

# SÉNAT

PREMIÈRE SESSION ORDINAIRE DE 1988-1989

Annexe au procès-verbal de la séance du 21 novembre 1988.

## RAPPORT GÉNÉRAL

FAIT

*au nom de la commission des Finances, du contrôle budgétaire et des comptes économiques de la Nation (1) sur le projet de loi de finances pour 1989, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE.*

Par M. Maurice BLIN,

Sénateur,

*Rapporteur général.*

TOME III

**LES MOYENS DES SERVICES ET LES DISPOSITIONS SPÉCIALES**

**(Deuxième partie de la loi de finances.)**

ANNEXE N° 30

**SOLIDARITÉ, SANTÉ ET PROTECTION SOCIALE**

*Rapporteur spécial : M. Jacques OUDIN*

(1) Cette commission est composée de : MM. Christian Poncelet, président ; Geoffroy de Montalembert, vice-président d'honneur ; Jean Cluzel, Jacques Descours Desacres, Tony Larue, Joseph Raybaud, vice-présidents ; Emmanuel Hamel, Modeste Legouez, Louis Perrein, Robert Vizet, secrétaires ; Maurice Blin, rapporteur général ; René Ballayer, Stéphane Bonduel, Raymond Bourgine, Ernest Cartigny, Roger Chinaud, Maurice Couve de Murville, Pierre Croze, Gérard Delfau, Jacques Delong, Marcel Fortier, André Fosset, Mme Paulette Fost, MM. Jean Francou, Henri Goetschy, Georges Lombard, Paul Loridant, Roland du Luart, Michel Manet, Jean-Pierre Masseret, Josy Moinet, René Monory, Lucien Neuwirth, Jacques Oudin, Bernard Pellarin, Jean-François Pintat, Mlle Irma Rapuzzi, MM. René Regnault, Henri Torre, André-Georges Vojsin.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (9<sup>e</sup> législ.) : 160 et annexes, 294 (annexes n° 30 à 32), 295 (tomes IX à XII), 296 (tome IX), et T.A. 24.

Sénat : 87 (1988-1989).

Lois de finances. — Handicapés - Pauvreté - Personnes âgées - Retraite - Santé - Sécurité sociale.

## SOMMAIRE

	Pages
<b>I. — PRINCIPALES OBSERVATIONS DE LA COMMISSION</b> .....	5
<b>II. — EXAMEN EN COMMISSION</b> .....	10
<b>AVANT-PROPOS</b> .....	12
<b>CHAPITRE PREMIER : PRÉSENTATION DU PROJET DE BUDGET</b> .....	15
<b>I. — Les crédits du ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale</b> .....	15
A. — Présentation générale du budget .....	16
B. — Analyse des crédits .....	17
<b>II. — Une vision partielle de l'intervention de l'Etat dans le domaine social</b> .....	27
<b>CHAPITRE II : LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION FRANÇAISE ET SES CONSÉQUENCES DANS LE DOMAINE SOCIAL</b> .....	31
<b>I. — L'action sociale en faveur des personnes âgées</b> .....	32
A. — Le dispositif actuel .....	32
1. Le maintien à domicile .....	32
2. Les structures d'hébergement .....	34
B. — Des financements diversifiés .....	36
1. L'intervention de plusieurs sources de prises en charge collectives ...	36
2. ... qui conduit à faire intervenir plusieurs autorités lors de la création de nouveaux établissements .....	38
3. Une intervention spécifique de l'Etat dans le domaine de l'hébergement des personnes âgées : la transformation des hospices .....	38
C. — L'apport du projet de budget pour 1989 .....	39
<b>II. — L'inévitable adaptation des régimes de retraite</b> .....	42
A. — De sombres perspectives financières .....	43
B. — Des adaptations inévitables .....	46
<b>CHAPITRE III : UN EFFORT SENSIBLE EN FAVEUR DE LA LUTTE CONTRE L'EXCLUSION SOCIALE</b> .....	47
<b>I. — L'action sociale en faveur des handicapés</b> .....	47
1. Une population difficile à cerner .....	48
2. Le cadre institutionnel issu de la décentralisation .....	49

	Pages
3. Une effort budgétaire significatif prévu pour 1989 .....	51
4. Une nécessité : évaluer les besoins .....	52
<b>II. - La lutte contre la pauvreté .....</b>	<b>54</b>
1. Le dispositif spécifique de lutte contre la pauvreté .....	55
2. Le revenu minimum d'insertion : une innovation importante .....	57
3. ...dont l'efficacité devra être appréciée en fonction des mesures effectives d'insertion mises en œuvre .....	58
4. ...et qui entraîne une stabilisation des autres moyens de lutte contre la pauvreté prévue au titre du ministère de la Solidarité .....	59
<b>CHAPITRE IV : MAINTENIR LA QUALITÉ DES SOINS TOUT EN MAÎTRISANT LEUR COUT .....</b>	<b>61</b>
<b>I. - Le projet de budget pour 1989 prévoit un effort sensible en faveur de la lutte contre certains fléaux sociaux .....</b>	<b>62</b>
1. Le maintien à niveau des dotations destinées aux services .....	63
2. Des interventions publiques concentrées sur la lutte contre le SIDA et la toxicomanie .....	63
3. Une évolution contrastée des dépenses d'investissement .....	68
<b>II. - Quelle planification hospitalière ? .....</b>	<b>69</b>
1. Des capacités largement excédentaires dans les disciplines de court séjour ...	70
2. Un certain manque de cohérence dans l'installation des équipements matériels lourd soumis à autorisation .....	72
3. ...Des progrès très lents dans la connaissance du coût de traitement des pathologies .....	74
<b>CHAPITRE V : QUEL ÉQUILIBRE POUR LA SÉCURITÉ SOCIALE ? .....</b>	<b>77</b>
<b>I. - Un problème structurel .....</b>	<b>77</b>
1. Les dépenses progressent d'une façon autonome .....	77
2. Un financement fragilisé .....	79
<b>II. - Une illustration parfaite : le régime général des salariés .....</b>	<b>81</b>
1. Treize ans de crise .....	81
2. Vers de nouveaux déficits .....	82
<b>III. - Deux voies d'assainissement indissociables .....</b>	<b>85</b>
1. Les axes de réforme .....	86
2. Une occasion manquée .....	87
<b>ANNEXES .....</b>	<b>91</b>

## I. PRINCIPALES OBSERVATIONS DE LA COMMISSION

1. S'ils représentent une masse financière importante en valeur absolue (35,7 milliards de francs), les crédits du ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale se révèlent relativement faibles quand on les compare à l'ensemble des dépenses sociales de la Nation (1.454 milliards en 1987, dont 1.101 milliards pour les seules dépenses des secteurs santé, famille et vieillesse). Certes, il est également exact que les crédits de ce ministère ne traduisent pas la totalité de l'effort consenti par l'Etat dans le domaine social. De nombreuses subventions à des régimes de protection sociale se trouvent disséminées dans les différents fascicules budgétaires (Transports, Mer, Charges communes, B.A.P.S.A.). Cette présentation indique cependant clairement à quel point il est délicat de mesurer effectivement le poids du secteur social sur les dépenses de l'Etat. Votre rapporteur note d'ailleurs que la commission des finances de l'Assemblée nationale a adopté une observation pour regretter que le ministère ne soit pas en mesure de récapituler l'ensemble des crédits de l'Etat destinés à la politique en faveur des personnes âgées et pour rappeler que seule une bonne connaissance de l'effort financier réalisé par les différents intervenants serait à même d'apporter les éléments de réflexions nécessaires pour une politique globale. Votre rapporteur souhaite s'associer à cette observation et l'étendre à l'ensemble des domaines sociaux dans lesquels intervient l'Etat. Il semble nécessaire d'assurer une plus grande transparence de ces interventions et, par voie de conséquence, de faciliter le contrôle parlementaire.

2. La politique conduite en faveur des personnes âgées constitue une priorité reconnue de tous. Actuellement, elle s'organise autour de deux grands axes :

- permettre aux personnes âgées de rester le plus longtemps possible dans leur milieu de vie habituel, grâce à l'aide ménagère et aux services de soins à domicile,

- disposer, quand le placement devient inévitable, d'une structure d'accueil adaptée.

Pour l'avenir, ce dispositif devra répondre à l'inévitable augmentation du nombre de personnes âgées de plus de 75 ans (+ 15 % d'ici l'an 2000), mais surtout à une progression de 40 % de celles âgées de plus de 85 ans.

Dans l'immédiat, l'Etat accélère donc le programme de transformation des hospices et il faut s'en féliciter. Toutefois, il est clair que ce sont les départements qui, compte tenu de leurs compétences en ce domaine, devront définir, et pour partie financer, la politique à mettre en oeuvre pour répondre aux besoins légitimes des personnes âgées.

Or, face à ces perspectives démographiques, on constate qu'il n'existe pas, au plan national, d'indicateur permettant d'évaluer les besoins engendrés par ce vieillissement de la population. Il semblerait donc nécessaire de combler cette lacune pour que les collectivités locales puissent utiliser des éléments homogènes en vue de piloter de manière plus fine leurs efforts, mais aussi pour que le dialogue avec les autres intervenants, et en particulier la sécurité sociale, puisse s'établir sur la base d'objectifs homogènes et communs.

**3. L'action menée en faveur des handicapés figure également parmi les priorités du budget, comme en témoigne la création de 1.700 places supplémentaires dans les Centres d'Aides par le Travail, et la revalorisation de la subvention forfaitaire versée aux auxiliaires de vie.**

Si ces efforts méritent d'être soulignés, il convient cependant de rappeler que, là encore, les éléments d'information demeurent insuffisants pour évaluer la tâche à accomplir par les trois principaux intervenants que sont l'Etat (19,6 milliards de francs en 1987), les collectivités locales (9,8 milliards) et la Sécurité sociale (18,3 milliards).

Ainsi, il n'existe pas de statistiques permettant une approche directe de la population handicapée, que celle-ci soit considérée globalement ou par catégorie de déficience. Tout au plus, peut-on avancer une estimation situant le nombre de handicapés atteints d'une déficience grave à environ un million cinq cent mille.

Or, parallèlement, il est certain que la nature des besoins évolue, sous le double effet de l'arrivée à l'âge adulte des

nombreuses générations d'enfants handicapés nés entre 1960 et 1970, et de la politique active de soins et d'éducation qui a permis de prolonger au-delà de vingt ans la vie des personnes sévèrement handicapées.

Il semble donc temps de définir un outil statistique permettant d'évaluer les besoins à satisfaire, tant en ce qui concerne l'hébergement qu'en matière d'insertion professionnelle ou d'aide à domicile et donc, par voie de conséquence, l'effort financier à consentir pour chaque partenaire dans les années à venir.

4. Avec la mise en oeuvre du Revenu minimum d'insertion, la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale devraient prendre une nouvelle dimension. Dans l'immédiat, le ministère a cependant souhaité maintenir à un niveau relativement élevé (295 millions) les crédits destinés à l'ancien programme spécifique de lutte contre la pauvreté, pour tenir compte des délais nécessaires de montée en puissance de la nouvelle allocation. Toutefois, on peut penser que la dotation inscrite au ministère de la solidarité devrait décroître de manière importante dans les années à venir, sauf à admettre que le R.M.I. ne permette pas de répondre à toutes les situations.

5. Si le projet de budget pour 1989 prévoit un accroissement sensible des dotations destinées à la lutte contre le SIDA et à la toxicomanie, il est, en revanche, regrettable que des efforts significatifs ne soient pas consentis dans les domaines de la lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme. Face à des phénomènes diffus et dont les conséquences apparaissent lorsqu'il est trop tard, il semblerait en effet opportun de relancer massivement les actions de prévention, seul vecteur capable de sensibiliser les consommateurs aux risques encourus.

6. Alors que l'équilibre de la branche Maladie du régime de sécurité sociale est à nouveau menacé, votre rapporteur ne peut que porter un jugement sévère sur l'action conduite par le ministère au cours des dernières années, en matière de planification hospitalière.

Tout d'abord et malgré la suppression de 12.000 lits depuis 1982, les capacités hospitalières en discipline de court séjour restent excédentaires d'environ 60.000 lits par rapport

aux besoins réellement constatés. En fait, il apparaît clairement que les principes sur lesquels repose la carte sanitaire ont considérablement vieilli, introduisant ainsi un décalage important entre capacités autorisées et besoins réels. Or, les réflexions entamées dès 1983 pour définir un nouvel outil de planification ne semblent pas encore avoir abouti à ce jour.

Parallèlement, si le coût global de l'activité d'un hôpital peut être déterminé aisément, il s'avère toujours impossible d'évaluer le coût de traitement d'une pathologie dans un établissement donné. Le projet de médicalisation du système d'information (P.M.S.I.), qui doit permettre d'atteindre cet objectif, est toujours dans une phase "expérimentale" et, semble-t-il, se heurte à quelques réticences.

Enfin, votre rapporteur n'est pas en mesure de vous assurer de la parfaite cohérence entre d'une part les critères retenus pour évaluer les besoins en équipements lourds de chaque région et, d'autre part, les investissements effectivement réalisés.

Votre rapporteur ne sous-estime pas l'ampleur et les difficultés de la tâche à accomplir dans un domaine où la coexistence de deux secteurs financés de façon différente rend les interventions de l'Etat très délicates. Il constate cependant que les établissements hospitaliers absorbent plus de la moitié des prestations d'assurance maladie (142 milliards sur un total de 263 milliards en 1987). La nécessaire maîtrise de nos dépenses sociales impose donc que des mesures énergiques soient prises en vue de réduire les capacités excédentaires en discipline de court séjour afin d'optimiser l'utilisation de notre système hospitalier, mais également de dégager les moyens permettant d'ouvrir de nouvelles places dans les disciplines de moyen ou long séjour. Si l'an prochain des progrès significatifs n'ont pas pu être réalisés dans le domaine de la planification hospitalière, votre rapporteur interviendra pour que le Parlement exerce pleinement son pouvoir de contrôle.

7. Enfin, force est de constater que le problème du financement de la Sécurité sociale n'a toujours pas trouvé de solution. Le déficit prévisionnel pour 1989 atteignant 28 milliards de francs, le gouvernement a, de nouveau, décidé de faire appel à des recettes complémentaires.

En revanche, et après l'échec des travaux du Conseil Economique et Social, le gouvernement n'a annoncé aucune

mesure de fond visant à mieux maîtriser l'évolution des dépenses. Or, tous les intervenants reconnaissent que c'est la seule voie praticable pour assurer la survie de notre système de protection sociale et, en particulier de nos régimes de retraite.

Mais, plus le temps passe, plus les nécessaires ajustements structurels deviendront importants. Les financements provisoires ou temporaires adoptés aujourd'hui seront vite considérés comme des "acquis", tandis que les mesures susceptibles d'agir sur l'évolution des dépenses demanderont du temps avant de faire sentir leur effet. Dans ces conditions, les prélèvements sociaux ne semblent pas près de se stabiliser, appelant ainsi des sacrifices toujours plus grands, qu'il faudra bien répartir entre les différentes catégories d'intervenants. Un tel mouvement risque de limiter les efforts réalisés parallèlement pour réduire les prélèvements obligatoires globaux tout en exerçant une pression permanente sur la cohésion de notre société, compte tenu de l'évolution inévitable du rapport actifs/inactifs.



## II. EXAMEN EN COMMISSION

Réunie le mardi 15 novembre 1988, sous la présidence de **M. Christian Poncelet, président**, la commission a procédé à l'examen du budget de la solidarité, de la santé et de la protection sociale sur le rapport de **M. Jacques Oudin, rapporteur spécial**.

**M. Jacques Oudin, rapporteur spécial**, a tout d'abord rappelé que le budget social de la Nation a atteint, en 1986, 1 443 milliards de francs. Il a également évoqué les perspectives d'évolution du solde des régimes obligatoires de sécurité sociale, ainsi que les mesures mises en oeuvre afin d'éviter l'aggravation du déficit des comptes sociaux. Il s'est néanmoins inquiété des perspectives financières de la sécurité sociale en 1989 en raison du plafonnement des recettes.

Le rapporteur spécial a ensuite expliqué que les crédits de la solidarité, de la santé et de la protection sociale atteignaient 35,7 milliards de francs en 1989, en progression de 2,3%. Il a souligné que cette évolution devait être appréciée en tenant compte d'une part de la mise en oeuvre du revenu minimum d'insertion, dont le financement est inscrit dans le budget des charges communes, d'autre part, de plusieurs transferts de crédits et mesures de régularisation.

**M. Jacques Oudin, rapporteur spécial**, a constaté que seules les dépenses ordinaires du budget augmentaient. Il a noté que celui-ci comportait quatre priorités : les handicapés, avec la création de 1.700 places supplémentaires dans des centres d'aide par le travail, la transformation des hospices, la lutte contre le S.I.D.A. dont les crédits augmentent de 51 %, et la lutte contre la toxicomanie. Il a également rappelé que divers crédits faisaient l'objet d'ajustements, tels que la protection sociale dans les T.O.M. ou bien encore l'action en faveur des rapatriés.

Le rapporteur spécial a regretté que ni le fonctionnement des centres d'hébergement et de réadaptation sociale, ni la prévention de l'alcoolisme et du tabagisme ne bénéficient de crédits supplémentaires. Il s'est en outre inquiété de la réduction des subventions d'équipement affectées à la modernisation des C.H.R. et des établissements nationaux ainsi

que, plus généralement, de l'action conduite par le ministère au cours des dernières années en matière de planification hospitalière. Il a appelé de ses vœux des mesures énergiques afin de réduire les capacités excédentaires en disciplines de court séjour.

Puis **M. Jacques Oudin, rapporteur spécial**, a souligné la difficulté d'appréhender effectivement le poids du secteur social dans les dépenses de l'Etat. Il a également regretté que la politique conduite en faveur des personnes âgées ne puisse s'appuyer sur un indicateur permettant d'évaluer les besoins engendrés par le vieillissement de la population. Il a d'ailleurs observé qu'il n'existait pas davantage de statistiques concernant le nombre et les besoins des handicapés.

Le rapporteur spécial a alors constaté que la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, marquée par la mise en oeuvre du revenu minimum d'insertion, ne s'accompagnait pas d'une diminution des crédits consacrés à l'ancien programme spécifique de lutte contre la pauvreté. Il a enfin souligné que le problème du financement de la sécurité sociale reste entier, aucune mesure globale de maîtrise des dépenses n'ayant été prise.

**M. René Ballayer** s'est interrogé sur l'éventuelle incidence sur les hôpitaux ruraux de l'évolution de la planification hospitalière.

**M. Josy Moinet** a constaté que le maintien de certains hôpitaux était lié à une demande suffisante et ne devait pas engendrer des frais de fonctionnement trop élevés.

Après les réponses apportées par **M. Jacques Oudin, rapporteur spécial**, la commission a alors décidé de laisser à l'appréciation du Sénat le projet de budget de la solidarité, de la santé et de la protection sociale pour 1989.

## AVANT-PROPOS

Mesdames, Messieurs,

Au-delà de l'examen des 35,7 milliards de francs de crédits qui sont inscrits au projet de budget du ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale, la Commission des finances du Sénat a été amenée à évoquer, une nouvelle fois, les graves problèmes qui se posent à notre pays dans le domaine de la croissance et de l'équilibre de nos comptes sociaux.

Elle a constaté que de tels phénomènes existent dans tous les grands pays industrialisés qui ont connu, depuis la deuxième guerre mondiale, à la fois l'expansion économique et l'irrésistible montée des besoins et des coûts de santé et de protection sociale.

Tous ces pays, sans exception, se sont trouvés dans l'obligation de mettre en place des plans de rigueur et de rationalisation après une longue période de croissance ininterrompue de plus de trente années.

La France n'est donc pas isolée dans cette recherche permanente d'un équilibre actuellement introuvable faute de pouvoir adopter les mesures, peut-être douloureuses mais inéluctables et nécessaires, qui s'imposent à nous.

Les facteurs de déséquilibre sont connus. Il y a d'abord la dégradation du rapport entre actifs et inactifs, entre le nombre de cotisants et celui des bénéficiaires.

Cette dégradation s'explique par de multiples facteurs d'ordre démographique (baisse de la natalité, allongement de la durée de vie), sociologique (abaissement de l'âge de la retraite, allongement de la durée des études), économique avec l'importance du chômage.

Le second facteur de déséquilibre est l'évolution des besoins de soins de santé et des coûts des thérapeutiques.

Faute de pouvoir freiner les causes d'augmentation des coûts et des dépenses, certains pouvaient estimer que la seule solution possible était d'augmenter les recettes.

Un tel choix fut adopté pendant des années. Nous avons, de ce fait, atteint des montants particulièrement élevés pour nos "prélèvements obligatoires", qu'ils soient effectués au titre de la fiscalité ou des cotisations sociales.

Mais cette voie comporte des limites évidentes dans un contexte d'ouverture des frontières, de création d'un marché unique européen, de concurrence accrue et de nécessaire compétitivité de nos entreprises.

Les plans de redressement de la sécurité sociale se sont succédé mais les tendances profondes n'ont pas été modifiées.

Actuellement, nos régimes de protection sociale sont financés par 18,8 milliards de recettes "provisoires" et le déficit prévisionnel pour 1989 s'élève à environ 34 milliards de francs.

Le gouvernement a consulté les "Sages" et tous les organismes concernés de la Nation mais le Conseil économique et social a échoué dans sa mission de proposer un dispositif cohérent de réformes et des solutions durables.

Il appartiendra donc au pouvoir politique de prendre seul les décisions nécessaires et les échéances se rapprochent inéluctablement.

La Commission des finances avait souhaité, lors du vote de la dernière loi sur le financement de la sécurité sociale en juillet 1988, qu'un vaste débat puisse s'engager au plus tôt devant le Parlement.

Le gouvernement avait confirmé son désir d'adopter une telle voie.

Dans un tel contexte, le budget de 35,7 milliards représente un montant modeste.

S'il fait apparaître certaines priorités comme l'action envers les handicapés, la transformation des hospices ou la lutte contre les fléaux sociaux (SIDA, toxicomanie), il met également en évidence les lacunes importantes de notre système de santé.

Notre appréciation des besoins est insuffisante tant dans le domaine hospitalier que pour l'hébergement des personnes âgées ou des handicapés, notre système d'évaluation et de maîtrise des coûts est critiquable à bien des égards, la modernisation de nos équipements se ralentit, la coordination entre l'Etat et les

collectivités territoriales pourrait être améliorée, le mécontentement des personnels soignants s'aggrave, enfin, notre recherche pharmaceutique décline.

Votre Commission des finances a, de ce fait, porté sur l'ensemble de la situation de notre système de protection sociale et sur le budget de ce ministère en particulier, un jugement mitigé. Elle en a laissé l'appréciation à la sagesse de la Haute Assemblée.

## CHAPITRE PREMIER

### PRESENTATION DU PROJET DE BUDGET

#### I. LES CREDITS DU MINISTERE DE LA SOLIDARITE, DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE

Les crédits regroupés dans le cadre du fascicule budgétaire "Solidarité, Santé et Protection Sociale" atteignent 35,7 milliards de francs en 1989. Ils progressent donc globalement de 2,3 % par rapport aux dotations de 1988.

On notera d'ailleurs que le budget initial a été légèrement modifié lors du débat devant l'Assemblée nationale. En effet, le Gouvernement a décidé de compléter ces crédits aux hauteurs de 36,7 millions de francs en crédits de paiement et de 5 millions de francs en autorisations de programme. Toutefois, il est clair que ces aménagements - nécessaires dans certains domaines - sont trop ponctuels pour influencer de façon significative l'évolution d'ensemble des crédits de ce ministère.

En outre, cette évolution d'ensemble doit être appréciée en tenant compte de plusieurs facteurs :

- d'une part, la mise en oeuvre du revenu minimum d'insertion (R.M.I.) doit mobiliser une somme de 6 milliards de francs qui se trouve inscrite dans le budget des Charges communes. On peut d'ailleurs s'étonner que ces crédits ne soient pas rattachés au fascicule "Solidarité Santé et Protection Sociale" alors que la finalité sociale de ce dispositif est manifeste ;

- d'autre part, ce même budget "Solidarité, Santé et Protection Sociale" est affecté par plusieurs transferts :

. certains sont liés à la nouvelle répartition des compétences ministérielles. Ainsi, les crédits destinés aux actions en faveur des femmes (72 millions) partent en direction des Services généraux du Premier Ministre, alors que les moyens afférents aux mesures sociales à l'égard des

rapatriés (278 millions) se trouvent rattachés au présent fascicule budgétaire,

. d'autres résultent de mesures de régularisation. En particulier, 25 millions vont abonder la Dotation Globale de Décentralisation, tandis que 33 emplois d'assistantes sociales et d'infirmières, relevant du service de la santé scolaire sont transférés au budget de l'Education nationale,

. les derniers traduisent l'impact de la partition des Directions départementales de l'Action sanitaire et sociale. Cette opération, en cours depuis déjà deux ans, se concrétise par une création nette d'emplois sur le budget de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale.

Globalement, les mesures de transferts se neutralisent et affectent donc peu l'évolution du budget. En revanche, si l'on tient compte des 6 milliards de francs prévus pour financer le revenu minimum d'insertion, les sommes consacrées à la solidarité, la santé et la protection sociale atteignent 41,7 milliards de francs en 1989.

## A. ANALYSE GENERALE DU BUDGET

Sous réserve des remarques précédentes, les crédits demandés dans le budget initial pour 1989 se présentent de la manière suivante.

	1988	1989	Variation (millions de francs)	Variation (pourcentage)
Titre III. — Moyens des services	2 446,6	2 567,3	+ 120,7	+ 4,9
Titre IV. — Interventions publiques	31 327,2	32 156,6	+ 829,4	+ 2,6
Titre V. — Investissements de l'Etat (crédits de paiement)	40,3	36,5	- 3,8	- 9,4
Titre VI. — Subventions d'investissement (crédits de paiement)	1 131,2	1 005,2	- 126	- 11,1
<b>Total</b>	<b>34 945,3</b>	<b>35 765,6</b>	<b>+ 820,3</b>	<b>+ 2,3</b>
<i>Autorisations de programme</i>				
Titre V	41,4	39,4	- 2	- 4,8
Titre VI	1 078,7	1 100,2	+ 21,5	+ 2
<b>Total autorisations de programme</b>	<b>1 120,1</b>	<b>1 139,8</b>	<b>+ 19,5</b>	<b>+ 1,7</b>

La progression des crédits constatée pour 1989 résulte donc exclusivement d'un accroissement des dépenses ordinaires (Titres III et IV). Parallèlement, les crédits de paiement sur dépenses en capital régressent de manière sensible, tandis que les autorisations de programme se trouvent majorées de 1,7 %. Enfin, on notera que les interventions publiques représenteront 89,9 % du budget en 1989 contre 89,6 % en 1988.

Analysé par actions, le projet de budget initial se présente de la manière suivante :

**CRÉDITS DE PAIEMENT**

(En millions de francs.)

	1988	1989	Variation (en pourcentage)
Services extérieurs .....	2 340,7	2 359,4	+ 0,8
Actions de caractère sanitaire .....	1 421,4	1 341,6	- 5,6
Actions de caractère social .....	30 070,5	30 817,1	+ 2,5
Formation des professions sanitaires et sociales .....	964,3	975	+ 1,1
Population - Migration - Rapatriés .	106,8	231	(1)
Divers .....	41,5	41,5	-
<b>Total .....</b>	<b>34 945,3</b>	<b>35 765,6</b>	<b>+ 2,3</b>

(1) Non significatif compte tenu des transferts.

Sous cet angle, il apparaît que ce sont les actions à caractère social qui bénéficient pour l'essentiel de dotations supplémentaires. Elles regrouperont d'ailleurs 86,1 % des crédits de ce budget en 1989. Cette analyse par grande masse permet, dans un premier temps, de donner l'orientation générale du projet de budget. Elle doit cependant être nuancée au vu des différentes mesures qui sont proposées dans chaque grand domaine.

**B. ANALYSE DES CREDITS**

L'analyse détaillée des mesures affectant le budget initial est retracée - par action - dans les tableaux suivants :



**ACTIONS DE CARACTÈRE SOCIAL**

(En millions de francs.)

	1988	1989	Variation 1988-1989 en pourcentage	Observations
<b>Titre III : Moyens des services . . . . .</b>	<b>54,4</b>	<b>54,2</b>	<b>- 0,3</b>	
— Etablissements nationaux pour jeunes sourds et aveugles . . . . .	48,8	48,6	- 0,4	Suppression d'un emploi de professeur.
— Institut de l'enfance et de la famille	5,6	5,6	»	Personnel : + 1 million de francs ; fonctionnement : - 1 million de francs.
<b>Titre IV : Interventions publiques . . .</b>	<b>29 548,9</b>	<b>30 293,4</b>	<b>+ 2,5</b>	<b>Mesures nouvelles + 599,9 millions de francs.</b>
— Action en faveur des femmes . . . . .	72	»	»	Transferts aux Services généraux du Premier ministre.
— Remboursement I.V.G. . . . .	172	160	- 7	Économie de constatation.
— Action sociale obligatoire . . . . .	5 597,7	5 819	+ 3,9	Mesures nouvelles + 97,5 millions de francs : <ul style="list-style-type: none"> <li>• création de 1 700 places supplémentaires dans les centres d'aide par le travail ;</li> <li>• ajustement de 29 millions de francs (+ 36,2 %) des crédits de tutelle de l'Etat traduisant pour partie l'impact de la prise en charge des curatelles d'Etat ;</li> <li>• économie de constatation (31 millions de francs) au titre des allocations et prestations diverses, permet d'inscrire un crédit de 10 millions de francs (+ 80 %) en vue d'encourager les actions conduites pour faciliter l'insertion des personnes accueillies en centre d'hébergement et de réadaptation sociale (C.H.R.S.).</li> </ul> En revanche, les C.H.R.S. ne bénéficient d'aucune mesure nouvelle.
— Personnes sans domicile de secours	1 441,2	1 384	- 3,9	Ce chapitre, qui est complété en cours d'année par voie de fonds de concours, ne fait apparaître qu'une dépense nette.
— Fonds national de solidarité . . . . .	283	133	- 53	Diminution du nombre de bénéficiaires due à l'extension de l'assurance vieillesse dans les D.O.M.
— Remboursement aux départements .	800,6	800,6	»	Application des lois de décentralisation.
— Action en faveur des toxicomanes .	11,4	11,4	»	Aide aux familles.

**ACTIONS DE CARACTÈRE SOCIAL (Suite.)**

(En millions de francs.)

	1988	1989	Variation 1988-1989 en pourcentage	Observations
— Majoration des rentes mutualistes ..	91,5	107	+ 16,9	Traduit l'impact de la majoration du plafond (+ 12 %) décidée en 1988.
— Constitution A.A.H. ....	13 224	14 076	+ 6,4	La mesure d'ajustement aux besoins (+ 996 millions de francs) est en partie annulée par une économie de 144 millions de francs attendue d'une modification du mode d'indexation de l'A.A.H.
— Programmes d'action sociale .....	610	601,6	- 1,4	Mesures nouvelles : - 8,4 millions de francs, soit : <ul style="list-style-type: none"> <li>• + 2 millions de francs au titre de l'action sociale générale, afin d'encourager la lutte contre l'illettrisme ;</li> <li>• + 2 millions de francs permettant de revaloriser la subvention versée aux auxiliaires de vie ;</li> <li>• une économie de 7,4 millions de francs, portant sur l'action sociale en faveur des personnes âgées (- 27,7 %) et l'action sociale à l'égard des jeunes (- 3,5 %) ;</li> <li>• une diminution globale de 5 millions de francs (- 1,7 %) des crédits de lutte contre la pauvreté, l'économie résultant de l'achèvement du programme des compléments locaux de ressources (- 10 millions de francs) étant atténuée par un crédit complémentaire de 5 millions de francs destiné aux actions d'urgence.</li> </ul>
— Subvention à divers régimes de protection sociale .....	7 245,4	7 200,7	- 0,6	Mines : (- 0,7 %) ; chemins de fer secondaires (- 8,9 %) . — T.O.M. (+ 29,2 %).
<b>Titre V : Investissements de l'Etat ..</b>	<b>16</b>	<b>6</b>	<b>- 62,5</b>	<b>Autorisations de programme : 6,7 millions de francs soit - 41 % . — Poursuite des travaux de rénovation dans les Instituts nationaux de jeunes sourds et aveugles.</b>
<b>Titre VI : Subventions d'investissement</b>	<b>451,2</b>	<b>463,5</b>	<b>+ 2,7</b>	<b>Autorisations de programme : 479 millions de francs soit + 6,8 %.</b>
— Transformation des hospices .....	359,2	372	+ 3,5	Autorisations de programme : 388,3 millions de francs soit 8 % . — Poursuite du programme.
— Etablissements pour handicapés ...	40	41	+ 2,5	+ 5 % en autorisations de programme.
— Etablissements pour personnes âgées	13,8	13	- 5,8	Autorisations de programme : + 13,2 millions de francs soit - 0,7 %.
<b>Total actions sociales</b>	<b>30 070,5</b>	<b>30 817,1</b>	<b>+ 2,5</b>	

**ACTIONS DE CARACTÈRE SANITAIRE**

(En millions de francs.)

	1988	1989	Variation 1988-1989 en pourcentage	Observations
<b>Titre III : Moyens des services</b> .....	<b>24</b>	<b>23,4</b>	<b>- 2,5</b>	
— Matériel et fonctionnement .....	13,3	13,2	- 0,7	
— Institut national de la santé .....	3,1	2,6	- 16,1	
— S.C.P.R.I. (1) .....	7,6	7,6	»	
<b>Titre IV : Interventions publiques</b> ...	<b>708,5</b>	<b>758,6</b>	<b>+ 7,1</b>	<b>Mesures nouvelles : + 50,1 millions de francs.</b>
<i>dont :</i>				
— Programme de prévention et de protection sanitaire .....	117,5	113,3	- 3,6	Economie de 4,2 millions de francs touchant tous les postes, à l'exception de la dotation (22,4 millions de francs) relative aux actions de prévention pour le Sida.
— Actions et services obligatoires de santé .....	227,7	285,6	+ 2,8	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Economie de 3,7 millions de francs portant sur les postes « Epidémies » (- 10 %) et « Contrôle des règles d'hygiène » (- 7 %).</li> <li>• Hors transfert, les moyens de lutte contre l'alcoolisme sont reconduits en francs courants (128 millions de francs).</li> <li>• Majoration de 3,2 millions de francs (+ 3,5 %) des crédits des Services de santé des T.O.M.</li> <li>• Majoration de 11 millions de francs (+ 144 %) des moyens de lutte contre le Sida (dépistage).</li> </ul>
— Lutte contre la toxicomanie .....	282,8	335	+ 18,4	Soit + 52 millions de francs au titre des frais de prise en charge sanitaire des toxicomanes.
<b>Titre V : Investissement de l'Etat</b> ...	<b>20,4</b>	<b>29,5</b>	<b>+ 44,6</b>	<b>Autorisations de programme : 18,7 millions de francs soit + 41,6 %.</b>
<i>dont :</i>				
— Equipement de caractère sanitaire ..	8,4	16,5	+ 96,4	Evolution essentiellement due à la poursuite des travaux de rénovation dans les établissements thermaux de Vichy.
<b>Titre VI : Subvention d'équipement</b> ..	<b>668,5</b>	<b>530</b>	<b>- 20,7</b>	<b>Autorisations de programme : 610 millions de francs, soit - 1,4 %.</b>
<i>dont :</i>				
— Modernisation des C.H.R. ....	260	175	- 32,7	Autorisations de programme : 200 millions de francs, soit - 16,7 %.
— Etablissements de soins et de cure ..	388,5	340	- 12,5	Autorisations de programme : 390 millions de francs, soit + 8,8 %.
<b>Total actions sanitaires</b>	<b>1 421,4</b>	<b>1 341,6</b>	<b>- 5,6</b>	

(1) Service central de protection contre les rayons ionisants.

SERVICES EXTÉRIEURS

(En millions de francs.)

	1988	1989	Variation 1988-1989 en pourcentage	Observations
<b>Titre III : Moyens des services</b> .....	<b>2 336,7</b>	<b>2 358,4</b>	<b>+ 0,9</b>	
– Rémunérations. – Charges sociales	1 630,6	1 696,7	+ 4	Créations globale de 198 emplois : • la partition des D.D.A.S.S. se traduit par la création nette de 399 emplois, dont 131 jusqu'alors remboursés par l'Etat aux départements ; • création de 30 emplois pour le suivi du R.M.I. ; • suppression de 190 emplois dans le cadre du redéploiement des effectifs ; • transfert de 33 emplois à l'Education nationale.
– Ecole nationale de la santé publique	52,5	52,5	»	Subvention de fonctionnement.
– D.D.A.S.S. : Remboursement des dépenses de personnel .....	170,5	168,5	- 1,2	Réduction due au fait que 131 emplois repris par l'Etat étaient jusqu'à présent remboursés aux départements.
– D.D.A.S.S. : Dépenses de fonctionnement .....	483,1	440,6	- 8,8	• Transfert de régularisation vers la D.G.D. (- 25 millions de francs). • Autres transferts (- 7,7 millions de francs). • Ajustement aux besoins : - 9,7 millions de francs.
<b>Titre V : Interventions de l'Etat</b> ....	<b>3,9</b>	<b>1</b>	<b>(1)</b>	Autorisations de programme : 1,5 million de francs en 1989, non dotées en 1988. Ecole nationale de la santé publique : achèvement des travaux de rénovation et engagement de travaux d'économie d'énergie.
<b>Total services extérieurs</b> .	<b>2 340,7</b>	<b>2 359,4</b>	<b>+ 0,8</b>	

POPULATION - MIGRATION - RAPATRIÉS

<b>Titre III : Moyens des services</b> .....	»	100	(1)	
– Action sociale pour les rapatriés ...	»	100	»	Transfert de 250 millions de francs en provenance des services généraux du Premier ministre, suivi d'une économie de 150 millions de francs.
<b>Titre IV : Interventions publiques</b> ....	<b>106,8</b>	<b>131</b>	<b>(1)</b>	
– Prestations sociales en faveur des rapatriés .....	»	25,9	(1)	Transfert de 28 millions de francs en provenance des services généraux du Premier ministre, suivi d'une économie de 2,1 millions de francs (- 7,5 %).
– Intervention de l'Etat en faveur des travailleurs migrants .....	106,8	105,1	- 1,6	L'économie proposée porte exclusivement sur les subventions aux associations.
<b>Total</b> .....	<b>106,8</b>	<b>231</b>	<b>(1)</b>	

(1) Non significatif.

**FORMATION DES PROFESSIONS SANITAIRES ET SOCIALES**

(En millions de francs.)

	1988	1989	Variation 1988-1989 en pourcentage	Observations
<b>Titre IV : Interventions publiques . . .</b>	<b>963</b>	<b>973,5</b>	<b>+ 1</b>	<b>Mesures nouvelles : + 10,5 millions de francs.</b>
– Actions spécifiques de formation . .	6,7	6,4	- 4,5	
– Formation des professions médicales et paramédicales . . . . .	429,7	429,7	0	Reconduction en francs courants.
– Formation des professions sociales .	379,8	384	+ 1,1	Mesures nouvelles + 4,2 millions de francs, soit : <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 millions de francs (+ 29 %) en faveur de la formation des travailleuses familiales ;</li> <li>• 2,2 millions de francs (+ 0,6 %) pour le fonctionnement des centres de formation des travailleurs sociaux</li> </ul>
– Bourses . . . . .	146,8	153,4	+ 4,5	Majoration du taux des bourses, accompagnée d'une réduction du nombre de bourses en équivalent taux plein
<b>Titre VI : Subventions d'équipements (C.P.) . . . . .</b>	<b>1,3</b>	<b>1,5</b>	<b>+ 15,4</b>	<b>Autorisations de programme : 1 million de francs soit - 28 %.</b> Centre de formation des travailleurs sociaux : restructuration et entretien du patrimoine immobilier.
<b>Total formation . . . .</b>	<b>964,3</b>	<b>975</b>	<b>+ 1,1</b>	

Au vu de ces éléments, il apparaît que le projet de budget pour 1989 s'organise autour de quatre grandes lignes de force.

a) Les priorités

Elles sont au nombre de quatre :

. **Les mesures concernant les handicapés.** Dans ce domaine, le projet de budget initial prévoyait déjà la création de 1.700 places supplémentaires dans les Centres d'Aide par le Travail, et une revalorisation de la subvention versée pour les postes d'auxiliaires de vie.

Parallèlement, les subventions permettant de réaliser des équipements pour handicapés progressaient de 5 % en autorisations de programme et passent à 42 millions de francs.

Cet effort a d'ailleurs été accentué lors du débat devant l'Assemblée nationale. Le Gouvernement a en effet décidé :

- de mobiliser 7,7 millions de francs supplémentaires afin de porter à 1.830 le nombre de places nouvelles ouvertes en 1989 dans les C.A.T. ;

- de dégager 1,5 million de francs complémentaires, tant en autorisations de programme qu'en crédits de paiement, pour permettre l'acquisition de matériel dans les centres de polyhandicapés.

. **La transformation des hospices** bénéficiera, en 1989, de 388,5 millions de francs en autorisations de programme (+ 8,1 %) et de 372 millions de francs en crédits de paiement (+ 3,7 %). A cet égard, on notera qu'il reste encore 45.000 lits d'hospice à humaniser et que le gouvernement souhaite que ce programme soit achevé en 1995.

. **La lutte contre le SIDA.** Les dotations consacrées à la lutte contre ce fléau progressent globalement de 36,7 % et s'établissent à 41 millions de francs. Cette évolution d'ensemble recouvre cependant deux mouvements. Les subventions relatives aux actions de prévention sont reconduites en francs courants (22,4 MF) tandis que les moyens consacrés aux actions de dépistage progressent de 144 % pour atteindre 18,6 millions de francs.

. **La lutte contre la toxicomanie** fait également l'objet d'un effort budgétaire sensible.

Les crédits inscrits à ce titre progressent globalement de 17,7 %. Toutefois, là encore, il convient de distinguer deux situations : les crédits consacrés aux actions de prévention en faveur des toxicomanes et de leur famille restent stables à 11,4 millions tandis que les dotations afférentes aux structures d'accueil et au remboursement de la prise en charge sanitaire des toxicomanes s'accroissent de 18,4 % pour s'établir à 335 millions de francs.

**b) Des ajustements nécessaires dans les secteurs d'intervention relevant de la compétence de l'Etat.**

Parallèlement, le projet de budget contient plusieurs mesures d'ajustement positives ou négatives permettant de maintenir l'action de l'Etat dans les domaines relevant de sa compétence.

. Les crédits consacrés à la prise en charge de l'allocation aux adultes handicapés sont majorés de 852 millions de francs et représenteront donc 14.076 millions en 1989. On notera cependant que leur évolution aurait été plus sensible sans l'impact d'une modification désormais traditionnelle du mode d'indexation de l'allocation. Comme pour les deux années précédentes, celle-ci sera revalorisée en fonction des prix et non des salaires.

. Les subventions versées aux régimes de protection sociale diminuent de 0,6 % pour revenir à 7.200 millions de francs, l'ajustement portant exclusivement sur les régimes des Mines et des Chemins de fer secondaires. En revanche, la dotation destinée aux différents régimes des T.O.M. passe à 152,7 millions de francs (+ 29,2 %), traduisant ainsi la prise en charge à 100 % par l'Etat de la branche allocations familiales du régime de protection sociale du monde rural en Polynésie française.

. Des économies de constatation sont rendues possibles sur des chapitres tels que ceux relatifs aux "remboursements de l'I.V.G." (- 7 %), aux "dépenses en faveur des ressortissants du Fonds National de Solidarité" (- 53 %), aux "Epidémies" (- 10 %).

. Des moyens supplémentaires sont dégagés en faveur des services de santé dans les T.O.M. (+ 3,2 MF soit + 3,5 %), de la formation des travailleuses familiales (+ 2 MF soit + 29 %), du fonctionnement des centres de formation (+ 2,2 MF soit + 0,6 %)

et des Bourses (+ 4,5 %), ce dernier ajustement s'accompagnant toutefois d'une réduction du nombre de bénéficiaires en équivalent taux plein.

. Les crédits de lutte contre la pauvreté diminuent de 1,6 % pour revenir à 295 millions de francs. L'arrivée à échéance du programme des compléments locaux de ressources autorise une économie de 10 millions. Toutefois, le gouvernement a souhaité inscrire une dotation complémentaire de 5 millions pour renforcer les autres actions conduites en ce domaine.

. Les moyens destinés à financer la "tutelle d'Etat" progressent de 36,2 %, l'Etat prenant désormais en charge les dépenses relatives aux mesures de "curatelle".

. Enfin, l'évolution des dotations destinées aux actions sociales en faveur des rapatriés appelle quelques commentaires. Dans l'ensemble, le budget de la Solidarité, de la Santé et de la Protection Sociale reçoit, à ce titre, 278 millions de francs en provenance des Services Généraux du Premier Ministre. Toutefois, ces crédits font ensuite l'objet d'une mesure d'économie à hauteur de 152 millions de francs et ne représentent donc plus que 126 millions en 1989. Cette réduction s'explique par l'achèvement du programme exceptionnel décidé en 1986 et qui devait s'étaler sur deux exercices. En outre, sur le budget des Charges communes, les crédits destinés aux rapatriés progressent de façon considérable à la suite de la montée en puissance de la loi d'indemnisation mais aussi grâce à une mesure nouvelle de 310 millions de francs permettant d'améliorer les retraites complémentaires des rapatriés.

### c) Quelques domaines oubliés dans le budget primitif...

Ainsi, on note l'absence de mesures nouvelles pour le fonctionnement des centres d'hébergement et de réadaptation sociale dont les moyens sont simplement actualisés (+ 1,7 %). Il ne sera donc pas possible d'ouvrir de nouvelles places.

Les crédits destinés à encourager, par l'intermédiaire d'associations, les actions de prévention en matière d'alcoolisme sont reconduits en francs courants (128 MF) tandis que ceux relatifs à la lutte contre le tabagisme diminuent de 4 %.

Il en est de même des crédits destinés à soutenir les actions en faveur des personnes âgées, qui reviennent de 19 MF à 14 MF, et les actions sociales en faveur des enfants et des jeunes (- 3,5 %).



Il convient cependant de rappeler que ces interventions entrent normalement dans le domaine de compétence des départements, l'Etat ne subventionnant que les actions particulièrement innovantes.

Enfin, les subventions d'équipement destinées aux établissements de soins connaissent une évolution contrastée :

. S'agissant de la modernisation des C.H.R. et des établissements nationaux, les autorisations de programme (Titre VI) reviennent à 200 millions en 1989, soit une réduction de 16,7 %. Or, en ce domaine, les besoins restent importants, le ministère évaluant à 1.551 millions de francs le montant des subventions à mobiliser au cours des cinq prochaines années pour financer - à hauteur de 40 %- les opérations importantes répondant à des besoins reconnus.

. Pour ce qui concerne les opérations déconcentrées réalisées dans les établissements de soins et de cure, les autorisations de programme demandées pour 1989 atteignent 380 millions de francs, en progression de 8,8 % par rapport à l'année précédente. Les crédits de paiement se contractent toutefois de 12,5 % pour revenir à 340 millions de francs.

d) ...mais qui ont fait l'objet de quelques aménagements  
ponctuels lors du débat devant l'Assemblée nationale

Lors de l'examen de ce budget par l'Assemblée nationale et parallèlement à l'effort supplémentaire réalisé en faveur des handicapés, le Gouvernement a décidé de compléter les moyens destinés à certaines interventions quelque peu oubliées dans le projet initial.

Ainsi, ont été majorés :

- les moyens destinés à l'Institut de l'enfance et de la famille (+ 2 millions) ;

- les crédits de lutte contre l'alcoolisme (+ 2 millions) ;

- les dotations destinées aux programmes d'action sociale (+ 20 millions de francs) dont notamment + 2 millions pour les actions conduites en faveur des personnes âgées, + 4 millions pour l'action sociale en faveur des handicapés, + 8,9 millions pour l'action en faveur des familles et de l'enfance et + 5,1 millions au titre des subventions à diverses associations.

De même, et s'agissant des crédits d'équipement, 3,5 millions de francs supplémentaires en autorisations de programme et crédits de paiement ont été inscrits afin d'entreprendre des travaux d'humanisation dans un hôpital.

Pour l'essentiel, ces abondements complémentaires ont permis de combler - totalement ou partiellement - des insuffisances relevées par votre commission des Finances. Toutefois, votre Rapporteur s'interroge sur la nécessité de majorer de près de 36 % la subvention de fonctionnement versée à l'Institut de l'enfance et de la famille et souhaiterait obtenir un complément d'information sur ce point.

#### e) L'adaptation des moyens des services

Cette année encore, les crédits destinés aux services extérieurs sont fortement marqués par la partition des Directions départementales de l'Action Sanitaire et Sociale. Cette opération se traduit, dans l'ensemble, par la création nette de 399 emplois, résultat de 352 suppressions et de 751 créations.

Parallèlement, 30 emplois sont créés afin d'assurer le suivi du revenu minimum d'insertion tandis que diverses mesures de repyramidage entraînent la suppression de 125 emplois et la création simultanée de 117 emplois de catégories différentes.

Enfin, 190 postes sont supprimés dans le cadre du redéploiement des effectifs.

Au total, le ministère de la Santé, de la Solidarité et de la Protection Sociale bénéficie donc de 198 emplois budgétaires supplémentaires qui proviennent exclusivement de la reprise par l'Etat de postes jusqu'alors financés par les départements.

## II. UNE VISION PARTIELLE DE L'INTERVENTION DE L'ETAT DANS LE DOMAINE SOCIAL

Les crédits prévus au titre du budget de la solidarité, de la santé et de la protection sociale ne représentent pas eux seuls l'ensemble des efforts consentis par l'Etat dans le domaine social.

Ainsi, certaines interventions prennent la forme de "dépenses fiscales". C'est en particulier le cas dans le domaine familial avec l'application du quotient familial, mais aussi de la déduction pour frais de garde des enfants. De même, une fraction non négligeable de l'aide apportée par l'Etat aux personnes âgées ou aux handicapés passe par des mesures de type fiscal qui viennent réduire la progression des recettes budgétaires et n'apparaissent donc pas sous forme de dépenses effectives.

Parallèlement, d'autres budgets ministériels disposent de crédits qui concourent directement, soit à la prise en charge de prestations sociales, soit à l'équilibre de régime de protection sociale. Ainsi, à ce titre, on relève :

**- sur le budget des charges communes :**

- . le chapitre 46-90 : versement à divers régimes de sécurité sociale ..... 440 millions de francs
- . le chapitre 46-96 : Fonds national de solidarité ..... 19.386 millions de francs
- . le chapitre 46-95 : Fonds spécial d'allocation vieillesse ..... 302 millions de francs
- . le chapitre 46-01 : revenu minimum d'insertion ..... 6.000 millions de francs

**- sur le budget des transports et de la mer :**

- . le chapitre 47-41 : charges de retraites de la S.N.C.F. .... 12.425 millions de francs
- . le chapitre 47-37 : Etablissement national des invalides de la marine ..... 4.081 millions de francs

Une telle liste est loin d'être exhaustive. Elle permet simplement d'indiquer à quel point il est délicat de cerner l'ensemble des interventions de l'Etat dans les principaux secteurs du domaine social : la solidarité, la santé et la protection sociale.

En outre, il convient de rappeler que l'Etat n'est que l'un des intervenants qui, avec les collectivités locales et les régimes de protection sociale, anime la politique sociale de notre pays. Ainsi, les 35,7 milliards de francs prévus à ce titre dans le cadre du budget de l'Etat apparaissent bien tenus lorsqu'on les rapproche des 1.400 milliards du budget social de la Nation.

En fait, les actions conduites à partir des crédits de la section "affaires sociales" s'analysent comme le prolongement - ou le moteur - d'interventions incomparablement plus vastes, mettant en cause des masses financières particulièrement importantes et débouchent sur de véritables problèmes de société.

\*

\* \*

Dans un tel contexte, votre rapporteur ne saurait, à l'évidence être exhaustif. Ayant largement développé dans son précédent rapport, l'ensemble des aspects, et l'importance que revêt la politique familiale, il a donc choisi, pour cette année, d'évoquer l'action conduite par les pouvoirs publics dans trois autres domaines fondamentaux : la politique en faveur des personnes âgées, la lutte contre l'exclusion sociale et l'action menée dans le domaine de la santé.

## CHAPITRE II

### LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION FRANCAISE ET SES CONSEQUENCES DANS LE DOMAINE SOCIAL

La situation démographique actuelle de la France, telle qu'elle résulte de la pyramide des âges, conditionne de manière pratiquement irréversible l'évolution et la structure de la population adulte au cours des vingt prochaines années.

A cet égard, on retiendra deux chiffres : le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans augmentera de 15 % pour atteindre 3,95 millions en l'an 2000 tandis que celui des personnes âgées de plus de 85 ans passera de 758.000 actuellement à 1.059.000 à la fin du siècle, soit une progression de 40 %.

Certes, ces données ne fournissent qu'une indication de tendance. Il convient parallèlement d'évaluer dans quelle mesure cette montée en puissance des personnes âgées va s'accompagner d'un phénomène de "dépendance", c'est-à-dire de recours à des aides extérieures pour assurer, totalement ou partiellement, les actes essentiels de la vie courante.

En ce domaine, une enquête réalisée en 1981 dans la région Aquitaine auprès d'un échantillon de 1.648 ménages représentatifs de la population des ménages ordinaires (étant exclues les personnes vivant en collectivité, maisons de retraite, etc...) indique que le phénomène de dépendance concerne 9,4 % des personnes ayant un âge compris entre 60 et 74 ans et 34 % des personnes âgées de plus de 75 ans.

On peut donc estimer qu'en l'an 2000 et toutes choses étant égales par ailleurs, il faudra répondre aux besoins d'environ :

- . 600.000 personnes âgées dépendantes,
- . 800.000 personnes âgées semi-dépendantes,
- . 500.000 personnes âgées occasionnellement dépendantes.

Ces chiffres doivent être considérés comme des ordres de grandeur puisque, dans notre pays, l'espérance de vie sans incapacité tend à augmenter.

Enfin, on notera que l'âge moyen d'entrée en établissement s'établit actuellement à 82 ans.

Ces quelques données permettent de mesurer les contraintes auxquelles devra répondre l'actuel dispositif d'aide et d'accueil des personnes âgées. Mais elles indiquent également de manière très claire quelles sont les pressions qui vont s'exercer sur notre régime de protection sociale, tant en matière d'assurance maladie qu'en ce qui concerne l'assurance vieillesse.

## **I. L'ACTION SOCIALE EN FAVEUR DES PERSONNES AGEES**

L'action en faveur des personnes âgées s'inspire de deux principes de base :

- le premier est de permettre aux personnes âgées de rester le plus longtemps possible dans leur milieu de vie habituel et d'y jouer pleinement le rôle familial et social qui leur revient ;

- le second est de disposer, quand le placement devient inévitable, d'une structure d'accueil et de soins diversifiée, adaptée à la perte progressive de leur autonomie.

### **A. LE DISPOSITIF ACTUEL**

#### **1° Le maintien à domicile**

En permettant aux personnes âgées de continuer à participer à la vie sociale et culturelle, le maintien à domicile apparaît comme étant la solution la plus favorable. Mise en oeuvre depuis plusieurs années, cette politique prend appui sur quatre éléments principaux : l'aide à l'amélioration de l'habitat, l'aide ménagère, les soins infirmier à domicile et les services de voisinage. Toutefois, seuls les trois derniers relèvent plus

particulièrement du domaine de compétence du ministère de la Solidarité, tandis que l'aide à l'amélioration de l'habitat s'intègre dans le cadre d'une politique plus vaste conduite par le ministère de l'Équipement et du Logement.

#### a) Les soins infirmier à domicile

Créés par la loi du 14 janvier 1978, les services de soins infirmier à domicile ont pour vocation d'apporter aux personnes âgées malades les prestations de maternage et de soin qui, autrement, ne pourraient leur être délivrées qu'en service de long séjour ou en section de cure médicale.

De ce fait, ils ont acquis une place originale parmi les intervenants à domicile et ont connu un fort développement au cours des dernières années. Ainsi, au 31 décembre 1987, on dénombrait 832 services offrant une capacité de 30.882 "places", soit plus de 6.000 "places" supplémentaires par rapport à 1984. Cette capacité d'accueil représente donc 8,6 places pour 1.000 personnes âgées de 75 ans ou plus.

#### b) Les services d'aide ménagère

L'aide ménagère est l'un des services organisés permettant par son apport dans les tâches de la vie courante le maintien à domicile de personnes âgées qui ont des difficultés à accomplir les actes essentiels de la vie.

Cette prestation est accordée selon deux procédures distinctes :

- au titre de l'aide sociale, pour les personnes dont les ressources sont inférieures au plafond d'octroi de l'allocation aux vieux travailleurs salariés (126.800 bénéficiaires en 1986) ;

- au titre d'aide individuelle, par un régime de retraite, si la personne dispose de ressources supérieures au plafond précédent (380.000 bénéficiaires).

Au total, on dénombre donc plus de 500.000 personnes bénéficiant de cette prestation, soit environ 14 % de la population âgée de plus de 75 ans. On notera cependant qu'en 1987, 1.490 communes n'étaient pas couvertes par un service d'aide ménagère.

### **c) Les services de voisinage**

Les deux prestations précédentes sont utilement complétées par la mise en oeuvre et l'animation de services de solidarité de voisinage en faveur des personnes âgées : partage de repas à domicile, restauration, ramassage du linge, télé-alarme, garde, information... Ces services relèvent, conformément aux lois de décentralisation, de la compétence des départements.

Néanmoins, leur développement se trouve également encouragé par l'Etat, grâce aux mesures prises en 1987 et visant :

- à exonérer de cotisations patronales, les personnes âgées employant une aide à domicile. Ainsi, de nombreuses associations spécialisées dans l'aide ménagère ou les soins infirmier à domicile ont pu engager, en complément de leurs actions traditionnelles, des prestations de garde de nuit ;

- à faciliter le développement des associations intermédiaires dont près du quart se sont spécialisées dans l'aide à domicile.

## **2. Les structures d'hébergement**

Lorsque le maintien à domicile ne peut être réalisé avec des garanties suffisantes quant à la sécurité de la personne âgée, l'hébergement devient alors nécessaire.

Toutefois, il convient de distinguer deux situations.

### **a) Les établissements médico-sociaux**

Il s'agit des structures d'hébergement conçues pour accueillir des personnes âgées et disposant, le cas échéant, de section de cure médicale.

Au 31 décembre 1986, ces établissements offraient une capacité globale de plus de 453.600 lits, réparti :

- logements foyers .....	120.928 lits
- maisons de retraite privées .....	112.293 lits
- hospices et maisons de retraite publiques et autonomes .....	99.614 lits



-section d'hospices et maison de retraite des hôpitaux publics .....	114.476 lits
-autres établissements (résidences d'hébergement temporaire, pension de famille) .....	6.364 lits

Parallèlement, et au sein de ces mêmes établissements, se développent les sections de cure médicale. On rappelle que ce programme mis en oeuvre par la loi du 30 juin 1975 repose sur une médicalisation des structures d'accueil afin de les adapter aux besoins spécifiques des personnes âgées en perte d'autonomie et éviter ainsi le recours systématique à l'hospitalisation. Ces sections de cure ont d'ailleurs connu une extension très rapide au cours des dernières années. Entre 1982 et 1986, leur capacité a été pratiquement multipliée par 3 pour atteindre 65.567 places.

A ce nombre, il convient d'ajouter 3.520 places créées par redéploiement en 1987 et 7.500 places créées au titre de l'année 1988.

#### b) Les établissements sanitaires

A côté des 453.675 lits d'hébergement en établissements médico-sociaux existant à la fin de 1986, on dénombrait 59.670 lits de long séjour installés et pris en charge par l'assurance maladie. Toutefois, ce chiffre ne peut être additionné au précédent, sans risque de double compte, dans la mesure où un certain nombre de ces lits de long séjour ne sont pas encore autorisés juridiquement et fonctionnent comme des lits d'hospices.

Les lits de long séjour relèvent du secteur sanitaire et accueillent des personnes n'ayant plus leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien. Leurs moyens médicaux sont plus lourds que ceux des maisons de retraite.

Enfin, on ne peut manquer d'évoquer le cas des personnes âgées hébergées dans des hôpitaux psychiatriques. Selon une statistique établie en 1982, leur nombre s'élevait alors à 34.000 environ. Certes, une large part de ces internements est justifiée par des raisons médicales. Toutefois, il est également de notoriété publique que certaines personnes âgées sont accueillies dans ce type d'établissement pour des raisons de commodité.

Cette présentation globale doit être complétée par deux éléments particulièrement importants :

- d'une part, tous les établissements médio-sociaux ont un taux d'occupation proche de 100 % (96 % en moyenne),

- d'autre part, si le taux d'équipement moyen au niveau national s'établit à 157 lits pour 1.000 personnes âgées de plus de 75 ans, il n'existe, en revanche, aucun indice permettant d'évaluer ou d'estimer dans quelle mesure les besoins réels sont satisfaits.

## **B. DES FINANCEMENTS DIVERSIFIES**

Depuis les lois de décentralisation, les départements sont désormais responsables de la politique conduite en matière d'hébergement et de maintien à domicile des personnes âgées.

Ce cadre juridique doit cependant être complété par l'aspect financier. En effet, l'action en faveur des personnes âgées fait intervenir plusieurs sources de financement public et chaque participant doit tenir compte des contraintes financières qui lui sont propres.

### **1. L'intervention de plusieurs sources de prises en charge collectives**

Depuis les lois de décentralisation, les départements financent l'aide à domicile qui comprend les frais de repas, une partie de l'aide ménagère et l'allocation représentative de services ménagers. S'agissant des frais d'hébergement, les collectivités territoriales prennent en charge les frais d'accueil en hospices et maisons de retraite, en logement foyer, en long séjour ainsi que les dépenses relatives au placement chez un particulier.

En revanche, l'Etat assure le financement des anciennes allocations simples, ainsi que les frais afférents aux personnes âgées sans domicile de secours.

Toutefois, et au-delà de ces prestations légales, l'Etat se réserve la possibilité d'encourager financièrement les actions qu'il considère comme particulièrement innovantes.

Enfin, les régimes de retraite couvrent également une partie des dépenses d'aide ménagère. On rappelle, en effet, que cette prestation peut être accordée par les caisses à leurs ressortissants dont les dépenses excèdent le plafond d'octroi de l'allocation aux vieux travailleurs salariés.

Le tableau suivant permet de mesurer le poids respectif de ces différents acteurs mais également l'évolution de leurs interventions au cours des dernières années.

DÉPENSES D'AIDE SOCIALE EN FAVEUR DES PERSONNES AGÉES

	1983		1984		1985		1986		1987 en MF
	en MF	%	en MF	%	en MF	%	en MF	%	
Aide sociale département .....	6 556,3	74	6 681,7	54	6 578,7	51	6 273,2	49	-
Aide sociale Etat .....	255	3	321,7	3	344,2	3	402,3	3	-
Sécurité sociale (tous régimes confondus) .....	1 872	21,5	5 324	42	6 013	45	6 047	47,8	6 371
Subventions d'Etat (chapitre 47-21 article 40) .....	131,3	1,5	82,7	1	74,3	1	29,7	0,2	13,7
Total .....	8 814,6	100	12 410,1	100	13 010,2	100	12 752,2	100	

S'agissant de l'aide médicale, les frais afférents aux soins à domicile sont pris en charge par les régimes d'assurance maladie, sous la forme d'un forfait global annuel dont le montant est arrêté par le préfet pour les services publics ou privés conventionnés au titre de l'aide sociale ou par convention avec les régions d'assurance maladie pour les autres services privés. Globalement, les masses financières mises en jeu représentaient 1.022 millions de francs en 1987, à raison notamment de 64 % à la charge du régime général et 19 % à celle du régime agricole. On notera cependant que, depuis 1984, et dans un souci de maîtrise des dépenses d'assurance maladie, la création et l'extension de ces services sont soumises à une procédure de redéploiement qui suppose que les postes nécessaires soient préalablement dégagés dans les établissements existants ne répondant plus aux besoins de la population.

Toutefois, dans ce cadre relativement strict, il apparaît que les services de soins à domicile figurent parmi les secteurs prioritaires pour la réaffectation des postes.

De même, les frais relatifs aux sections de cures médicales installées dans les établissements pour personnes âgées sont pris en charge par l'assurance maladie, sous forme d'un forfait.

## **2. ...qui conduit à faire intervenir plusieurs autorités lors de la création de nouveaux établissements**

La multiplicité des sources de financement de l'aide sociale ou médicale apportée aux personnes âgées conduit naturellement tous les participants concernés à intervenir pour décider d'une augmentation des capacités d'hébergement.

Ainsi, l'autorisation de création ou d'extension des établissements privés destinés aux personnes âgées relève de la compétence du Président du conseil général. Toutefois, lorsque ces établissements fournissent des prestations prises en charge concurremment par le département et par les organismes de sécurité sociale, l'investissement est subordonné à une autorisation accordée conjointement par le président du conseil général et par le représentant de l'Etat dans le département.

De même, et depuis la loi du 6 janvier 1986, la création des établissements publics locaux à caractère social relève de la seule compétence des collectivités publiques intéressées. Toutefois :

- lorsque les prestations sont de nature à être prises en charge par le département, l'avis du Président du conseil général doit être recueilli préalablement à la délibération créant l'établissement public local ou le service non personnalisé,

- lorsque les prestations sont de nature à être prises en charge par l'Etat au titre de l'aide sociale ou par les organismes de sécurité sociale, les décisions de création, de transformation ou d'extension de l'établissement sont soumises à autorisation de l'autorité compétente de l'Etat.

## **3. Une intervention spécifique de l'Etat dans le domaine de l'hébergement des personnes âgées : la transformation des hospices**

Du schéma précédent, il ressort que l'extension des capacités d'hébergement suppose nécessairement, sinon

exclusivement, l'intervention des départements qui financent largement ce type d'opération.

Toutefois, parallèlement, l'Etat poursuit, dans le cadre des places Etat-Régions, un programme spécifique : celui de la transformation et de l'humanisation des hospices.

Ce programme a été défini dans le cadre de la loi du 30 juin 1975. Celle-ci prévoyait que les hospices, qui recouvrent soit des hospices publics autonomes, soit des sections d'hospice rattachées à des hôpitaux, devraient être transformés dans un délai de quinze ans soit en unités sanitaires de long séjour, soit en unités sociales ou médico-sociales.

L'objectif recherché est de transformer ces lits d'hospice pour en faire de véritables lieux de vie, étant précisé que la transformation se traduit, certes, par un changement de statut juridique, mais doit également s'accompagner d'une modification des locaux (rénovation ou modernisation).

Actuellement en cours, ce programme se poursuit désormais à un rythme rapide. Néanmoins, sur les 214.000 lits d'hospices originels, il reste encore entre 45.000 et 50.000 places à humaniser.

### C. L'APPORT DU PROJET DE BUDGET POUR 1989

Confrontés aux masses financières précédemment évoquées, les crédits budgétaires inscrits au titre du ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection Sociale et destinés à financer des actions de maintien à domicile ou d'hébergement des personnes âgées paraissent relativement modestes.

Répartis en six lignes budgétaires, ils représentaient 801,1 millions de francs dans le projet initial, enregistrant ainsi un net recul (- 10,1 %) par rapport au budget précédent. Toutefois, l'Assemblée nationale a décidé de compléter ces dotations à hauteur de 2 millions de francs. En outre, cette évolution d'ensemble doit être interprétée avec la plus grande prudence, compte tenu des mesures prises en faveur des personnes âgées des D.O.M.-T.O.M. et qui conduisent à une baisse mécanique des crédits budgétaires du ministère de la Solidarité. En fait, pour 1989, deux priorités se dégagent

nettement, dont la seconde ne constitue d'ailleurs que le prolongement d'une tendance amorcée l'année précédente.

Sous réserve de ces remarques, les moyens destinés à l'action directe en faveur des personnes âgées regroupent :

- **les dotations afférentes à la formation des intervenants de l'aide à domicile** (chapitre 43-33 - article 20). Pour 1989, elles représentent 9 millions de francs. Si l'on élimine l'impact des virements internes, il apparaît que ce type d'intervention bénéficie d'une mesure nouvelle de 2 millions de francs (+ 29 %). Ainsi, l'Etat pourra financer en 1989 la formation de 350 travailleuses familiales, des journées de stages pour les diverses catégories de personnels intervenant dans les services et établissements pour personnes âgées, et surtout une nouvelle formation qualifiante, sanctionnée par un certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile, plus particulièrement destinée aux aides ménagères et auxiliaires de vie déjà en fonction ainsi qu'à des jeunes de moins de 25 ans bénéficiaires de contrats de qualification.

Cette nouvelle formation permettra d'améliorer la qualité des services rendus aux personnes âgées, et donc de favoriser le maintien à domicile :

- **les dépenses afférentes aux personnes âgées sans domicile de secours** (chapitre 46-24 - article 23) sont évaluées à 260 millions de francs pour 1989 (+ 22 %). Toutefois, ces crédits traduisent le poids d'interventions ayant un caractère obligatoire et leur progression ne peut donc être considérée comme le signe d'une action volontariste de la part du ministère ;

- **les dépenses du Fonds national de solidarité pour les ressortissants de l'aide sociale**. On rappelle que ces crédits financent une allocation supplémentaire au titre du Fonds national de solidarité qui est liquidée en complément d'un avantage principal payé par l'aide sociale au bénéfice des personnes ne relevant pas de l'allocation spéciale de vieillesse servie par la Caisse des dépôts et consignation. Or, les moyens prévus à ce titre dans le projet de budget pour 1989 s'établissent à 133 millions de francs, soit une diminution apparente de 53 % par rapport à 1988.

Cette évolution particulièrement négative traduit en fait -et exclusivement- les conséquences de l'extension de l'allocation spéciale de vieillesse dans les départements d'Outre-Mer.

- Les crédits du chapitre 47-21 - article 40 - **Action sociale en faveur des personnes âgées** - accusaient, dans le budget

primitif, une baisse de 27,7 % et revenaient à 14 millions de francs pour 1989. Toutefois, ce recul a pu être limité grâce à une dotation complémentaire de 2 millions de francs, inscrite par le Gouvernement lors du débat devant l'Assemblée nationale. De plus, il est exact que ce type d'intervention relève de la compétence des départements, l'Etat apportant son soutien aux associations particulièrement représentatives ou aux actions innovantes. On peut seulement regretter ce désengagement de l'Etat que la décentralisation ne suffit pas à justifier.

- **Les dépenses en capital consacrées à la transformation des hospices** connaissent, quant à elles, une progression sensible. En autorisations de programme, elles passent à 388,3 millions de francs, soit 29 millions de plus qu'en 1988 (+ 8 %). Les crédits de paiement enregistrent cependant une augmentation plus modeste (+ 3,5 %) et s'établissent à 372 millions de francs. Cette accélération, qui s'inscrit d'ailleurs dans le prolongement d'un mouvement amorcé en 1988, traduit la volonté du gouvernement d'achever le programme de transformation des hospices avant la fin de 1995.

Au regard de cet objectif, il apparaît que l'effort consenti en 1989 ne constitue qu'une première étape et devra donc être à nouveau accentué au cours des années suivantes.

Enfin, les subventions d'investissement accordées par l'Etat pour la création ou l'aménagement des établissements sociaux pour personnes âgées évoluent de façon moins favorable. Les autorisations de programme se stabilisent à 13,2 millions de francs (- 0,7 %) tandis que les crédits de paiement diminuent de 5,8 % pour revenir à 13 millions. On rappelle que ces crédits sont mis à la disposition des départements et utilisés pour le financement d'équipements matériels et mobiliers dans les maisons de retraite, de travaux d'aménagement ou de rénovation, ainsi que pour des investissements liés à la mise en place de services de soins à domicile.

Dans l'ensemble, pour 1989, l'action directe de l'Etat en faveur des personnes âgées s'organise donc autour de deux principales priorités : la formation des intervenants à domicile et la transformation des hospices. Il s'agit certes, de deux orientations fondamentales mais dont l'efficacité supposera une action durable et soutenue.

Parallèlement, et compte tenu du poids de la contrainte démographique, votre rapporteur s'est interrogé sur le niveau des besoins qui restent à satisfaire et de l'ampleur des efforts à réaliser pour que, dans l'avenir, les personnes âgées dépendantes

puissent disposer de structures d'accueil ou de soins adaptés à leur situation.

Certes, depuis les lois de décentralisation, il appartient au département d'apprécier ses besoins et de développer les moyens existants s'ils s'avèrent insuffisants. Toutefois, compte tenu de la multiplicité des sources de financement, votre rapporteur croit utile de définir, au niveau national, des éléments "d'aide à la décision" permettant d'évaluer les besoins engendrés par le vieillissement de la population. Ainsi, tous les intervenants pourraient disposer d'une base de réflexion, unique et homogène, leur permettant d'engager un dialogue et d'établir des programmes à partir d'objectifs communs.

## II. L'INEVITABLE ADAPTATION DES REGIMES DE RETRAITE

L'intervention budgétaire de l'Etat en faveur des personnes âgées ne se limite cependant pas aux seuls aspects de l'aide sociale et de la transformation des hospices. Parallèlement, la puissance publique concourt à assurer l'équilibre de certains régimes de retraite présentant un rapport démographique inquiétant.

Une partie de ces aides budgétaires figure d'ailleurs sur le chapitre 47-23 du budget de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale. Pour 1989, les sommes prévues à ce titre représentent 7,2 milliards de francs, soit plus de 20 % de l'ensemble des moyens destinés à ce ministère et concernent plus particulièrement :

- le Fonds spécial de la Caisse Autonome nationale de Sécurité sociale dans les mines (6,7 milliards),
- le Fonds spécial de la caisse autonome mutuelle de retraite des agents des chemins de fer secondaires (348 millions),
- les régimes de protection sociale des départements et territoires d'Outre-Mer (153 millions).

Encore faut-il souligner que ces masses financières déjà importantes ne représentent qu'une fraction de l'effort consenti par l'Etat en ce domaine. D'autres fascicules budgétaires



comportent, eux aussi, de telles subventions. Il en est ainsi notamment du budget des Transports (subvention pour charges de retraite de la S.N.C.F. : 12,4 milliards), du budget de la Mer (ENIM : 4 milliards) et du budget de l'Agriculture (subvention d'équilibre au B.A.P.S.A. : 9,1 milliards).

L'ampleur de ces interventions, qui reste certes limitée quand on la compare à l'ensemble des prestations de retraites servies par les régimes de base (427,9 milliards de francs en 1987), conduit naturellement à s'interroger sur les conditions dans lesquelles nos régimes de retraites pourront répondre à la pression démographique qui, inexorablement, va s'exercer sur eux. Or, en ce domaine, tous les intervenants reconnaissent aujourd'hui que des adaptations structurelles sont nécessaires pour assurer la survie financière de nos régimes d'assurance vieillesse.

## A. DE SOMBRES PERSPECTIVES FINANCIÈRES

Dans son rapport de juillet dernier, la Commission des comptes de la Sécurité sociale a publié les résultats d'une projection à moyen terme (1992) concernant les régimes de retraite de base.

Certes, de tels travaux reposent obligatoirement sur des hypothèses économiques qui peuvent se révéler inexactes. Aussi, faut-il analyser ces résultats avec une certaine prudence. En tout état de cause, si le chiffrage exact peut être contesté, la tendance de fond - à législation inchangée - s'avère, quant à elle, inévitable.

### a) Les hypothèses démographiques

Si le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans est connu avec une quasi certitude, en revanche, le nombre de cotisants dans les années à venir est conditionné par deux principaux facteurs : l'évolution de la population active potentielle et le poids du chômage.

Dans sa projection, la Commission des comptes a retenu une légère baisse du nombre des actifs salariés entre 1987 et 1992 (- 40.000), elle-même, résultat de plusieurs mouvements affectant les différentes catégories socio-professionnelles.

Sur cette base, tous les régimes vont connaître, dans les années à venir, une dégradation sensible et rapide de leur rapport démographique, c'est-à-dire du nombre de cotisants par retraités.

#### RAPPORTS DÉMOGRAPHIQUES

RÉGIMES	1982	1987	1992
<b>Salariés</b> .....	<b>2,47</b>	<b>2,01</b>	<b>1,64</b>
Régime général et salariés agricoles ..	2,55	1,98	1,57
C.N.R.A.C.L. ....	6,37	5,40	4,09
Agents de l'Etat .....	2,40	2,24	1,94
Régimes subventionnés .....	0,71	0,59	0,50
Autres régimes .....	2,01	1,82	1,65
<b>Non salariés</b> .....	<b>1,31</b>	<b>1,08</b>	<b>0,84</b>
Exploitants agricoles .....	1,15	0,85	0,56
Non agricoles .....	1,60	1,45	1,31
<b>Ensemble</b> .....	<b>2,15</b>	<b>1,78</b>	<b>1,45</b>

Source : Commission des comptes de la Sécurité sociale.

Du tableau précédent, il résulte que les rapports démographiques du régime général et de celui des agents des collectivités locales sont amputés d'environ 40 %. La baisse n'est que de 30 % pour les régimes spéciaux subventionnés par l'Etat, la diminution des cotisants s'y accompagnant, mais dans une moindre mesure, d'une diminution des retraités. Les autres régimes voient leur rapport démographique diminuer de 20 % environ de 1982 à 1992.

#### b) Les hypothèses financières

Affectant des régimes fondés sur le principe de la répartition, ces phénomènes démographiques emportent, à l'évidence, de lourdes conséquences financières, celles-ci s'avèrent d'ailleurs d'autant plus sensibles que nos régimes d'assurance vieillesse connaissent déjà, à l'heure actuelle, un équilibre instable.

Pour construire sa projection financière, la Commission des comptes a retenu plusieurs hypothèses, parmi lesquelles on peut citer :

- une croissance du salaire moyen par tête de 3,3 % par an, le prix progressant conventionnellement de 2,5 %,
- une indexation des pensions sur les salaires bruts prévisionnels.

On notera d'emblée que ces hypothèses n'intègrent pas les mesures de redressement successives qu'appellerait la dégradation des comptes sociaux.

### c) Les conséquences pour l'équilibre des régimes de retraite

Sous ces hypothèses conventionnelles, la projection aboutit à des augmentations considérables des masses de prestations versées par les régimes de base.

S'agissant des régimes des salariés, elles devraient s'accroître de 38 % -soit 6,6 % par an- entre 1987 et 1992 alors que la masse des salariés n'augmenterait que de 17 %.

En ce qui concerne les régimes des non salariés, l'augmentation est, certes, moins importante (+ 30 %) mais tout aussi significative.

Encore faut-il préciser que ces évolutions seront, en outre, affectées par les transferts entre régimes. Aujourd'hui, le régime général consacre actuellement l'équivalent d'un point de cotisation à cette charge, contre huit points et demi pour le régime des collectivités locales et l'équivalent de cinq points pour le régime des fonctionnaires. Enfin, les régimes subventionnés par l'Etat reçoivent l'équivalent de 35 points de cotisation, ce qui diminue d'autant leur appel à des financements extérieurs.

Au terme de la projection, on aboutit à un besoin de financement pour la seule année 1992 de l'ordre de 96 milliards de francs pour l'ensemble des régimes de base, dont 9 milliards pour les régimes de non salariés. Les 87 milliards restants se répartissent de la façon suivante entre les régimes de salariés : 55 milliards pour le régime général, 6 milliards pour celui des collectivités locales, 24 milliards pour celui des agents de l'Etat et les régimes spéciaux subventionnés, 2 milliards enfin pour les autres régimes de salariés.

Ces quelques chiffres, qui présentent certes un caractère conventionnel, permettent toutefois de mesurer l'ampleur des défis auxquels notre système d'assurance vieillesse est confronté.

β

## B. DES ADAPTATIONS INEVITABLES

De telles perspectives financières s'avèrent particulièrement inquiétantes. On pourrait certes envisager d'y répondre par une adaptation exclusive du mode de financement. Toutefois, une telle stratégie risquerait rapidement de briser la cohésion de la société, le poids de l'ajustement pesant alors sur les seuls actifs.

Dans ces conditions, il est clair que pour être supportable, l'effort de solidarité demandé aux actifs doit s'accompagner d'un ralentissement dans le rythme de croissance des dépenses. Or, en ce domaine, les pistes sont rares, l'évolution du montant total des prestations étant essentiellement conditionnée par deux éléments : l'âge de départ à la retraite et le mode de calcul des pensions.

Ces deux possibilités ont déjà été évoquées à de nombreuses reprises et particulièrement dans les propositions du Comité des Sages, mais aussi dans les rapports "Schopflin" et "Tabah". La première a d'ailleurs reçu un début d'application dans le cadre de la loi du 5 janvier 1988, grâce à la création d'un mécanisme de retraite progressive.

Toutefois, cette tentative demeure très ponctuelle et des aménagements plus importants seront inévitables. Pour être supportés, ceux-ci doivent cependant être acceptés par l'ensemble de la population. Il est donc nécessaire que l'ensemble de nos compatriotes prennent conscience de la gravité de la situation.

---

(1) Commission d'évaluation et de sauvegarde de l'assurance vieillesse - avril 1987.

(2) "Vieillir solidaires" - Commissariat général du Plan - juin 1986.

### CHAPITRE III

## UN EFFORT SENSIBLE EN FAVEUR DE LA LUTTE CONTRE L'EXCLUSION SOCIALE

La nécessaire adaptation de l'économie aux contraintes d'une concurrence toujours plus aiguë, la volonté de renforcer la compétitivité des entreprises, ne doivent cependant pas conduire à exclure de la vie sociale certaines catégories de la population particulièrement fragiles. Dans ce domaine, il appartient donc à la puissance publique de susciter et d'animer des actions permettant dans un premier temps d'éviter la marginalisation des personnes concernées et, dans un second stade, de faciliter leur réinsertion ou de leur assurer des conditions d'existence décentes. C'est dans cette double optique que doivent s'interpréter les interventions conduites, tant par l'Etat que par les collectivités locales, en faveur de deux catégories sociales très différentes, mais aussi exposées l'une que l'autre : les handicapés et les personnes privées de ressources.

### I. L'ACTION SOCIALE EN FAVEUR DES HANDICAPES

Dans son principe, l'intervention de la puissance publique en ce domaine résulte du texte même de l'article 1er de la loi d'orientation du 30 juin 1975, qui dispose : "la prévention et le dépistage des handicapés, les soins, l'éducation, la formation et l'orientation professionnelle, l'emploi, la garantie minimum de ressources, l'intégration sociale et l'accès aux sports et aux loisirs du mineur ou de l'adulte handicapés constituent une obligation nationale".

Compte tenu de l'ampleur de la volonté ainsi affichée, il est clair que l'action en faveur des handicapés prend de multiples formes qui dépassent largement le simple cadre du Budget de la

solidarité, de la santé et de la protection sociale même si les dotations qui figurent à ce titre sur le fascicule représentent, sans nul doute, la fraction la plus importante des crédits du ministère.

Si l'on se limite à la simple analyse des interventions financières directes en faveur des handicapés, on notera en outre que la loi de décentralisation a donné aux départements une très large compétence en ce domaine. Toutefois, un problème de fond subsiste : celui de l'évaluation de la population concernée, et par voie de conséquence, de ses besoins.

### 1. Une population difficile à cerner

En fait aujourd'hui, il n'existe pas de statistique permettant une approche directe de la population handicapée, que celle-ci soit considérée globalement ou par catégorie de déficience.

Une telle situation résulte, dans un premier temps, de l'absence de définition du "handicap", notion évolutive par nature. Elle se double de surcroît d'un certain manque d'organisation dans les Commissions d'orientation (COTOREP) qui connaissent les handicapés à l'occasion de leur demande d'attribution de prestations, mais qui ne comptabilisent à l'heure actuelle que le nombre de dossiers reçus, celui des allocations attribuées ou des orientations prononcées. En revanche, ces commissions ne sont pas encore en mesure d'utiliser les informations contenues dans les dossiers individuels pour fournir des données sur la répartition par âge ou par catégorie de déficience.

En fait, la population handicapée ne peut donc être cernée que de façon indirecte, grâce aux divers organismes versant des prestations et aux statistiques de la direction générale des impôts. A partir de ces éléments, il est possible d'avancer une estimation situant le nombre de handicapés atteints de déficience suffisamment importante pour justifier l'attribution d'aide à environ un million cinq cent mille, dont cinq cent mille bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés.

Votre rapporteur regrette ce manque d'information, non par souci de précision excessif, mais parce que la nature des besoins en ce domaine semble évoluer de manière considérable et

qu'il importe de pouvoir les suivre pour adapter les moyens mis en oeuvre.

En effet, les progrès accomplis depuis le début des années 70 en périnatalité et en matière médicale en général ont permis de réduire de façon significative le taux de handicap grave à la naissance. Celui-ci, qui était de 56,81 pour 10.000 pour la génération née en 1972, a pu être ramené à 47,39 pour 10.000 dans la génération née en 1976.

Parallèlement, les nombreuses générations d'enfants handicapés nés entre 1960 et 1970 arrivent maintenant à l'âge adulte, tandis que les effets de la politique active de soins et d'éducation ont porté leurs fruits et ont permis de prolonger au-delà de vingt ans la vie des personnes sévèrement handicapées.

En fait, il est clair que les moyens d'aide et les structures d'hébergement destinés aux handicapés vont devoir s'adapter à ces phénomènes démographiques.

## **2. Le cadre institutionnel issu de la décentralisation**



Dans le secteur des handicapés, les lois de décentralisation ont opéré une répartition des compétences en fonction des responsabilités générales des collectivités concernées. Ainsi :

- **Les organismes de sécurité sociale prennent en charge les soins et les rééducations nécessaires aux enfants et adultes, ainsi que les frais d'hébergement des cas les plus lourds accueillis dans les Maisons d'accueil spécialisées (M.A.S.).**

- **L'Etat assure l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés à travers les Centres d'aide par le travail (C.A.T.) et les ateliers protégés (A.P.) et couvre donc, à ce titre, la garantie de ressources versées aux personnes travaillant dans ces établissements (crédits inscrits au titre du budget de l'emploi).**

- **Les départements financent l'hébergement des personnes handicapées soit dans des structures spécialisées, soit en favorisant leur maintien à domicile.**

Ce schéma général doit cependant être complété sur deux points. En effet, l'Etat prend également en charge :

- le coût de l'allocation aux adultes handicapés (A.A.H.) qui apparaît comme une prestation non contributive;

- la subvention forfaitaire versée aux services d'auxiliaires de vie, ceux-ci disposant de 1.864 postes (en équivalent temps plein), nombre qui n'a pas varié depuis 1985.

Le tableau suivant permet de retracer le poids financier de chaque intervenant dans le domaine de l'action en faveur des handicapés pour l'année 1987.

**COÛT DE LA LOI D'ORIENTATION**

(En millions de francs.)

	Sécurité sociale	Etat	Collectivités locales
<b>Allocations</b>			
Allocations aux adultes handicapés ...	»	13 520.	»
Allocation différentielle .....	»	100	»
Garantie de ressources .....	»	2 500	»
Allocation d'éducation spéciale .....	1 100	»	»
Allocations compensatrices .....	»	»	5 000
<b>Total prestations en espèces</b>	<b>1 100</b>	<b>16 120</b>	<b>5 000</b>
<b>Etablissements</b>			
Enfance .....	15 400	»	»
Maisons d'accueil spécialisées et centres de rééducation professionnelle ....	1 800	»	»
Centres d'aide par le travail .....	»	3 300	»
Ateliers protégés .....	»	60	»
Services d'auxiliaires de vie .....	»	106,5	»
Foyers d'hébergement .....	»	»	4 176
Aides ménagères .....	»	»	< 100
<b>Total prestations en nature.</b>	<b>17 200</b>	<b>3 466,5</b>	<b>4 816</b>
<b>Total général .....</b>	<b>18 300</b>	<b>19 586,5</b>	<b>9 816</b>



### **3. Un effort budgétaire significatif prévu pour 1989**

Dans ce contexte très général, il apparaît que l'Etat entend poursuivre son effort en faveur des handicapés. A cet effet, le projet de budget prévoit trois dispositions spécifiques. Il s'agit :

- de la création de **1.830 places supplémentaires dans les Centres d'aide par le travail**. Cette mesure, qui fait suite aux 1.170 places créées l'an dernier, se traduit au plan budgétaire par une mesure nouvelle de 101,2 millions de francs. Le montant global des crédits destinés à assurer le fonctionnement de ces établissements atteindra donc 3.534,2 millions de francs en 1989 (+ 5,8 %). On rappelle que le projet de budget initial prévoyait l'ouverture de 1.700 places nouvelles de C.A.T. et que le Gouvernement a décidé, au cours du débat devant l'Assemblée nationale, d'accentuer cet effort en dégagant les moyens correspondant à 130 places supplémentaires ;

- d'une majoration de la subvention forfaitaire annuelle accordée par l'Etat pour chaque poste d'auxiliaire de vie. Une mesure nouvelle de 2 millions de francs est prévue à cet effet. En outre, lors du débat devant l'Assemblée nationale, le Gouvernement a inscrit 2 millions de francs supplémentaires afin d'encourager et de soutenir les associations intervenant pour aider les handicapés ;

- d'une augmentation des subventions versées pour la construction ou la modernisation des établissements pour enfants et adultes handicapés, qui passent de 40 à 43 millions de francs en autorisations de programme, (soit une progression de 7,5 %) tandis que les crédits de paiement augmentent de 5 %.

Parallèlement, la contribution de l'Etat au financement de l'allocation aux adultes handicapés est complétée à hauteur de 852 millions de francs et atteindra 14.076 millions en 1989. On notera d'ailleurs que cet ajustement aux besoins aurait été plus sensible sans l'impact d'une modification désormais traditionnelle du mode d'indexation de cette allocation. En effet, et comme pour les années précédentes, celle-ci sera revalorisée en fonction des prix et non des salaires.

Votre rapporteur s'est toutefois interrogé sur la signification d'une phrase figurant dans le bleu budgétaire et faisant état d'un changement dans le mode de calcul des

ressources des bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés. En fait, il apparaît que le ministère n'a pas l'intention de modifier ce mode de calcul.

**Enfin, il faut également citer une mesure qui concerne indirectement les handicapés, mais aussi les personnes âgées. En effet, le décret du 17 juin 1988 a étendu à la curatelle de l'Etat les conditions d'organisation et de financement de la tutelle d'Etat. Cette mesure réglementaire trouve sa traduction dans le présent budget, et les crédits prévus à ce titre progressent de 32,6 % pour atteindre 109 millions de francs. Ce nouveau régime de protection adapté aux personnes qui, sans être hors d'état d'agir par elles-mêmes, ont néanmoins besoin d'être conseillées et contrôlées devrait permettre d'éviter, dans certains cas, l'hébergement des personnes handicapées ou âgées isolées, et donc de leur assurer une meilleure insertion sociale.**

#### **4. Une nécessité : évaluer les besoins**

Chaque intervenant, dans son domaine, est donc conduit à mobiliser des moyens considérables afin d'assumer les missions qui lui incombent.

En conséquence, la collaboration nécessaire entre les trois partenaires doit se manifester à l'occasion de l'élaboration et de la discussion du schéma départemental des équipements sociaux prévu par la loi modifiée n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

Le tableau suivant, élaboré à partir des renseignements communiqués à votre rapporteur l'an dernier et cette année, permet d'ailleurs de mesurer l'effort réalisé, en terme de capacité d'hébergement, au cours des dernières années.

En nombre de places	1983-1984	1986-1987
<b>Établissements pour enfants handicapés (médico-éducatif) .....</b>	130 800	124 400
<b>Établissements pour adultes handicapés</b>		
Centres d'aide par le travail .....	53 000	66 000
Ateliers protégés .....	5 200	8 000
Foyers d'hébergement .....	22 000	28 000
Foyers occupationnels .....	9 200	9 900
Maisons d'accueil spécialisées .....	2 300	6 300
Centres de rééducation professionnelle .....	(1)	10 432
(1) N.D.		

\* Chiffre 1985

Les données précédentes traduisent donc bien le mouvement démographique précédemment mis en évidence :

- le nombre de places dans les établissements pour enfants handicapés tend à se réduire, du fait de la baisse de la natalité, des progrès de la médecine et de la politique d'intégration scolaire;

- en revanche, les différents intervenants ont réalisé des efforts sensibles pour accroître les capacités des structures destinées aux adultes handicapés afin d'accompagner l'arrivée progressive à l'âge adulte des générations nombreuses d'enfants handicapés nés entre 1960 et 1970. Ainsi, à l'heure actuelle, ce sont environ 3.000 personnes par an qui sortent des institutions de l'enfance inadaptée.

Si les efforts réalisés pour répondre à cette demande mérite d'être soulignés, il convient cependant de préciser qu'aucun système d'information centralisé n'offre la possibilité de connaître le nombre de demandes d'admission en établissement, ainsi que leur taux de satisfaction. En effet, les renseignements concernant les placements sont détenus par les Commissions départementales de l'éducation spéciale (C.D.E.S.) et les COTOREP, dont la gestion des dossiers reste à ce jour principalement manuelle.

Si votre rapporteur ne peut qu'approuver le nouvel effort réalisé dans le projet de budget pour 1989 en faveur

**des handicapés, et particulièrement la création de 1.830 places supplémentaires dans les C.A.T., il demande instamment que des moyens nécessaires soient consacrés à une meilleure approche de la population handicapée, afin que tous les intervenants (Etat, sécurité sociale et départements) puissent disposer d'éléments de réflexion homogènes leur permettant de planifier, à partir d'une base commune, les opérations à conduire pour répondre aux besoins actuels et futurs de la population handicapée.**

## **II. LA LUTTE CONTRE LA PAUVRETE**

Dès le début des années 1980, la persistance de la crise économique avec son corollaire, la montée en puissance du chômage, et particulièrement du chômage de longue durée, a entraîné un très fort développement des situations de pauvreté. Certes, en principe, le système de protection sociale doit permettre de répondre à ces besoins. Toutefois, il est rapidement apparu que des lacunes subsistaient et que toute une frange de la population se trouvait exclue des mécanismes classiques d'aide sociale ou d'aide à la réinsertion professionnelle.

Or, là encore, votre Rapporteur est obligé de constater l'absence d'informations suffisamment fiables permettant de cerner l'ampleur du phénomène. Certes, l'exercice est loin d'être aisé. Il doit faire appel à de très nombreux critères (accès au logement, niveau de ressources, taille de la famille, situation au regard de l'emploi, etc...) et suppose que soient définis des "seuils", avec tout l'aspect quelque peu arbitraire qui s'attache à cette notion.

Quelques expériences ont cependant été tentées, mais elles fournissent des résultats assez divergents. Pour sa part, le Conseil économique et social a estimé à 2,5 millions le nombre de personnes en précarité grave quant à leurs ressources, soit 4,5 % de la population. De son côté, le CREDOC considère en situation de grande pauvreté les ménages vivant avec moins de 50 % du SMIC par unité de consommation. Sur cette base, il y aurait donc 330.000 ménages concernés, ce qui représente 550.000 personnes).

Certes, depuis de nombreuses années, les pouvoirs publics - et plus particulièrement les services sociaux - disposent de structures et de moyens permettant de venir en aide aux personnes sans abri.

Toutefois, à partir de 1984, et compte tenu de l'ampleur relative que prenait le phénomène de pauvreté, le gouvernement a décidé de compléter son dispositif classique par un programme plus spécifique visant à endiguer la montée de ce nouveau fléau social et à répondre aux situations les plus urgentes.

Reconduit, puis amplifié au cours des années suivantes, le dispositif de lutte contre la pauvreté devrait bientôt prendre une nouvelle dimension avec la mise en oeuvre du revenu minimum d'insertion.

### **1. Le dispositif spécifique de lutte contre la pauvreté**

○ Dans sa structure actuelle, le programme spécifique de lutte contre la pauvreté fait intervenir de nombreux acteurs (Etat, collectivités locales, associations) et s'organise autour de trois grands axes :

- répondre aux besoins les plus urgents. C'est dans cette optique que se sont développées les permanences d'accueil, l'hébergement temporaire, l'aide alimentaire et les secours en espèces.

En particulier, les centres d'hébergement et de réadaptation - dont les crédits de fonctionnement se trouvent inscrits au titre du ministère de la solidarité - permettent d'accueillir les personnes sans ressources suffisantes et prises en charge par l'aide sociale. Ces structures disposent désormais de plus de 30.000 places, mais on notera cependant que cette capacité demeure encore insuffisante pour répondre à l'ensemble des besoins exprimés. Or, ceux-ci pourraient s'accroître dans l'avenir, du fait de la forte augmentation des familles monoparentales (ces familles représentent désormais 29 % du public hébergé en C.H.R.S.).

- faciliter le logement des plus démunis. Ce type d'intervention prend en fait trois formes distinctes :

. l'information et l'orientation des demandeurs de logement, grâce notamment à l'aide des associations départementales d'information sur le logement,

. l'accès au logement par l'intermédiaire du Fonds d'aide au relogement et de garantie (F.A.R.G.) qui apporte aux bailleurs, pendant une période déterminée, des garanties financières et sociales. Cofinancés par l'Etat (35 %) et les partenaires locaux, ces fonds sont désormais au nombre de 70, répartis dans une cinquantaine de départements. Pour 1989, il est en outre prévu de créer une quinzaine de fonds supplémentaires,

. le maintien dans le logement existant, grâce au soutien des Fonds d'impayé de loyer qui relèvent de la compétence du ministère de l'équipement. A l'heure actuelle, la quasi-totalité du territoire est couverte par ce dispositif.

- faciliter la réinsertion professionnelle. Il s'agit, à l'évidence, de l'intervention la plus fondamentale puisque seul l'accès à l'emploi, et donc à une ressource stable, peut permettre de sortir d'une situation de pauvreté. L'action conduite en ce domaine ne peut donc s'interpréter que dans le cadre de l'ensemble des dispositifs d'insertion mis en place par le ministère de l'emploi depuis déjà de nombreuses années. Toutefois, en 1986, le ministère des affaires sociales a souhaité définir un programme nouveau, particulièrement destiné aux personnes les plus défavorisées : les compléments locaux de ressources (C.L.R.).

Cofinancé par l'Etat (40 %) et les départements intéressés (60 %), ce dispositif permet de verser une allocation de 2.000 francs par mois aux personnes démunies de ressources, en contrepartie d'un travail à mi-temps.

Le dernier état des conventions C.L.R. négociées, au titre de 1988, fait apparaître que 77 départements ont mis en place ce dispositif (soit 6 départements de plus que l'année précédente), prévoyant l'accueil de 18.912 bénéficiaires. L'engagement financier de l'Etat correspondant à ces actions a été de 100 millions de francs au titre de 1988.

Toutefois aujourd'hui, ce dispositif est amené à disparaître progressivement, compte tenu de la mise en place, au niveau national, du revenu minimum d'insertion.

## **2. Le revenu minimum d'insertion : une innovation importante...**

L'objet du présent rapport n'est certes pas de présenter en détail toutes les caractéristiques de cette nouvelle allocation, dont les principes viennent d'ailleurs d'être examinés par notre Assemblée.

Aussi, votre rapporteur se contentera-t-il de rappeler brièvement quelles sont les grandes lignes de ce nouveau dispositif dont les crédits - soit 6 milliards de francs en 1989 - sont d'ailleurs inscrits au budget des charges communes.

Dans sa version initiale, ce projet visait à :

- garantir un revenu minimum grâce à une allocation différentielle et une couverture sociale;
- lier son attribution à des mesures d'accompagnement et de réinsertion comportant un engagement de la part des bénéficiaires.

Sur ces bases, et compte tenu du montant de revenu garanti, cette allocation différentielle devait concerner globalement 340.000 bénéficiaires.

On notera que ce projet - qui est d'ailleurs toujours en discussion - a été largement modifié au cours du débat parlementaire. En fait, actuellement, plusieurs divergences de fond subsistent entre les deux Assemblées.

Ainsi, et contrairement aux positions adoptées par l'Assemblée nationale :

- le Sénat a souhaité que le financement de l'allocation soit pris en charge par l'Etat pendant trois ans puis, qu'à partir du 1er janvier 1992, cette compétence soit transférée aux départements, moyennant compensation ;

- s'agissant des organismes chargés de recueillir et d'instruire les demandes, le Sénat a refusé le principe de la multiplicité des "guichets" ;

- enfin, en ce qui concerne la composition des commissions locales d'insertion, dont le rôle sera essentiel pour mettre en oeuvre les actions d'insertion, le Sénat a décidé d'accentuer la représentation des élus locaux.

Ainsi, dans l'ensemble, notre Haute Assemblée a souhaité que les collectivités locales puissent poursuivre deux objectifs :

- disposer des moyens permettant de mieux connaître les besoins, ce qui d'ailleurs n'interdit pas d'utiliser les compétences d'organismes extérieurs, telles des associations créatrices ;

- assurer une gestion rigoureuse - mais non restrictive - des moyens financiers consacrés à ces interventions. Or, il lui a semblé que cet objectif serait plus facile à atteindre si le contrôle devait s'effectuer au plan local.

Votre rapporteur ne peut préjuger du dispositif qui sera finalement retenu. En revanche, et avec votre commission des Finances, il s'étonne que les importants crédits dégagés pour financer le R.M.I. ne figurent pas sur le budget "Solidarité, santé et protection sociale", alors que la finalité sociale de cette allocation est manifeste. A nouveau, il rappelle qu'une telle dispersion des moyens budgétaires consacrés aux interventions de l'Etat dans le domaine social ne facilite pas le contrôle parlementaire.

### **3. ... dont l'efficacité devra être appréciée en fonction des mesures effectives d'insertion mises en oeuvre...**

A l'évidence, le revenu minimum d'insertion ne doit pas devenir un simple dispositif ayant pour but de gérer la pauvreté. Dans sa philosophie, il est destiné à la combattre.

Or, en ce domaine, si le versement d'une allocation permet d'assurer, dans l'immédiat, des conditions d'existence moins précaires, il est clair, que seul le volet "insertion" donnera aux bénéficiaires la possibilité de retrouver une situation plus normale.

Ainsi, il apparaît que la réussite du dispositif de revenu minimum d'insertion repose pour l'essentiel sur l'ampleur des mesures prises pour assurer la réinsertion sociale et surtout professionnelle des populations concernées.

Dans le schéma retenu par les deux Assemblées, la responsabilité de ce type d'intervention revient d'ailleurs aux départements qui, en outre, seront chargés de les financer.

Parallèlement, les bénéficiaires de l'allocation devront s'engager, dans le cadre d'un contrat d'insertion, à poursuivre



une démarche susceptible d'assurer leur réinsertion dans le monde du travail.

Ainsi, il est manifeste que l'action volontaire des départements, mais aussi des allocataires, sera déterminante pour donner au revenu minimum d'insertion sa véritable dimension, en permettant d'éviter toute dérive vers une allocation universelle accordée sans contrepartie.

#### **4. ... et qui entraîne une stabilisation des autres moyens de lutte contre la pauvreté prévue au titre du ministère de la solidarité**

Dans l'ensemble, il s'avère délicat de recenser l'ensemble des crédits mobilisés par le ministère pour lutter contre la pauvreté et la marginalisation. En effet, au-delà des moyens consacrés au "programme spécifique", plusieurs formes d'intervention reviennent directement ou indirectement à aider les personnes les plus en difficulté.

Dans ce contexte relativement complexe, votre rapporteur a choisi de retenir trois dotations, tout en reconnaissant d'emblée le caractère un peu arbitraire de ce regroupement.

- Les crédits du programme spécifique de lutte contre la pauvreté sont légèrement réduits et reviennent à 295 millions de francs (- 1,7 %).

L'achèvement progressif du dispositif des compléments locaux de ressources autorise une économie de 10 millions de francs, mais parallèlement, le ministère a souhaité inscrire une mesure nouvelle de 5 millions afin d'accentuer les "mesures d'urgence" (aide alimentaire, impayé de loyer, etc...). En effet, il convient d'éviter toute rupture dans le dispositif global en attendant la montée en puissance du revenu minimum d'insertion. Toutefois, dans l'avenir, la dotation relative au programme spécifique de lutte contre la pauvreté devrait décroître de manière très sensible, sauf à admettre que le R.M.I. ne permette pas de prendre en compte toutes les situations.

- En revanche, le ministère n'a pas jugé nécessaire de renforcer les moyens de fonctionnement des Centres d'hébergement et de réadaptation sociale (C.H.R.S.). Ces crédits sont simplement actualisés au taux de 1,8 % et atteindront donc 1.780 millions de francs en 1989. Il est donc à

craindre que l'ouverture de nouvelles places se révèle relativement difficile, malgré l'augmentation constante du nombre des demandes d'admission.

Certes, là encore, le ministère estime que la mise en place des R.M.I. devrait conduire à limiter la pression qui s'exerce sur ces établissements. Dans cette optique, il souhaite d'ailleurs accentuer la fonction d'aide à l'insertion sociale que les C.H.R.S. doivent assumer, et il prévoit de consacrer un crédit nouveau de 10 millions de francs à des actions innovantes allant dans ce sens.

- Enfin, les dépenses afférentes aux personnes dépourvues de domicile de secours passent de 1.441,2 millions de francs en 1988 à 1.384 millions dans le projet de budget pour 1989. On rappelle que ces crédits financent des actions d'aide sociale ou médicale correspondant par leur nature aux dépenses transférées dans le domaine de compétence des collectivités locales, mais imputées à l'Etat en raison de l'absence de domicile de secours des personnes prises en charge. On notera d'ailleurs qu'une fraction importante des dotations prévues à ce titre concerne l'aide sociale aux personnes âgées. La réduction de 3,9 % des crédits prévue à ce titre doit cependant s'interpréter avec prudence car la somme figurant au chapitre 46-24 représente une dépense nette, c'est-à-dire après déduction des recettes perçues sous la forme de fonds de concours.

\*  
\* \*

La stabilisation des crédits de lutte contre la pauvreté inscrits au ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale apparaît donc comme la conséquence logique de la mise en place du revenu minimum d'insertion. Tout au plus peut-on regretter qu'un effort plus significatif ne soit réalisé en faveur des Centres d'hébergement et de réinsertion sociale. La situation devra, en tout état de cause, être revue en 1989 pour adapter les crédits de lutte contre la pauvreté à l'efficacité des mesures prises au titre du revenu minimum d'insertion.

## CHAPITRE IV

### MAINTENIR LA QUALITE DES SOINS TOUT EN MAITRISANT LEUR COUT

Conséquence directe des considérables progrès de la médecine, l'état sanitaire de la population française s'est profondément modifié au cours des dernières décennies. Les grandes maladies du début du siècle (tuberculose, tétanos, etc...) ont progressivement disparu, entraînant ainsi une augmentation spectaculaire de l'espérance de vie.

Toutefois aujourd'hui, l'impact de ces facteurs tend à se stabiliser et désormais les maladies les plus graves sont, pour l'essentiel, liées à la vieillesse, mais aussi au mode de vie : tabagisme, alcool, toxicomanie, accidents de la route.

Parallèlement, les dépenses de santé ont connu une croissance exceptionnelle, passant de 4 % du P.I.B. en 1960 à 8,1 % en 1985 et cette tendance devrait se poursuivre dans l'avenir. Ainsi, l'I.N.S.E.E. prévoit qu'en l'an 2000 les soins absorberont 20 % du budget des Français contre 13 % actuellement, devenant ainsi le premier poste de dépenses devant le logement et l'alimentation.

Cette double évolution pèse, à l'évidence, sur notre système de protection sanitaire. Il convient, d'une part, de l'adapter aux nouvelles contraintes en modulant ses capacités, en renforçant ses moyens techniques, mais également en développant la prévention et la recherche médicale. D'autre part, il devient nécessaire d'agir afin d'éviter que la croissance des dépenses de santé ne conduise à une véritable explosion de nos régimes d'assurance maladie.

C'est dans ce contexte, certes, très général, mais dont le rappel paraît indispensable, qu'il convient de resituer l'action de l'Etat dans le domaine de la santé.

## **I. LE PROJET DE BUDGET POUR 1989 PREVOIT UN EFFORT SENSIBLE EN FAVEUR DE LA LUTTE CONTRE CERTAINS FLEAUX SOCIAUX**

Traditionnellement, les crédits destinés aux interventions de l'Etat dans le domaine de la santé sont ventilés dans de nombreux chapitres du budget de la solidarité, de la santé et de la protection sociale, autour du noyau dur que constituent les "actions de caractère sanitaire".

Pour 1989, les moyens mobilisés à ce titre s'élèvent à 1,98 milliard de francs (- 3,6 %) dont :

- 1,34 milliard sur les chapitres consacrés aux actions sanitaires (- 5,6 %) ;
- 544 millions au titre de la formation des professions médicales et paramédicales (+ 1,1 %) ;
- 52 millions sous forme de subventions de fonctionnement à l'Ecole nationale de la santé publique.

On notera d'emblée que cette masse financière s'avère relativement faible lorsqu'on la compare au montant de la consommation médicale totale (424,1 milliards de francs en 1987) ou aux dépenses de la Caisse nationale d'assurance maladie (331,3 milliards de francs en 1987). En fait, là encore l'Etat donne une impulsion dans les secteurs considérés comme prioritaires.

Sous réserve de ces remarques, le budget de la santé se caractérise par trois facteurs :

- une reconduction des dépenses de fonctionnement et d'investissement des services ou organismes intervenant dans le domaine de la santé ;
- un effort sensible en faveur de la lutte contre le SIDA et la toxicomanie ;
- une évolution contrastée des crédits d'équipement.

## **1. Le maintien à niveau des dotations destinées aux services**

Les moyens mobilisés à ce titre représentent 118 millions de francs en 1989 (+ 0,3 %), dont 106,9 millions sous forme de crédits de fonctionnement (- 0,5 %) et 11,2 millions pour les dépenses d'investissement.

. Le chapitre consacré au financement du matériel et du fonctionnement technique des services de protection sanitaire est doté de 13,2 millions de francs (- 0,7 %). Seuls, les moyens destinés aux vaccinations non obligatoires bénéficient d'une mesure nouvelle positive de 0,5 million de francs liée à la mise en oeuvre d'un programme de vaccination contre le tétanos touchant en particulier les personnes âgées.

. La subvention de fonctionnement versée à l'École nationale de la santé publique est reconduite en francs courants (52,4 millions de francs). En revanche, on notera l'inscription d'une dotation de 1,5 million de francs en autorisations de programme (1 million en crédits de paiement) qui permettra d'engager des travaux d'économie d'énergie dans cet établissement.

. Les crédits destinés à l'I.N.S.E.R.M. et au Service de protection contre les rayons ionisants (S.P.C.R.I.) passent, en moyens de fonctionnement, de 42 millions en 1988 à 41,3 millions pour 1989. S'agissant des dépenses en capital, les autorisations de programme et les crédits de paiement demandés au titre du S.P.C.R.I. sont identiques à celles de l'année 1988, soit 9,1 millions de francs.

## **2. Des interventions publiques concentrées sur la lutte contre le SIDA et la toxicomanie**

Les crédits du titre IV, plus particulièrement destinés aux interventions dans le domaine de la santé, s'élèvent à 1.305,3 millions de francs, marquant ainsi une progression de 4,6 % par rapport à l'exercice 1983.

Cette progression relativement sensible traduit l'effort significatif réalisé dans deux domaines sensibles : la lutte contre le Sida et la lutte contre la toxicomanie. En revanche, les dotations destinées aux autres interventions connaissent des évolutions plus contrastées.

a) Deux domaines prioritaires : la lutte contre le SIDA et la toxicomanie.

a 1) Pour 1989, les crédits sanitaires de lutte contre le SIDA s'élèvent à 41 millions de francs, marquant ainsi une progression de 36,7 %. Cette évolution d'ensemble recouvre cependant deux mouvements distincts :

- les dotations destinées aux actions de prévention et d'information sont reconduites en francs courants (22,4 millions de francs). On rappellera cependant que ce type d'intervention avait été fortement revalorisé dans le budget pour 1988 ;

- les crédits représentant la participation de l'Etat aux actions de dépistage anonyme et gratuit, en application de la loi du 30 juillet 1987, passent de 7,6 millions de francs à 18,6 millions, soit une progression de 144 %.

Enfin, on rappellera qu'un programme national de recherche sur le SIDA, doté de 100 millions de francs, a été mis en place sous l'égide du ministère chargé de la recherche (50 millions en 1988 et 50 millions en 1989). Ce programme bénéficie en outre de l'effort privé et, notamment, des fonds recueillis à l'occasion de la campagne conduite par la Fondation pour la recherche médicale.

Si la priorité accordée par l'Etat à la lutte contre ce qui constitue un nouveau fléau de notre société mérite d'être soulignée et encouragée, il n'en demeure pas moins que les masses financières mises en jeu sont d'un autre ordre de grandeur et se trouvent assumées, pour l'essentiel, par la Caisse nationale d'assurance maladie. Or, en ce domaine, les perspectives restent très sombres.

Ainsi, au 31 mars 1988, on dénombrait en France 3.628 cas de SIDA avéré, soit 122 % de plus qu'un an auparavant. L'évolution à moyen terme est quant à elle conditionnée par le nombre de sujets séropositifs qui, selon les estimations, se situerait entre 150.000 et 250.000 personnes. Sur cette base, et si les tendances actuelles se confirment, on peut évaluer à 20.000 le

nombre total de cas diagnostiqués à la fin de 1989. Or, actuellement, le coût moyen du traitement d'un patient est de l'ordre de 127.000 francs par an. La confrontation de ces deux derniers chiffres permet de mesurer la pression que va exercer le SIDA sur notre système de santé.

On notera d'ailleurs que ces moyens budgétaires, inscrits dans le projet initial de loi de finances pour 1989, devraient sans doute être complétés à la suite des décisions prises le 3 novembre dernier dans le cadre du plan gouvernemental de lutte contre le SIDA.

D'un point de vue financier, ce nouveau dispositif comprend :

- le triplement des crédits d'incitation à la recherche, qui passeraient de 50 millions de francs en 1988 à 150 millions en 1989 ;

- le quadruplement de la somme consacrée à l'éducation pour la santé (100 millions de francs en 1989) ;

- l'attribution pour 1989 de 430 millions de francs supplémentaires au budget des hôpitaux. Deux cents nouveaux postes seront créés, dont trente de praticien hospitalier.

Ces différents moyens n'apparaîtront pas tous sur le budget de la santé. En revanche, l'action des différents intervenants sera coordonnée par une "agence de programme" elle-même rattachée au ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale.

a2) La lutte contre la toxicomanie bénéficiera également de mesures nouvelles significatives. Les moyens prévus à ce titre dans le budget de la santé passent de 282,8 millions de francs en 1988 à 335 millions de francs dans le projet de budget pour 1989 (+ 18,4 %).

Encore faut-il souligner que ces dotations ne traduirait, là encore, qu'une partie des interventions financières de l'Etat en ce domaine. Sur le même budget de la solidarité, de la santé et de la protection sociale, 11,4 millions de francs - soit un chiffre identique à celui de 1988 - sont consacrés aux actions sociales à l'égard des toxicomanes et de leurs familles.

En outre, une enveloppe de 147 millions de francs est inscrite au titre du ministère de la justice et permet de financer les actions conduites par la mission interministérielle de lutte contre la toxicomanie.

Aujourd'hui, on estime à 80.000 le nombre de toxicomanes dans notre pays. Phénomène aggravant, 82 % de cette population a moins de 30 ans et dans 50 % des cas il s'agit de polytoxicomanie.

b) Les crédits destinés aux autres domaines d'intervention connaissent des évolutions moins significatives.

A cet égard, il convient de distinguer trois situations :

**b 1) Un ajustement des moyens destinés aux services de santé des territoires d'Outre-Mer et de la collectivité territoriale de Mayotte.**

Dans l'ensemble, les dotations affectées à ces différents services représenteront 94 millions de francs en 1989, en progression de 3,5 % par rapport à celles de l'exercice 1988.

En particulier, les crédits destinés à la Nouvelle-Calédonie, à la Polynésie française et aux îles Wallis et Futuna sont majorés uniformément de 2,5 %.

Le service de santé de la collectivité territoriale de Mayotte bénéficie pour sa part d'une mesure nouvelle de 1,6 million de francs. Cette évolution traduit les engagements pris par l'Etat en vue d'assurer le développement économique, social et culturel de cette collectivité territoriale.

**b 2) Un effort limité en faveur de la formation des professions médicales et paramédicales.**

L'ensemble des crédits alloués au financement des actions de formation des personnels médicaux et paramédicaux s'élèvent à 544,7 millions de francs, enregistrant ainsi une faible progression de 1,1 %.

Cette évolution globale, peu significative, recouvre cependant des situations très différentes :

- les moyens destinés aux actions spécifiques de formation, touchant des domaines telles l'alcoolologie, la toxicomanie ou la périnatalité, régressent de 3,9 % et reviennent à 6,4 millions de francs ;



- les subventions versées aux organismes ou structures de formation des personnels médicaux et paramédicaux sont reconduites en francs courants (429,7 millions de francs) ;

- en revanche, les crédits consacrés au financement des bourses paramédicales augmentent de 5,9 % pour atteindre 108,27 millions. Cette progression apparaît comme le résultat d'un double mouvement : d'une part, une revalorisation sensible (+ 14,9 %) du taux de la bourse et, d'autre part, une réduction du nombre de bénéficiaires en équivalent taux plein (- 7,6 %).

### **b3) Une reconduction des moyens de lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme.**

Dans le budget initial, et hors transfert, les crédits plus particulièrement destinés à la lutte contre l'alcoolisme étaient reconduits en francs courants (127,9 millions de francs). Cette absence d'évolution risquait donc de limiter le nécessaire développement des centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie, dont le rôle est pourtant fondamental en matière de dépistage et de prise en charge des alcooliques. Toutefois, là encore, le Gouvernement a accepté, devant l'Assemblée nationale, de compléter ces crédits de 2 millions de francs. Ainsi, les moyens de lutte contre l'alcoolisme représenteront donc 129,9 millions de francs en 1989, marquant ainsi une légère progression (+ 1,5 %) par rapport au budget voté de 1988.

Parallèlement, les crédits destinés à soutenir les actions de prévention à l'égard du tabagisme et de l'alcoolisme (chapitre 47-13) sont réduits de 4 % et reviennent à 4,6 millions de francs.

Votre rapporteur regrette qu'aucune mesure nouvelle significative n'intervienne en ce domaine. Certes, la lutte contre ces deux fléaux que sont le tabagisme et l'alcoolisme prend des formes multiples qui n'ont pas nécessairement une traduction budgétaire. Toutefois, il considère que, face à des phénomènes diffus, dont les conséquences apparaissent lorsqu'il est trop tard, les actions de prévention demeurent le seul vecteur capable de sensibiliser, a priori, les consommateurs aux risques encourus.

En outre, il rappelle que le prix du tabac en France figure parmi les plus faibles d'Europe tandis que le coût financier des maladies liées à l'abus du tabac peut être estimé à 40 milliards de francs. Une telle situation est particulièrement anormale à l'heure où notre principal régime d'assurance maladie connaît un

déficit chronique. Aussi, votre rapporteur continue-t-il à souhaiter, comme il l'a déjà indiqué dans son rapport sur le projet de budget pour 1988, que soient étudiées les modalités d'un doublement, à terme, du prix du tabac. Dans une telle hypothèse, il est cependant évident que des mesures spécifiques devraient être prises pour éviter que l'augmentation de taxes ne pèse sur l'indice des prix, mais aussi pour que les recettes nouvelles ainsi dégagées soient directement affectées à la Caisse nationale d'assurance maladie.

### **3. Une évolution contrastée des dépenses d'investissement**

Pour l'essentiel, les dépenses engagées par l'Etat pour soutenir les investissements dans le secteur sanitaire sont regroupées sur le chapitre 66-11 du budget de la solidarité, de la santé et de la protection sociale.

Pour 1989, et après l'intervention de l'Assemblée nationale, cette ligne budgétaire se trouve dotée de 613,5 millions de francs en autorisations de programme (- 0,8 %) et de 533,5 millions de francs en crédits de paiement (- 20,1 %). Par rapport au budget primitif, le projet qui nous est soumis comporte en effet une dotation complémentaire de 3,5 millions de francs en crédits de paiement et autorisations de programme, destinée à financer des travaux d'humanisation dans un hôpital.

Cette évolution d'ensemble, globalement négative, doit cependant être interprétée avec nuance, compte tenu des différences qui existent entre les trois grands secteurs.

- S'agissant de la modernisation des C.H.R. et des établissements nationaux, les autorisations de programme (Titre VI) reviennent à 200 millions en 1989, soit une réduction de 16,7 %, tandis que les crédits de paiement s'effondrent (- 32,6%). Une telle évolution est particulièrement regrettable car les besoins qualitatifs du pays actuel restent très importants, tant au plan de l'aménagement ou de la restructuration des locaux qu'en ce qui concerne la modernisation des plateaux techniques. En réponse à une question posée par votre rapporteur, le ministère évaluait d'ailleurs à 1.551 millions de francs le montant des subventions à

mobiliser au cours des cinq prochaines années pour financer, à hauteur de 40 %, les opérations importantes répondant à des besoins connus (Rennes, Brest, Lille, Metz, Strasbourg, hôpital du XVème arrondissement de Paris, etc...). Certes, il est toujours possible de moduler le taux de la subvention, afin de permettre aux établissements disposant de ressources propres importantes d'engager les travaux plus rapidement, et moyennant une aide moins importante de l'Etat.

C'est d'ailleurs la formule qui a été adoptée en 1988 pour l'hôpital Jules GOURMONT des hospices civils de Lyon (subventionné à 20%).

Votre rapporteur constate cependant que le ministère n'a pas pu lui fournir la liste des opérations nouvelles - et des taux de subvention - retenue pour 1989.

- Pour ce qui concerne les opérations déconcentrées réalisées dans les établissements de soins et de cure, les autorisations de programme demandées pour 1989 atteignent 380 millions de francs, en progression de 8,8 % par rapport à l'année précédente. Les crédits de paiement se contractent toutefois de 12,5 % pour revenir à 340 millions de francs.

- Enfin, les subventions d'investissement accordées au titre de la psychiatrie extra-hospitalière et de la lutte contre la toxicomanie et l'alcoolisme demeurent stables en autorisations de programme (20 millions) et se réduisent en crédits de paiement (- 25 %).

## II. QUELLE PLANIFICATION HOSPITALIERE ?

Les crédits d'équipements sanitaires représentent près de 600 millions de francs, soit environ un tiers de l'ensemble des moyens budgétaires du ministère de la solidarité, destinés au secteur de la santé.

Principalement destinées à la modernisation et à l'humanisation des hôpitaux, ces dotations, et surtout leur évolution, ont conduit votre rapporteur, depuis maintenant deux ans, à se pencher sur le vaste problème de la politique hospitalière dans notre pays. Une telle démarche apparaît

d'ailleurs comme une nécessité à l'heure où les frais d'hospitalisation représentent 142 milliards de francs, soit plus de 50 % des prestations de santé prises en charge par l'assurance maladie. Alors que le régime de protection sociale connaît un déficit chronique du fait de la progression rapide de ses dépenses, il convient de s'interroger sur la façon dont est géré le secteur qui constitue l'élément principal dans ce qu'il est convenu d'appeler "l'offre" de soins.

**Or, à cet égard, votre rapporteur est amené à porter un jugement sévère sur la politique conduite par le ministère au cours des dernières années.**

### **1. Des capacités largement excédentaires dans les disciplines de court séjour**

Dans l'ensemble, la politique d'équipement hospitalier s'inscrit dans le cadre de la carte sanitaire. Créée par une loi du 30 décembre 1970, celle-ci définit la nature et l'importance des installations nécessaires pour répondre aux besoins sanitaires de la population. En conséquence, cette carte :

- partage les régions en secteurs sanitaires ;
- fixe un indice de besoins en lits par millier d'habitants pour chaque groupe de disciplines dans chaque secteur ;
- fixe des indices de besoins par million ou par millier d'habitants pour certains équipements matériels lourds.

Ce système a eu l'intérêt de mettre un terme au développement incontrôlé des équipements de santé. Il a permis de répartir les nouveaux équipements d'une façon plus harmonieuse sur le territoire. Cependant, il présente un certain nombre de défauts ou d'insuffisances :

- la carte sanitaire n'a pas évité des suréquipements en lits dans certains secteurs, car elle n'a commencé à produire ses effets que lorsque la période de construction intensive du début des années 1970 s'achevait ; de plus, l'absence de compensations possibles entre les secteurs sur-équipés et les secteurs sous-équipés a eu des effets inflationnistes .

- la procédure très lourde prévue par loi du 31 décembre 1970 avec quatre niveaux de consultation a considérablement retardé l'élaboration et la révision des cartes sanitaires. D'où un

décalage important entre les données sur lesquelles elles étaient fondées et la réalité des besoins ;

- la faiblesse du système d'information n'a permis d'appréhender ces besoins qu'à travers les lits et l'activité des établissements hospitaliers mesurée à partir des indicateurs traditionnels, entrées, journées réalisées, durée moyenne de séjour et taux moyen d'occupation des lits. Les alternatives à l'hospitalisation, hôpital de jour, de semaine, à domicile ne sont pas prises en compte.

Or, la diminution régulière des durées moyennes d'hospitalisation de court séjour -l'essentiel des soins étant donné au malade dès les premières heures de son traitement- ainsi que la mise en place progressive de structures permettant d'assurer les soins sans hospitalisation complète, ont rendu pléthorique le nombre total de lits de soins aigus constaté au moment de la préparation du IXème Plan. Ainsi, a-t-il été décidé de réduire les capacités, entre 1984 et 1988, à raison de 16.000 lits de court séjour et de 12.000 lits de psychiatrie en accentuant la concentration de l'hôpital sur son rôle technique.

En fait, dans la pratique, cet objectif a été dépassé. Il n'en reste pas moins que les nouvelles statistiques de la carte sanitaire font encore apparaître que le nombre de lits autorisés, tant en secteur public que privé, reste nettement supérieur aux besoins comme en témoigne le tableau suivant.

Discipline	Lits autorisés	Lits installés	Besoins 1988
Médecine .....	150 412	148 197	118 028
Chirurgie .....	136 749	132 697	114 268
Gynécologie .....	32 087	31 411	26 211
Total .....	319 248	312 305	258 507

Une telle présentation est, certes, très générale et dissimule des disparités régionales, mais également des différences entre secteur d'une même région. Il n'en demeure pas moins que si le nombre de lits installés reste inférieur au nombre de lits autorisés, les besoins affichés par la carte sanitaire issue des dernières révisions s'avèrent inférieurs de près de 60.000 lits aux capacités existantes.

Un tel décalage est inacceptable. Il conduit à mobiliser inutilement des moyens tant humains que financiers dans des

secteurs où les besoins sont plus que satisfaits, au détriment de domaines dans lesquels les efforts à accomplir restent considérables. **Encore faut-il souligner que la suppression de lits de court séjour ne doit bien évidemment pas se traduire par la disparition d'établissements actuellement existants. Une telle conséquence serait tout à fait contraire aux vœux de votre rapporteur et ne pourrait qu'accentuer la concentration du système hospitalier dans les zones urbaines, au détriment des zones rurales. Votre rapporteur souhaite simplement que les établissements, disposant de lits excédentaires en discipline de court séjour, soient rapidement conduits à reconvertir leurs capacités en unités de soins ou d'accueil mieux adaptées aux besoins de la population locale. Cette constatation prend toute sa valeur quand on se souvient que, dans un souci de maîtrise des dépenses d'assurance maladie, l'ouverture de places supplémentaires dans les établissements pour personnes âgées ou pour handicapés ne peut être réalisée que par redéploiement des moyens existants.**

**Votre rapporteur demande donc que le ministère mette rapidement en oeuvre des mesures énergiques permettant de réduire les capacités hospitalières en discipline de court séjour et de réorienter les moyens ainsi dégagés vers des besoins qui se font sentir. Il ne sous-estime pas la difficulté d'une telle opération que la coexistence de deux secteurs -l'un public, l'autre privé- rend particulièrement malaisée. Il considère toutefois que le véritable impératif consiste à optimiser au plus vite l'utilisation d'un système hospitalier qui absorbe plus de la moitié des dépenses d'assurance maladie.**

## **2. Un certain manque de cohérence dans l'installation des équipements matériels lourds soumis à autorisation**

Parallèlement, et toujours en application de la loi du 31 décembre 1970, l'implantation de certains équipements matériels lourds sont soumis à autorisation préfectoral ou ministériel. Les besoins sont planifiés au moyen d'indices qui jouent alors le rôle de carte sanitaire au niveau de chaque région. Actuellement, six catégories d'équipements sont soumises à cette procédure :

- **les scanographes** dont l'indice, fixé par arrêté du 13 avril 1987, est égal à un appareil pour une population comprise entre 140.000 et 250.000 habitants,

- **les caméras à scintillation**, dont l'indice de besoin, également fixé par l'arrêté du 13 avril 1987, est égal à un appareil pour une population comprise entre 150.000 et 250.000 habitants,

- **les appareils d'imagerie par résonance magnétique (I.R.M.)**, pour lesquels l'indice de besoin est fixé à un appareil pour 600.000 à 1.600.000 habitants,

- **les appareils de radiothérapie**, dont l'indice a été fixé à 6 appareils par million d'habitants par l'arrêté du 25 février 1986,

- **les appareils d'hémodialyse en centre**, pour lesquels l'indice des besoins a été fixé "de 40 à 45 postes par million d'habitants",

- **les lithotripteurs**, dont l'indice de besoin est égal à un appareil pour 1.500.000 à 2.800.000 habitants.

Dans ce schéma, on pourrait penser que toute demande d'installation d'un appareil supplémentaire ne peut être acceptée que si elle ne conduit pas à dépasser le besoin théorique déterminé pour la région. En fait, il semble que la réalité soit différente dans quelques cas particuliers.

Ainsi, s'agissant des scanographes, deux régions disposent d'un nombre d'appareils largement supérieur à leurs besoins maximums théoriques (Ile de France et Basse Normandie), tandis qu'une région (Guadeloupe) présente un déficit par rapport au besoin minimum.

En revanche et toujours en Basse Normandie, le nombre de caméras à scintillation est inférieur au besoin théorique minimum.

En ce qui concerne les appareils de radiothérapie, si les besoins sont globalement satisfaits, il apparaît cependant que 8 régions disposent d'un nombre d'installations supérieur au besoin maximum théorique, alors que 9 régions se situent au-dessous de ce même seuil.

Enfin, s'agissant des postes d'hémodialyse, l'indice atteint au niveau de la France entière est de 44,2 postes par million d'habitants, soit un chiffre très proche du besoin théorique maximum. Toutefois, là encore, on constate de fortes disparités

régionales puisqu' ce même indice va de 31,8 en Basse Normandie (en-dessous du seuil minimum) à 62,7 en Provence Côte d'Azur.

**Votre rapporteur est en droit de s'interroger sur les motifs qui ont conduit l'Etat à autoriser l'installation d'appareils excédentaires dans certaines régions alors que les besoins minimums en autres types d'équipement n'étaient pas satisfaits au plan local. Il se demande s'il n'eut pas été plus cohérent d'encourager les établissements à investir dans des matériels plus nécessaires ou d'aider les régions sous-équipées à combler leur retard.**

Enfin, votre rapporteur se demande dans quelles conditions, et sur quels critères, s'effectue la répartition des nouveaux équipements entre le secteur privé et le secteur public.

### **3. Des progrès très lents dans la connaissance du coût de traitement des pathologies**

A l'heure actuelle, les indicateurs retenus pour déterminer l'activité des hôpitaux reposent -faute de mieux- sur le nombre de journées d'hospitalisation, les entrées et les sorties, ainsi que sur certains actes médicaux. Or, compte tenu des progrès réalisés par la médecine, il devient nécessaire d'analyser cette activité -et donc son coût- en fonction des pathologies traitées.

Tel est donc l'objet du programme de médicalisation du système d'information (PMSI) des hôpitaux.

Lancé depuis plusieurs années, le programme est fondé sur la définition et le suivi de la "production" hospitalière pour les malades de court séjour. Grâce à une classification en 471 "groupes homogènes de malades", ce projet doit conduire à calculer le coût de traitement d'une pathologie donnée dans chaque établissement.

Certes, depuis 1985, des progrès sensibles ont été réalisés. Une expérimentation a pu avoir lieu et un logiciel groupeur, qui permet de classer les malades en groupe homogène, est en cours de diffusion dans des établissements volontaires. En outre, un logiciel de comptabilité analytique est désormais en mesure de calculer le coût complet du traitement des malades ainsi classés en groupes, à condition que le système d'information de l'hôpital



concerné fournisse les éléments comptables et d'activités de bonne qualité.

Toutefois, et malgré ces avancées, il n'en demeure pas moins que le projet P.M.S.I. progresse lentement et se trouve toujours dans une phase "expérimentale". Il semblerait de surcroît que son développement se heurte à quelques réticences de la part de certaines catégories de personnels médicaux et administratifs.

Votre rapporteur souhaite que ces obstacles soient rapidement aplanis grâce à un nouvel effort d'information et de sensibilisation des personnes concernées. Tous les intervenants doivent prendre conscience qu'un effort de transparence est nécessaire pour organiser au mieux le fonctionnement des services et, le cas échéant, pour réorienter des moyens, tant humains que financiers, vers les secteurs où des besoins se font sentir.

\*

\* \*

**Dans l'ensemble, ces quelques éléments de réflexions ont un objectif unique : se donner les moyens d'utiliser au mieux notre système hospitalier sans nuire à la qualité des soins. Seule une telle démarche permettra de concilier les aspirations légitimes des Français en matière de santé et les contraintes financières qui s'imposent à la collectivité.**

## CHAPITRE V

### QUEL EQUILIBRE POUR LA SECURITE SOCIALE ?

Alors qu'à législation inchangée les dépenses sociales seront amenées à croître dans des proportions importantes au cours des prochaines années, le financement de nos comptes sociaux s'avère quant à lui particulièrement fragile. Certes, ce problème n'est pas nouveau, la crise économique issue du choc pétrolier de 1973 ayant surtout servi de révélateur. Mais il est certain qu'il n'a jamais été véritablement traité jusqu'à ce jour, les gouvernements successifs ayant, sauf quelques rares exceptions, préféré majorer progressivement les taux de cotisation plutôt que de traiter le problème dans sa globalité. Or une telle politique connaît ses limites et il faudra bien un jour ou l'autre accepter de résoudre le problème structurel dont souffrent nos comptes sociaux.

#### I.- UN PROBLEME STRUCTUREL

Depuis 1975, nos régimes de protection doivent faire face à un problème structurel simple à résumer, mais difficile à traiter : les dépenses évoluent plus rapidement que les recettes.

##### 1. Les dépenses progressent d'une façon autonome

La forte montée en puissance des dépenses de prestations sociales, constatée d'ailleurs dans tous les pays industrialisés trouve son origine dans trois événements :

- l'arrivée à maturité de notre système de protection sociale, dont les bases ont été jetées en 1945, mais qui s'est progressivement étendu à l'ensemble de la population ;

- l'effet démographique. Depuis 1946, la population totale de notre pays s'est accrue de plus de 15 millions de personnes ;

- l'évolution des conditions de vie. Ainsi, grâce aux progrès de la médecine, l'espérance de vie à la naissance s'est considérablement accrue pour atteindre aujourd'hui 71 ans pour un homme et 79,4 ans pour une femme. Parallèlement, le besoin de soins s'est fait de plus en plus ressentir à mesure que s'élevait le niveau de vie de la population. De ce fait, la part de la consommation médicale dans la consommation des ménages est passée de 4,5 % en 1950 à 12,5 % en 1983.

La montée en puissance des dépenses de protection sociale s'est traduite par une amélioration spectaculaire des conditions de vie de nos concitoyens. Ainsi, la vieillesse n'est plus synonyme de grande pauvreté et l'accès aux soins, même les plus coûteux, est devenue possible pour tous.

**La sécurité sociale a donc joué un rôle décisif dans l'évolution de la société française au cours des quarante dernières années et elle constitue un acquis auquel nous sommes tous attachés. Mais le maintien de l'acquis ne signifie pas l'immobilisme ou le blocage à l'identique. En fait, pour affronter les défis d'aujourd'hui, mais aussi de demain, notre système de protection sociale sera inexorablement conduit à s'adapter.**

Or, dans les années à venir, notre système de protection sociale doit surmonter deux obstacles incontournables.

a) Le problème de l'assurance vieillesse est sans nul doute le plus crucial. Nos régimes de retraite sont désormais confrontés à un triple défi : servir des pensions plus élevées pendant plus longtemps à des bénéficiaires plus nombreux. Or ce phénomène intervient à un moment où la structure démographique de notre population entraîne de façon irréversible une dégradation lente mais continue du rapport actifs/retraités. Or, tous nos régimes de retraite sont fondés sur le principe de la répartition.

b) Mais parallèlement, la dérive des dépenses de santé constitue également un autre défi auquel il faudra bien répondre. Les progrès considérables de la médecine, l'allongement de la durée de la vie, le coût croissant des soins et l'explosion de la démographie médicale exercent une pression constante sur un régime de protection sociale dépourvu de dispositif de régulation. Fondé sur trois principes majeurs (libre accès aux soins, liberté de prescription pour les médecins et large prise en charge

collective des dépenses), notre système de soins entretient, au plan individuel, une certaine insensibilisation au prix réel de la santé et n'incite donc pas à la recherche d'une meilleure efficacité des dépenses.

Dans ces conditions, et à structure constante, la consommation médicale devrait continuer à croître d'environ 3,6 % en volume et par habitant d'ici à l'an 2000, représentant alors à cette même date le premier poste de dépenses dans le budget des Français. Encore faut-il souligner que cette projection - réalisée par l'INSEE - ne tient pas compte de l'effet d'accélération dû au vieillissement de la population.

Tels sont donc les deux défis auxquels notre système de protection sociale doit maintenant répondre. Or, dans le même temps, il s'avère que son financement est désormais inadapté.

## **2. Un financement fragilisé**

A la différence des systèmes anglo-saxons ou scandinaves s'inspirant des principes de la doctrine de Lord Beveridge, la sécurité sociale française s'est organisée sur une base professionnelle. En conséquence :

- ses recettes proviennent essentiellement de cotisations assises sur les revenus du travail,
- sa gestion est très largement assurée par les partenaires sociaux, et non par l'Etat.

**De cette construction, il ressort que le financement de notre système de protection sociale repose pratiquement exclusivement sur la croissance économique, et en particulier sur l'emploi et les rémunérations.**

Structurellement, le décalage entre base des recettes et perspectives d'évolution des dépenses existait donc dès l'origine. Toutefois, durant ce qu'il est aujourd'hui convenu d'appeler "Les Trente glorieuses", les conditions économiques favorables ont permis de financer, sans trop de difficultés, l'augmentation des prestations. Le plein emploi se trouvait assuré, la montée en puissance du travail féminin transformait progressivement des ayants droit en cotisants et la croissance du pouvoir d'achat des salariés atteignait 3 % à 4 % par an.

Cette période d'aisance a donc permis de gager l'extension de notre protection sociale, non par une augmentation globale des

taux de cotisations, mais par un élargissement de leur assiette dû à la progression de la richesse nationale. Ce constat d'ensemble très satisfaisant ne doit cependant pas faire oublier que les branches maladie, et surtout vieillesse, ont connu ponctuellement quelques difficultés passagères.

Le premier choc pétrolier, avec ses conséquences sur la croissance économique des pays industrialisés, est venu briser ce fragile équilibre. Depuis lors, les deux piliers du financement de notre système de protection sociale tendent à s'effriter :

- ainsi, dès 1975, le ralentissement de la croissance et les mutations technologiques ont entraîné une stabilisation des effectifs salariés. Puis, à partir de 1980, leur nombre s'est réduit de façon sensible, avant de se stabiliser à nouveau au cours de la période récente. Combiné à une augmentation continue de la population active, ce phénomène a entraîné une véritable explosion du chômage qui pèse également sur les ressources des régimes sociaux ;

- parallèlement, à partir de 1983, la volonté de réduire l'inflation s'est traduite par la mise en oeuvre d'une politique salariale rigoureuse. La croissance du pouvoir d'achat des salariés s'est donc ralentie progressivement pour tendre vers zéro.

L'évolution spontanée des ressources devenant insuffisante pour faire face à l'augmentation des dépenses, l'ajustement a dû être réalisé par des prélèvements obligatoires sans cesse accrus.

#### PRÉLÈVEMENTS SOCIAUX

(En % du P.I.B.)

	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987
Impôts perçus au profit de la Sécurité sociale .....	0,6	0,5	0,6	0,7	0,9	1	0,8	0,7	0,8
Cotisations sociales effectives (1) ...	17	17,8	17,8	18,3	18,9	19,2	19,2	18,9	19,1
<b>Total .....</b>	<b>17,6</b>	<b>18,3</b>	<b>18,4</b>	<b>19</b>	<b>19,8</b>	<b>20,2</b>	<b>20</b>	<b>19,6</b>	<b>19,9</b>

(1) Y compris assurance chômage.

Source : Comptes nationaux.

L'essentiel du prélèvement supplémentaire a donc été effectué par l'intermédiaire des cotisations sociales dont la part dans le P.I.B., qui s'était élevée de 3,8 points entre 1960 et 1973, a augmenté de 5,6 points entre 1974 et 1983, et évolue depuis entre 19,8 % et 20,2 %.

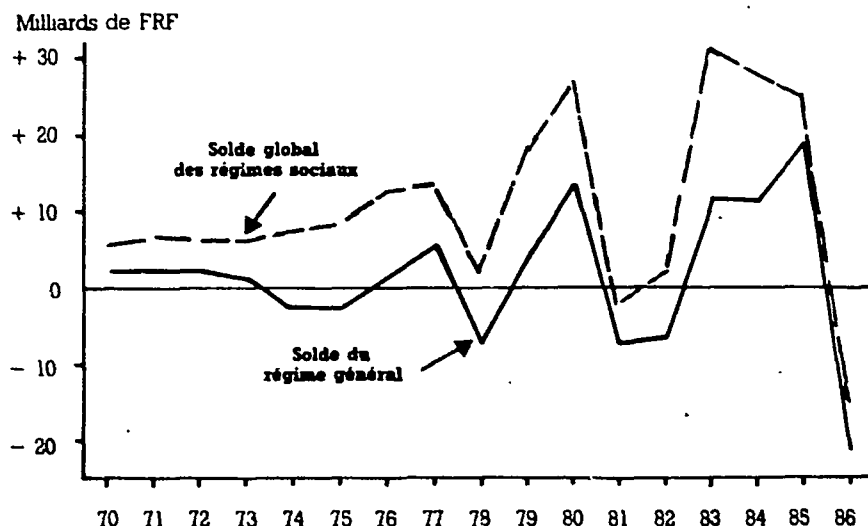
## II. UNE ILLUSTRATION PARFAITE : LE REGIME GENERAL DES SALARIES

Le régime général des salariés constitue l'élément principal de notre système de protection sociale. En 1987, il aura distribué plus de 740 milliards de francs, soit 64,8 % des sommes versées par les régimes de base et 58,2 % de celles réparties par l'ensemble des régimes (base et complémentaire).

### 1. Treize ans de crise

Depuis 1975, cet ensemble prédominant est à la recherche d'un introuvable équilibre, traduisant ainsi la crise profonde que connaît notre système de protection sociale.

Soldes de la sécurité sociale;



Source : B.N.P.

L'évolution naturelle de la masse salariale ne pouvant générer spontanément des ressources suffisantes pour couvrir les dépenses, les différents gouvernements ont donc été conduits à jouer, simultanément, mais de manière très inégale, sur deux paramètres :

- des tentatives de limitation des prestations, concrétisées par l'institution du ticket modérateur, la création du forfait hospitalier, la mise en place du budget global dans les hôpitaux et la modulation du taux de remboursement de certains médicaments ;

- un appel accru aux cotisants et plus récemment aux contribuables, sous la forme de majorations de taux, de déplafonnement de cotisations, d'accroissement des taxes fiscales affectées ou de création de contribution sociale assise sur les revenus.

Ainsi, en l'espace de treize ans, on dénombre au moins 12 plans de financement.

Or, parmi les nombreuses mesures adoptées jusqu'en 1987, seules la création d'une contribution sociale sur le revenu, la généralisation du budget global et plus récemment le plan de rationalisation des dépenses d'assurance maladie, apparaissent comme des tentatives visant effectivement à engager une action structurelle sur l'évolution tant des recettes que des dépenses.

Mais, force est de constater que le problème du financement n'a pas été résolu pour autant. Phénomène plus grave, il s'avère désormais que la nette accélération de la reprise économique, amorcée depuis deux ans, est, elle aussi, insuffisante pour opérer spontanément les ajustements nécessaires.

## **2. Vers de nouveaux déficits**

L'amélioration de la conjoncture économique ne pouvait qu'avoir un impact bénéfique sur un système de protection sociale dont le financement dépend essentiellement de l'évolution de la masse salariale. Ainsi, le régime général a pu terminer l'exercice 1987 en quasi-équilibre alors que les projections réalisées six mois plus tôt, c'est-à-dire après l'adoption d'un nouveau plan d'urgence, laissaient encore craindre un solde négatif d'environ 13 milliards de francs. Pour l'année 1988, la reprise de l'emploi, combinée avec la reconduction dès juin 1988, des mesures "provisoires" adoptées un an auparavant, devrait

permettre de contenir le déficit dans des limites compatibles avec les réserves du régime, et d'ores et déjà, les prévisions inquiétantes avancées pour 1989 commencent à être révisées dans un sens plus favorable.

Toutefois, l'effet conjugué d'une croissance plus forte et des mesures ponctuelles d'ajustement demeure encore insuffisant pour assurer un équilibre durable à notre principal régime de protection sociale.

a) Un déficit 1988 qui reste supportable

Dans son rapport de décembre 1987, la Commission des comptes de la sécurité sociale estimait que le déficit du régime général pourrait atteindre 19 milliards de francs à la fin de l'exercice 1988, essentiellement dû au déséquilibre de la branche vieillesse.

Les résultats définitifs de 1987 et les tendances observées au cours des trois premiers mois de l'année ont cependant conduit à réviser cette première estimation. Les encaissements de cotisations se révélant plus importants que prévu, il est rapidement apparu que le déficit serait sans doute plus proche de 15 milliards, et ceci malgré une certaine accélération des dépenses de santé en partie due à un essoufflement du plan de rationalisation des dépenses d'assurance maladie, dit plan "Seguin".

En tout état de cause, une nouvelle intervention des pouvoirs publics restait inévitable. Afin de parer au plus urgent, il a donc été décidé de reconduire pour 18 mois deux dispositions qui auraient normalement dû venir à échéance le 30 juin 1988. Ainsi, ont été maintenues :

- les augmentations de cotisations maladie (0,4 point) et de cotisations vieillesse (0,2 point) instituées à titre provisoire en juin 1987 ;

- la contribution fiscale de 1 % assise sur les revenus de capitaux mobiliers et immobiliers, également présentée comme "exceptionnelle" lors de sa création.

Ces deux mesures permettant de dégager plus de 6 milliards de ressources supplémentaires sur le second semestre, le régime général pouvait alors terminer l'exercice 1988 avec un déficit de 11 milliards, soit un niveau compatible avec ses



réserves et son droit de tirage auprès de la Caisse des dépôts et consignations.

LES SOLDES DU RÉGIME GÉNÉRAL DE 1987 À 1989

(En milliards de francs.)

Branche	1987	1988	1989
C.N.A.M.T.S. ....	7,8	5,3	1,2
Maladie ....	4,6	2,6	- 2,3
Accidents du travail ....	3,2	2,7	3,5
C.N.A.V.T.S. ....	- 10,3	- 17,6	- 34,4
C.N.A.F. ....	1,5	1,3	0,5
Régime général ....	- 1	- 11	- 32,7

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale.

En fait, compte tenu des données actuellement disponibles, il apparaît que le déficit de 1988 sera inférieur à cette dernière estimation. La progression toujours rapide des rentrées de cotisations (+ 5,5 % en rythme annuel au début du mois de septembre) permet d'escompter un bonus d'environ 2 à 3 milliards de francs, tandis que le réaménagement, à partir du mois d'octobre, de certaines dispositions du plan "Seguin" ne devrait entraîner qu'un surplus de dépenses évalué à 800 millions sur 1988 (mais à près de 2 milliards en année pleine). Dans ces conditions, le déficit de l'exercice pourrait, en définitive, s'établir aux environs de 9 milliards de francs.

Toutefois, et malgré une diminution sensible du déficit prévisionnel, l'année 1988 nous donne un avertissement clair, mais aussi inquiétant : une croissance de l'économie égale à 3,1 %, soit le plus fort taux enregistré depuis 1979, reste encore insuffisante pour opérer un ajustement spontané de nos comptes sociaux.

b) Vingt-huit milliards à trouver pour 1989

Dans un contexte aussi évolutif, il s'avère délicat d'avancer des prévisions précises pour l'année à venir. Un seul fait est certain : en l'état actuel de la législation, la situation financière du régime général devrait à nouveau se dégrader profondément en 1989, et ceci pour deux raisons majeures :

- d'une part, les dépenses d'assurance vieillesse continueront de croître à un rythme soutenu sous l'effet d'une augmentation sensible du nombre de retraités (+ 4,9 %) ;

- d'autre part, les recettes de cette même branche seront affectées par la disparition de la contribution sociale de 0,4 % sur les revenus imposables, instituée pour deux ans en 1986, et dont le rendement actuel atteint 5 milliards de francs.

Dans son rapport de juillet dernier, la Commission des comptes retenait une hypothèse de déficit du régime général d'environ 32,7 milliards de francs en 1989.

En réalité, cette estimation pourrait se révéler trop prudente. L'évolution effective de la masse salariale constituée à cet égard une inconnue majeure. Parallèlement, une revalorisation des pensions de retraite en fonction des salaires nets, et non des salaires bruts, permettrait également d'alléger les charges d'assurance vieillesse d'environ 1,5 milliard de francs. En revanche, le coût des corrections apportées au plan de rationalisation des dépenses d'assurance maladie se fera pleinement sentir, accélérant d'autant la dérive d'une branche redevenue déficitaire.

Dans ces conditions, l'écart entre les dépenses et les recettes du régime général serait ramené à 28 milliards de francs, soit l'équivalent d'un point de prélèvement sur l'ensemble des revenus, de deux points de prélèvement sur les seuls revenus imposables ou de deux points de cotisation vieillesse.

### III. DEUX VOIES D'ASSAINISSEMENT INDISSOCIABLES

A l'évidence, les problèmes structurels subsistent et il faudra bien un jour ou l'autre accepter de les traiter en adoptant des mesures, certes, impopulaires, mais indispensables à terme pour assurer à terme la cohésion de notre société.

Grâce aux Etats généraux de la sécurité sociale, les Français ont pu être sensibilisés aux difficultés qu'il leur faut

affronter. Parallèlement, les travaux du Comité des Sages ont permis de définir deux axes de réforme indissociables, seuls susceptibles d'assurer à terme l'équilibre financier, et donc la survie, de notre système de protection sociale. En revanche, on ne peut que regretter l'échec des travaux conduits par le Conseil économique et social.

## 1. Les axes de réformes

Le rapport du Comité des Sages, publié en 1987, constitue une base de réflexion sur un plan de financement à long terme de notre système de protection sociale. Ces propositions visent, d'une part à asseoir les recettes de la sécurité sociale sur une base plus large, mais également, et surtout, à maîtriser l'évolution des dépenses.

### a) Diversifier les ressources

Initialement centrée sur la notion de "solidarité professionnelle", notre sécurité sociale a progressivement pris en charge des prestations relevant en fait de la solidarité nationale. Or, dans le même temps, son mode de financement n'a pratiquement pas évolué et repose toujours pour plus de 80 % sur des cotisations assises sur les revenus du travail. A une époque où ces derniers évoluent désormais de manière plus lente, un certain rééquilibrage semble s'imposer.

Toutefois, cette diversification du prélèvement social se heurte à des contraintes d'ordre économique. Le haut niveau déjà atteint par nos prélèvements obligatoires limite fortement les possibilités envisageables, d'autant plus que nos engagements européens devraient nous amener à diminuer les charges spécifiques pesant sur les entreprises et sur l'épargne.

La volonté de concilier ces deux impératifs avait donc conduit le Comité des Sages à préconiser la création d'une contribution sociale acquittée par tous les ménages et assise sur tous les revenus, professionnels ou non.

Si un tel prélèvement - portant sur toutes les catégories de la population - devait être institué, il serait cependant légitime de tenir compte, dans l'affectation de son produit, du caractère quelque peu disparate de notre système de protection sociale. En fait, deux solutions sont envisageables : soit la création d'un

fonds au bénéfice duquel seraient éligibles tous les régimes de base, soit l'affectation des sommes ainsi dégagées au financement de prestations ouvertes à tous les Français, quel que soit leur régime d'affiliation.

### b) Maîtriser l'évolution des dépenses

Le recours à un financement plus large et plus solidaire est un phénomène inévitable dans un proche avenir. Mais, pour que l'augmentation des prélèvements sociaux demeure supportable, il est nécessaire que parallèlement, les régimes de protection sociale puissent maîtriser l'évolution de leurs prestations. Or, à l'évidence, la nature des mesures à mettre en oeuvre est très différente selon les deux principales branches concernées.

L'assurance maladie appelle avant tout une régulation des dépenses, grâce à une meilleure organisation du secteur de la santé, une plus grande responsabilisation des différents acteurs (praticiens et assurés) et la poursuite d'un effort d'organisation dans des caisses qui, aujourd'hui, doivent traiter environ un million de feuilles d'assurance maladie par jour.

L'assurance vieillesse demande, quant à elle, des modifications plus profondes et sans doute plus douloureuses. En effet, dans ce domaine, le rythme de croissance des dépenses se trouve conditionné par deux éléments clés : l'âge de départ à la retraite et le mode de calcul des pensions. Il est clair qu'un jour ou l'autre, il faudra bien jouer sur ces deux facteurs pour donner à notre système de retraite les moyens de s'adapter progressivement aux contraintes démographiques et financières qui pèsent -et pèseront encore longtemps- sur lui.

La sauvegarde de notre sécurité sociale nécessite à l'évidence des choix pénibles. Seul, un effort de solidarité nous permettra de surmonter cet obstacle et de conserver un régime de protection sociale auquel nous sommes tous attachés. Mais pour être accepté, cet effort doit également être partagé par tous.

## **2. Une occasion manquée**

A la suite des Etats généraux de la sécurité sociale, le gouvernement avait demandé au Conseil économique et social d'émettre un avis sur les réformes à entreprendre pour adapter

notre régime de protection sociale aux contraintes d'aujourd'hui, mais aussi de demain. Confiée à M. Yvon Chotard, cette mission a donné lieu à l'élaboration d'un projet ambitieux dont les grandes lignes sont désormais connues bien que le document n'ait jamais été rendu public.

De ces "indiscrétions", il résulte que le rapporteur, reprenant une idée avancée par le Comité des Sages, proposait de scinder notre système de sécurité sociale en deux secteurs complémentaires, afin de distinguer deux niveaux de solidarité :

- l'un représentatif de la **solidarité entre génération ou professionnelle**, et regroupant les prestations obtenues en contrepartie directe d'un effort contributif de la part des assurés : assurance maladie, accident du travail, prestations familiales à caractère général, pension de vieillesse. Le financement de ce secteur aurait donc pu être assuré par l'actuel système des cotisations sociales assises sur les revenus professionnels ;

- l'autre traduisant la **solidarité nationale** et prenant en charge les avantages non contributifs dont bénéficient certaines catégories de la population : minimum vieillesse, prestations familiales accordées sous conditions de ressources, etc... Dans la logique de ce schéma, il était envisagé d'instituer un prélèvement sur l'ensemble des revenus pour dégager les ressources nécessaires à la couverture de ces dépenses.

Parallèlement, M. Chotard formulait plusieurs propositions visant à mieux maîtriser l'évolution des dépenses. Ainsi, s'agissant de l'assurance vieillesse, il suggérait de transformer l'actuel régime "par annuité" en un régime "par point", plus souple à gérer et plus représentatif de l'effort contributif de chacun. De même, il envisageait une modification du mode de calcul des pensions -actuellement en fonction du salaire perçu durant les dix meilleures années d'activité- et de développer des formules incitant à poursuivre une activité au-delà de l'âge légal de la retraite.

Dans le domaine de l'assurance maladie, le rapporteur rappelait, entre autre, la nécessité de réduire des capacités hospitalières, aujourd'hui excédentaires. En outre, il proposait un réexamen de l'efficacité des spécialités pharmaceutiques et une évaluation du rapport qualité-prix de certaines pratiques thérapeutiques.

Certes, un tel projet n'était sans doute par exempt de critiques et posait un difficile problème de frontière entre les différents types de prestations. Il avait, en revanche, l'avantage de présenter une solution cohérente et constructive, susceptible de résoudre le problème structurel de notre système de protection sociale. Or, ce projet n'a pas été adopté par le Conseil économique et social.

\*

\* \*

Dans l'immédiat, de nouvelles mesures en matière de recettes sont inévitables et le gouvernement vient à nouveau d'opter pour un plan de financement "traditionnel" articulé autour de deux dispositions : la reconduction d'un prélèvement de 0,4 % sur les revenus imposables et une majoration de 1 point de la cotisation d'assurance vieillesse. Parallèlement, il a décidé de réduire la marge bénéficiaire perçue par les pharmaciens sur la vente des médicaments. Une telle mesure, si elle permet de réduire le coût des produits, reste cependant incapable d'infléchir la progression de la consommation médicale.

En fait, le gouvernement peut, par ces deux biais, obtenir un répit de quelques mois et donc repousser les véritables échéances. Toutefois, il est clair qu'une action en profondeur reste inévitable et il faut être conscient du fait que, plus le temps passe, plus les nécessaires ajustements structurels deviendront importants.

Les financements provisoires ou temporaires adoptés aujourd'hui seront vite considérés comme des "acquis", tandis que les mesures susceptibles d'agir sur l'évolution des dépenses demanderont du temps avant de faire sentir leur effet. Dans ces conditions, et faute de mettre en oeuvre les réformes indispensables, les prélèvements sociaux ne semblent pas près de se stabiliser, appelant ainsi des sacrifices toujours plus grands. La cohésion de notre société dépendra alors de la répartition des efforts entre les différentes catégories de la population.

**ANNEXES**

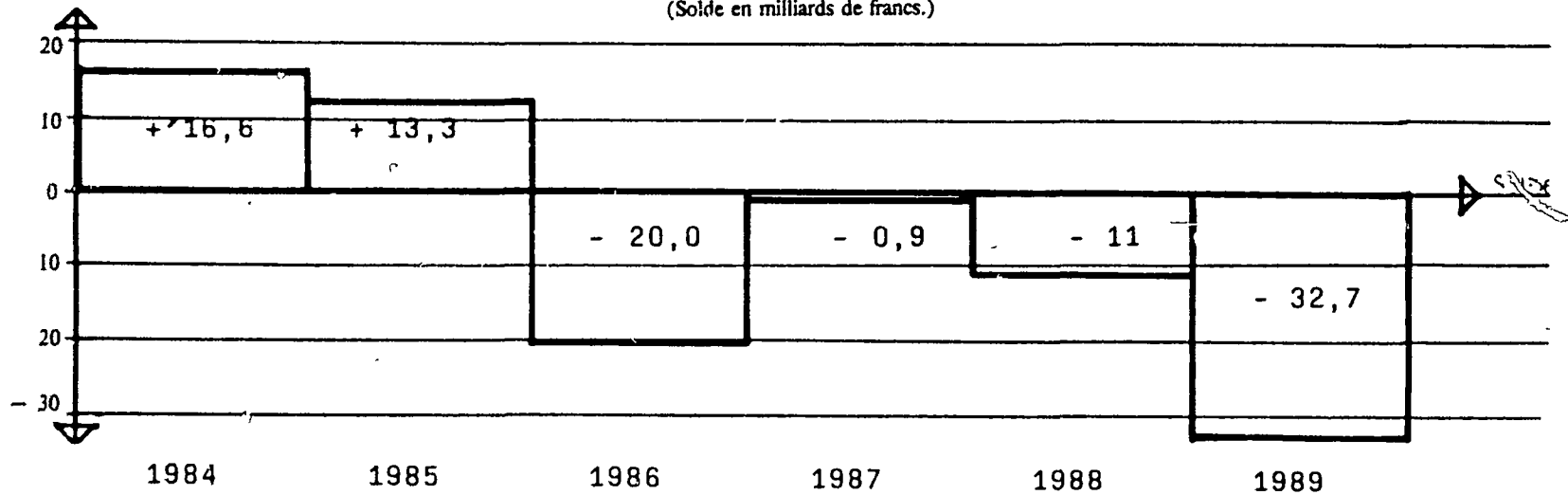
QUELQUES CHIFFRES EN 1986

- Budget social de la nation (*) .....	1 443 milliards de francs
<i>dont :</i>	
Prestations santé - vieillesse - invalidité - famille .....	1 001 milliards de francs
- Dépenses des régimes sociaux (hors indemnisation du chômage)	1 053 milliards de francs
<i>dont :</i>	
Dépenses du régime général (prestations) .....	611 milliards de francs
- Budget des Affaires sociales (1986) .....	35,7 milliards de francs
- Subventions de l'Etat aux régimes de protection sociale (y compris la prise en charge de certaines prestations) : A.A.H., F.S. Allocation vieillesse S.N.C.F., E.N.I.M., B.A.P.S.A., etc. ....	76 milliards de francs
- Dépenses sociales des collectivités locales .....	18,1 milliards de francs

(\*) Y compris Emploi et Logement social.



RÉGIME GÉNÉRAL  
(Solde en milliards de francs.)



MESURES RÉCENTES EN MATIÈRE DE FINANCEMENT  
DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Type de mesures	Durée d'application	Affectation et rendement (pour le seul régime général)
Prélèvement de 0,4 % sur les revenus imposables (seules les personnes acquittant l'impôt sur le revenu sont soumises à ce prélèvement). *	Institué à titre provisoire en 1986 pour deux ans. Il sera bientôt reconduit par le gouvernement.	Caisse nationale d'assurance vieillesse. Produit 1988 : 5,3 milliards de francs.
Contribution fiscale de 1 % sur les revenus des capitaux mobiliers et immobiliers. *	Instituée à titre provisoire en 1987, pour un an, puis reconduite jusqu'à la fin de 1989.	Caisse nationale d'assurance vieillesse. Produit 1988 : 1,7 milliard de francs.
<b>Cotisations sociales à la charge des salariés</b>		
● Majoration <i>temporaire</i> , de 0,4 point, de la cotisation d'assurance maladie **	Mesure prise pour un an en juillet 1987, puis prolongée jusqu'à la fin de 1989.	Caisse nationale d'assurance maladie. Produit en année pleine : 9,3 milliards de francs environ.
● Majoration <i>temporaire</i> , de 0,2 point, de la cotisation d'assurance vieillesse **	idem	Caisse nationale d'assurance vieillesse. Produit en année pleine : 2,5 milliards de francs environ.
● <i>En projet</i> , relèvement d'un point de la cotisation d'assurance vieillesse **	On ne sait pas encore si cette mesure sera provisoire ou définitive.	C.N.A.V. Rendement attendu : 12,5 milliards de francs environ.

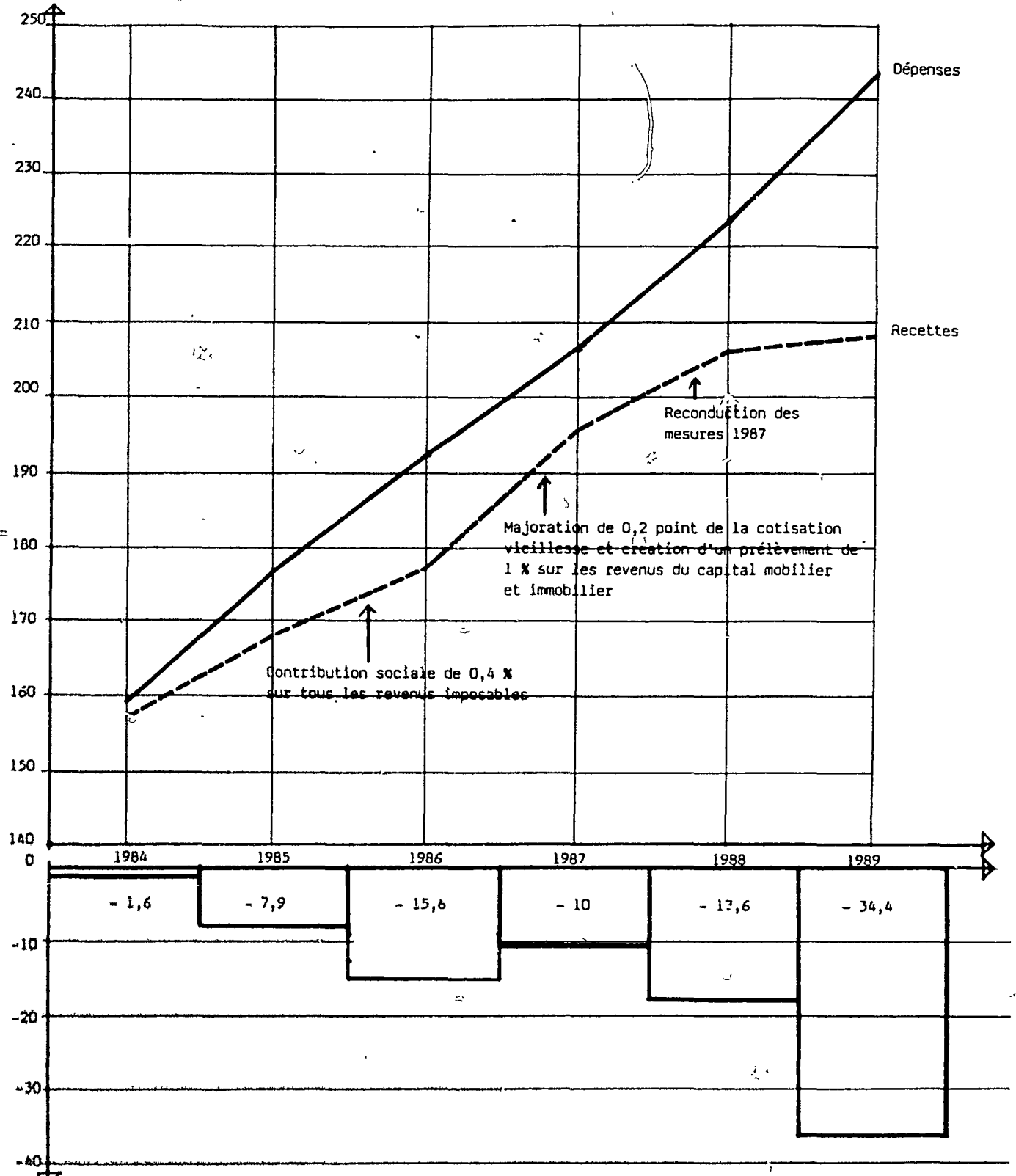
\* Loi.

\*\* Décret (pour le Régime général).

En 1988, les financements provisoires représentent 18,8 milliards de francs pour le seul régime général.

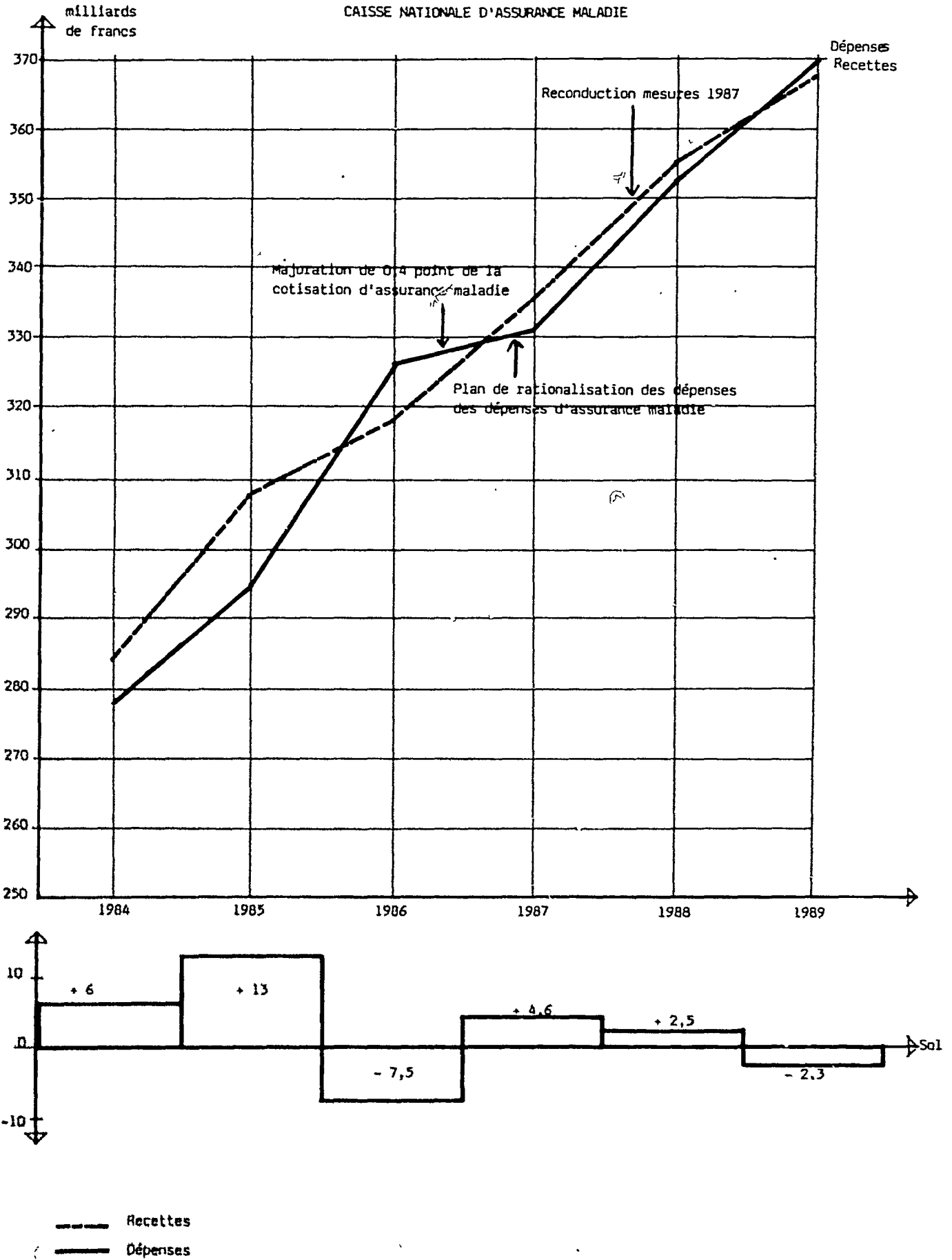
### CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE VIEILLESSE

Milliards de francs

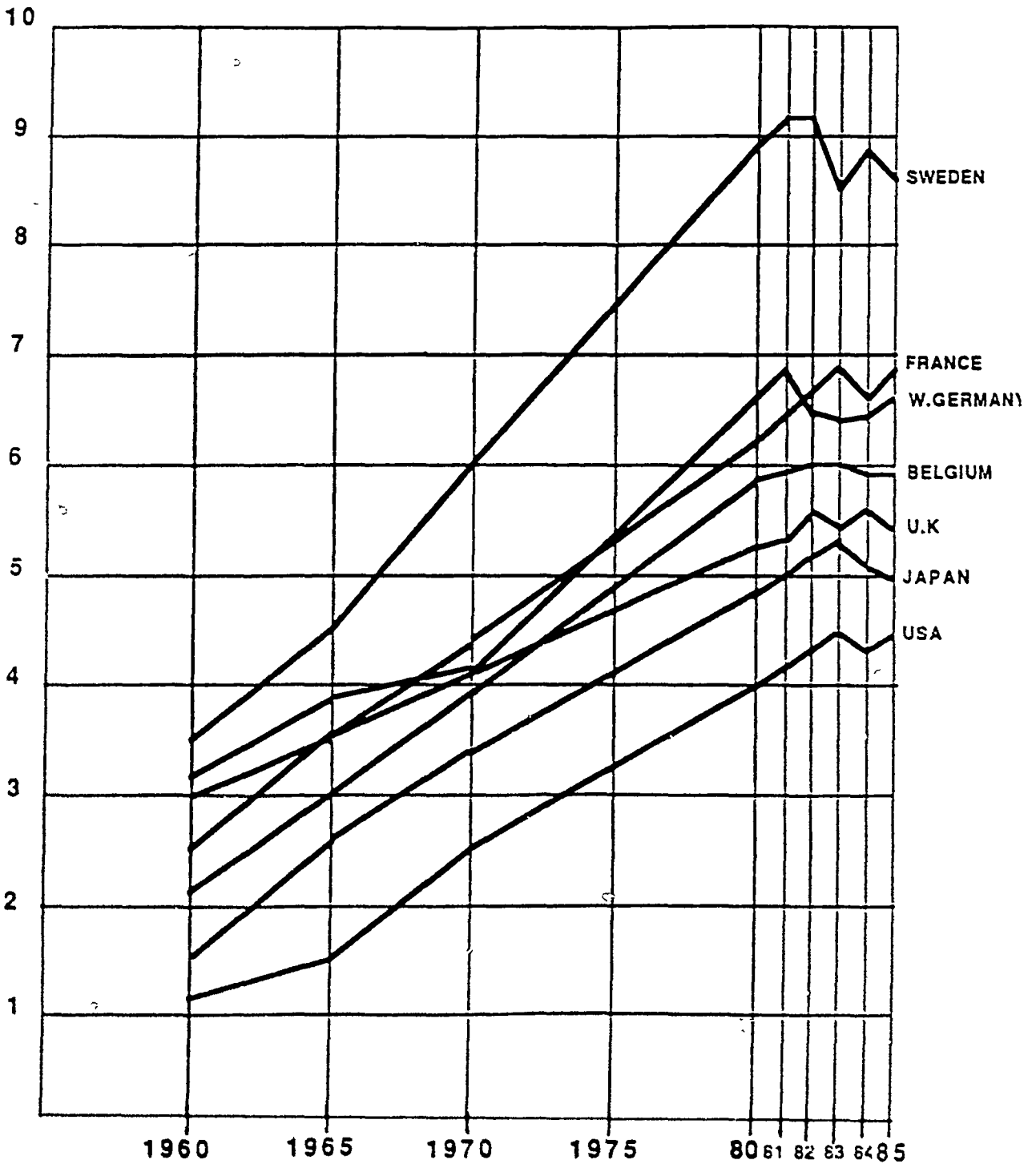


--- Recettes  
— Dépenses

CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE



**MONTANT TOTAL DES DÉPENSES PUBLIQUES DE SANTÉ**  
(En pourcentage du P.N.B.)



Au cours de sa séance du 15 novembre 1988, tenue sous la présidence de **M. Christian Poncelet**, président, la Commission a procédé sur la rapport de **M. Jacques Oudin**, rapporteur spécial, à l'examen des crédits pour 1989 du budget de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale.

La Commission a approuvé les conclusions présentées par le rapporteur spécial et décidé de laisser à l'appréciation du Sénat le projet de budget de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale pour 1989.