893	578.462.937
Enfance inadaptée	1.300.000.000	1.105.000.000	194.196.247	487.344.133
Foyers de jeunes travailleurs	210.000.000	178.500.000	21.022.112	80.049.982
Aide sociale à l'enfance	240.000.000	204.000.000	33.562.557	88.333.008
Infirmes adultes	190.000.000	161.500.000	24.266.848	61.159.133
Centres d'accueil et d'hébergement	75.000.000	63.750.000	10.435.137	27.112.553
Centres sociaux	110.000.000	93.500.000	18.540.081	52.307.933
Maisons familiales de vacances	49.690.000	42.236.000	5.810.966	18.323.526
Personnels sociaux	65.000.000	55.250.000	18.714.269	39.943.069
Total social (III)	2.239.690.000	1.903.736.000	326.548.217	854.573.337
Total I + II + III	12.190.100.000	9.695.905.000	2.113.910.482	5.314.319.536
Etablissements nationaux (IV)	159.900.000	159.900.000	89.676.403	89.749.669
Totaux I + II + III + IV	12.350.000.000	9.855.805.000	2.203.586.885	5.404.069.205
D. O. M. - T. O. M. (V)	300.000.000	175.000.000	19.250.030	44.346.921
Total général	12.650.000.000	10.030.805.000	2.222.836.915	5.448.416.126

(1) Montant global des autorisations de programme prévues au Plan (en francs 1965) : 2.950.000.000 F.

des travaux afférents à des dépenses subventionnées.

1970 ressortent du tableau suivant :

1970 (Dépenses subventionnées).

(1966-1969) ou à subventionner (1970) et autorisations de programme affectées ou à affecter.

A engager en 1970.		Prévisibles fin 1970.		Pourcentages.	
Autorisations de programme.	Dépenses subventionnées.	Autorisations de programme.	Dépenses subventionnées.	Fin 1969.	Fin 1970.
161.674.658	481.204.891	715.489.466	1.865.295.805	60,41	81,42
82.928.171	221.679.000	628.808.400	1.629.263.754	78,62	91,00
63.893.065	154.229.840	356.600.134	809.632.740	38,43	47,47
11.440.905	29.069.760	63.944.636	141.244.720	94,80	120,34
4.333.310	10.834.314	31.833.310	84.264.762	39,26	45,05
2.001.403	5.240.865	9.904.039	24.551.988	31,13	39,58
1.060.014	3.807.455	17.697.029	49.564.783	91,39	99,00
1.000.000	2.777.770	6.201.389	16.877.342	23,76	28,44
2.000.000	5.569.000	14.282.412	36.464.057	56,00	66,10
5.099.230	13.398.576	50.756.204	131.781.031	70,43	78,40
1.107.741	3.126.853	9.680.850	24.180.604	84,65	97,22
336.538.497	931.838.324	1.903.197.869	4.813.121.586	59,61	73,92
35.083.850	97.751.000	195.230.823	516.297.754	46,61	57,50
6.286.584	20.183.810	66.842.504	180.099.933	41,70	46,96
41.370.434	117.934.810	262.073.327	696.397.747	45,14	54,34
95.928.011	221.478.745	290.124.258	708.822.878	44,10	64,15
6.574.862	19.961.539	27.596.974	100.011.521	44,25	56,02
7.646.862	21.382.033	41.209.419	109.715.041	43,30	53,78
5.189.434	14.425.811	29.456.282	75.584.944	37,87	46,80
1.500.040	4.238.142	11.935.177	31.350.695	42,53	49,18
2.328.570	6.499.485	20.868.651	58.807.418	55,94	62,89
1.720.000	6.177.000	7.530.966	24.500.526	43,38	36,46
9.260.000	18.520.000	27.974.269	58.463.069	72,29	105,82
130.147.779	312.682.755	456.695.996	1.167.256.092	44,89	61,31
508.056.710	1.362.455.889	2.621.967.192	6.636.775.425	54,81	68,96
13.002.403	13.002.403	102.678.806	102.752.072	56,13	64,26
521.059.113	1.375.458.292	2.472.645.998	6.779.527.497	54,83	68,79
12.284.792	42.902.000	31.534.822	87.248.921	25,34	49,86
833.343.905	1.418.360.292	2.756.180.820	6.866.776.418	54,31	68,46

(1)

En résumé, ce tableau fait apparaître que fin 1970 :

1° Pour un montant total prévu de travaux de 12.650.000.000 F (valeur 1965) (dont 10.030.805.000 F de travaux subventionnables), 6.866.776.418 F auront été lancés (en francs courants), soit 68,46 % (y compris D. O. M. et T. O. M. — 68,96 % pour la France métropolitaine) ;

2° Pour un montant total prévu d'autorisations de programme de 2.950.000.000 F, il aura été affecté 2.756.180.820 F.

*
* *

Exécution du Plan par région.

Les pourcentages d'exécution du Plan, en ce qui concerne le total des travaux subventionnés, s'établissent ainsi, par région :

REGIONS	POURCENTAGES	
	Fin 1969.	Fin 1970 (prévisions).
Alsace	46,73	57,12
Aquitaine	43,64	51,38
Auvergne	65,13	74,42
Bourgogne	79,52	86,05
Bretagne	51,90	60,53
Centre	66,54	75,46
Champagne	80,80	88,56
Franche-Comté	61,28	75,63
Languedoc	59,71	67,00
Limousin	77,47	98,89
Lorraine	56,60	60,70
Midi-Pyrénées	61,61	70,43
Nord	32,77	38,59
Basse-Normandie	59,56	72,73
Haute-Normandie	62,08	69,35
Pays de la Loire	51,85	59,94
Picardie	48,01	63,91
Poitou-Charentes	50,00	66,92
Provence	63,00	73,87
Région parisienne	57,12	63,94
Rhône-Alpes	63,46	70,99
Moyenne métropolitaine.....	54,81	68,96

Exécution physique du Plan fin 1968.

Les chiffres de 1968 sont les derniers connus. Ils s'établissent ainsi, d'après la Direction de l'Équipement social (alors que le pourcentage d'exécution du Plan fin 1968 était de 38 %)(1) :

Unités physiques correspondant aux opérations lancées financièrement de 1966 à 1968 avec le concours de l'État.

RUBRIQUES	PREVISIONS V PLAN (lits ou places)			TOTAL ANNEE 1966 A 1968				Total général
	Créés.	Amé- nagés.	Total.	Total lits.		Total places.		
				Créés.	Amé- nagés.	Créées.	Amé- nagées.	
C. H. U.	22.072	8.019	30.091	6.772	390	»	»	7.162
Hôpitaux non C. H. U.	23.600	13.000	36.600	9.117	355	»	»	9.472
Maladies mentales	25.700	20.000	45.700	7.798	197	462	70	8.527
Cancer	1.083	»	1.083	241	»	131	»	372
P. M. I. et C. M. S.	10.800	»	10.800	151	»	3.083	160	3.394
Tuberculose	»	»	»	»	»	»	»	»
Réadaptation fonctionnelle	500	»	500	154	»	»	»	154
Thermalisme	»	»	»	»	100	»	»	100
Transfusion sanguine	»	»	»	»	»	»	»	»
Divers sanitaires	»	»	»	160	»	»	»	160
Personnels sanitaires	9.000	»	9.000	152	»	1.149	»	1.301
Total (I)	92.755	41.019	133.774	24.545	1.042	4.825	230	30.642
Personnes âgées (sanitaire)	»	»	»	9.476	1.212	»	»	10.688
Personnes âgées (social)	52.000	33.000	85.000	4.737	62	3.121	»	7.920
Total (II)	52.000	33.000	85.000	14.213	1.274	3.121	»	18.608
Enfance inadaptée	33.000	1.000	34.000	7.271	44	3.047	40	10.402
Foyers de jeunes travailleurs	15.000	1.200	16.200	4.023	98	1.968	»	6.069
Aide sociale à l'enfance	3.610	1.920	5.530	2.449	188	258	»	2.895
Infirmes adultes	6.650	»	6.650	856	56	291	»	1.203
Centres d'accueil et d'hébergement ..	1.040	»	1.040	796	»	40	»	836
Centres sociaux	»	»	»	»	»	»	»	»
Maisons familiales de vacances	6.000	»	6.000	1.048	»	430	»	1.478
Personnels sociaux	2.500	»	2.500	529	»	1.037	»	1.566
Total (III)	67.800	4.120	71.920	16.972	386	7.071	40	24.469
Total I + II + III	212.555	78.139	290.694	55.730	2.702	15.017	270	73.719
Etablissements nationaux (IV)	»	»	»	10	24	»	»	34
Total I + II + III + IV	212.555	78.139	290.694	55.740	2.726	15.017	270	73.753
D. O. M., T. O. M. (V)	»	»	»	175	»	»	»	175
Total général	212.555	78.139	290.694	55.915	2.726	15.017	270	73.928

(1) 3.809.178.057 F de dépenses subventionnées.

Les établissements de soins pour les maladies mentales.

Une mention particulière nous paraît devoir être faite en ce qui concerne les établissements de soins pour les maladies mentales. Le V^e Plan leur avait réservé une place prioritaire parfaitement justifiée tant à cause de leur insuffisance numérique, de leur vétusté, de la transformation des techniques de soins nécessitant des modifications profondes de leur structure et de leurs équipements qu'à cause du nombre tragiquement croissant des malades que, dans certains départements, on ne sait plus où mettre.

Les résultats de l'exécution du Plan font apparaître dans ce secteur un pourcentage de réalisation particulièrement faible (38,43 % fin 1969 — 47,47 % prévu fin 1970). Et nous avons vu que le rapport gouvernemental annexé au projet de loi de finances pour 1970 enregistre ce retard et l'explique en accusant « les initiatives locales qui ne se sont pas manifestées au rythme souhaité ».

Or, les établissements psychiatriques étaient le plus souvent, jusqu'à la loi du 30 juillet 1968 (art. 25), des « services non personnalisés des collectivités publiques » (ils le sont encore d'ailleurs, cette loi qui les a transformés en établissements publics — hôpitaux de deuxième catégorie — n'étant pas encore appliquée).

Gérés par une commission de surveillance, ils sont directement dépendants des conseils généraux et de leur commission départementale. C'est dire qu'ils sont sous la coupe des services départementaux et que les dossiers d'équipement qui les concernent sont du ressort des directions départementales de l'action sanitaire et sociale (D. D. A. S. S.). Constater que le Plan en ce secteur n'est pas exécuté, c'est mettre l'accent sur le fait que les propres services départementaux du ministère de la Santé publique sont impuissants à faire avancer les dossiers d'équipement quand ils sont pratiquement eux-mêmes maître d'ouvrage.

Cela est certes dû à la notoire insuffisance en personnel des D. D. A. S. S. Cela est dû aussi à la complexité, à la lourdeur incroyable des multiples rouages administratifs, successivement compétents, aux changements fréquents de programmes qui découragent les volontés les plus opiniâtres.

Les dossiers de l'espèce n'avaient pas à passer (pas plus que ceux concernant les équipements de lutte contre la tuberculose, le cancer et les équipements de transfusion sanguine) devant la Commission nationale de l'équipement hospitalier. Mais ils avaient et ont encore à franchir l'obstacle de la Commission des maladies mentales qui siège auprès de la Direction de la Santé publique. Conçue pour ne s'occuper, en principe, que des seuls programmes, cette commission s'attribue un rôle extensif et prétend s'insérer dans le domaine technique (terrains, plans, équipements). Comme, de surcroît, elle change assez souvent ses normes et ses programmes, il s'ensuit des retards considérables, des complications et des désordres irritants.

Nous craignons que la compétence en ce domaine qui a été reconnue à la Commission régionale des opérations immobilières, de l'architecture et des espaces protégés créée par le décret du 28 août 1969 (applicable depuis le 1^{er} avril 1970) ne vienne encore aggraver la situation en constituant un écran supplémentaire pour toutes les opérations de plus de 5 millions.

Pourtant, à l'heure actuelle la Direction de l'Équipement social du Vésinet a dans ses tiroirs neuf projets techniquement prêts d'hôpitaux psychiatriques nouveaux et de multiples projets de quartiers psychiatriques absolument au point. Les départements n'attendent que le feu vert de la décision de subvention pour mettre les chantiers en route.

Craignons, si cette décision tarde trop, que les prix aient évolué, obligeant à reprendre tout le financement des projets et mettant pendant de longs mois les collectivités locales dans l'impossibilité de lancer les opérations.

V. — Les services de l'équipement au Ministère de la Santé publique.

L'équipement sanitaire et social relève, sous l'autorité du Ministre, d'un service central, la Direction de l'équipement social fonctionnant au Vésinet et des directions départementales de l'action sanitaire et sociale.

A. — La direction de l'équipement social (arrêté n° 743 du 30 janvier 1970) comprend :

- le bureau des affaires administratives ;
- le service des études générales et des constructions ;
- la division des opérations d'équipement ;
- la division du contrôle des opérations subventionnées.

a) Le bureau des affaires administratives, en liaison avec la direction de l'administration générale, du personnel et du budget :

— suit les questions de personnel et de matériel relatives à la direction ;

— rassemble les données nécessaires pour la préparation du plan et du budget d'équipement.

Il est chargé de la centralisation et de l'exploitation des informations relatives à l'exécution du budget et du plan d'équipement.

b) Le service des études générales et des constructions effectue ou fait effectuer les études techniques générales, prépare les normes techniques et financières pour les différentes catégories d'ouvrages.

Il est chargé de l'étude et de la réalisation des opérations pilotes et des constructions industrialisées.

Il est le service constructeur du ministère lorsque celui-ci est le maître de l'ouvrage.

Il est chargé de la documentation technique relative à l'équipement social.

Il assure les relations publiques de la direction dans le domaine technique.

c) La division des opérations d'équipement conseille, s'il y a lieu, les maîtres d'ouvrage et les maîtres d'œuvre pour la mise au point des avant-projets et suit les études techniques préalables à des opérations d'équipement.

Elle est consultée par les directions compétentes pour l'établissement des listes d'opérations devant figurer au plan d'équipement. Elle prépare en accord avec ces directions les listes d'opérations subventionnées à inscrire au budget d'équipement. Elle assure pour partie le secrétariat de la commission nationale de l'équipement hospitalier.

Pour l'exécution du budget des autorisations de programme concernant les opérations nouvelles subventionnées, après l'approbation, par le ministre, des programmes, des besoins, elle instruit le dossier technique et financier des opérations et prépare les arrêtés de promesse de subvention.

Elle instruit de même les dossiers des opérations non subventionnées.

d) La division du contrôle des opérations subventionnées :

— suit l'exécution du budget des crédits de paiement et instruit les demandes de crédits de réévaluation :

— traite les questions relatives à l'intervention des architectes et des bureaux d'études. Elle assure le secrétariat de la commission d'agrément des architectes.

Les services du Vésinet ne sont composés que d'une petite équipe d'une vingtaine de personnes. Dans des conditions souvent ingrates, ils assument la très lourde charge tout à la fois d'orienter et de faire évoluer, au stade de la conception d'ensemble, les techniques et les normes des équipements en même temps qu'ils étudient tous les projets qui mûrissent à travers la France entière.

Bien souvent, les maîtres d'ouvrages ont tendance à faire porter aux services du Vésinet toute la responsabilité des retards dans l'évolution des dossiers. Au Sénat, nous nous sommes à plusieurs reprises fait l'écho de ces ressentiments. Mais nous estimons nécessaire de nuancer ici nos critiques.

La tâche de la Direction de l'équipement social est, nous l'avons vu, lourde. Elle y fait face avec conscience mais avec des moyens réduits. Ce qui nous a cependant frappés est l'atmosphère de « bonne conscience » qui y règne et la consternation douloureuse

que ressentent ces fonctionnaires en face des critiques acerbes dont ils se savent l'objet. « Que peut-on nous reprocher puisque nous consommons les crédits d'équipement à plus de 99 % ? » nous a-t-on répété. Et cela est vrai : même si l'étude des dossiers était plus rapide, on n'aurait pas pu construire un hôpital de plus puisque, depuis plusieurs années, la totalité des crédits disponibles a pratiquement été utilisée.

Mais on nous permettra quelques remarques. En effet, si nous comprenons la sérénité des services qui estiment avoir rempli leur rôle nous ne pensons pas qu'ils ont devant l'événement l'attitude la plus propice au développement dynamique d'une politique d'équipement sanitaire. Les crédits étant épuisés, ils se laissent entraîner sur la voie du perfectionnisme tant au plan des conceptions qui évoluent trop souvent qu'au plan des projets qu'ils étudient, modifient, reprennent, triturent avec conscience et obstination, masquant ainsi aux yeux de tous que le véritable problème est un goulot financier. On les accuse des retards alors que ces retards ne sont que la conséquence de l'insuffisance des crédits. Il y a, en ce moment, suffisamment de dossiers techniquement prêts pour épuiser trois années de dotations budgétaires au rythme actuel (cf. l'annexe VI de ce rapport). Mais, décontenancés par ces retards qu'ils imputent trop souvent à une déficience administrative et technique, les responsables, élus, économistes ou financiers, se tournent dans leur choix des priorités vers des équipements qu'ils estiment plus aisément réalisables ou plus rentables au plan économique.

Il est remarquable et inquiétant qu'alors que de toutes parts les Français se plaignent de l'insuffisance et de la vétusté de leur équipement hospitalier aucune région n'ait placé le secteur sanitaire au premier plan des équipements collectifs à réaliser. N'y a-t-il pas là une sorte de résignation ? Et n'est-ce pas ce découragement des maîtres d'ouvrage qui permet au rapport gouvernemental sur l'exécution du plan d'oser affirmer que les « initiatives locales ne se sont pas manifestées au rythme souhaité » ?

Nous pouvons attester que ces initiatives se sont manifestées, se manifestent encore de tous côtés.. mais on leur refuse les moyens de se réaliser.

Par ailleurs, le Ministère de la Santé, qu'il s'agisse des services centraux et plus encore des directions départementales, souffre tragiquement d'une pénurie en personnels. Il y a là une situation dont la gravité ne devrait pas échapper au Gouvernement et à laquelle il

convient d'urgence de porter remède. En quelques années le nombre des administrateurs civils du Ministère de la Santé a anormalement diminué, alors que dans le même temps l'effectif de ces fonctionnaires d'encadrement progressait très sensiblement dans les autres administrations.

Le dévouement et le sens du service public des fonctionnaires du Ministère de la Santé ne sont certes pas en cause, mais leur âge moyen est relativement élevé, la relève n'est pas assurée ; qui s'en étonnera sachant la lourdeur et la multiplicité de leurs missions, sachant aussi que leurs rémunérations sont souvent inférieures à celles de leurs collègues des autres ministères. Pénurie de personnel, tâches écrasantes, désaffection des jeunes fonctionnaires à l'égard des ministères sociaux créent, par leur enchaînement, un cercle vicieux dont il nous faut sortir.

*
* *

B. — Le service de l'équipement sanitaire et social dans les directions départementales de l'action sanitaire et sociale :

La compétence des **directeurs départementaux** de l'action sanitaire et sociale en matière d'équipement sanitaire et social est fixée par les paragraphes 6 et 7 de l'article 8 du décret n° 64-783 du 30 juillet 1964 portant réorganisation et fixant les attributions des services extérieurs de l'Etat chargés de l'action sanitaire et sociale :

« En ce qui concerne la préparation du plan d'équipement sanitaire et social, le directeur départemental de l'action sanitaire et sociale est chargé de recenser les moyens existants, de déterminer les besoins, de dresser les propositions d'investissements sanitaires et sociaux du département. Celles-ci sont adressées au préfet qui recueille l'avis de la Commission départementale d'équipement et les transmet après examen au préfet de région.

« Au stade du programme les dossiers des opérations d'équipement sont instruits par le directeur départemental de l'action sanitaire et sociale. Au stade de l'avant-projet, du projet et du contrôle de l'exécution, ils sont instruits pour le compte du directeur départemental de l'action sanitaire et sociale, par le fonctionnaire habilité dans les conditions fixées par arrêté du Ministre de la Santé publique et de la Sécurité sociale. Le Préfet est saisi

pour décision éventuelle ou pour transmission au Ministre de la Santé publique et de la Sécurité sociale ainsi que le sous-préfet pour information.

« Dans le cadre de la coordination de l'équipement sur le plan départemental, les services de la préfecture sont tenus informés au fur et à mesure de la réalisation des opérations. »

Pour faire face à ces attributions, le directeur départemental de l'action sanitaire et sociale dispose de l'organisation suivante :

— une cellule individualisée rattachée à la section du contrôle et de la tutelle des établissements. La section est placée sous la responsabilité d'un directeur adjoint, inspecteur principal ou inspecteur de l'action sanitaire et sociale suivant l'importance du département et l'état des effectifs. Dans certains départements importants, cette cellule est constituée en section autonome ;

— l'assistance technique du délégué aux travaux. Ce fonctionnaire ne constitue pas une entité administrative nouvelle et ne porte pas atteinte à l'unité et à la responsabilité de la direction départementale de l'action sanitaire et sociale qui représente, seule, sous l'autorité du Ministre, l'ensemble des services centraux y compris la direction de l'équipement social.

A la suite d'un protocole d'accord entre les différents ministères intéressés, c'est, selon le département, l'ingénieur en chef des ponts et chaussées, le directeur départemental de l'équipement ou l'ingénieur en chef du génie rural qui, correspondant technique départemental de la direction de l'équipement social, est associé au directeur départemental de l'action sanitaire et sociale pour l'accomplissement de certaines tâches bien spécifiques ;

— les conseils et avis du médecin inspecteur départemental.

La répartition des compétences entre ces différents responsables est ainsi définie :

I. — La sous-section ou section de l'équipement est chargée de la préparation du programme, du choix du terrain, de la désignation de l'architecte et des techniciens. Les maîtres d'ouvrage doivent donc traiter directement avec ce service pour toutes ces questions. Il va de soi que, pour instruire ces dossiers, le directeur de l'action sanitaire et sociale recueille les avis du médecin inspecteur départemental lorsqu'entre en jeu l'application de techniques médicales et du délégué aux travaux. Ce dernier est notamment

consulté sur les estimations du coût des opérations, la possibilité de les scinder en tranches, la détermination des terrains, l'éventualité de conserver ou transformer les bâtiments existants.

II. — Le délégué aux travaux n'est cependant pas un simple conseiller technique ; il assume une véritable responsabilité. C'est ainsi qu'il traite pour le compte du directeur départemental de l'action sanitaire et sociale les affaires relatives au plan directeur, à l'avant-projet, au projet et à l'exécution des travaux. Les maîtres d'ouvrage doivent donc être en rapport direct avec lui et il les conseillera pour la préparation de leurs dossiers. D'autre part, il est responsable du lancement et du contrôle de l'exécution des travaux ainsi que du respect des délais.

III. — Le médecin inspecteur départemental, en raison de la connaissance qu'il a de la situation sanitaire du département, donne son avis pour la préparation du programme ainsi qu'à toutes les phases des opérations, notamment sur l'existence, la nature, l'importance des services médicaux que doivent comporter les établissements, de même que sur le fonctionnement de ces services.

*
* * *

Les moyens en personnel mis à la disposition du directeur départemental de l'action sanitaire et sociale sont variables suivant les départements.

Il est évident que, dans les départements de faible importance où l'effectif en personnel de catégorie A, outre le directeur, est de trois ou quatre inspecteurs, l'inspecteur de l'action sanitaire et sociale chargé de l'équipement se verra confier d'autres attributions. Par contre, dans les gros départements où, en raison d'un effectif plus nombreux, une spécialisation est possible, un inspecteur sera exclusivement chargé de l'équipement ; il sera alors placé sous l'autorité d'un directeur adjoint ou d'un inspecteur principal.

D'autre part, il a été possible d'obtenir la création, au budget du ministère, de vingt emplois d'agents contractuels de troisième catégorie. Les intéressés qui relèvent de l'autorité du directeur départemental de l'action sanitaire et sociale sont mis à la disposition des délégués aux travaux pour les aider dans leurs tâches.

Enfin, dix ingénieurs divisionnaires des travaux publics de l'Etat ont été mis à la disposition du Ministère de la Santé publique et de la Sécurité sociale par le Ministère de l'Équipement et du Logement.

Les intéressés sont conseillers techniques des chefs de services régionaux de l'action sanitaire et sociale. Ils sont chargés, dans le cadre de la préparation du plan d'équipement sanitaire et social de vérifier les propositions des départements (programme, estimation des dépenses, modes de financement) et de participer à l'élaboration du plan régional.

En ce qui concerne l'exécution du Plan, ils doivent suivre la préparation des dossiers (choix des terrains, procédures administratives et techniques, documentation des maîtres d'ouvrage et des maîtres d'œuvre) en vue de l'élaboration des listes budgétaires annuelles.

Enfin, ils assurent la liaison entre la direction de l'équipement social et les délégués aux travaux des départements de la région.

Antérieurement à 1964, le contrôle des travaux d'équipement sanitaire et social faisait l'objet d'un décret du 1^{er} mars 1937 qui prévoyait l'intervention des ingénieurs des ponts et chaussées ou des mines.

Les intéressés étaient appelés :

- au stade de l'avant-projet, à établir, pour l'administration centrale, un rapport sur un dossier qui leur était communiqué ;
- à assister aux séances d'ouverture des plis d'adjudications et, dans certains cas, à donner un avis sur les marchés ;
- en cours d'exécution des travaux, à intervenir pour justifier le bien-fondé des demandes de versement d'acomptes.

Les liaisons étaient insuffisantes entre l'administration centrale et ses contrôleurs locaux. Le rôle joué par ces derniers, qui n'intervenaient que d'une façon superficielle et le plus souvent *a posteriori*, était devenu pratiquement inutile face à l'importance croissante des actions entreprises dans le domaine sanitaire et social.

En 1964, la désignation dans chaque département d'un délégué aux travaux, choisi parmi les chefs des services techniques d'Etat, eut pour effet de modifier cette situation.

A partir de 1969, des postes d'agents contractuels furent créés au budget du Ministère des Affaires sociales, pour aider dans leur tâche les délégués les plus chargés.

D'autre part, afin de donner aux chefs des services régionaux de l'action sanitaire et sociale quelques moyens d'exercer leur action, il fut envisagé de mettre des ingénieurs divisionnaires des T. P. E. à leur disposition. Les crédits nécessaires à la rémunération d'une première tranche de 10 de ces ingénieurs furent inscrits au budget de 1969.

*
* * *

I. — LES DÉLÉGUÉS AUX TRAVAUX

Mis en place à la suite de protocoles signés en mars 1964 entre les Ministères de la Santé publique, de l'Équipement et du Logement (anciennement Travaux publics et Construction) et de l'Agriculture, les délégués aux travaux sont désignés parmi :

— les directeurs départementaux de l'agriculture dans onze circonscriptions : Ain, Aisne, Basses-Alpes, Hautes-Alpes, Aveyron, Cantal, Côtes-du-Nord, Hérault, Indre, Haute-Loire, Lozère, Morbihan ;

— les directeurs départementaux de l'équipement dans le reste de la France.

1° *Leur rôle.*

Les textes qui ont défini leur activité au profit du Ministère de la Santé publique sont essentiellement les circulaires du 30 janvier 1964, 17 avril 1964, 30 juillet 1964 et 3 septembre 1964.

Les délégués aux travaux agissant « pour le compte du directeur de l'action sociale » sont les correspondants locaux de la direction de l'équipement social. Leur rôle, par rapport à ce qu'il était jusque-là, s'est accru considérablement : ils n'interviennent plus seulement *a posteriori* mais sont appelés, pour aplanir les difficultés et abrégé les délais, à proposer au préfet ou au ministre toute mesure qui leur paraîtrait opportune.

Leur action se manifeste dès la préparation du Plan puisqu'ils doivent être associés à l'élaboration des listes régionales.

En ce qui concerne le déroulement proprement dit des opérations, ils interviennent au stade :

— du programme, en donnant leur avis, le cas échéant, sur l'état des bâtiments à conserver ou à transformer ;

— du choix des hommes de l'art, puisque le préfet les consulte, avant de désigner éventuellement des bureaux d'études, sur la valeur et l'opportunité de l'intervention de ces derniers ;

— du choix du terrain, en présentant obligatoirement un rapport sur la nature du sol, sur son aptitude à recevoir les constructions projetées, sur les dessertes en voirie et réseaux divers à établir ;

— de l'avant-projet, dont ils suivent l'élaboration en recueillant (en principe) l'avis des divers services départementaux, en examinant plus particulièrement l'adaptation des bâtiments au terrain ainsi que les prévisions relatives à la voirie et aux réseaux divers et en contrôlant l'estimation des dépenses ;

— du projet à la mise au point duquel ils sont associés directement en veillant à ce qu'il reste conforme à l'avant-projet approuvé. Ils donnent obligatoirement leur avis en cas de demande d'autorisation préalable à la consultation des entreprises et veillent ensuite à ce que cette consultation porte bien sur l'ensemble de l'opération. Ils assistent aux séances d'ouverture des plis et prennent part à l'examen des offres. Les marchés préférés leur sont adressés pour accord ou, le cas échéant, pour visa avant approbation par le préfet. Ils s'assurent que le cadre financier est respecté et rendent compte à l'administration centrale :

— de l'exécution des travaux qu'ils contrôlent en veillant à leur bonne réalisation, au respect du planning, à leur conformité avec le projet (sauf accord préalable écrit du ministère). A l'occasion des demandes de réévaluation de subventions, ils procèdent à une analyse objective du bilan financier et à un examen des dépenses complémentaires au sujet desquelles ils donnent leur avis à l'administration centrale.

En ce qui concerne le paiement des subventions, ils sont saisis directement par les maîtres d'ouvrages et, après vérification du bien-fondé des demandes, ils adressent au préfet leurs propositions de versement d'acomptes sur les crédits délégués trimestriellement par l'administration centrale.

2° *Leurs rémunérations.*

En contrepartie des services rendus par les délégués aux travaux à l'occasion des opérations qu'ils ont suivies, le ministère de la Santé publique verse chaque année aux ministères dont dépendent les intéressés (Equipement et Logement ou Agriculture) des sommes égales à 5 % du montant :

— des travaux payés sur les chapitres 56-10 et 56-50 (dans les cas seulement où l'intervention des délégués est demandée) ;

— des travaux subventionnés sur les chapitres 66-10, art. 1^{er}, 66-12, art. 3, 66-30 ;

— des subventions accordées pour des travaux relevant du chapitre 66-20 et des autres articles des chapitres 66-10 et 66-12.

Les sommes ainsi calculées sont imputées sur les crédits du chapitre 56-90.

3° *Les résultats.*

Malgré des différences parfois sensibles relevées d'un département à l'autre, le Ministère de la Santé publique considère que le bilan de l'action menée par les délégués aux travaux est largement positif et que, dans l'ensemble, les promoteurs sont satisfaits de leur intervention. Leur participation active aux diverses phases d'une procédure relativement compliquée a permis d'accélérer la constitution et l'instruction des dossiers. D'autre part, grâce au contrôle suivi qu'il exercent sur l'exécution des travaux, les retards importants dont souffraient souvent certains chantiers avant 1964 ont peu à peu disparu et un rapport récent de la Cour des Comptes a conclu à l'utilité indiscutable de l'institution de ces délégués.

Il reste cependant qu'en raison des tâches nombreuses auxquelles ils doivent faire face par ailleurs, un certain nombre de délégués aux travaux n'arrivent plus à accorder suffisamment d'attention aux opérations d'équipement sanitaire et social.

Pour remédier à cette situation, il a été décidé, à la suite d'une enquête effectuée par un ingénieur général des ponts et chaussées, de renforcer le personnel d'un certain nombre de directions départementales de l'équipement les plus chargées.

II. — LES AGENTS CONTRACTUELS

La décision prise en 1968 de mettre à la disposition d'un certain nombre de directeurs départementaux de l'équipement, un agent contractuel pour s'occuper spécialement des opérations du Ministère de la Santé publique, a été traduite pour la première fois dans le budget de 1969.

C'est ainsi qu'au chapitre 31-31, art. 2, une dotation a été prévue pour recruter une première tranche de 20 agents contractuels de troisième catégorie dotés des indices bruts 415 à 455.

Payés sur les crédits du ministère, les intéressés qui relèvent de l'autorité du directeur départemental de l'action sanitaire et sociale sont mis à la disposition du délégué aux travaux auprès duquel ils sont placés.

La mise en place de ces agents contractuels a été ralentie par la difficulté de trouver des candidats possédant la compétence technique requise, et jusqu'ici, 9 seulement ont pu être recrutés pour les départements suivants : Ille-et-Vilaine, Marne, Seine-Maritime, Bouches-du-Rhône, Haute-Garonne, Vienne, Indre-et-Loire, Pas-de-Calais, Jura.

Par contre, 11 départements où il avait été prévu d'en affecter n'ont pas encore pu en être dotés : Nord, Haute-Vienne, Essonne, Bas-Rhin, Isère, Calvados, Oise, Manche, Côte-d'Or, Sarthe, Ardennes.

III. — LES INGÉNIEURS PLACÉS AUPRÈS DES CHEFS DES SERVICES RÉGIONAUX DE L'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE

Le décret n° 64-783 du 30 juillet 1964 portant réorganisation et fixant les attributions des services extérieurs de l'Etat chargés de l'action sanitaire et sociale a prévu que le chef du service régional de l'action sanitaire et sociale doit assurer la préparation des plans d'équipement et exercer un certain nombre d'attributions dans le domaine du contrôle des institutions sociales interdépartementales, de la coordination des établissements, de la formation des personnels sanitaires et sociaux, etc.

En ce qui concerne l'équipement sanitaire et social, les mesures de déconcentration déjà acquises et la perspective du développement de la politique de régionalisation tendent à accroître l'importance des tâches confiées à ce fonctionnaire. Pour lui permettre de remplir convenablement son rôle, il s'est avéré indispensable de renforcer ses moyens d'action et, en particulier, de lui fournir le personnel technique qui lui faisait défaut.

Le principe a donc été admis en 1968 de placer un ingénieur divisionnaire des T. P. E., en qualité de « conseiller technique pour les opérations d'équipement », auprès de chaque chef du service régional de l'action sanitaire et sociale (sauf dans la région parisienne).

A cet effet, des crédits ont été inscrits pour la première fois au budget de 1969, chapitre 31-31, article 1^{er}, mais jusqu'ici les disponibilités budgétaires n'ont permis, sur les vingt qu'ils devront être au total, de nommer que dix ingénieurs divisionnaires des T. P. E. dans les régions ci-après : Auvergne, Bretagne, Languedoc, Limousin, Lorraine, Midi—Pyrénées, Nord, Pays de la Loire, Provence—Côte d'Azur, Rhône—Alpes.

Le traitement de ces fonctionnaires, qui sont mis à la disposition du Ministère de la Santé publique par arrêté du Ministre de l'Équipement et du Logement, est remboursé chaque année à leur administration d'origine.

Les ingénieurs divisionnaires des T. P. E. « conseillers techniques pour les opérations d'équipement » ont essentiellement pour rôle :

— en ce qui concerne la préparation du plan d'équipement sanitaire et social, de vérifier les propositions des départements (programme, estimation des dépenses, mode de financement) de participer à l'élaboration des propositions régionales :

— en ce qui concerne l'exécution du plan, de suivre la préparation des dossiers (choix de terrains, procédures administratives et techniques, documentation des maîtres d'ouvrages et maîtres d'œuvres) en vue de l'élaboration des listes budgétaires annuelles, de préparer le compte rendu statistique annuel.

Les intéressés, qui assurent, en outre, le contrôle des dossiers déconcentrés à l'échelon régional, sont les correspondants régionaux de la direction de l'équipement social.

POSSIBILITÉS D'UN CONTRÔLE AUTOMATISÉ DU PLAN D'ÉQUIPEMENT SANITAIRE ET SOCIAL

Le bureau des affaires financières de la direction de l'équipement social est chargé de centraliser et d'exploiter les informations relatives à la préparation et à l'exécution du plan et du budget d'équipement ainsi que la comptabilité et les éléments statistiques qui en découlent. Au titre du contrôle de l'exécution du plan, il effectue, notamment, auprès des services régionaux de l'action sanitaire et sociale une enquête annuelle destinée à recenser l'état d'avancement et tous les aspects techniques et financiers des opérations d'équipement relevant du plan en cours ou antérieurement engagés.

La vérification et le dépouillement de ces données représentent un travail énorme dont les résultats sont jusqu'à présent peu satisfaisants, compte tenu des risques d'erreurs d'une exploitation entièrement manuelle par un personnel insuffisant en nombre.

C'est pourquoi le principe de l'étude d'une prise en charge de ces procédures par ordinateur a été retenu. L'analyse des circuits et des documents actuels et l'inventaire de l'ensemble des informations à traiter ont été effectués.

Il est prématuré, à ce stade, d'évaluer avec précision les frais à prévoir pour la réalisation de ce projet.

VI. — Les procédures.

Votre commission a voulu connaître officiellement quelles étaient dans la pratique les phases successives de la procédure de préparation du dossier d'une opération d'équipement sanitaire.

Elle a demandé que lui soit, à titre d'exemple, fourni le schéma de l'ensemble du processus à suivre pour la création d'un établissement hospitalier (par exemple un centre hospitalier, deuxième catégorie, premier groupe) depuis la constitution du dossier d'avant-projet jusqu'à la fin des travaux et le début de la mise en service de l'établissement, en faisant apparaître pour chaque étape les délais habituels minimums et maximums.

La réponse qui nous a été fournie par le Ministère est en soi éloquente mais nous paraît idyllique car elle ne fait nullement apparaître les « ratés », les aller-et-retour multiples entre les services et les maîtres d'ouvrage, les incidents de procédure en ce qui concerne la maîtrise des sols, les différentes démarches qui permettent de mettre en œuvre les sources de financement, les innombrables réunions et conversations qui, à toutes les étapes, font lentement avancer, reculer, puis avancer à nouveau les choses.

Sans parler du cas de l'hôpital Ambroise-Paré, à Boulogne-Billancourt, qui a dû battre les records du genre, le recouplement des multiples expériences personnelles des membres du Sénat fait apparaître que la durée moyenne de cheminement d'un dossier avant tout début d'exécution des travaux est de sept à huit ans.

Mais voici la réponse qui nous a été fournie :

La création d'un établissement hospitalier de la catégorie indiquée ne se fait généralement pas *ex nihilo*, et il faut entendre dans le cas présent :

- soit la reconstruction ou l'extension d'un établissement ancien dans son enceinte actuelle ;
- soit le transfert ou l'extension d'un établissement ancien sur un nouveau terrain.

Bien que la question posée indique comme origine du processus la constitution du dossier d'avant-projet, il convient de faire remarquer que ce dossier n'est que l'aboutissement d'une procédure préalable dont nous rappellerons les principales phases.

A. — *Programme des besoins* :

- 1° Evaluation théorique des besoins ;
- 2° Approbation du programme :
 - demande d'autorisation préalable ;
 - examen de cette demande par une commission de coordination ;
 - approbation proprement dite du programme.

B. — *Choix et acquisition d'un terrain* (dans le cas d'une extension ou d'une construction sur un nouveau terrain).

Ou B'. — *Etablissement et approbation d'un plan directeur* (dans le cas d'une extension ou d'une reconstruction à l'intérieur de l'unité existante).

C. — *Choix et désignation du maître-d'œuvre :*

- choix et désignation de l'architecte ;
- choix et désignation des bureaux d'études et ingénieurs conseils.

D. — *Constitution d'un dossier d'études préliminaires :*

- avant-projet sommaire permettant de recueillir les avis des différentes commissions appelées à se prononcer sur l'avant-projet et permettant de faire l'économie d'études de détail dans le cas où les dispositions prévues ne seraient pas conformes à la réglementation existante ou bien jugées inopportunes ou mauvaises.

*
* * *

A ce stade de la procédure (1), le maître d'œuvre ayant obtenu les accords nécessaires sur les grandes lignes de son avant-projet, la constitution proprement dite du dossier d'avant-projet peut être entreprise. Les différentes étapes à partir de ce stade de la réalisation de l'opération sont décrites dans le tableau ci-joint.

*
* * *

En conclusion, on indiquera que, lorsque des problèmes de financement ne viennent pas retarder le déroulement normal du processus, les délais suivants peuvent être couramment constatés pour une opération de l'importance de celle indiquée dont le programme de besoins est approuvé :

- constitution et approbation de l'avant-projet, un an environ ;
- projet, consultation des entreprises, marchés, dix-huit à vingt mois (2) ;
- exécution des travaux et mise en service, deux à quatre ans.

(1) L'inscription au Plan, prise en considération du projet à l'échelon régional en vue de son financement dans le cadre d'un plan d'équipement, peut intervenir bien avant, ou au contraire plusieurs années après la constitution du dossier d'avant-projet qui, bien que techniquement viable, ne peut dans ce cas être financé.

(2) Faute de commencement d'exécution dans les deux ans suivant l'octroi de la promesse de subvention, celle-ci est automatiquement annulée.

Etapes d'une opération d'équipement sanitaire (de la constitution de l'avant-projet à la mise en service).

NATURE DES ÉTAPES	CONTENU	AVIS A RECUEILLIR	APPROBATIONS NÉCESSAIRES et décisions.	DÉLAIS
I. — Avant-projet.	<p>L'arrêté du 6 mars 1956 indique que :</p> <p>« L'avant-projet donne au maître d'ouvrage tous les éléments utiles pour lui permettre de prendre une décision en connaissance de cause. L'avant-projet justifie notamment la solution proposée et ses conséquences financières, tant pour la dépense de premier établissement que pour l'exploitation future. »</p> <p>En général l'avant-projet comporte :</p> <p>1° Un sous-dossier de pièces écrites :</p> <ul style="list-style-type: none"> — rapport explicatif, — devis estimatif sommaire, — devis descriptif sommaire, — état récapitulatif des dépenses ; <p>2° Un sous-dossier de plans :</p> <ul style="list-style-type: none"> — plans d'ensemble, — plans d'assemblage, — plans de détail ; <p>3° Un sous-dossier financier :</p> <ul style="list-style-type: none"> — plan de financement, — budget prévisionnel d'exploitation. 	<p>Constitué par le maître d'œuvre l'avant-projet doit être approuvé par le maître d'ouvrage. En conséquence il est soumis tout d'abord à l'avis de :</p> <ul style="list-style-type: none"> — la commission médicale consultative puis à l'approbation de — la commission départementale technique créée spécialement pour l'examen des avant-projets, réunit les représentants de tous les services appelés à donner leur avis qui ayant eu connaissance au préalable du dossier peuvent donner en séance un avis motivé et concerté. — le dossier doit ensuite être adressé au Ministère de la Santé publique et de la Sécurité sociale. Après étude par les services de la direction de l'équipement social le dossier est soumis à l'avis de la : — sous-commission technique de la Commission nationale de l'équipement hospitalier : devant laquelle il est rapporté généralement par un architecte chargé de mission qui expose les grandes lignes du projet en soulignant les points défectueux. La sous-commission technique prend connaissance des avis des services départementaux et examine l'avant-projet sur le plan architectural, fonctionnel et médical. Elle donne son avis au 	<p>la commission administrative et à l'avis de</p> <p>ministre de la Santé publique et de la Sécurité sociale qui donne son approbation technique ou formule ses observations.</p> <p>Outre la commission administrative qui doit délibérer à chaque stade de la recherche du financement, celui-ci est conditionné par :</p> <ul style="list-style-type: none"> — inscription au Plan (C. A. R. et C. O. D. E. R.) ; 	<p>Il est difficile d'indiquer des délais pour cette phase, les facteurs intervenant pour la réduction ou l'augmentation de ceux-ci étant extrêmement nombreux. Si techniquement une durée d'une année semble raisonnable, elle peut être considérablement accrue suivant le degré de précision du programme et des études préliminaires, le choix du maître d'ouvrage, les perspectives des possibilités de financement, rapides ou au contraire aléatoires. Il peut être dangereux d'approuver un dossier qui n'a aucune chance d'être financé avant de nombreuses années, l'évolution des besoins et des techniques pouvant le rendre complètement « dépassé » le moment venu de la réalisation.</p>
II. — Recherche du financement.	<p>Si l'avant-projet comporte bien un plan de financement celui-ci ne peut être que théorique car la plupart des organismes concourant au financement d'une telle opération ne s'engagent qu'après l'obtention d'une subvention de l'Etat.</p>			<p>Conditionné avant tout par des possibilités budgétaires et également par les délais nécessaires à l'obtention de financements complémentaires, c'est la phase généralement la plus longue.</p>

Pour pouvoir être subventionné par l'Etat une opération doit tout d'abord avoir été inscrite au plan d'équipement et ensuite avoir fait l'objet d'une ouverture de crédits d'autorisation de programme. C'est donc en premier lieu un problème des possibilités budgétaires de l'Etat qui se pose.

La promesse de subvention de l'Etat obtenue, le maître d'ouvrage peut solliciter un prêt des organismes de sécurité sociale, et sous réserve de l'obtention d'une garantie, un prêt de la Caisse des Dépôts et Consignations.

On notera que le problème du financement s'est déjà généralement posé à deux reprises pour :

- l'acquisition du terrain ;
- le règlement des études.

Dans les deux cas une subvention de l'Etat a pu être demandée.

III. — Le projet...

Après accord technique sur l'avant-projet, le maître d'œuvre procède à l'étude du projet. On appelle « projet » un dossier contenant en principe toutes les dispositions techniques de l'établissement à construire. Il faudrait donc que ce dossier soit le résultat d'études très poussées sur les besoins et le fonctionnement de l'ensemble de l'établissement. En réalité il en est rarement ainsi et la plupart du temps l'architecte, surtout s'il intervient seul, constitue seulement un dossier permettant la consultation des entreprises, chaque soumissionnaire devant entreprendre à son compte l'étude du dossier d'exécution.

C'est généralement durant cette phase que doit être constitué le dossier de demande de permis de construire qui...

IV. — La consultation des entreprises.

Le dossier d'adjudication ou d'appel d'offres comprend :

- le cahier des prescriptions spéciales ;
- le devis descriptif ;
- le cahier des clauses administratives spéciales.

- ouverture de crédits budgétaires (Parlement) ;
- octroi d'une promesse de subvention de l'Etat (Ministère de la Santé publique et de la Sécurité sociale) ;
- garantie d'emprunt (collectivité locale) ;
- prêt (organismes de Sécurité sociale, Caisse des Dépôts et Consignations).

Le délégué aux travaux doit prendre des contacts directs avec le maître d'ouvrage. Il doit :

- vérifier qu'il est tenu compte des observations formulées lors de l'agrement de l'avant-projet ;
- faire en sorte que les dispositions de l'avant-projet soient respectées ;
- s'assurer que les dispositions prévues ne sont ni trop luxueuses ni surabondantes et que le cadre financier fixé est respecté ;
- s'assurer que toutes les garanties ont été prises par le maître d'ouvrage (interventions de bureaux d'études, assurances, etc.).

...après avis du directeur départemental de l'équipement fait l'objet d'un...

...arrêté de permis de construire.

Délais dépendant essentiellement de l'importance des moyens techniques du maître d'œuvre mais atteignant un an en moyenne.

NATURE DES ÉTAPES	CONTENU	AVIS A RECUEILLIR	APPROBATIONS NÉCESSAIRES et décisions.	DÉLAIS
	<p>Le maître d'ouvrage, avant consultation des entreprises, doit déposer une demande d'autorisation préalable à l'administration centrale, formalité dont le but est de tenter de régulariser dans le temps le lancement des travaux importants afin d'éviter que le lancement simultané d'appel d'offres ne risque de fausser la concurrence et d'agir de façon défavorable sur les prix.</p> <p>La consultation proprement dite peut être faite suivant les cas sous la forme de :</p> <ul style="list-style-type: none"> — l'adjudication ; — le concours ; — l'appel d'offres ; — le marché de gré à gré. <p>Dans tous les cas sont exigés :</p> <ul style="list-style-type: none"> — l'appel à la concurrence ; — le maintien des prix ; — le groupement de toutes les consultations relatives à une même opération. <p>L'examen des propositions des entreprises est effectué après ouverture des plis.</p> <p>Un bilan financier doit être établi et adressé à la direction de l'équipement social.</p>	<p>Le délégué aux travaux établit une fiche d'avis et transmet le dossier à l'administration centrale, tandis que le trésorier-payeur général exprime, le cas échéant, ses objections dans une note adressée au Ministre de l'Economie et des Finances.</p>	<p>La commission administrative doit délibérer à plusieurs reprises quant à la forme de consultation à retenir éventuellement, à la liste des entreprises à consulter, et enfin à la liste des entreprises retenues.</p> <p>L'autorisation préalable est accordée par le Ministre de la Santé publique et de la Sécurité sociale, dans la mesure où le dossier est conforme à l'avant-projet approuvé, où le financement de l'opération est assuré et où la conjoncture économique permet le lancement de la consultation.</p>	<p>Trois à six mois environ.</p>
V. — Les marchés.	<p>Après consultation des entreprises, il est procédé à l'établissement des marchés entre le maître d'ouvrage et l'entreprise choisie. Le marché doit comprendre les pièces réglementaires signées par l'entreprise qui sont essentiellement celles du dossier d'adjudication complété par la soumission et la déclaration de l'entreprise.</p>	<p>Le délégué aux travaux procède au visa des marchés après avoir vérifié que le cadre financier approuvé est respecté, que la totalité des travaux est bien comprise et que le financement complet est assuré. Lorsque l'opération est d'un montant supérieur à 20.000.000 F, les marchés doivent être soumis à l'avis de l'Administration centrale.</p>	<p>Les marchés sont soumis à l'approbation du préfet.</p>	<p>Quelques semaines.</p>
VI. — Exécution des travaux.	<p>Après approbation des marchés, l'entrepreneur reçoit le projet et en accord avec le maître d'ouvrage procède à l'établissement des plans d'exécution et un planning technique et financier des opérations est arrêté.</p> <p>Sur ordre de service du maître d'ouvrage les travaux sont effectivement commencés.</p>			<p>Durée normale deux à quatre ans.</p> <p>Toutefois, peut être considérablement allongée si interviennent des interruptions de chantier ou lorsque l'opération s'exécute en plusieurs tranches successives.</p>

Des rendez-vous de chantier sont organisés à intervalles réguliers et des situations de travaux sont fournies journalièrement par l'entreprise.

Toute modification du projet en cours de travaux doit être soumise à l'accord préalable de l'Administration centrale.

Des demandes d'acompte sur subvention peuvent être effectuées auprès du D. D. A. S. S. Dans certains cas, le maître d'ouvrage peut bénéficier de la procédure dite des acomptes anticipés qui lui permet de répartir en fin de travaux les versements des avances ou des prêts de la sécurité sociale, s'effectuant également sur présentation de situations de travaux.

En cours de travaux, fréquemment et en tous cas en fin d'opération, le montant de la dépense subventionnée est réévalué et une promesse de subvention complémentaire peut être allouée. Le maître d'ouvrage doit également rechercher les financements complémentaires correspondant à l'augmentation de dépense.

VII. — Equipement mobilier.

Bien avant l'achèvement des travaux le maître d'ouvrage doit s'inquiéter de la constitution d'un dossier d'équipement mobilier.

Recherche des financements nécessaires (cf. II, sous réserve qu'en ce qui concerne l'Etat, les crédits nécessaires sont toujours prévus de manière à ne pas retarder la mise en service d'un établissement par suite d'un retard dans le financement d'un équipement).

VIII. — Mise en service.

Devant intervenir normalement dès la mise en place de l'équipement mobilier elle peut être retardée quelquefois par des problèmes d'organisation ou de personnel.

Le délégué aux travaux vérifie l'exécution des travaux et calcule l'acompte à délivrer.

Le délégué aux travaux instruit la demande de réévaluation qui est transmise à l'Administration centrale par le préfet.

Le dossier est transmis par le préfet à l'administration centrale en vue de...

Le préfet mandate l'acompte auquel peut prétendre le maître d'ouvrage.

Octroi d'une promesse de subvention complémentaire (Ministre de la Santé publique et de la Sécurité sociale).

...l'octroi d'une promesse de subvention (Ministre de la Santé publique et de la Sécurité sociale).

Garantie d'emprunt (collectivité locale).

Emprunt (organismes de Sécurité sociale, Caisse des Dépôts).

Les délais sont extrêmement variables suivant la diligence du maître d'ouvrage et les difficultés financières ou techniques rencontrées. Sauf exception, ces délais ne viennent pas augmenter la durée de réalisation puisque cette étape est concomitante avec l'exécution des travaux. Seule la mise en place du matériel et du mobilier, qui ne devrait normalement pas excéder quelques semaines, a une influence sur la durée de l'opération.

Toutefois, si cette étape a été engagée trop tardivement, elle peut être cause de retards non négligeables.

VIII. — Les travaux de la Commission de contrôle.

Désignée par le Sénat le 18 décembre, notre Commission de contrôle s'est réunie le lendemain pour se constituer. Elle a adopté un programme et des méthodes de travail qui, pensait-elle, devaient lui permettre d'avoir un maximum d'informations avant la rentrée parlementaire d'avril.

Le 17 février votre commission a entendu M. Robert Boulin, Ministre de la Santé publique et de la Population.

M. le Président Grand, ayant tout d'abord rappelé les motifs d'inquiétude de la très grande majorité des membres du Sénat et le désir qu'ils ont d'être informés sur les causes du retard et sur les possibilités d'y porter remède, M. Boulin, Ministre de la Santé publique et de la Population a estimé que les travaux à venir de la commission pouvaient effectivement contribuer à la solution des problèmes graves qui se posent.

Il a indiqué que certains tableaux et certains passages du rapport sur l'exécution du V^e Plan annexé au projet de loi de finances pour 1970 ne laissaient pas d'être inquiétants, notamment quant à l'ordre des priorités établi par les régions.

Il a également fourni quelques précisions sur les conditions dans lesquelles avaient été préparées les réponses aux questions posées par la Commission sénatoriale des Affaires sociales à la veille des discussions budgétaires de la récente session du Parlement.

Il a exposé les modalités de désignation des architectes agréés par le Ministère pour la préparation et l'exécution des projets d'équipement sanitaire et social ; en ce qui concerne les normes de construction, parfois vivement critiquées pour une rigueur ou une complexité excessives, il ne faut pas oublier qu'elles sont destinées à standardiser, dans toute la mesure du possible, les diverses catégories d'équipement, à faciliter le contrôle technique et budgétaire des opérations ; elles sont élaborées par une commission interministérielle particulièrement qualifiée et sont conçues dans une optique évolutive. Cette évolution a précisément, parmi ses objectifs fondamentaux, celui d'en éliminer tout ce qui peut être

considéré comme trop rigoureux, complexe ou rigide. Les procédures sont longues pour un ensemble de raisons au nombre desquelles il importe de considérer :

— le mauvais ajustement entre la demande et les possibilités de financement ;

— la diversification sans doute excessive des propositions.

Il est nécessaire, au point où en est arrivé maintenant le problème de l'équipement sanitaire et social, de parvenir à l'institution de plans types permettant l'industrialisation d'un plus grand nombre de types de constructions ; il faudra que les élus et responsables locaux acceptent cette réforme, même s'il leur est quelque peu désagréable de devoir renoncer à un particularisme compréhensible pour une certaine part, mais qui ne correspond plus aux besoins de notre époque ; en effet, la rapidité d'exécution et la recherche des meilleurs prix exigent cet effort d'industrialisation. Dans cette optique, le premier pas sera réalisé par le lancement prochain des « unités banalisées » pour convalescents, pour personnes âgées, qui permettront de très notables économies.

A propos de l'exécution proprement dite du V^e Plan, le Ministre a rappelé qu'il avait été prévu pour l'ensemble des équipements publics et privés un montant total d'opérations à engager de 12 milliards et demi de francs, y compris les départements d'outre-mer et non compris la recherche médicale dont les crédits sont intégrés à ceux de la recherche scientifique.

Le Ministre a relevé que, contrairement aux évaluations fixées par le rapport sur l'exécution du V^e Plan annexé au projet de loi de finances, à propos desquelles se sont produites de graves erreurs d'interprétation, le pourcentage de réalisation du Plan, sans crédits optionnels 1970, ne sera pas de 100,9 % (francs courants) mais seulement de 54,81 % à la fin de 1970.

M. Boulin a rappelé les efforts qu'il a entrepris pour obtenir le plus rapidement possible le déblocage des crédits optionnels.

Remerciant le Ministre pour les explications données, le Président a exprimé la crainte que les « unités banalisées » ne donnent pas tous les résultats qu'on pourrait théoriquement en attendre, tant qu'on n'aura pas profondément réformé le mode de calcul du prix de journée hospitalier ; il a également évoqué le risque de

voir, à brève échéance, les plans se « chevaucher » les uns les autres dans un désordre tel que toutes les espérances légitimes des élus et des responsables se trouveront inévitablement déçues.

Avec l'accord du Ministre et du Président, M. Temime, Directeur de l'Equipement social au Ministère, a donné quelques précisions complémentaires.

Compte tenu du maintien du taux nominal moyen à 40 % du montant de la subvention de l'Etat, il est d'ores et déjà possible de prévoir qu'à la fin de la période d'exécution du V^e Plan le montant global des opérations engagées n'atteindra que 9 milliards environ sur les 12,65 prévus.

Sur la durée des délais, la comparaison avec les principaux pays étrangers montre que notre pays est tout à fait dans la norme courante.

A propos de la consommation des crédits d'engagement, il apparaît que le taux, qui est supérieur à 99 %, est, pour le Ministère de la Santé publique et de la Sécurité sociale, l'un des plus élevés, sinon le plus élevé, la consommation des crédits de paiement atteignant 96 %.

Le Directeur de l'Equipement social a fait allusion à la documentation qu'il avait déjà pu préparer à l'intention de la Commission et à celle qu'il se préparait à rassembler, en insistant sur les difficultés matérielles rencontrées et sur l'intérêt qu'il y aurait à instituer un système de mise à jour par cartes perforées.

M. Temime a indiqué, en réponse à une question posée par M. Souquet, que ses services ont des dossiers techniquement prêts pour les deux années à venir ; ils ne demeurent bloqués qu'en raison des difficultés de financement ; il a ajouté cette précision que, si celles-ci se trouvaient, par hypothèse, instantanément résolues, d'autres « goulots d'étranglement » se créeraient tels que la capacité financière des autres sources de financement, liées à la conjoncture. Une autre difficulté réside dans le fait, qui ne doit pas être négligé, que l'Etat n'a pas la maîtrise de l'ouvrage assurée par les promoteurs particuliers qui sont les collectivités locales ou les associations privées ; un effort a déjà été entrepris pour réduire dans toute la mesure du possible cet obstacle important à l'industrialisation des moyens.

Le Directeur de l'Équipement social a également donné des précisions sur le système des « unités de soins banalisées » et le rôle très important de relais qu'elles sont appelées à jouer en matière de modernisation des équipements existants.

Le Ministre a, à ce propos, insisté sur la nécessité de faire comprendre et accepter, sur le plan psychologique, par tous les intéressés, les mérites de l'industrialisation.

M. Chauvin, rapporteur, se référant à l'exemple donné par les équipements relevant du Ministère de l'Éducation nationale, a estimé qu'il ne serait pas aussi difficile qu'on semble le craindre de faire accepter les mécanismes de l'industrialisation ; peut-être y aurait-il, dans cette optique, intérêt à donner une plus grande permanence aux normes retenues et à renoncer à un certain « perfectionnisme » ; quant à la lenteur des procédures, le rapporteur a formulé le souhait qu'elles soient rendues moins centralisatrices et que l'accent soit mis sur une « départementalisation » accrue ; il n'en veut pour preuve que les difficultés matérielles évoquées à propos du questionnaire préparé par la Commission de contrôle à l'intention des préfets de région.

M. Miroudot, partageant, sur ce point, l'opinion de M. Chauvin, a estimé que, si l'établissement de l'inventaire d'exécution du V^e Plan est, sans aucun doute, complexe sous l'angle purement financier, il doit être, par contre, tout à fait simple du point de vue des lits ou places créés ou aménagés.

M. Kistler, se référant aux données comparatives émanant des principaux pays du Marché commun et de la Suisse, a déclaré qu'à son sens, aucune surcharge nouvelle ne peut être imposée à la Sécurité sociale ; par contre, l'industrialisation pourrait progresser substantiellement si, ainsi que cela a été dit, l'État devenait maître de l'ouvrage, mais aussi si, comme dans ces pays étrangers, l'État laissait aux collectivités locales des ressources plus importantes et si toutes les communes intéressées par la création ou le fonctionnement d'un hôpital concouraient à son financement.

M. Lemarié a, en ce qui concerne l'établissement des normes, déploré l'existence d'un conflit perpétuel entre les administrations ministérielles et la Sécurité sociale et demandé qu'il y soit mis fin le plus rapidement possible ; il a aussi évoqué les difficultés surve-

nant trop souvent lors de l'examen des dossiers par le Conseil d'Etat, en vue de l'érection en établissement public d'un équipement nouveau.

M. Temime, sans méconnaître, quant au fond, la gravité de ces problèmes et leur caractère irritant, a indiqué que le Ministère de la Santé publique, exerçant une simple « tutelle » sur les caisses de Sécurité sociale a la faculté d'empêcher, mais non celle de contraindre.

Avant son départ, le Ministre a indiqué qu'il se tenait, avec l'ensemble de ses services, à la disposition de la commission pour lui fournir les informations dont elle pourrait avoir besoin.

La commission a ensuite adopté un projet de questionnaire qui sera adressé aux préfets de région et décidé d'entendre, au cours d'une prochaine réunion, M. André Bettencourt, Ministre délégué auprès du Premier Ministre, chargé du Plan et de l'Aménagement du Territoire, ainsi que M. Montjoie, Commissaire général au Plan.

*
* *

A la suite de cette réunion, une demande de renseignements a été adressée à tous les préfets de région (1). Il leur était demandé de faire établir le bilan de ce qui a été fait de janvier 1966 au 31 décembre 1969 et de ce qui sera fait en 1970 dans leur région, et ceci par département. L'exploitation des renseignements que nous attendions supposait qu'ils nous parviennent sous une présentation aussi homogène que possible. Aussi leur avons-nous joint un questionnaire-type.

*
* *

Le 9 avril, la commission a procédé à un échange de vues sur l'état actuel de sa documentation ; le président a tout d'abord indiqué qu'en réponse au questionnaire qui leur avait été adressé, les préfets de région ont fait connaître qu'ils mettaient aussitôt leurs services au travail pour être en mesure de fournir les renseignements demandés ; à ce jour, aucun de ceux-ci n'a été donné.

(1) Cf. en annexe les lettres envoyées aux préfets de région, aux préfets des départements et aux présidents des conseils généraux, ainsi que le questionnaire adressé aux préfets de région.

Le président a rendu compte à la commission des informations qu'il avait pu recueillir sur le fonctionnement de la direction de l'équipement du Ministère de la Santé publique. Il apparaît que les crédits de paiement et les autorisations de programme sont, depuis plusieurs années, pratiquement consommés en totalité. Au rythme budgétaire actuel, la direction de l'équipement possède une réserve de dossiers techniquement prêts pour les trois ans à venir. C'est donc bien un « goulot » budgétaire qui freine l'accroissement des réalisations sanitaires et sociales.

Le président a également donné à la commission divers éclaircissements sur l'évolution du taux des subventions de l'Etat qui, de 40 % en moyenne a été abaissé, en 1970, à 36 % ; il a insisté sur cette situation qui conditionne toute la politique d'équipement des années à venir.

La commission a pris acte avec regret de l'impossibilité devant laquelle elle se trouve placée d'entendre, comme elle en avait exprimé le souhait, M. Bettencourt, Ministre délégué auprès du Premier Ministre, chargé du Plan et de l'Aménagement du territoire, lequel, accaparé par les travaux de préparation du VI^e Plan, a fait savoir qu'il ne lui était pas possible de venir devant la Commission de contrôle.

*
* *

Le 15 avril la commission a tenu sa dernière réunion, dans le cadre trop étroit du délai de quatre mois qui est imparti par le règlement de notre assemblée pour l'achèvement des travaux des commissions de contrôle.

Elle a pris connaissance du rapport de M. Chauvin, nommé rapporteur en remplacement de M. Messaud, empêché.

Le rapport comporte un rappel des prévisions du V^e Plan, une analyse des documents publiés sur l'exécution du Plan, un exposé sur les travaux de la commission de contrôle, une recherche sur l'état réel de cette exécution, en volume de travaux subventionnés, en lits et places et région par région : en annexe figurent le questionnaire type adressé par la commission aux Préfets de région et différents tableaux sur l'exécution régionale, sur les opérations

susceptibles d'être engagées en 1970 par région, sur l'évolution des autorisations de programme de 1966 à 1970, sur l'évolution des crédits de paiement entre 1966 et 1969 (avec prévisions pour 1970), sur les procédures administratives.

Une discussion s'est alors ouverte sur les conclusions du rapport, à laquelle, outre le président et le rapporteur, ont pris part MM. Lemarié, Golvan, Souquet, Aubry, Raymond Brun, Kistler.

Le présent rapport a été adopté.

*
* *

Au moment où s'achève le délai réglementairement accordé à notre commission pour conclure ses travaux, notre regret est grand de constater qu'aucune réponse ne nous est encore parvenue des préfets de région.

Nous sentions confusément que l'exécution du Plan, en matière sanitaire et sociale est insuffisamment suivie, ou tout au moins l'est de façon trop strictement budgétaire. Ceci avait motivé la création de notre commission de contrôle. Mais nous sommes stupéfaits et choqués d'être obligés de constater qu'aucun travail d'ensemble ne retrace les travaux qui ont été exécutés ou sont en cours d'exécution région par région, département par département, dans le cadre du Plan.

Ceci paraît incroyable au moment où l'on prépare le VI^e Plan dont les options sont déjà pratiquement définies.

VIII. — Conclusions.

L'étude minutieuse à laquelle votre commission s'est livrée, avec un grand souci d'objectivité, l'amène à vous faire part d'un certain nombre de constatations et à présenter quelques suggestions :

1° *Le pourcentage d'exécution.*

Il nous faut démystifier les chiffres avancés par les rapports gouvernementaux qui ont, semble-t-il, confondu à plaisir les objectifs et les moyens.

Tenant uniquement compte des autorisations de programme ouvertes, le rapport gouvernemental, annexé à la loi de finances pour 1970, annonce qu'en matière d'équipement sanitaire et social, le Plan était exécuté fin 1969 à 82,5 % en francs courants et le serait fin 1970 à 100,9 %.

Utilisant les chiffres fournis par le Ministre de la Santé publique et de la Sécurité sociale, votre commission constate que le pourcentage des travaux exécutés par rapport à l'objectif en volume de travaux à réaliser est, en francs courants, de 54,31 % à la fin de l'année 1969 et qu'il sera au maximum de 68,46 % à la fin de 1970.

L'objectif d'un plan n'est pas la consommation d'un montant d'autorisations de programme. L'objectif est la réalisation d'un volume d'équipement s'il est véritablement impossible, pour le moment, comme on le dit, d'utiliser rationnellement la notion de « lits » ou de « places ». Les membres de votre commission connaissent aussi bien que quiconque le caractère à la fois artificiel, arbitraire, approximatif et en un mot peu satisfaisant de cette notion.

Ils estiment cependant qu'il n'est pas possible, sous peine de voir disparaître du même coup tout espoir d'instituer la planification sanitaire dont le pays a tant besoin, de faire purement et simplement « table rase » de cette notion. Peut-être doit-elle être rete-

nue ; mais il ne devra être procédé aux aménagements en cause qu'autant que les pouvoirs publics auront d'abord élaboré un nouveau système de référence et de comptabilité.

2° La non-exécution des objectifs du Plan, dans ce domaine, tient essentiellement à des raisons financières.

Il existe, en effet, dans les services du Ministère de la Santé publique, une masse de dossiers, techniquement prêts et en attente de subventions, représentant plus d'un milliard et demi de francs de subventions. Au rythme actuel de l'octroi des autorisations de programme à ce ministère, ce volume représente trois années de crédits. Et nous ne tenons pas compte de la masse de dossiers en cours de préparation, à un stade plus ou moins avancé, qui sont à l'étude dans la France entière, dossiers qui seront à reprendre de fond en comble — tant sur le plan financier que sur le plan technique — lorsque pourra être envisagée pour eux l'époque de la réalisation.

Force est donc de constater avec amertume qu'il est inutile pendant de longues années encore, si on ne porte pas remède aux errements actuels, de songer à de nouvelles opérations. De surcroît, la diminution des taux de subvention de l'Etat va poser un très grave problème de financement aux maîtres d'ouvrage. En effet, dans un passé récent, des ressources occasionnelles ont permis de couvrir une partie non négligeable des investissements. Il n'est pas assuré qu'il en soit de même dans l'avenir. De nouveaux moyens financiers devront être trouvés pour remplacer les ressources procurées par des aliénations de capital ou pour pallier une insuffisance de fonds dégagés par l'amortissement.

En outre, il conviendra d'examiner, en liaison avec les problèmes posés par l'équilibre financier de la Sécurité sociale, si la contribution effective du Fonds d'action sanitaire et social pourra être conforme aux taux théoriquement prévus, et dans la négative d'envisager les relais nécessaires.

Votre commission considère qu'il serait absolument inadmissible que l'Etat renfloue à l'avenir, d'une manière ou d'une autre, le régime général de Sécurité sociale, dans le même temps que

celui-ci continuerait à subventionner, comme il en est légalement tenu, l'équipement sanitaire et social. La dualité de financement est d'ailleurs source de difficultés et de retards du fait, en particulier, des exigences normatives différentes de l'Etat et des caisses de Sécurité sociale.

Votre commission estime que c'est à l'Etat et à lui seul de subventionner la part de l'équipement qui ne reste pas à la charge des collectivités locales. Et il est exclu, dans l'état actuel des finances locales, que cette part augmente.

Lors du vote du V^e Plan, votre Commission des affaires sociales avait exposé que les règles de financement — jointes au volume envisagé des autorisations de programme à ouvrir dans le budget de l'Etat, volume dès l'origine notoirement insuffisant — ne permettraient pas la réalisation des objectifs pourtant modestes retenus dans le domaine sanitaire et social. Ses craintes se sont, hélas ! réalisées, aggravées encore par l'érosion monétaire plus importante que ce qu'il était permis de redouter.

3° La façon dont est suivie l'exécution du Plan.

La création de notre Commission de Contrôle a été le résultat des difficultés qu'avait rencontrées votre Commission des Affaires sociales à obtenir des renseignements précis.

Nous rappellerons que notre collègue, M. Léon Messaud, dans son avis (1) déposé le 25 novembre 1969, sur le projet de loi de finances pour 1970, indiquait :

« Il est très probable que doit être imputée à cette carence initiale au niveau de l'information la non-concordance des conclusions, si différentes qu'elles en deviennent incompatibles, des commissions compétentes de l'Assemblée Nationale.

« Il nous semble, pour prendre la mesure de l'imprécision qui règne en ce domaine, intéressant de les exposer sommairement :

« 1° Au nom de la Commission des Finances, M. V. Ansquer, son rapporteur spécial pour les crédits du Plan et de l'aménagement du territoire (2) estime que :

« — sur la base d'une comptabilité en francs courants, le pourcentage de réalisation du plan pour les équipements sanitaires et sociaux sera de 82,5 % à la fin de 1969 et, compte tenu des crédits optionnels 1970, de 100,9 % à la fin de 1970 ; l'incertitude plane, bien entendu, sur les résultats par catégories d'équipements, si l'on envisage le déblocage de ces crédits optionnels, étant entendu qu'en cas de déblocage total le V^e Plan sera exécuté dans la proportion de 97,9 % ;

(1) Sénat n° 60, tome I, Santé publique.

(2) Assemblée Nationale, 4^e législature, n° 835, annexe n° 25, pages 8 et 9.

« — sur la base d'une comptabilité en francs constants 1965, le pourcentage de réalisation du Plan pour les équipements sanitaires et sociaux sera de 75,6 % à la fin de 1969 et, compte non tenu des crédits optionnels 1970, de 90,4 % à la fin de 1970 ; en cas de déblocage total de ces crédits optionnels, l'ensemble du Plan sera exécuté dans la proportion de 86,1 %.

« 2° Au nom de la même Commission des Finances de l'Assemblée Nationale M. Bisson, son rapporteur spécial pour les crédits de la santé publique (1) estime que :

« — sur la base d'une comptabilité en francs courants, applicable aux autorisations de programmes, le pourcentage de réalisation du Plan pour les équipements sanitaires et sociaux sera de 74,58 % à la fin de 1969 si les crédits versés en 1969 au Fonds d'action conjoncturelle restent bloqués (83,1 % en cas de déblocage). A la fin de 1970, le même calcul donnerait respectivement 90,6 % et 99,3 % ;

« — sur la base d'une comptabilité en francs constants 1965, également applicable aux autorisations de programmes, les pourcentages de réalisation se situeraient à 68,98 % (blocages maintenus) et 76,44 % (en cas de déblocage des crédits) en 1969, à 82,5 % (blocages maintenus) et 90 % (en cas de déblocage des crédits) en 1970.

« Etablissant par ailleurs des pourcentages exprimés en montant de travaux, M. Bisson écrit :

« Alors que les objectifs du Plan étaient de 10.030 millions de francs de travaux à engager, les dépenses susceptibles d'être subventionnées fin 1970, au titre du V° Plan, s'élèveront à un chiffre compris entre 6.650 millions de francs et 7.740 millions de francs selon l'utilisation du Fonds d'action conjoncturelle, et les taux d'exécution correspondants varieront entre 66 et 77 % . »

« On constate que ce pourcentage est nettement inférieur à celui trouvé précédemment. Le taux moyen de subvention retenu lors de l'élaboration du V° Plan avait été, en effet, d'environ 30 %. Les conséquences d'une telle mesure n'avaient toutefois pas été suffisamment étudiées pour qu'elle soit immédiatement mise en application. Pour 1969, le taux de subvention moyen a été porté de 40 à 39 % et il est envisagé de le réduire à 36 % en moyenne en 1970.

« 3° Au nom de la Commission de la Production et des Echanges, M. Duval, son rapporteur pour avis pour les crédits du Plan (2), écrit :

« En matière d'équipement sanitaire et social, le taux d'exécution à la fin du V° Plan devrait être de 100 %. Toutefois, ce pourcentage dissimule une réalité bien différente. En effet, la contribution de l'Etat avait été fixée sur la base d'un taux de subvention réduit. Les diminutions envisagées n'ayant pu être opérées, le taux calculé sur la base des autorisations de programme surestime le degré réel d'avancement des travaux. Par ailleurs, les retards sont particulièrement importants pour la partie qui devait être réalisée sans subvention de l'Etat.

« En fait, les réalisations dans le secteur social ne semblent pas devoir dépasser 63 % des prévisions.

« 4° Au nom, enfin, de la Commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, son rapporteur pour avis pour les crédits de la Santé publique (3), M. Peyret, formule deux hypothèses :

« — l'une maximale, établie sur les crédits qui résulteraient d'une libération des autorisations de programme bloquées au titre du fonds d'action conjonctu-

(1) Assemblée Nationale, 4^e législature, n° 835, annexe 5, pages 65 à 67.

(2) Assemblée Nationale, 4^e législature, n° 837, tome XII, page 9.

(3) Assemblée Nationale, 4^e législature, n° 836, tome IV.

relle et à l'application, en 1970, d'un taux de subvention moyen de 36 % au lieu de 40 % ;

« — l'autre, minimale, fondée sur le montant des crédits disponibles, déduction faite des blocages, et l'application du taux de subvention maximum autorisé.

« Pour le plan d'équipement sanitaire et social, les pourcentages d'exécution seraient alors respectivement de 77,92 et de 66,95 %.

« Il a semblé intéressant de rendre possible la confrontation simultanée de ces différentes données ; contrairement à ce qui se passe le plus souvent, la consultation du tableau suivant ne pourra qu'accroître la perplexité de son lecteur. »

TABEAU. — Pourcentages d'exécution du V^e Plan

SOURCES	1969						EN
	EN FRANCS COURANTS			EN FRANCS CONSTANTS 1965			
	Hypothèse unique	Hypothèse maximale (1)	Hypothèse minimale (2)	Hypothèse unique	Hypothèse maximale (1)	Hypothèse minimale (2)	
Assemblée nationale.)							
Commission des Finances :							
Rapport sur les crédits du Plan n° 835, annexe n° 25.....	82,5			75,6			
(Ensemble du Plan).....	76,6			68,7			
Commission des Finances :							
Rapport sur les crédits de la Santé publique n° 835, annexe n° 5.....		83,01	74,58		76,44	68,98	
Commission de la Production et des Echanges :							
Avis sur les crédits du Plan n° 837, tome 12.....							
Commission des affaires culturelles, fami- liales et sociales :							
Avis sur les crédits de la Santé publique n° 836, tome 4.....							

- 1) Hypothèse maximale : correspond à la mise à la disposition des autorisations de programme versées au fonds
2) Hypothèse minimale : correspond aux crédits disponibles, déduction faite des blocages.
3) Hypothèse maximale : correspond à la libération des autorisations de programme bloquées au titre du fonds
4) Hypothèse minimale : correspond aux crédits disponibles, déduction faite des blocages, et à l'application du

Équipement sanitaire et social.

1970

FRANCS COURANTS		EN FRANCS CONSTANTS 1965			EN MONTANT de travaux à engager.		EXÉCUTION		SUR DÉPENSES subventionnées seulement.	
Hypothèse maximale (1)	Hypothèse minimale (2)	Hypothèse unique	Hypothèse maximale (1)	Hypothèse minimale (2)	Hypothèse maximale (1)	Hypothèse minimale (2)	Théorique.	Réelle.	Hypothèse maximale (3)	Hypothèse minimale (4)
(97,9)	100,9 (96,3)		(86,1)	(84,7)						
99,03	90,6		90,00	82,54	77,00	66,00				
							100,00	63,00		
									77,92	66,95

d'action conjoncturelle.

d'action conjoncturelle et à l'application en 1970 d'un taux de subvention moyen de 36 % au lieu de 40 %.
taux de subvention maximum autorisé.

Nous avons, naïvement semble-t-il, espéré que les préfets pourraient aisément nous fournir le bilan de ce qui avait été fait dans leur département, ceci d'autant plus, qu'hélas, le volume de l'équipement sanitaire et social ne paraît pas tellement considérable.

Il est inconcevable que, plus de deux mois après que notre enquête ait été lancée et chaque Préfet interrogé, votre Commission de contrôle n'ait encore reçu aucune réponse.

Nous souhaitons qu'à l'avenir :

1° Des comptes rendus précis et complets soient faits année par année, région par région et département par département, des opérations d'équipement entrant dans le cadre du Plan ;

2° Que ce soient ces comptes rendus qui servent d'éléments de compte pour la confection des rapports gouvernementaux sur l'exécution du Plan (s'il doit encore y en avoir) et qu'ainsi le Parlement ait des informations précises, incontestables, basées sur le volume des travaux engagés, la nature et la contexture des équipements réalisés et pas seulement sur le montant de la consommation des crédits ouverts.

4° *La situation du Ministère de la Santé publique en face des tâches d'équipement.*

Ministère de la Santé publique et de la Population jusqu'en 1966, partie du grand Ministère des Affaires sociales jusqu'en juin 1969, à nouveau, depuis lors, Ministère autonome de la Santé publique et de la Sécurité sociale, *l'administration responsable de la santé publique en France souffre d'un dramatique sous-équipement en moyens — personnel et matériel — tant à l'administration centrale que dans les services extérieurs.* Accablés de responsabilité d'une extraordinaire diversité, les fonctionnaires de ce département ministériel sont dans l'impossibilité, malgré leur évidente bonne volonté, de mener à bien de front l'ensemble de leurs tâches.

Si la Direction de l'équipement social du Vésinet paraît, malgré la modestie de ses moyens en personnel, à peu près en état de remplir son rôle, il en va différemment dans les départements. Les directions départementales de l'action sanitaire et sociale (D. D. A. S. S.) sont, en particulier, dans l'incapacité de suivre admi-

nistrativement et techniquement la constitution puis la progression des dossiers d'équipement. Il leur est, dans ces conditions, parfaitement impossible de faire respecter l'ordre des priorités prévu par le Plan, tant à l'échelon national que même au stade régional.

Si l'on ajoute que cette administration sous-équipée doit œuvrer en tenant compte des disponibilités financières, des désirs des collectivités locales, des exigences des médecins et des architectes, de l'évolution des techniques... et de certaines pressions locales... on réalise que sa tâche s'apparente à la fameuse quadrature du cercle.

De plus, à cette insuffisance en personnel et en moyens techniques, se surajoute une invraisemblable complexité des procédures. Cet état de choses crée une psychose de résignation proche du désespoir.

Certes on peut, à la rigueur, comprendre sinon accepter, cette attitude puisque la consommation des autorisations de programme mises à la disposition du Ministère de la Santé publique est, depuis quelques années, excellente (en 1966 : 96,38 % ; en 1967 : 99,04 % ; en 1968 : 72,51 % (1) ; en 1969 : 99 %).

Aussi, nous paraît-il urgent de revoir à la fois les moyens en personnel et les procédures propres à ce ministère.

5° *Les maîtres d'ouvrages en face des tâches d'équipement.*

Le découragement gagne les maîtres d'ouvrage, collectivités locales et associations à but non lucratif.

Conscients des insuffisances et des besoins — dénoncés de toutes parts — de notre équipement sanitaire et social, les responsables locaux s'essaient de leur mieux à y remédier.

Alors que les rapports gouvernementaux cherchent, avec un cynisme qui nous a profondément choqués, à faire endosser par les collectivités locales accusées de manquer de dynamisme une large part de responsabilité du retard apporté à l'exécution du Plan, les membres du Sénat savent d'expérience que ce sont, au contraire, les responsables locaux qui sont les plus impatients de voir se réaliser les équipements collectifs indispensables. Et ils font preuve, pour y parvenir, d'une opiniâtreté méritoire.

(1) Conséquence de la « suspension des visas » du Ministère des Finances intervenue en octobre 1968.

Tout d'abord, ils ont besoin d'informations sur les priorités retenues, la façon dont elles ont été fixées, leur justification et les normes habituelles.

Ensuite, ils demandent que, tout en respectant l'évolution rapide des techniques, les normes exigées par le ministère soient moins évolutives et peut-être un peu moins « perfectionnistes ».

Enfin — et surtout — ils réclament une simplification de l'inextricable maquis des procédures de mise au point et d'instruction des dossiers.

Leur tâche serait, en outre, facilitée si :

a) Les sources de financement auxquelles ils sont obligés d'avoir recours étaient moins nombreuses et si cette diversité ne recouvrait pas des exigences normatives dissemblables ;

b) Les taux de subvention ne variaient pas trop fréquemment, les obligeant à revoir les équilibres financiers ;

c) Les délais d'approbation des dossiers étaient plus courts, les retards actuels rendant nécessaire, à plusieurs reprises, la révision des plans de financement.

Ils souhaitent avoir, au stade départemental, un interlocuteur, un conseil qui suive l'évolution des dossiers et puisse à tout moment leur indiquer ce qu'il convient de faire et ce qu'ils peuvent espérer.

Nous estimons qu'il devrait y avoir dans chaque D. D. A. S. S. un fonctionnaire spécialisé qui soit en permanence au fait de l'état d'instruction des dossiers et qui soit parfaitement au courant des procédures et des obstacles à franchir ainsi que des priorités du Plan. Ce fonctionnaire ne devrait pas être un technicien — comme l'est actuellement le délégué aux travaux — mais un « administratif » assurant la liaison entre les maîtres d'ouvrage, l'administration sous toutes ses formes et les techniciens.

Ainsi, les maîtres d'ouvrage sauraient exactement les documents qu'ils doivent fournir à chaque étape de l'évolution des dossiers, ils pourraient supputer les chances d'aboutissement de leurs projets, le délai approximatif de leur réalisation. Cette connaissance leur permettrait d'apprécier s'ils ont intérêt à persévérer ou s'il vaut mieux envisager des mesures provisoires... ou encore s'il vaut mieux abandonner le type d'équipement collectif projeté au profit d'un autre plus aisé à réaliser ou plus conforme aux priorités du Plan.

Il n'est, nous semble-t-il, de l'intérêt de personne de décourager les initiatives des maîtres d'ouvrage dans le domaine de l'équipement sanitaire et social. Or, c'est le résultat auquel on paraît actuellement parvenu.

Ceci explique, en partie, que cet aspect des équipements collectifs ne soit plus évoqué en position prioritaire dans les rapports des régions. Economistes, technocrates et même, peut-être, administrateurs locaux estiment vraisemblablement qu'il vaut mieux conjuguer les efforts pour obtenir des crédits dans les domaines où les réalisations se matérialisent dans des délais normaux. Puisqu'il faut une dizaine d'années pour voir démarrer un hôpital, puis quatre à six ans pour le voir construit... comment ne pas comprendre que, de guerre lasse, les régions reportent leur désir frustré d'équipement sur des autoroutes ou sur le téléphone ?

Tant pis si des hôpitaux datent encore du XVIII^e siècle, si on trouve des lits de malades dans les couloirs et si les familles cherchent désespérément une place en établissements spécialisés pour leurs enfants handicapés ou leurs vieillards pitoyables !

En tout cas, une « opération-vérité » s'impose. Il faut que le Ministère de la Santé publique fasse connaître à tous les préfets, à charge pour eux d'en informer les maîtres d'ouvrage, quels sont les dossiers techniquement prêts qui n'attendent plus que la décision de subvention. Ainsi, chacun saura où sont les responsabilités, on saura qu'elles sont financières... et on n'accusera plus les services de la Direction de l'Équipement social du Vésinet d'être le « tombeau » des projets prêts. Espérons qu'alors le rôle de ces services dans l'instruction préalable des dossiers ne justifiera plus ce genre d'accusation.

*
* *

En résumé, votre Commission de contrôle :

a) Constate que l'exécution du V^e Plan, dans le secteur de l'équipement sanitaire et social, représentera à la fin de 1970, en francs courants, au maximum 68 % de ce qui était attendu en volume de travaux ;

b) Demande que, si la notion de « lit » ou de « place » n'est pas rationnellement satisfaisante dans l'établissement des prévisions et dans le contrôle de leur application, une autre lui soit rapidement substituée, et en tout cas lors de la mise au point des objectifs du VI^e Plan ;

c) Demande que la carte hospitalière de la France, promise depuis de nombreuses années, soit effectivement établie ;

d) Demande que chaque préfet tienne à jour un bilan complet de l'exécution du Plan dans son département et en fasse part régulièrement aux différents départements ministériels concernés, afin que les chiffres rendus publics soient concordants et que le rapport publié chaque année, en annexe au projet de loi de finances, soit un plus exact reflet de la réalité ;

e) Demande que soient revues les modalités de financement des équipements et que la part actuellement supportée par les régimes de sécurité sociale incombe dorénavant à l'Etat ;

f) Demande que les crédits qui seront ouverts en 1971 tiennent compte de la nécessité de rattraper le retard pris dans ce secteur ;

g) Demande que les moyens en personnel et en matériel du Ministère de la Santé publique soient très substantiellement renforcés en particulier au plan des départements ;

h) Demande que, dans les départements, un fonctionnaire soit spécialement chargé, dans chaque D. D. A. S. S., de suivre et de guider les dossiers d'équipement dans les différents stades de leur mise au point ;

i) Demande que soient réellement allégées les procédures de préparation et de mise au point de ces dossiers ;

j) Demande que tous les préfets soient informés exactement des dossiers techniquement prêts qui n'attendent plus que la décision de subvention, remarque étant faite que, si cette décision doit n'intervenir que dans deux, trois ou quatre ans, un tel retard amènera obligatoirement à reprendre complètement une nouvelle fois lesdits dossiers ;

k) Demande que tout soit mis en œuvre pour conseiller et aider — plutôt que pour décourager — les maîtres d'ouvrage (collectivités locales ou associations sans but lucratif) qui ont le désir de réaliser un équipement urgent.

*
* *

Si nous voulons éviter que les notions de planification et de régionalisation ne soient associées à un sentiment de désillusion, il nous paraît indispensable de tirer rapidement les conclusions de l'expérience du V^e Plan. Et nous rappellerons, au moment de conclure, le « primat » qu'avait posé dès ses premières réunions la Commission de l'équipement sanitaire et social du V^e Plan :

« Notre civilisation considère la personne humaine comme une valeur en soi. Elle ne peut, sans se renier, mettre sur un même pied, ce qui tend à la sauvegarde de la vie humaine et ce qui tend à l'accroissement des richesses ou à de plus grandes commodités d'existence. Cela est d'un autre ordre. »