



N° 256

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

DOUZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 10 octobre 2002

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES FINANCES, DE L'ÉCONOMIE GÉNÉRALE ET DU PLAN SUR
LE PROJET DE **loi de finances pour 2003** (n° 230),

PAR M. GILLES CARREZ,
Rapporteur Général,
Député.

ANNEXE N° 38 – 2^{ème} partie

SANTÉ ET PERSONNES HANDICAPÉES

Rapporteur spécial : M. GERARD BAPT

Député

SOMMAIRE

Pages

INTRODUCTION

CHAPITRE PREMIER : LA GESTION DES CREDITS DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES EN 2001 ET 2002

I.- L'EXECUTION EN 2001 : LA PERMANENCE DES DETTES SOCIALES

II.- LE DEBUT DE L'EXECUTION 2002 : UN EXERCICE HEURTE

CHAPITRE II : LA SANTE PUBLIQUE : UNE PRIORITE AFFICHEE

I.- LA LOI RELATIVE AUX DROITS DES MALADES A DEFINI LA POLITIQUE DE SANTE PUBLIQUE

II.- LES PLANS LANCES SOUS LA PRECEDENTE LEGISLATURE DEVRONT ETRE MIS EN ŒUVRE

III.- QUESTIONS SUR LA COHERENCE DE LA POLITIQUE DE SECURITE SANITAIRE

CHAPITRE III : L'AMELIORATION DE L'OFFRE DE SOINS N'EST PAS GARANTIE PAR L'AUGMENTATION DES MOYENS.....7

I.- UNE GESTION HOSPITALIERE ESSENTIELLEMENT REGIONALE 7

A.- LA COUR DES COMPTES DECERNE UN *SATISFECIT* AUX AGENCES REGIONALES DE L'HOSPITALISATION..... 7

1.- Des moyens en augmentation.....7

2.- Les ARH, modèles des futures agences régionales de santé ?8

3.- Un manque de transparence patent dans la gestion des personnels hospitaliers9

B.- L'ORGANISATION DU SYSTEME DE SOINS SE CONCENTRE SUR L'INFORMATISATION..... 9

1.- Une reconduction des crédits.....9

2.- L'informatisation du système de soins doit encore se développer9

a) *Les crédits sont essentiellement déconcentrés..... 9*

b) *Le projet « SESAM/Vitale » monte progressivement en charge..... 10*

C.– UN DEFICIT D’EVALUATION PESE SUR LA RECOMPOSITION DU SYSTEME.....	11
1.– La lenteur des travaux de l’Agence nationale d’accréditation et d’évaluation en santé serait palliée par la création d’une structure supplémentaire.....	11
a) <i>Des missions élargies par la loi relative aux droits des malades</i>	11
b) <i>Des moyens en augmentation</i>	12
c) <i>... pour une efficacité trop limitée</i>	13
2.– L’inexplicable retard de mise en place de l’Agence technique de l’information sur l’hospitalisation	14
a) <i>Des missions intéressantes</i>	14
b) <i>...qui tardent à prendre effet</i>	15
D.– LA SUPPRESSION ANNONCEE DU FIMHO FAIT PLANER DES DOUTES SUR L’AVENIR DE LA RESTRUCTURATION HOSPITALIERE, A L’HEURE DU LANCEMENT DU PLAN « HOPITAL 2007 »	15
1.– Les investissements immobiliers progressent insuffisamment	15
2.– Les retards dans l’exécution du FIMHO ne justifient pas sa suppression.....	17
II.– DES MOUVEMENTS DE PERIMETRE EN MATIERE DE FORMATION.....	19
A.– LES SUBVENTIONS AUX ECOLES DE FORMATION SONT RESERVEES AUX STRUCTURES SANS SUPPORT HOSPITALIER.....	19
1.– La réorientation des aides aux écoles est conservée	19
2.– L’augmentation mécanique des bourses d’études	20
B.– LA REBUDGETISATION DES STAGES EXTRA-HOSPITALIERS, INDEMNITES DE MAITRES DE STAGE ET REMUNERATIONS DE RESIDENTS	21
1.– Les insuffisances du financement des stages.....	21
2.– Les dettes accumulées pour l’année-recherche	21
3.– Aucune dotation pour la formation continue des professions médicales et paramédicales.....	22
III.– UNE COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE AMENAGEE DANS SON DISPOSITIF, A L’IMPUTATION BUDGETAIRE CURIEUSE	22
A.– QUELS MOTIFS POUR LE TRANSFERT VERS L’ASSURANCE MALADIE DES DEPENSES AFFERENTES A L’INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE ?.....	22
B.– QUELS PROJETS GOUVERNEMENTAUX POUR LA CMU ?	23
IV.– LE MAINTIEN DES SUBVENTIONS AUX SERVICES DE SANTE OUTRE-MER	23
CHAPITRE IV : FAMILLE ET PERSONNES HANDICAPEES : UN NOUVEL AGREGAT BUDGETAIRE « POUR LES BESOINS DE LA CAUSE »	25
I.– PERSONNES HANDICAPEES : UNE PRIORITE	26
EN ATTENTE DE PERSPECTIVE.....	26

A.– LES CREDITS EN FAVEUR DES PERSONNES HANDICAPEES CONSERVERONT LE MEME RYTHME DE HAUSSE EN 2003	26
1.– Les crédits de l'État : un réaménagement de nomenclature	26
2.– La part prépondérante de l'assurance maladie	27
3.– L'aide sociale, compétence des départements	28
B.– L'ALLOCATION AUX ADULTES HANDICAPES REPRESENTE LES TROIS QUARTS DE L'ENVELOPPE CONSACREE AUX PERSONNES HANDICAPEES	28
1.– Le fort dynamisme de la prestation	28
2.– ... servirait de prétexte à un prochain réaménagement	29
3.– L'articulation entre AAH et pension de vieillesse n'est toujours pas chiffrée	29
C.– L'EFFORT D'AMPLIFICATION DU PLAN D'ACTION EN FAVEUR DES PERSONNES HANDICAPEES NE DOIT PAS RESTER PONCTUEL	30
1.– Le maintien de la priorité accordée au retour en milieu ordinaire	30
2.– Les efforts annoncés de création de places devront être précisément évalués	31
a) <i>Dans le cadre du plan triennal</i>	31
b) <i>Dans le cadre du plan pluriannuel de création de places (1999-2003)</i>	32
c) <i>Les taux d'équipement demeurent disparates</i>	33
d) <i>La lancinante question des changements de catégorie</i>	34
3.– Les autres actions poursuivent une dynamique propre	35
a) <i>État d'avancement du plan « handiscol' »</i>	35
b) <i>Le label « tourisme et handicap »</i>	36
D.– LA POLITIQUE GLOBALE EN FAVEUR DES PERONNES HANDICAPEES EN ATTENTE DE RATIONALISATION ET DE DECENTRALISATION	36
1.– Les instances nationales ne sont que consultatives	36
a) <i>Le Conseil national consultatif des personnes handicapées</i>	36
b) <i>Le centre technique national d'étude et de recherche sur les handicaps et les inadaptations</i>	37
2.– Le suivi du travail parlementaire est plutôt encourageant	37
a) <i>Les travaux de la MEC ne sont pas restés lettre morte</i>	37
b) <i>La loi du 2 janvier 2002 a restructuré en profondeur les règles relatives aux établissements et services sociaux et médico-sociaux</i>	38
c) <i>Les validations législatives de dispositions spécifiques de droit du travail sont légitimes</i>	38
II.– FAMILLE ET ENFANCE : UN BUDGET CONTRAINT	40
A.– L'ALLOCATION DE PARENT ISOLE ACCAPARE 84 % DES CREDITS	40
B.– LES INTERVENTIONS REELLES N'EVOLUENT QUE TRES PEU	41
1.– Des crédits d'intervention stables	41

2.– Les établissements nationaux.....	41
C.– LA CROISSANCE DES DEPENSES DE TUTELLE ET DE CURATELLE POURRAIT RALENTIR.....	42
EXAMEN EN COMMISSION.....	44
OBSERVATION	45

L'article 49 de la loi organique du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances fixe comme date butoir, pour le retour des réponses aux questionnaires budgétaires, au plus tard huit jours francs à compter du dépôt du projet de loi de finances. Cette date était donc le 9 octobre 2002.

À cette date, 13 % des réponses étaient parvenues à votre Rapporteur spécial, qui n'a dû qu'à la date très tardive de l'examen des crédits de recevoir *in fine* la quasi-totalité des réponses.

CHAPITRE III

L'AMÉLIORATION DE L'OFFRE DE SOINS N'EST PAS GARANTIE PAR L'AUGMENTATION DES MOYENS

I.- UNE GESTION HOSPITALIERE ESSENTIELLEMENT REGIONALE

A.- LA COUR DES COMPTES DECERNE UN SATISFECIT AUX AGENCES REGIONALES DE L'HOSPITALISATION

1.- Des moyens en augmentation

Les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) sont des groupements d'intérêt public financés par le budget de l'État et des contributions des principaux régimes d'assurance maladie. Les contributions des membres au GIP peuvent prendre la forme de la mise à disposition de personnels, de locaux ou de matériel. Le régime général de l'assurance maladie a notamment choisi de mettre à disposition de chaque agence un médecin conseil ou un cadre de haut niveau. Les contributions de toute nature aux agences se sont élevées à plus de 22,7 millions d'euros pour 2002, dont 17,19 millions d'euros versés par l'État (chapitre 47-19, article 10).

Le tableau suivant détaille le budget prévisionnel des ARH pour 2002 :

BUDGET ET EFFECTIFS PRÉVISIONNELS DES ARH POUR 2002

(en milliers d'euros)

	Dépenses	dont personnel (en %)	Subvention de l'État	Autres ressources (1)	Effectifs
Île-de-France	1.378	77,2	1.119	192	13
Rhône-Alpes	1.264	70,4	983	152	14
PACA	1.149	70,3	918	151	13
Nord-Pas-de-Calais	1.038	68,9	794	174	14
Bretagne	967	71,7	700	123	13
Lorraine	1.126	66,3	739	223	11
Pays de la Loire	927	67,9	738	123	10
Aquitaine	917	78,1	707	137	10
Midi-Pyrénées	894	80	739	88	11
Languedoc-Roussillon	830	86,1	707	122	10
Centre	926	73,4	724	117	11
Alsace	816	71,6	631	116	9
Picardie	797	69,9	611	119	10
Haute-Normandie	735	67,1	627	108	8
Basse-Normandie	735	68	627	109	9
Bourgogne	803	66,3	627	108	8
Poitou-Charentes	795	73,1	619	109	6
Auvergne	720	77,8	616	109	8
Champagne-Ardenne	846	66,9	598	182	10
Franche-Comté	857	73,4	639	108	9
Limousin	620	71,3	459	94	8
Guadeloupe	643	76,4	492	65	6
Martinique	605	74,4	469	65	6
Guyane	549	74,3	389	91	5
Corse	539	82,9	399	69	5
Réunion	669	64,9	518	78	6
Totaux	22.147	72,5	17.189	3.132	243

(1) Ne sont pas comptabilisées ici les ressources attribuées sur les crédits de l'assurance maladie (67.078 euros par agence).

Source : ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées.

Votre Rapporteur spécial rappelle qu'une revalorisation des moyens de fonctionnement des ARH en 2001 (1,53 million d'euros), en plus des moyens octroyés pour la mise en place des cellules d'accompagnement social, soit 67.000 euros par agence, ont permis d'effectuer en 2001 et 2002 les recrutements nécessaires à l'élargissement des compétences.

Les **frais de personnel** constituent l'essentiel des dépenses des agences. Ce poste est en progression en 2002 et s'élève à 16,5 millions d'euros, soit en moyenne 72,5 % du budget de fonctionnement. Le personnel propre comprend des fonctionnaires détachés, des agents mis à disposition, et à titre subsidiaire, des agents contractuels. L'équipe propre est réduite, de 5 à 14 personnes autour du directeur. Actuellement, **269 personnes** au total sont employées dans les ARH. Parmi les 243 collaborateurs directs des directeurs, 197 sont rémunérés sur le budget des agences et 46 mis à disposition par l'assurance maladie au titre des apports prévus par les conventions constitutives. De plus, les services départementaux et régionaux de l'État, des caisses régionales d'assurance maladie et de l'échelon régional du contrôle médical sont mis à leur disposition. L'effectif total théorique à temps plein ainsi mis à disposition varie d'une cinquantaine de personnes dans les plus petites agences à plus de 130 dans les plus grandes.

Une **hausse de 2 millions d'euros des moyens de fonctionnement** des ARH est prévue dans le présent projet de loi dans le cadre de la mise en œuvre du **plan « hôpital 2007 »** annoncé en début de législature, qui nécessitera une mobilisation accrue des agences.

2.- Les ARH, modèles des futures agences régionales de santé ?

Mises en place au printemps 1997, les agences régionales de l'hospitalisation sont aujourd'hui reconnues dans leurs missions régionales de pilotage, d'animation et de coordination dans le domaine sanitaire, pour les secteurs public et privé. Leur action a été saluée par la Cour des comptes dans son rapport sur la sécurité sociale de septembre 2002.

Préfigurant d'éventuelles « agences régionales de santé », les ARH ont permis d'engager un processus concerté de recomposition sanitaire. On recense ainsi plus de 370 opérations importantes de coopération hospitalière sur l'ensemble du territoire. Une attention particulière a été portée à la réduction des inégalités existantes, en cohérence avec les objectifs définis dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire. Les ARH exercent aussi depuis 2000 de nouvelles compétences tarifaires à l'égard de l'hospitalisation privée.

La poursuite de la mise en œuvre de la nouvelle tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes a représenté une tâche importante pour les ARH en 2002, même si, pour prendre acte des retards constatés, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 comporte une disposition destinée à repousser de plusieurs années la date limite de signature des conventions tripartites entre l'État, les départements et l'assurance maladie.

Depuis novembre 2001, des compétences en matière de planification et d'autorisation des équipements lourds sont également confiées aux agences.

3.- Un manque de transparence patent dans la gestion des personnels hospitaliers

La mise en place de la réduction du temps de travail dans la fonction publique hospitalière constitue un chantier important qui a mobilisé les ARH tout au long de l'année 2002.

Sur un sujet connexe, celui du remplacement de personnels hospitaliers prévu par le protocole du 14 mars 2000, votre Rapporteur spécial souhaite qu'il soit mis fin à son mode actuel de financement, qui consiste à ouvrir systématiquement en gestion un article 23 sur le chapitre 47-19, dont les crédits sont consommés aussitôt, ce qui rend leur suivi difficile, et s'apparente à un contournement de l'autorisation budgétaire.

B.- L'ORGANISATION DU SYSTEME DE SOINS SE CONCENTRE SUR L'INFORMATISATION

1.- Une reconduction des crédits

Le chapitre 47-19, intitulé « *organisation du système de soins* », finance, sur les articles 21 et 22 (articles 50 et 60 en 2003), les actions suivantes :

– à l'échelon central (article 50), une dotation de 61.000 euros a permis en 2002 de financer l'acheminement et la publication de la revue professionnelle *Informations hospitalières*, action reconduite en 2003. En outre, un transfert de 92.000 euros en provenance du chapitre 47-11 sera porté par cet article pour subventionner la coordination nationale des réseaux ;

– à l'échelon déconcentré (article 60), 1,07 million d'euros (– 0,4 %) seront affectés au programme d'appui à l'investissement en télémédecine.

2.- L'informatisation du système de soins doit encore se développer

a) Les crédits sont essentiellement déconcentrés

L'utilisation des technologies de l'information et de la communication dans le domaine sanitaire et social fait l'objet de deux interventions financières sur le budget de l'État :

– en investissement, une subvention spécifique est accordée par le ministère de la fonction publique, de la réforme de l'État et de l'aménagement du territoire. Il s'agit de crédits d'investissement du Fonds national d'aménagement et de développement du territoire (chapitre 65-00) pour 10,6 millions d'euros, répartis dans 21 régions de métropole et d'outre-mer ;

– en fonctionnement, les crédits d'appui à l'investissement demandés dans le cadre des contrats plan État-régions, pour un montant total de 10,25 millions d'euros, sont alloués par le ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, et répartis dans 9 régions métropolitaines.

b) Le projet « SESAM/Vitale » monte progressivement en charge

Le projet « SESAM/Vitale », sur lequel repose l'informatisation du système de soins, comprend quatre composantes :

- une carte à puce d'assurance maladie, « Vitale », carte familiale qui se substitue au support papier, et doit devenir individuelle ;
- une carte de professionnel de santé qui habilite ce praticien libéral à remplir une feuille de soins électronique et à accéder aux différents services du « réseau santé social » ;
- le système de saisie électronique de l'assurance maladie (SESAM) qui permet la lecture des deux cartes (celle de l'assuré et celle du professionnel) ;
- le réseau « santé social » sécurisé qui permet de transmettre directement les factures aux régimes d'assurance maladie obligatoire.

Au 1^{er} juillet 2002, 63.700 médecins, soit 57,4% de la profession, « télétransmettaient » des feuilles de soins électroniques aux caisses d'assurance maladie : 67 % des médecins généralistes et 45,5 % des médecins spécialistes. On note que le nombre de médecins généralistes entrant dans SESAM/Vitale est désormais relativement faible au regard du nombre des spécialistes qui augmente par contre de manière significative depuis le début 2002, par exemple de plus de 10 % en avril et de presque 20 % en juin 2002.

A la même date, le nombre total de professionnels de santé utilisant la télétransmission – notamment ceux qui ont signé des accords conventionnels sur les incitations financières avec les caisses, c'est-à-dire les médecins, pharmaciens d'officine, masseurs kinésithérapeutes et orthophonistes –, était de 110.000, soit 39 % du total théorique, avec une moyenne de 2 millions de feuilles de soins électroniques transmises par jour ouvré à l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie. De nouveaux accords avec les professionnels de santé devraient aboutir en 2003, avec les chirurgiens-dentistes notamment, et il est proposé, dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003, d'étendre le dispositif conventionnel aux transporteurs sanitaires.

Les caisses d'assurance maladie ont distribué environ 5 millions de cartes Vitale aux ayants droit âgés de plus de 16 ans, qui se sont ajoutées aux 45 millions déjà envoyées depuis le printemps 1998. Cette disposition va permettre une utilisation plus aisée de la carte pour les familles.

En plus de la consolidation du système et de la poursuite de son déploiement dans toutes les professions de santé, le programme SESAM/Vitale devrait évoluer dans les trois prochaines années selon deux axes majeurs : d'une part, la simplification du poste de travail du professionnel de santé, en allant vers SESAM/Vitale en ligne, et d'autre part, l'ajout des régimes complémentaires. La carte dite « Vitale 2 » prévue depuis 1999 n'a pas encore été lancée, à la fois pour des raisons d'opportunité (l'arrivée massive de l'Internet, un rapport du Conseil économique et social du printemps 2002) et pour des raisons techniques.

Au 1^{er} juillet 2002, 210.000 **cartes de professionnels de santé** avaient été distribuées, auxquelles il convient d'ajouter les 165.000 cartes des professionnels qu'ils emploient (préparateurs, secrétaires médicales, etc.), et les 35.000 cartes des personnels des établissements de soins, ainsi que les 1.200 cartes de personnels autorisés dans diverses structures, soit un total de 410.000. Les nouvelles cartes permettant la mise en œuvre de la messagerie sécurisée, du cryptage des données et des mécanismes de signature électronique sont délivrées depuis le début de l'année 2002, mais ne sont pas encore opérationnelles ; elles devraient l'être avant la fin de 2002.

Le chapitre 47-19, article 30, relatif au GIP « carte de professionnel de santé » a été doté, en loi de finances initiale pour 2002, de 373.500 euros. Ce montant inclut la contribution du ministère du budget. La contribution totale de l'État, soit 430.000 euros, qui intègre une subvention du ministère de l'agriculture, représente 22,3 % du budget prévisionnel du GIP. La subvention du ministère de la santé sera reconduite en 2003.

Le coût du projet SESAM/Vitale jusqu'à sa généralisation s'établit à 71,8 millions d'euros pour la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, et le budget prévisionnel de fonctionnement avait été arrêté initialement à 686 millions d'euros par le conseil d'administration de la caisse, tandis que le budget d'investissement était fixé à 35 millions d'euros. Le budget de fonctionnement s'est révélé plus lourd que prévu, à cause du poids des aides à la télétransmission accordées aux professionnels et à la prise en charge par l'assurance maladie des abonnements annuels aux cartes pour les professionnels de santé libéraux (2,44 millions d'euros en 2000, 3,5 millions d'euros en 2001, 4,47 millions d'euros en 2002).

C.- UN DEFICIT D'EVALUATION PESE SUR LA RECOMPOSITION DU SYSTEME

1.- La lenteur des travaux de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé serait palliée par la création d'une structure supplémentaire

a) Des missions élargies par la loi relative aux droits des malades

L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) a été créée par l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Il s'agit d'un établissement public de l'État à caractère administratif placé sous la tutelle du ministère chargé de la santé. Le décret n° 97-311 du 7 avril 1997 a précisé son organisation, et son rôle.

Au titre de sa mission d'évaluation, qui concerne les domaines ambulatoire et hospitalier, elle est chargée d'élaborer ou de valider des recommandations de bonne pratique clinique et des références médicales ou professionnelles, et d'élaborer ou de valider des méthodes d'évaluation, y compris pour certains programmes de santé publique. En outre, elle donne un avis sur les actes et prestations avant leur prise en charge ou leur remboursement par l'assurance maladie, à l'exception du médicament.

Sa mission d'accréditation concerne tant la qualité des soins et des pratiques professionnelles que la mise en œuvre de la procédure d'accréditation des établissements de santé publics et privés, des réseaux de soins et groupements de coopération sanitaire et des installations de chirurgie esthétique.

La loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé étend et précise les missions de l'Agence, désormais chargée d'une mission d'évaluation de la qualité de la prise en charge sanitaire de la population au sens large. Elle aura ainsi à analyser les causes d'un accident médical, d'une affection iatrogène, d'une infection nosocomiale ou d'un événement indésirable associé à un produit de santé. Elle devra proposer au ministre chargé de la santé toute mesure pour améliorer les pratiques professionnelles.

b) Des moyens en augmentation...

– *Les effectifs progressent*

La montée en charge de l'activité de l'agence s'est accompagnée d'une forte évolution des effectifs, comme le montre le tableau suivant :

ÉVOLUTION DES EFFECTIFS DE L'ANAES

	1999	2000	2001	2002	2003 (*)
Effectif budgétaire	128	146	176	221	241
<i>dont créations</i>		18	30	45	20

(*) prévisions

Source : ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées.

Votre Rapporteur spécial note qu'au sein de cet ensemble, les directions de l'évaluation (67 emplois) et de l'accréditation (59 emplois) sont celles dont les effectifs progressent le plus rapidement. Outre ces emplois budgétaires, l'établissement bénéficie de mises à disposition, en proportions très diverses selon les années (21,95 équivalents temps plein en 2001 et 9,1 en 2002). Enfin, l'agence dispose d'un réseau de 155 correspondants régionaux, et d'un réseau de 547 experts visiteurs formés parses soins – ce chiffre devant atteindre 620 d'ici la fin de l'année.

– *La régulation budgétaire risque d'obérer la montée en charge de l'Agence*

En 2001, le budget de l'ANAES s'élevait à 28,34 millions d'euros, dont 5,8 millions portés par le ministère de la santé. Après décisions modificatives, le montant du budget a été fixé à 31,82 millions d'euros, et a servi de base au budget prévisionnel pour 2002 reproduit dans le tableau suivant :

BUDGET PRÉVISIONNEL DE L'ANAES POUR 2002

(en millions d'euros)

Ressources		Dépenses	
Subventions	17,41	Personnel	20,52
<i>dont ministère de la Santé</i>	5,8	Fonctionnement	9,6
Autres ressources	14,41	Investissement	1,69
Total	31,82	Total	31,82

Source : ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées.

Après trois décisions modificatives, le montant du budget a été porté à 33,4 millions d'euros. Pour 2003, l'établissement doit faire face au financement en année pleine des 75 postes créés en 2001 et 2002 par reprise sur le fonds de roulement ; par ailleurs, 2003 sera l'année de l'installation de l'agence sur le nouveau site de Saint-Denis, qui engendre des coûts supplémentaires. Enfin l'établissement a présenté une demande en mesures nouvelles correspondant à des créations d'emplois pour faire face à l'accroissement d'activité tant en évaluation qu'en accréditation. L'ensemble de ces opérations est chiffré à 16,43 millions d'euros, à répartir entre l'État pour un tiers, soit 5,48 millions d'euros, et l'assurance maladie pour les deux tiers restants. Seuls 2,95 millions d'euros supplémentaires sont prévus dans le présent projet de loi.

c) ... pour une efficacité trop limitée.

– L'activité d'évaluation pourra-t-elle suivre l'élargissement des missions ?

L'**évaluation des technologies médicales** permet de faire le point sur les données techniques et cliniques disponibles concernant des techniques ou des procédures médicales ou chirurgicales. En 2001, 12 projets initiés en 2000 ont été achevés et diffusés, et 7 autres lancés. Pour 2002, le programme de travail prévoit que 13 nouveaux thèmes soient abordés.

En termes de **bonnes pratiques cliniques**, 17 recommandations ont été finalisées en 2001 tandis que le travail sur 15 nouvelles recommandations a été entamé. Le programme de travail pour l'année 2002 prévoit le lancement de 19 nouvelles recommandations. La loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé étend le champ des recommandations aux infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes et orthoptistes, ainsi qu'aux ostéopathes et aux chiropracteurs. L'activité de l'ANAES dans ces nouveaux domaines ne sera pas effective avant 2003, hors travaux méthodologiques préparatoires.

En matière d'**avis sur les actes ou prestations pris en charge ou donnant lieu à remboursement par les organismes d'assurance maladie**, l'élaboration d'une classification commune des actes médicaux se poursuit depuis plusieurs années. Au cours de l'année 2001, l'ANAES a évalué 123 actes, portant ainsi à 456 le nombre des évaluations réalisées depuis 1999. Pour l'année 2002, 255 actes ont été inscrits au programme de travail.

S'agissant de l'**évaluation des pratiques professionnelles en milieu libéral**, en 2001, l'ANAES et les unions régionales de médecins libéraux ont travaillé ensemble sur les outils et l'organisation nécessaires à sa mise en place. Quatre de ces unions ont effectué des expérimentations ; la formation de la première promotion de médecins habilités (une centaine de médecins) a débuté en décembre 2001 et se poursuivra en 2002.

Enfin, 7 **audits de pratiques**, initiés en 2000, ont été poursuivis en 2001. Ils concernent 274 établissements répartis dans toute la France.

– L'activité d'accréditation progresse trop faiblement

Au 1^{er} août 2001, 3.000 établissements de santé étaient engagés dans la procédure d'accréditation. Le tableau suivant indique le nombre de visites annuelles d'établissements :

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE VISITES DE L'ANAES EN ÉTABLISSEMENT

1999	2000	2001	2002 (*)	2003 (*)
9	66	164	404	600

(*) prévision

Source : ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées.

Le collège d'accréditation a rendu 197 décisions à la fin juillet 2002. Ce chiffre devrait être de 250 à 300 à la fin de l'année ; même ainsi, moins de 10 % des dossiers déposés à la fin du mois d'août 2001 – dernière donnée connue de votre Rapporteur spécial – auront été examinés. **Votre Rapporteur spécial regrette la lenteur du nécessaire travail d'accréditation, et s'interroge sur le niveau des moyens alloués à l'ANAES, ainsi que sur l'articulation de ses actions avec la future « mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers » prévue par le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003.**

2.– L'inexplicable retard de mise en place de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

Créée par le décret n° 2000-1282 du 26 décembre 2000, l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation est un établissement public de l'État à caractère administratif placé sous la tutelle du ministre de la santé. Son siège est à Lyon, et elle dispose d'une antenne à Paris.

a) Des missions intéressantes...

Le fondement de la création de l'agence répond au souci du ministère de disposer d'une structure technique offrant un cadre cohérent pour la mise en œuvre du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et des divers systèmes d'information utilisés pour la conduite de la politique hospitalière. Elle doit aussi permettre d'associer plus formellement l'assurance maladie à la mise en œuvre d'un système d'information commun avec l'État.

L'Agence a vocation à apporter un support technique à l'administration, qui conserve la maîtrise d'ouvrage des travaux qu'elle lui confie, et reste maîtresse des décisions relatives à la définition et à l'utilisation des systèmes d'information. Une équipe réduite de quatre à cinq personnes assurera le suivi des travaux au sein de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins.

Le PMSI constituera un domaine privilégié du champ d'action de l'agence, mais ses travaux ne s'y limiteront pas. Ainsi, elle pourra assurer, à court terme, la mise en œuvre du système de communication « Parthage », élaboré par la direction

de tutelle, et à moyen terme, développer les bases de données à des fins épidémiologiques ou d'organisation sanitaire.

b) ...qui tardent à prendre effet.

Il est prévu que l'Agence dispose en 2002 d'un budget de 4,1 millions d'euros, financé pour un tiers par l'État, et pour deux tiers par l'assurance maladie. L'agence emploiera 25 personnes, issues des structures préexistantes, et des recrutements supplémentaires permettront de porter les effectifs de l'agence à une cinquantaine d'agents en 2003-2004 (environ 35 agents à Lyon et 15 à Paris). Nommée par arrêté du 10 décembre 2001, la directrice de l'Agence devait s'employer à la rendre l'agence opérationnelle au mois d'octobre 2002. Un premier conseil d'administration s'est tenu en mai 2002.

La dotation de l'assurance maladie sera versée lorsque le décret en Conseil d'État définissant le régime de la dotation globale, en cours de signature, aura été publié. Les recrutements et investissements de l'Agence sont retardés dans l'attente de la disponibilité de ces crédits. Au total, les ressources de l'agence se répartissent comme suit en 2002 : 1,09 million d'euros de crédits d'État, 1,45 million d'euros de subvention de fonctionnement de l'assurance maladie, correspondant à une demi-année, et 671.000 euros sur fonds de concours au titre du support du projet « Parthage », soit au total 3,21 millions d'euros.

D.- LA SUPPRESSION ANNONCÉE DU FIMHO FAIT PLANER DES DOUTES SUR L'AVENIR DE LA RESTRUCTURATION HOSPITALIÈRE, À L'HEURE DU LANCEMENT DU PLAN « HOPITAL 2007 »

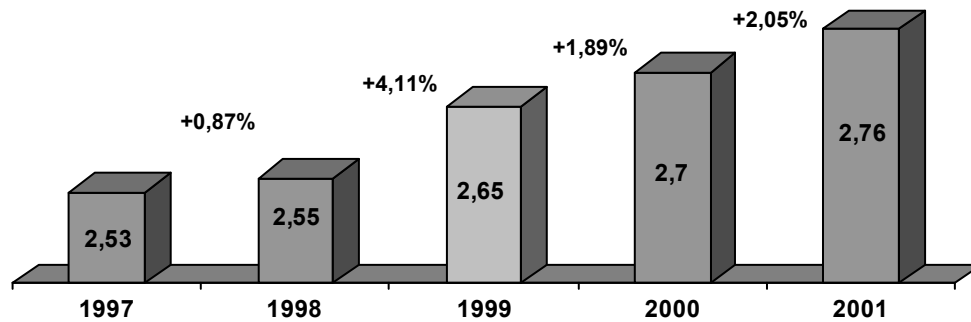
1.- Les investissements immobiliers progressent insuffisamment

Le montant annuel des investissements des établissements de santé peut être estimé au travers des données d'exécution budgétaire que possède la direction générale de la comptabilité publique. Cependant, ces données portent sur les seuls établissements publics sanitaires. À partir de 2002, le volume annuel des investissements réalisés par les établissements privés sous dotation globale, essentiellement constitués par les établissements participant au service public hospitalier, sera transmis par les agences régionales de l'hospitalisation aux services du ministère de la santé ; les premières données concernant l'exercice 2001 seront disponibles courant octobre 2002. Les données suivantes ne concernent donc que les établissements publics de santé.

Les investissements hospitaliers réalisés par les établissements publics se sont élevés globalement à 13,19 milliards d'euros sur la période 1997-2001, se traduisant par un accroissement du patrimoine hospitalier public de 7,96 milliards d'euros. Globalement, ces investissements représentent 35 % du patrimoine hospitalier en 1997 (37,4 milliards d'euros).

MONTANTS ANNUELS ET ÉVOLUTION DES INVESTISSEMENTS
DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS SANITAIRES
France entière

(en milliards d'euros)



Source : ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées.

Votre Rapporteur spécial précise que cette progression en volume masque en fait un ralentissement de l'effort annuel d'investissement des hôpitaux, défini comme le rapport entre les investissements annuels et le patrimoine hospitalier, qui passe de 6,8 % en 1997 à 6,07 % en 2001. Ainsi, l'accroissement du patrimoine hospitalier de 21,7% sur la période se fait au détriment du maintien du patrimoine existant, traduisant l'effort des établissements à adapter leur patrimoine immobilier et à accéder aux nouvelles technologies, notamment dans le domaine médical.

Dans les DOM, sur l'ensemble de la période, les investissements hospitaliers se sont élevés à 299 millions d'euros, les investissements annuels passant de 44 millions d'euros en 1997 à 62 millions d'euros en 2001, soit une progression globale de près de 41 %, avec une dispersion importante d'un DOM à l'autre (1,21 % en Guadeloupe et 93,4 % en Guyane) ; l'augmentation du patrimoine constaté est de 4,37% sur la période. Le taux annuel d'investissement passe de près de 5 % à 6,7 % en 2001, rattrapant l'écart avec le taux métropolitain et le dépassant sur les deux dernières années.

En métropole, les investissements hospitaliers sont concentrés sur quelques régions : les investissements annuels de l'Île-de-France représentent 20 % du total ; à l'inverse, les 6 régions investissant le moins en volume représentent moins de 10 % de ce total. De même, la progression des investissements n'est pas homogène sur le territoire métropolitain : les investissements de 2000 sont même en baisse en valeur absolue par rapport aux investissements de 1997 dans 8 régions métropolitaines.

Par ailleurs, **la priorité donnée aux équipements et autres investissements mobiliers se fait au détriment des investissements immobiliers.**

En 1997, les investissements hospitaliers sont consacrés majoritairement à l'investissement immobilier (53%), puis aux équipements techniques et médicaux (30%) et enfin aux équipements hôteliers et informatiques (16%).

ÉVOLUTION DES INVESTISSEMENTS HOSPITALIERS PAR NATURE (1997-2001)

(en millions d'euros)

	1999	2000	2001	Écart 2001-1997	Évolution 2001/1997
Total des investissements	2.653	2.703	2.759	233	+ 9,2 %
dont investissements immobiliers	1.373	1.358	1.415	84	+ 6,3 %
en %	51,8	50,2	51,3	—	—
dont investissements mobiliers	1.244	1.315	1.312	147	+ 12,6 %
en %	46,9	48,6	47,6	—	—
dont autres investissements (recherche, divers)	37	30	32	2	+ 6,7 %
en %	1,4	1,1	1,2	—	—

Source : ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées.

Apparaît ici la forte priorité donnée aux équipements, même si la tendance s'est infléchie en 2001 : alors que le niveau des investissements mobiliers est stable par rapport à l'année précédente, le montant des investissements immobiliers augmente fortement. **La situation du patrimoine hospitalier s'est dégradée sur la période, malgré l'effort réalisé.**

Selon des études concordantes réalisées en 2001 et 2002, une accélération de l'effort d'investissement se révèle indispensable, d'une part pour respecter les délais en termes de normes de sécurité et de mise en œuvre des plans de santé publique, et d'autre part pour moderniser et restructurer un patrimoine vétuste. Les établissements n'ont pas les moyens d'assumer un tel effort : la contrainte budgétaire les conduit à privilégier la reconduction des dépenses de personnel et des dépenses médicales, en limitant les dépenses d'investissement.

La participation de l'État, sous forme de subventions d'équipement sanitaire (chapitre 66-11, articles 10 et 20), est allée en diminuant depuis 1993, pour se limiter désormais à l'exécution des contrats de plan et de développement, comme indiqué dans le tableau suivant :

ÉVOLUTION DES SUBVENTIONS D'ÉQUIPEMENT SANITAIRE

Chapitre 66-11, articles 10 et 20

(en millions d'euros)

	1998	1999	2000	2001	Prévisions 2002	Prévisions 2003
Autorisations de programme	0	0	0	6,43	8,4	21,64
Crédits de paiement	20,7	16,9	26,2	18,48	15,47	14,6

Source : ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées.

2.- Les retards dans l'exécution du FIMHO ne justifient pas sa suppression

Le fonds d'aide à l'adaptation des établissements hospitaliers (chapitre 66-12), également appelé FIMHO (pour : fonds d'investissement pour la modernisation des hôpitaux), a été créé par la loi de finances pour 1998. La vocation de ce fonds est d'apporter aux établissements de santé sous dotation globale une aide de l'État destinée à permettre la réalisation d'opérations contribuant à l'adaptation de l'offre de soins. Les critères de sélection des opérations fixés par circulaires successives ont été élargis au fil du temps, en application des décisions du protocole d'accord du 14 mars 2000.

L'exécution de ce programme au cours des exercices 1998 à 2002 a été marquée par une lenteur patente d'exécution, comme le soulignait M. Gilbert Mitterrand, Rapporteur spécial des crédits de la santé sous la précédente législature. Elle est tributaire, d'une part, des délais de mise en œuvre de la sélection des opérations, d'abord au niveau régional, par les ARH, puis au niveau national, et d'autre part des délais de préparation, puis d'instruction des dossiers techniques et financiers nécessaires à l'attribution de la subvention, par arrêté ministériel. Le tableau suivant fait apparaître un délai de consommation de deux ans environ :

SUIVI DE L'EXÉCUTION DU FIMHO
Chapitre 66-12

(en millions d'euros)

	1998	1999	2000	2001	2002	Totaux	Consommation
AP ouvertes (LFI + LFR)	76,22	38,11	121,96	68,6	198,18	503,07	
CP ouverts (LFI + LFR)	23,32	22,87	55,64	11,43	15,25	128,51	
AP réparties (lettre de la DHOS)*	72,65	37,18	126,11	67,73	199,4	503,07	
AP affectées (au 20 mars 2002)**							
AP 1998	48,3	23,93	0,35	—	—	72,58	99,9%
AP 1999	—	—	36,91	0,27	—	37,18	99,99%
AP 2000	—	—	—	72,59	28,18	100,77	79,91%
AP 2001	—	—	—	—	11,94	11,94	17,62%
AP 2002						—	
Total AP affectées	48,3	23,93	37,26	72,86	40,12	222,47	44,22%
CP délégués (au 20 mars 2002)	—	10,69	21,14	29,88	38,36	100,07	77,87%
CP 1998		10,69	19,41	17,74	11,75	59,59	82,1%
% des AP affectées du prog. 1998		14,73%	26,74%	24,44%	16,19%	82,1%	
CP 1999			1,73	6,78	8,51	17,02	45,78%
% des AP affectées du prog. 1999			4,65%	18,24%	22,89%	45,78%	
CP 2000				0,99	18,10	19,09	18,94%
% des AP affectées du prog. 2000				0,98%	17,96%	18,94%	
CP 2001					—	—	
% des AP affectées du prog. 2001				0%			
CP 2002						—	
% des AP affectées du prog. 2002							
Total CP effectivement versés		10,69	21,14	25,51	38,36	95,7	

Source : ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées.

Le décalage constaté entre l'ouverture des autorisations de programme et leur engagement provient notamment de la procédure centralisée imposée par la gestion des crédits. Cependant, **le vaste mouvement de restructuration ainsi impulsé, s'il nécessitait d'être assoupli et déconcentré, ne justifiait pas une suppression pure et simple. Or telle est la direction qui est évoquée**, et traduite dans le présent projet de loi par l'absence de dotation en autorisations de programme, les crédits de paiement ouverts ne devant permettre que l'achèvement des opérations engagées. **Pourquoi ne pas attendre un premier bilan de l'application de l'article 36 de la loi du 4 mars 2002**, qui permet de déléguer aux directeurs des agences régionales de l'hospitalisation la signature des arrêtés de subvention correspondant aux autorisations de programme non encore engagées ?

Le tableau suivant dresse le bilan des opérations financées par le fonds :

BILAN DES OPÉRATIONS AIDÉES PAR LE FIMHO

(en millions d'euros)

	1998	1999	2000	2001	2002
Nombre d'opérations	41	32	157	48	n.d.
Montant	318	159	770,92	461,63	n.d.
Subventions accordées	73	38	126,89	68,5	199,37 (1)

(1) du fait de la « régulation républicaine », la répartition de ces autorisations de programme effectuée en avril n'a toujours pas fait l'objet d'engagements.

Source : ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées.

Ces opérations ont permis d'accompagner la gestion de taux directeurs contraints et la politique de correction des inégalités inter et infrarégionales, notamment en Île-de-France. Le soutien du FIMHO a ainsi rendu possibles un certain nombre de restructurations et de redéploiements dans un contexte de contrainte budgétaire. Il faut souhaiter que le plan « hôpital 2007 », qui trouve sa première traduction dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003, avec un abondement du Fonds de modernisation de établissements de soins et du Fonds de modernisation des cliniques privées – lequel est absorbé par le précédent à cette occasion – à hauteur de 450 millions d'euros sur les crédits de l'assurance maladie, puisse offrir les mêmes garanties et la même lisibilité que le FIMHO.

Le chapitre 66-12, support budgétaire du FIMHO, ne sera plus doté en autorisations de programme à partir de 2003, et dès l'exercice 2002, 32 millions d'euros d'autorisations de programme (soit 16 % de la dotation initiale) seraient gelés, ainsi que 32 millions d'euros de crédits de paiement, 8 autres millions d'euros étant reportés sur l'exercice 2003 pour s'ajouter aux 15,25 millions d'euros prévus dans le présent projet de loi.

II.- DES MOUVEMENTS DE PERIMETRE EN MATIERE DE FORMATION

A.- LES SUBVENTIONS AUX ECOLES DE FORMATION SONT RESERVEES AUX STRUCTURES SANS SUPPORT HOSPITALIER

1.- La réorientation des aides aux écoles est conservée

Les modes de financement des instituts et écoles de formation de professionnels paramédicaux diffèrent selon qu'ils sont ou non intégrés à un établissement hospitalier : le financement est assuré par l'assurance maladie dans le premier cas, et essentiellement par l'État dans le second. C'est la raison pour laquelle le Gouvernement a décidé, à compter de 2002, de réserver à ces derniers les subventions d'État. À la suite de cette réforme, les crédits inscrits en loi de finances initiale pour 2002 s'élevaient à 22,57 millions d'euros, soit une baisse de 49 % par

rapport à l'exercice précédent. Ces subventions ont concerné 78 instituts de formation regroupant 11.185 étudiants et élèves.

Le tableau suivant retrace l'évolution depuis 1999 des crédits inscrits en loi de finances au chapitre 43-32, article 10, ainsi que leur répartition entre les structures de formation publiques et privées (457 structures publiques, 27 structures privées avec un support hospitalier, 78 structures publiques ou privées sans support hospitalier) :

**SUBVENTIONS AUX ÉCOLES ET INSTITUTS DE FORMATION DE SAGES-FEMMES
ET DE PROFESSIONNELS PARAMÉDICAUX**

(en milliers d'euros)

	1999	2000	2001	2002
LFI	39.042	39.042	44.363	22.569
Gestion	0	0	14	
Crédits disponibles	39.042	39.042	50.491	
Écoles ou instituts publics				Écoles ou instituts avec support hospitalier
Crédits	20.628	18.056	21.113	0
% du total	53	46	50	0
Nombre d'élèves ou d'étudiants	48.156	48.593	56.655	65.817
Montant par élève ou étudiant	0,428	0,372	0,443	0
Écoles ou instituts privés				Écoles ou instituts sans support hospitalier
Crédits	18.415	20.986	25.301	22.569
% du total	47	54	50	100
Nombre d'élèves ou d'étudiants	11.751	11.907	13.610	11.185
Montant par élève ou étudiant	1,567	1,762	1,859	2,018

Source : ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées.

Les crédits inscrits dans le présent projet de loi de finances s'élèvent à 24,12 millions d'euros. Ils intègrent une augmentation de 1,55 million d'euros destinée à permettre l'augmentation du nombre d'étudiants en soins infirmiers (8.000 étudiants supplémentaires à compter de la rentrée de septembre 2000, soit un quota passant de 18.436 à 26.436. Ce quota a été maintenu pour les rentrées de septembre 2001 et de septembre 2002, conformément au protocole d'accord du 14 mars 2000. Ces crédits sont également destinés à financer les hausses d'effectifs dans les autres structures de formation paramédicales.

2.- L'augmentation mécanique des bourses d'études

Les crédits du chapitre 43-32, article 60, financent des bourses d'études pour les élèves sages-femmes et les étudiants en formation paramédicale ; ils étaient 23.000 boursiers en 2001-2002. Les bourses dont peuvent bénéficier les étudiants en médecine, en chirurgie dentaire ou en pharmacie sont, elles, versées par le ministère chargé de l'enseignement supérieur. Le montant de la bourse à taux plein s'élevait, pour la rentrée scolaire de septembre 2001, à 3.262 euros. Il est proposé de le reconduire pour l'année scolaire 2002-2003, ce qui correspond à 59,72 millions d'euros, soit 3,45 millions d'euros de mesures nouvelles.

B.– LA REBUDGETISATION DES STAGES EXTRA-HOSPITALIERS, INDEMNITES DE MAITRES DE STAGE ET REMUNERATIONS DE RESIDENTS

1.– Les insuffisances du financement des stages

Les crédits inscrits à l'article 21 du chapitre 43-32 sont délégués aux services déconcentrés pour financer :

- les stages extra-hospitaliers des internes en médecine et en pharmacie, qui peuvent – doivent même parfois – effectuer des stages dans des organismes agréés. Ces dépenses font l'objet d'un remboursement au CHU soit par l'organisme d'accueil, soit, lorsqu'il s'agit d'un stage dans une structure publique ou participant au service public, par le budget du ministère chargé de la santé ;
- les stages des résidents chez les médecins généralistes agréés ;
- les indemnités ou honoraires pédagogiques des maîtres de stage.

Les crédits obtenus en loi de finances initiale (38,14 millions d'euros) sont stables depuis 1999. Pour 2002 avait été décidée la débudgétisation de la rémunération des stages pratiques des résidents auprès des praticiens généralistes, ainsi que des honoraires pédagogiques versés aux maîtres de stage pour un montant total de 35,3 millions d'euros, la charge de ces stages devant être supportée par l'assurance maladie, *via* la dotation globale hospitalière. En 2003, les stages des résidents et les honoraires pédagogiques revenant dans le budget de l'État, une somme de 40 millions d'euros abondera l'article 21, à laquelle seront ajoutés 8,07 millions d'euros pour les stages extra-hospitaliers, **sans que votre Rapporteur spécial ait obtenu d'explications sur ce « va-et-vient budgétaire »**.

Il existe cependant un déficit cumulé de 29,9 millions d'euros en 2001, correspondant aux dettes des services déconcentrés gestionnaires vis-à-vis des CHU qui engagent les dépenses pour ces stages, encore aggravé en 2002. Ce déficit est essentiellement dû à l'absence de prise en compte de l'évolution des rémunérations des résidents, qui a augmenté de 6 % entre 1997 et 2002, et au nombre de stages de résidents qui, depuis 1999, est de 2.300 environ par an alors que les prévisions budgétaires correspondent à 1.700 stages.

2.– Les dettes accumulées pour l'année-recherche

Financé sur l'article 22 du chapitre 43-32, le dispositif de « l'année-recherche » permet à des internes en médecine, pharmacie et odontologie d'acquérir une formation d'un an à la recherche en préparant un DEA. Chaque année, un arrêté interministériel prévoit que 10 % des internes de la promotion de l'année pourront en bénéficier. Ce quota a été rempli à 100% dès 1993.

Les crédits obtenus en loi de finances initiale (5,46 millions d'euros) sont stables depuis 1999. Ces crédits sont insuffisants pour couvrir les besoins de l'année. Ainsi, à la fin de 2001, la dette de l'État s'élevait à 2,76 millions d'euros, les demandes de crédits complémentaires en loi de finances rectificative n'ayant jamais été satisfaites.

3.- Aucune dotation pour la formation continue des professions médicales et paramédicales

Depuis 1998, où 152.400 euros avaient été inscrits en loi de finances initiale sur l'article 50 du chapitre 43-32, cette ligne n'a plus été dotée.

Or l'article 59 de la loi du 4 mars 2002 instaure une obligation de formation continue pour tout médecin. Un fonds national *ad hoc*, doté de la personnalité morale et alimenté par des crédits publics, doit participer au financement des instances nationales et régionales et des actions de formation. Les décrets d'application sont en cours d'élaboration, et un groupe de travail est chargé de préparer la mise en œuvre de cette formation médicale continue ; il devrait rendre ses conclusions en décembre 2002.

III.- UNE COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE AMENAGEE DANS SON DISPOSITIF, A L'IMPUTATION BUDGETAIRE CURIEUSE

Il y a quelque incongruité à agréger, sous le vocable « accès aux soins », la dotation de l'État au fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie – politique née dans le cadre du programme de lutte contre les exclusions de 1998 –, aux politiques d'offre de soins que sont les subventions aux ARH ou le soutien à la formation médicale. Deux éléments rendent cette modification du périmètre des agrégats plus curieuse encore : d'une part, le « bleu » comporte toujours un chapitre 46-82 « *couverture maladie universelle et aide médicale* », dont les deux articles (l'un pour la CMU complémentaire, l'autre pour l'aide médicale d'État) sont gérés par deux ministres différents. D'autre part, des dépenses d'action sociale qui pouvaient logiquement trouver leur place au sein d'un agrégat « *offre de soins et accès aux soins* » n'y figureront plus ; il s'agit des crédits du chapitre 46-22, destinés au remboursement aux organismes de sécurité sociale des dépenses afférentes à l'interruption volontaire de grossesse, qui seront mises à la charge de l'assurance maladie.

Votre Rapporteur spécial regrette que ce changement d'agrégat pour la CMU complémentaire intervienne sans justification aucune, et alors que nulle évidence ne permet de l'expliquer... sauf peut-être la volonté d'un ministre de gérer davantage de crédits que l'autre au sein de la section budgétaire qui leur est commune. Le coup porté à la transparence et à la sincérité budgétaire n'en serait que plus déplorable.

A.- QUELS MOTIFS POUR LE TRANSFERT VERS L'ASSURANCE MALADIE DES DEPENSES AFFERENTES A L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE ?

L'évolution des dépenses afférentes à l'IVG est stable depuis 1996, et à partir de 1997 les crédits destinés à rembourser ces dépenses aux organismes de sécurité sociale leur sont devenus légèrement supérieurs, permettant de résorber progressivement les retards de paiement. Ainsi, de 1997 à 2001, la dette a diminué de 2,47 millions d'euros, pour s'établir à 11,84 millions d'euros fin 2001.

Au nom d'une curieuse évidence énoncée par le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, à l'occasion de la première lecture du projet de loi de financement de la sécurité sociale à l'Assemblée nationale, et selon laquelle l'interruption volontaire de grossesse ne relèverait que de l'acte de soins, l'État ne versera plus les 24,7 millions d'euros qui étaient inscrits sur le chapitre 46-22, faisant disparaître la notion d'action sociale qui était attachée à cette dotation. L'assurance maladie héritera donc et des dépenses, et de la dette.

B.- QUELS PROJETS GOUVERNEMENTAUX POUR LA CMU ?

La dotation versée au fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque (le « fonds CMU ») est destinée à équilibrer ses comptes, comme le prévoit l'article L. 862-3 du code de la sécurité sociale. À l'article 10 du chapitre 46-82, 929,94 millions d'euros avaient été inscrits en loi de finances initiale pour 2002, complétés par 220 millions d'euros en loi de finances rectificative, soit 130 millions d'euros pour couvrir l'insuffisance constatée en 2001, et 90 millions d'euros pour couvrir l'insuffisance prévisionnelle en 2002. Cet ajustement provient d'une révision à la hausse de la dépense moyenne par bénéficiaire, de 264 à 295 euros.

970 millions d'euros sont prévus dans le présent projet de loi, soit une diminution de 15,6 % par rapport à la dépense totale en gestion pour 2002. Cette dotation représente le solde de plusieurs mesures nouvelles contradictoires : à la baisse, - 59 millions d'euros pour tenir compte d'une baisse prévisionnelle du nombre de bénéficiaires, qui seraient 4,2 millions fin 2003, contre 4,5 millions fin 2002 et 4,7 millions fin 2001. À la hausse, + 99,1 millions d'euros pour intégrer la révision de la dépense moyenne par bénéficiaire, ainsi que la revalorisation du droit à déduction des organismes complémentaires. Cette déduction s'impute sur le montant de leur contribution de 1,75 % calculée sur l'activité de prévoyance santé ; pour prendre en compte la croissance des dépenses des bénéficiaires dont elles gèrent la CMU complémentaire, la déduction serait portée à 283 euros par bénéficiaire et par an, contre 228 euros aujourd'hui.

Ces évolutions demanderaient une étude plus fine, notamment pour connaître les éventuels aménagements du dispositif et les modalités de l'estimation du nombre de bénéficiaires, mais votre Rapporteur spécial s'est vu opposer sur ce point une fin de non-recevoir.

IV.- LE MAINTIEN DES SUBVENTIONS AUX SERVICES DE SANTE OUTRE-MER

Les montants des crédits inscrits à l'article 40 du chapitre 47-19, « *services de santé dans les territoires d'outre-mer et autres territoires à statut spécial* », sont restés stables depuis la loi de finances initiale pour 2000. Le montant total de ces crédits déconcentrés est de 22,39 millions d'euros.

Le service de santé en **Nouvelle-Calédonie** recevra 718.500 euros, correspondant au financement d'un centre de formation, le reste des interventions

dans le domaine de la santé (6,4 millions d'euros) s'imputant sur les crédits globalisés versés par le ministère chargé de l'outre-mer.

Le service de santé en **Polynésie française** recevra 4,04 millions d'euros, notamment pour le fonctionnement d'un institut de formation du personnel infirmier et des sages femmes. À cette dotation s'ajoute le financement de contrats d'objectifs faisant suite à la loi d'orientation n° 94-79 du 5 février 1994 pour le développement d'actions de santé publique.

Le service de santé de la collectivité départementale de **Mayotte** sera doté à hauteur de 7,4 millions d'euros, conformément à la convention du 5 avril 1995, ainsi qu'au titre du contrat de développement. L'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte permet le rattachement des dispensaires à l'hôpital de Mamoudzou.

Le service de santé de **Wallis et Futuna** recevra 10,23 millions d'euros au titre de la subvention annuelle de fonctionnement de l'agence de santé créée en 2001. La dette de Wallis et Futuna relative au remboursement des frais d'évacuations sanitaires vers Nouméa a été soldée en 2001.

CHAPITRE IV

FAMILLE ET PERSONNES HANDICAPEES : UN NOUVEL AGREGAT BUDGETAIRE « POUR LES BESOINS DE LA CAUSE »

Pourquoi un nouvel agrégat regroupant « famille et personnes handicapées » ? Non pas, comme on pourrait l'espérer, pour préparer l'entrée en vigueur de la loi organique du 1^{er} août 2001 – l'existence d'un ministre délégué à la famille et d'une secrétaire d'État aux personnes handicapées démontrant, s'il en était besoin, le caractère distinct de ces deux politiques publiques. **Votre Rapporteur spécial estime qu'au contraire, c'est à rebours de l'esprit et de la lettre de la loi organique que s'effectue le redécoupage des agrégats, qui ne semble motivé que par la volonté des ministres de voir les documents budgétaires refléter exactement le périmètre de leurs attributions.**

Pourquoi inclure, dans la composante regroupant les crédits consacrés à la famille et à l'enfance, les moyens dévolus à la tutelle et à la curatelle d'État ? Non pas par souci de cohérence des politiques publiques, puisque ces crédits relevaient manifestement du chapitre 46-36 nouveau, intitulé « développement social », où figurent notamment les dotations de l'aide sociale. À la rigueur, on aurait pu imaginer, au sein du nouvel agrégat 25, un rattachement aux crédits destinés aux personnes handicapées, puisque ce sont, selon la terminologie juridique, des incapables majeurs que les juges placent sous tutelle ou curatelle financée par l'État. Manifestement, le raisonnement a été tout autre, et bien plus trivial, comparable en cela au « déplacement » des crédits de la CMU mentionnés plus haut : **doter les crédits de la famille de 128 millions d'euros supplémentaires, au prix de certaines contorsions budgétaires, était politiquement trop tentant.**

Pour mineures qu'elles puissent paraître, ces considérations sont emblématiques pour votre Rapporteur spécial, en ce qu'elles dérogent par avance à la loi organique précitée, faisant par ailleurs peu de cas d'une conception exigeante de la transparence et de la sincérité budgétaire : jugera-t-on la performance de la politique familiale à l'aune de la gestion des crédits de tutelle et de curatelle ?

Quid enfin des dépenses d'aide sociale en faveur de l'enfance ou des personnes handicapées, qui demeurent inscrites au sein de l'agrégat 23 – *développement social*, sur le chapitre 46-36 du même nom, géré par le ministère des affaires sociales ?

Ces remarques faites, l'examen des dotations proprement dites fait ressortir la prépondérance des minima sociaux, l'affichage de certains engagements présidentiels, et la poursuite de plans lancés sous la précédente législature. Or afficher des priorités sociales pourrait consister, au-delà du prolongement de programmes qui arrivaient à échéance, à donner toute leur portée aux novations contenues dans la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

I.- PERSONNES HANDICAPEES : UNE PRIORITE EN ATTENTE DE PERSPECTIVE

A.- LES CREDITS EN FAVEUR DES PERSONNES HANDICAPEES CONSERVERONT LE MEME RYTHME DE HAUSSE EN 2003

1.- Les crédits de l'État : un réaménagement de nomenclature

L'essentiel des crédits destinés aux personnes handicapées sont regroupés, dans le présent projet de loi, au sein d'un chapitre 46-35 nouveau, qui a le mérite de les individualiser, parachevant ainsi le travail accompli dans les documents budgétaires pour 2002. Mais d'autres crédits, en provenance de l'assurance maladie, ou bien *via* des dispositifs fiscaux spécifiques, concourent à l'effort financier consenti par la collectivité. Le tableau suivant retrace les crédits budgétaires, et votre Rapporteur spécial se permet de signaler que les chiffres qui lui ont été transmis, outre qu'ils ne coïncident pas avec les documents budgétaires, agrègent les crédits de la tutelle et de la curatelle d'État, pourtant considérés ailleurs, ainsi qu'on l'a déjà indiqué, comme relevant de la politique familiale.

ÉVOLUTION DES CRÉDITS BUDGÉTAIRES CONSACRÉS AUX PERSONNES HANDICAPÉES

(en millions d'euros)

Nomenclature	Dispositif	LFI 2001	LFI 2002	PLF 2003
Allocations				
46-33-10 puis 46-35-40	Allocation aux adultes handicapés	4.046	4277,72	4.526,34
46-33-60 puis 46-35-50	Fonds spécial d'invalidité	242,7	259,16	263,57
44-71-40 (1)	Garantie de ressources des travailleurs handicapés	853,17	911,1	952,1
Charges communes	Financement de l'AAH des non salariés agricoles	76	55,8	51,8
Éducation				
36-81-91	Établissements nationaux pour jeunes sourds et aveugles (fonctionnement)	11,51	11,81	11,81
66-20-60	Établissements nationaux pour jeunes sourds et aveugles (équipement)	1,88	0,31	0,46
Enseignement scolaire	Actions en faveur des élèves handicapés	75	79,84	98
Enseignement supérieur	Frais de transport des étudiants handicapés	1	1	1,3
Travail				
46-31-40 puis 46-35-30	Centres d'aide par le travail	1.018,36	1.050,99	1.096
44-71-30 (1)	Financement des ateliers protégés	31,86	38,73	42,92
44-71-10 (1)	Mesures en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés	7,33	7,33	7,33
Interventions				
46-31-30 puis 46-35-10	Action sociale – dépenses non déconcentrées	2,73	2,78	2,78
46-31-50 puis 46-35-20	Action sociale – dépenses déconcentrées	38,31	55,44	74,79
46-33-50 puis 46-36-30	Aide sociale (2)	16,5	16,5	15,8
66-20-10 (en crédits de paiement)	Établissements pour enfants et adultes handicapés (subvention d'équipement social)	3,22	5,24	4,15
Total		6.425,57	6.773,75	7.149,15

(1) crédits de la section « travail ».

(2) pour les seuls crédits consacrés aux personnes handicapées, qui demeurent au sein de l'agrégat 23, et non 25.

Source : projets de lois de finances

À périmètre constant (c'est-à-dire notamment hors crédits de tutelle et curatelle), ces crédits ont augmenté de 5,4 % entre 2001 et 2002, et devraient progresser de 5,5 % en 2003. Si l'on intègre l'ouverture de crédits effectuée en loi de finances rectificative pour 2002 ⁽¹⁾, à hauteur de 150 millions d'euros, la progression en 2003 ne sera que de 3,3 %.

La subvention annuelle au titre de l'allocation supplémentaire du fonds spécial d'invalidité est apportée aux régimes qui versent cette allocation différentielle aux bénéficiaires d'une pension d'invalidité, selon des critères d'incapacité. La dette budgétaire y relative s'élevait à 70 millions d'euros fin 2001, et serait de 95 millions d'euros à la fin de cette année. **Votre Rapporteur spécial regrette que les résorptions de dettes sociales effectuées en loi de finances rectificative pour 2002 n'aient pas pris en compte cette allocation.**

À ces crédits d'allocation ou d'intervention s'ajoutent de nombreuses mesures fiscales, pour un montant important, détaillées dans le tableau suivant :

DÉPENSES FISCALES EN FAVEUR DES PERSONNES HANDICAPÉES

(en millions d'euros)

	2001	2002	2003
Demi-part supplémentaire pour les contribuables invalides	335	320	350
Réduction d'impôt au titre des frais d'hébergement en établissement de long séjour ou en section de cure médicale	39	41	65
Taux de TVA de 5,5 % pour les ventes portant sur certains appareillages et équipements spéciaux pour les personnes handicapées	174	178	258
Demi-part supplémentaire par enfant à charge, ou par personne rattachée au foyer fiscal, titulaires de la carte d'invalidité	90	82	85
Total	638	621	758

Source : projet de loi de finances (fascicule « évaluation des voies et moyens », tome II).

2.- La part prépondérante de l'assurance maladie

L'assurance maladie consacre des crédits non négligeables aux personnes handicapées (11,64 milliards d'euros en 2001 et 12,17 milliards en 2002) :

– les dépenses concernant les prestations d'indemnisation de l'incapacité permanente se sont élevées en 2001 à 3.227 millions d'euros et sont estimées, pour 2002, à 3.269 millions d'euros, soit une progression de 1,3 % ;

– les prestations versées au titre de l'assurance invalidité ont atteint en 2001, pour le régime général, 3.052 millions d'euros et devraient représenter, en 2002, 3.250 millions d'euros, soit une progression de 6,48 % ;

– le montant des crédits destinés aux établissements et services médico-sociaux pour les personnes handicapées s'est établi en 2001 à 5 milliards d'euros, et pour 2002 il serait de 5,24 milliards d'euros, soit une progression de 4,6 % ;

– les crédits destinés à financer l'allocation d'éducation spéciale, versée aux parents d'un enfant handicapé de moins de 20 ans, ont représenté 342,6 millions d'euros en 2001 et s'élèveraient à 396,2 millions d'euros pour 2002 (dont

⁽¹⁾ loi n° 2002-1050 du 6 août 2002.

46,2 millions d'euros au titre de la réforme entrée en vigueur à compter du 1^{er} avril 2002), soit une progression de 15,7 % ;

– le fonds national d'action sanitaire et sociale de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés a financé des actions favorisant le maintien ou la réinsertion à domicile des personnes handicapées (aides au logement et/ou à la vie courante) pour 6,32 millions d'euros en 2001, et le niveau des crédits disponibles pour 2002 s'élève à 9,41 millions d'euros en incluant les crédits non consommés de l'année précédente pour un total de 2,09 millions d'euros.

3.- L'aide sociale, compétence des départements

Les départements, en charge de l'aide sociale, financent l'allocation compensatrice pour tierce personne – poste qui va en diminuant du fait du basculement des personnes de plus de 60 ans dans le dispositif d'aide sociale aux personnes âgées –, l'aide à l'hébergement, et les prestations en établissement. L'évolution de ces crédits est retracée dans le tableau suivant :

DÉPENSES NETTES D'AIDE SOCIALE DES DÉPARTEMENTS EN FAVEUR DES PERSONNES HANDICAPÉES
(en millions d'euros)

	1999	2000	2001	Évolution 2001/2000
Aide sociale aux personnes handicapées	2.000	2.530	2.700	+ 7 %
Aide sociale à l'hébergement	1.910	2.010	2.160	+ 8 %
Allocation compensatrice pour tierce personne	500	520	530	+ 3 %

Source : ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées

Votre Rapporteur spécial se félicite de ce que la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ait remplacé la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales pour permettre de clarifier les compétences des différents acteurs du secteur et pour prévoir un conventionnement entre les financeurs que sont les collectivités locales et l'assurance maladie. Au-delà, le rapport remis récemment par M. Michel Thierry, membre de l'Inspection générale des affaires sociales, et consacré à l'état des lieux de la décentralisation dans le champ de l'action sociale doit nourrir le débat lié à la prochaine révision de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975, loi d'orientation en faveur des personnes handicapées.

B.- L'ALLOCATION AUX ADULTES HANDICAPES REPRESENTE LES TROIS QUARTS DE L'ENVELOPPE CONSACREE AUX PERSONNES HANDICAPEES

1.- Le fort dynamisme de la prestation...

Le budget de la solidarité prenait traditionnellement en charge l'allocation aux adultes handicapés (AAH) que versent les caisses d'allocations familiales, et dont une part minime est portée par le budget des charges communes. Le montant du taux normal de cette allocation différentielle est fixé à 569,38 euros par mois, soit 1/12^e du minimum vieillesse. Des taux différentiels s'appliquent en cas de

perception d'autres prestations d'invalidité ou de vieillesse, et des taux réduits sont prévus en cas d'hospitalisation ou d'emprisonnement. Par ailleurs, un complément d'AAH de 16 % (soit 91,1 euros mensuels) est versé aux personnes les plus lourdement handicapées.

Les dotations et le nombre de bénéficiaires ont évolué comme suit depuis 1996 :

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES ET DES DOTATIONS DE L'ALLOCATION AUX ADULTES HANDICAPÉS

(en millions d'euros)

	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Nombre de bénéficiaires	630.000	649.000	668.000	694.000	712.000	732.000
Dotations budgétaires (en exécution)	3.281,3	3.410,2	3.565,6	3.776,0	4.024,6	4.097,0

Source : ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées

Pour 2002, aux 4.277,72 millions d'euros votés en loi de finances initiale se sont ajoutés 150 millions d'euros en loi de finances rectificative. Pour 2003, la dotation demandée sur le chapitre 46-35-40 (4.526,34 millions d'euros, soit une progression de 5,8 %) est fixée en prévision d'une hypothèse de revalorisation d'1,5 % et d'évolution du nombre de bénéficiaires égale à 2,5 %. Par ailleurs, la réforme de l'organisation des commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) conduisant à la mise en œuvre de mesures de rationalisation des conditions d'attribution de l'AAH devrait permettre une économie estimée à 20 millions d'euros.

2.- ... servirait de prétexte à un prochain réaménagement

Outre ces classiques effets prix et volume, l'évolution des montants consacrés à l'AAH est également due à une meilleure connaissance de l'accès aux droits, grâce aux informations données par les Caisses d'allocations familiales et les COTOREP. Le nombre de demandes d'allocation adressées chaque année aux COTOREP n'a cessé de croître au cours des dernières années. Il est ainsi passé de 236.600 en 1996 à 290.400 en 2001, soit une croissance moyenne annuelle de 4,2 %.

Votre Rapporteur spécial s'inquiète des perspectives de remise en cause des modalités d'attribution de l'AAH, qui seraient à l'étude à l'instigation de la direction du budget. Il serait question de tirer argument de la forte inertie dans la structure des bénéficiaires – près de la moitié des allocataires ont moins de quarante ans, cet âge peu élevé entraînant mécaniquement leur maintien prolongé dans le dispositif – et du nombre élevé de bénéficiaires dont le handicap est compris entre 50 et 80 % (+ 7 % pour cette catégorie en 2003), pour stigmatiser la catégorie de « jeunes » bénéficiaires dont le handicap serait « insuffisant ». Il conviendra d'être particulièrement attentif au sort de ces personnes, qui n'ont apparemment dû qu'aux proclamations présidentielles de l'été de n'être pas victimes, elles aussi, de la régulation budgétaire.

3.- L'articulation entre AAH et pension de vieillesse n'est toujours pas chiffrée

Applicable à compter du 1^{er} janvier 1999, la réforme introduite par l'article 134 de la loi de finances pour 1999 (loi n° 98-1266 du 30 décembre 1998) a pour but

d'aménager un passage automatique dans le dispositif de la retraite pour inaptitude au travail dès l'âge de 60 ans, avec arrêt du versement de l'AAH ; une mesure de bon sens. Cependant, la légère baisse du nombre d'allocataires de plus de 60 ans (44.340 au 31 décembre 1999, 42.800 au 31 décembre 2000 et 42.115 au 31 décembre 2001) ne permet pas à ce stade de mesurer avec exactitude l'impact de la réforme. En l'absence de réforme, environ 45.200 allocataires seraient concernés.

C.- L'EFFORT D'AMPLIFICATION DU PLAN D'ACTION EN FAVEUR DES PERSONNES HANDICAPEES NE DOIT PAS RESTER PONCTUEL

Le plan triennal en faveur des enfants, adolescents et adultes handicapés court sur la période 2001-2003 et comprend trois volets : des mesures visant à favoriser le maintien ou le retour des personnes handicapées en milieu ordinaire, des mesures visant à amplifier les efforts de création de places en établissements ou services médico-sociaux, et des mesures affectées à la modernisation et au renforcement des ateliers protégés, pour un total cumulé de 232 millions d'euros, financé par l'État et l'assurance maladie selon les modalités suivantes :

PLAN TRIENNAL EN FAVEUR DES PERSONNES HANDICAPÉES (2001-2003)

(en millions d'euros)

	Financement	2001	2002	2003	Total
Retour en milieu ordinaire					145,6
• COTOREP	Travail/Santé, titre III	2,28	2,28	0	4,57
• CDES (1)	Santé et solidarité, 31-96-10	0,76	0,76	0,76	2,28
• Sites pour la vie autonome	Santé et solidarité, 46-35-20	6,1	8,3	13,7	28,24
• Auxiliaires de vie	Santé et solidarité, 46-35-20	10,22	10,22	10,07	30,53
• Interprétariat (sourds)	Santé et solidarité, 34-98	0,6	0,45	0,45	1,5
• Matériel pédagogique	Éducation nationale, 37-83-40 et 50	8,63	8,63	8,63	25,95
• CAMSP et SESSAD (2)	Assurance maladie	15,24	15,24	15,24	45,8
• SSIAD handicapés (3)	Assurance maladie	2,2	2,2	2,2	6,8
Créations de places		23,56	23,56	23,56	70,9
• Handicap lourd, en EES (4)	Assurance maladie	6,1	6,1	6,1	18,32
• Personnes vieillissantes	Assurance maladie	2,2	2,2	2,2	6,8
• Autisme et traumatisés crâniens	Assurance maladie	15,26	15,26	15,26	45,8
Ateliers protégés	Travail 44-71-30	6,1	6,1	3,05	15,26
TOTAL					232

(1) commissions départementales de l'éducation spéciale.

(2) centres d'action médico-sociale précoce et services de soins et d'éducation spéciale à domicile.

(3) services de soins infirmiers à domicile.

(4) établissements d'éducation spéciale.

Source : ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées.

1.- Le maintien de la priorité accordée au retour en milieu ordinaire

Les mesures visant à favoriser le maintien ou le retour des personnes handicapées en milieu ordinaire concernent en premier lieu la modernisation et le renforcement des commissions départementales de l'éducation spéciale et des commissions d'orientation technique et de reclassement professionnel. Elles concernent aussi la généralisation, à échéance 2003, des **sites pour la vie autonome**. Expérimentés dans 4 départements en 1997, ces systèmes de « guichet unique » pour l'aide aux personnes handicapées qui ne sont pas hébergées en établissement se sont étendus à 11 départements supplémentaires en 2000, 28 en 2001 et 27 en 2002, mais le financement de ces derniers a, lui aussi, pâti de la régulation budgétaire. La

mesure nouvelle inscrite dans le présent projet de loi (8,4 millions d'euros) est destinée au financement de 30 nouveaux sites, chaque département se trouvant doté.

Par ailleurs, les **services d'auxiliaires de vie**, indispensables à la politique de maintien à domicile, au nombre de 1.862 en 2001, ont été portés à 2.825 en 2002, soit 963 postes supplémentaires. En 2003, 400 postes seraient créés. De surcroît, de nouveaux besoins émergent, et dès 2002 des crédits destinés aux auxiliaires de vie ont été redéployés à hauteur de 0,5 million d'euros, pour les consacrer plus spécifiquement aux personnes très lourdement handicapées. 3 millions d'euros sont inscrits dans le présent projet de loi pour mettre en place un dispositif expérimental en faveur de ces personnes. 103 postes spécifiques seront ainsi créés en 2003, portant le total de postes nouveaux à 309 pour les handicapés lourds. **Votre Rapporteur spécial indique toutefois que des difficultés de recrutement pour pourvoir de tels postes ont été signalées.**

En 2001, 583 postes d'**auxiliaires de vie scolaire** ont été créés par redéploiement de crédits initialement destinés au financement de postes d'auxiliaires de vie (pour 750.000 euros), un dispositif étendu en 2002. 500 autres postes sont prévus pour 2003, avec une mesure nouvelle de 650.000 euros. La participation budgétaire est forfaitaire (3.917 euros par poste), d'autres ressources de l'État étant mobilisées, *via* le dispositif des emplois jeunes. **Or la non-reconduction des emplois jeunes va se révéler doublement pénalisante, et pour les jeunes concernés qui ne vont pas pouvoir faire valoir les compétences qu'ils ont acquises, et pour la pérennité du dispositif dont chacun s'accorde pourtant à reconnaître le succès.** Tout juste a-t-on annoncé la mise en place d'un groupe de travail interministériel, le 17 octobre dernier.

S'agissant des enfants et des adolescents, des crédits du **budget du ministère de l'éducation nationale** servent à renforcer le parc de matériels pédagogiques et techniques adaptés afin d'améliorer l'intégration des élèves handicapés en milieu scolaire ordinaire.

Parallèlement, une enveloppe de **crédits d'assurance maladie** est destinée à augmenter les capacités des centres d'action médico-sociale précoce et des services de soins et d'éducation spéciale à domicile. Enfin, les services de soins infirmiers à domicile seront plus largement ouverts aux personnes handicapées, un décret étant en préparation sur le sujet.

2.- Les efforts annoncés de création de places devront être précisément évalués

a) Dans le cadre du plan triennal

Le plan triennal prévoit la création de places dans les établissements d'éducation spéciale pour les enfants très lourdement handicapés, la création de places pour enfants, adolescents et adultes autistes, traumatisés crâniens ou cérébro-lésés lourdement atteints, et la prise en charge institutionnelle des personnes handicapées vieillissantes, qui s'effectuent sur crédits de l'assurance maladie.

La mise en œuvre de ces mesures est assurée par les directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales, en fonction des besoins repérés localement et des priorités retenues par les préfets. Cependant, avec des enveloppes de crédits « fléchés » trop directement, la marge de manœuvre dans l'allocation locale des crédits est bien souvent très réduite.

Enfin, les mesures de modernisation et de renforcement des **ateliers protégés** sont financées sur les crédits du ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité (chapitre 44-71, article 30).

b) Dans le cadre du plan pluriannuel de création de places (1999-2003)

Le plan pluriannuel de création de places pour adultes lourdement handicapés (1999-2003) prévoit la création, sur les crédits de l'assurance maladie, de 5.500 places supplémentaires en maisons d'accueil spécialisées (MAS) et en foyers d'accueil médicalisé (FAM, anciens foyers à double tarification), soit 1.100 places par an. Sa réalisation se décompose en trois périodes :

- l'année 1999 a été une année de préparation et de mise en place ;
- la période 2000-2002, couvrant trois exercices, est le cœur du plan. La répartition régionale est effectuée sur la base du taux d'équipement ;
- l'exercice 2003 est une année de bilan et d'ajustement. La répartition, au titre de cette année, sera déterminée en fonction de l'évaluation de la période 1999-2002.

L'effort d'évaluation sera important, puisque les dernières données statistiques disponibles relatives au nombre de structures, de places installées et de personnes accueillies ont été produites en 2000 et concernent l'année 1998. Une nouvelle enquête de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques est en cours.

Le tableau suivant reproduit les résultats existants :

NOMBRE DE STRUCTURES, PLACES INSTALLÉES ET PERSONNES HANDICAPÉES ACCUEILLIES

	Nombre d'établissements (1)	Nombre de places installées (1)	Nombre de personnes accueillies (1)
<i>Établissements pour enfants handicapés</i>			
Établissements d'éducation spéciale pour déficients intellectuels	1.194	73.518	73.090
Établissements d'éducation spéciale pour enfants polyhandicapés	132	4.057	3.937
Instituts de rééducation	345	16.880	16.657
Établissements d'éducation spéciale pour enfants déficients moteurs	125	7.767	7.745
Instituts d'éducation sensorielle pour enfants déficients visuels	33	2.235	2.065
Instituts d'éducation sensorielle pour enfants déficients auditifs	87	7.606	6.479
Instituts d'éducation sensorielle pour sourds et aveugles	18	1.936	1.723

Services autonomes d'éducation spéciale et de soins à domicile (2)	563	13.466	13.804
Total	2.497	127.465	125.500
Établissements médico-sociaux pour adultes handicapés			
Maisons d'accueil spécialisées	297	11.774	11.618
Foyers d'accueil médicalisé	191	6.222	6.325
Foyers de vie ou foyers occupationnels	892	30.022	29.553
Foyers d'hébergement	1.236	39.497	38.589
Total	2.616	87.515	86.085

(1) au 1^{er} janvier 1998.

(2) hors services d'éducation spéciale et de soins à domicile rattachés à un établissement d'éducation spéciale
Source : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, enquête « établissements et services », août 2000.

Quant au nombre de places en centres d'aide par le travail, structures également concernées par le plan pluriannuel de création de places, il évolue de la manière suivante :

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE PLACES EN CENTRES D'AIDE PAR LE TRAVAIL (1)

1997	89.547
1998	91.811
1999	93.811
2000	95.811
2001	97.311
2002	98.811
2003 (prévisions)	101.811

(1) au 31 décembre

Source : ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées.

Votre Rapporteur spécial précise que le rythme de création de places, qui était de 1.500 par an dans le cadre du plan pluriannuel, a été porté à 3.000 pour 2003, ce qui représente, sur le chapitre 46-35, article 30, 45 millions d'euros de mesures nouvelles, soit une hausse de 4,3 % par rapport à l'an dernier. Cette évolution se décompose en une mesure d'ajustement de 15 millions d'euros pour couvrir l'évolution de la masse salariale en 2003, et 30 millions d'euros pour la création des 3.000 places nouvelles. Il faut souhaiter que ce rythme annoncé puisse être effectivement tenu, et la remarque n'est pas de pure forme puisque les 1.500 places supplémentaires prévues pour 2002 ne seraient créées qu'*in extremis*.

c) Les taux d'équipement demeurent disparates

– La lente réduction des inégalités de capacités d'accueil

À étudier l'évolution des capacités d'accueil des établissements pour enfants et adolescents handicapés, on constate une réduction globale des disparités entre 1988 et 1998. Néanmoins, les disparités départementales restent fortes : si le taux d'équipement national était de 8,13 places pour 1.000 habitants au 1^{er} janvier 1998, les taux d'équipement départementaux variaient à la même date de 4,44 % à 21,55 %.

L'étude précitée réalisée par la direction de la recherche met en évidence que le nombre total de places pour enfants et adolescents est resté stable, alors que celui des places en établissements pour adultes a augmenté, quant à lui, de moitié. Par ailleurs, l'absence de certaines catégories d'établissements dans nombre de départements constitue une première manifestation tangible des disparités. C'est ainsi que 17 % des enfants et adolescents handicapés sont pris en charge hors de leur département d'origine.

S'agissant du taux d'équipement en **centres d'aide par le travail** (CAT), le nombre de places pour 1.000 habitants de 20 à 59 ans, est passé, à l'échelle nationale, de 2,96 ‰ fin 2000 à 3 ‰ fin 2001. L'objectif de rééquilibrage qui a présidé à la répartition des 1.500 places nouvelles de 2001 a permis de réduire les écarts au profit des régions les plus déficitaires, notamment l'Ile-de-France. Néanmoins, le taux d'équipement entre départements métropolitains varie toujours de 1 à 10 (de 1,49 ‰ à Paris à 14,27 ‰ en Lozère).

– Les opérations d'investissement marquent le pas

Dans le cadre de la XII^e campagne des contrats de plan État-régions (2000-2006), les crédits de l'article 10 du chapitre 66-20 (établissements pour enfants et adultes handicapés) financent des opérations de développement des structures d'hébergement pour adultes lourdement handicapés, qui, d'une part, prolongent des opérations antérieures, et d'autre part accompagnent le plan pluriannuel 1999-2003 de création de places. Il s'agit d'offrir un nombre de places suffisant pour l'accueil de jeunes adultes maintenus dans les établissements pour enfants, et de permettre la mise aux normes de sécurité des bâtiments anciens.

16 régions (dont 3 dans les départements d'outre-mer) ont inscrit des crédits au titre de l'article 10, représentant un engagement de l'État de 70,86 millions d'euros pour la période 2000-2006. **Néanmoins, depuis 2001, les délégations d'autorisations de programme sont bloquées en raison d'un volume théorique de crédits de paiement insuffisant pour couvrir les autorisations de programme ouvertes sur ce chapitre.** Ce blocage touche particulièrement l'article 10 : au titre de 2001, seuls 12,6 % des crédits inscrits en loi de finances initiale (1,34 million d'euros sur 10,67 millions d'euros) ont pu faire l'objet de délégations d'autorisations de programme. **En 2002, aucune délégation n'est pour l'instant intervenue.** Les crédits prévus dans le présent projet de loi s'élèvent à 10,09 millions d'euros, en baisse de 16,7 % en autorisations de programme et de 20,1 % en crédits de paiement. Ils correspondent à 79 % de la tranche 2003 des contrats de plan restant à mettre en œuvre. **Votre Rapporteur spécial estime que la consommation effective de ces crédits constituera un test de la réalité de la priorité affichée en faveur des personnes handicapées.**

À l'article 60 du même chapitre 66-20, les subventions d'équipement en faveur des instituts nationaux pour jeunes sourds et aveugles s'établiront à 2,3 millions d'euros en autorisations de programme (aucune dotation n'était demandée en 2002) et passeront de 305.000 à 946.000 euros en crédits de paiement.

d) La lancinante question des changements de catégorie

– *Le cas des jeunes adultes*

Au 31 décembre 1998, 3.960 jeunes adultes étaient maintenus en établissements pour enfants et adolescents, au titre de « l'amendement Creton » (article L.142-4 du code de l'action sociale et des familles), n'allant pas sans créer des difficultés de fonctionnement des établissements.

– *L'apparition du phénomène du vieillissement des personnes handicapées*

Des dispositifs diversifiés sont d'ores et déjà expérimentés dans plusieurs départements par les associations, avec l'aide des Conseils généraux, pour offrir aux personnes handicapées vieillissantes un large choix de solutions d'hébergement. Il convient de les développer et de mettre en place d'autres formules, afin que les personnes handicapées vieillissantes puissent exercer leur droit au libre choix. S'agissant des créations de places dédiées à l'accueil de personnes handicapées vieillissantes, le plan triennal 2001-2003 consacre à la prise en charge institutionnelle des personnes handicapées vieillissantes un total de 6,86 millions d'euros de crédits de l'assurance maladie.

Le principe fondamental est celui du respect du projet de vie de la personne handicapée, entre maintien à domicile, établissement pour personnes âgées ou établissement pour personnes handicapées. En matière d'aide technique pour le **maintien à domicile**, les sites pour la vie autonome devraient être généralisés en 2003. La loi du 2 janvier 2002 précitée conforte l'existence des structures d'accueil de jour et/ou d'accueil temporaire. Ces structures, dites d'aide au répit, sont une aide précieuse pour les personnes handicapées et leurs familles.

Pour le **maintien dans un établissement** pour adultes handicapés, la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées ne fixe aucune limite d'âge. Quant à la création de structures spécifiques, maisons d'accueil de personnes handicapées âgées ou maisons de retraite spécialisées, elle se poursuit depuis quelques années. Se développe également l'accueil conjoint des personnes handicapées vieillissantes et des personnes âgées.

Enfin, les conditions semblent réunies pour développer l'**accueil familial à titre onéreux** organisé par la loi n° 89-475 du 10 juillet 1989 relative à l'accueil par des particuliers, à leur domicile, de personnes âgées ou handicapées adultes. Il existe en effet une offre – les associations évoquent le nombre important de personnes qui souhaiteraient accueillir une personne handicapée – et une demande, celle des familles et des personnes elles-mêmes.

La prise en charge des personnes handicapées vieillissantes fait l'objet d'une réflexion sur le type d'accueil approprié, mais aussi sur la qualification des professionnels concernés. En 2001 et 2002, deux appels à projets ont été lancés pour l'attribution de l'enveloppe annuelle spécifique de 2,29 millions d'euros incluse dans le plan triennal 2001-2003, aboutissant à la création de 230 places *ad hoc*.

3.– Les autres actions poursuivent une dynamique propre

a) *État d'avancement du plan « handiscol' »*

Le plan « handiscol' », lancé conjointement en 1999 par le ministère de l'éducation nationale et le ministère de l'emploi et de la solidarité, coordonne les actions des différents partenaires pour surmonter les difficultés qui peuvent encore, sur le terrain, faire obstacle à l'accueil des jeunes handicapés dans les établissements scolaires. Il se décline en 20 mesures qui visent à réaffirmer le droit à la scolarisation des jeunes handicapés en milieu ordinaire, chaque fois que cela est possible, avec l'appui de dispositifs spécifiques.

Les textes réglementaires ainsi qu'un guide pratique sont parus, une cellule d'écoute a été mise en place en 2000, un groupe de travail installé en 2001, et des structures de coordination départementale créées. Par ailleurs, les ministères ont lancé un projet pour rénover les applications informatiques dont disposent les Commissions départementales de l'éducation spéciale, en 2003.

b) Le label « tourisme et handicap »

La loi d'orientation du 30 juin 1975 précitée dispose en son article 1^{er} que « *l'intégration sociale et l'accès aux sports et aux loisirs du mineur et de l'adulte handicapés physiques, sensoriels ou mentaux constituent une obligation nationale* ». Le ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité, le ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, le ministère des sports, le secrétariat d'État au tourisme et les collectivités territoriales, aux côtés des associations, aident à favoriser l'accès des personnes handicapées à toutes les formes de loisirs – culture, tourisme, sport, séjours de vacances – dans une plus grande mixité des personnes handicapées et valides.

Votre Rapporteur spécial estime que le développement rapide d'une offre de qualité et en quantité suffisante sous le label « tourisme et handicap » est l'enjeu des prochaines années. Cela suppose un effort de promotion, tant auprès des prestataires touristiques que des personnes handicapées. Une association a été créée en 2001 à cet effet, et les délégués régionaux au tourisme développent le label.

D.– LA POLITIQUE GLOBALE EN FAVEUR DES PERONNES HANDICAPEES EN ATTENTE DE RATIONALISATION ET DE DECENTRALISATION

1.– Les instances nationales ne sont que consultatives

a) Le Conseil national consultatif des personnes handicapées

Institué en application de la loi du 30 juin 1975 précitée, le Conseil national consultatif des personnes handicapées rassemble des associations et organismes développant des actions de recherche dans le domaine du handicap ou finançant leur protection sociale, ainsi que des organisations syndicales et patronales représentatives. Il peut être consulté par les ministres compétents ou examiner, de sa propre initiative, toute question relative à la politique en faveur des personnes handicapées. Il est composé de 47 membres, dont 36 associations.

En séance plénière ou en commission restreinte s'effectuent le suivi des plans et actions en cours ou à venir – telle la préparation de l'année européenne du handicap

en 2003, pour laquelle le présent projet de loi prévoit une mesure nouvelle non reconductible de 378.000 euros –, et de l'évolution des textes législatifs et réglementaires.

b) Le centre technique national d'étude et de recherche sur les handicaps et les inadaptations

Créé par arrêté en 1964, le centre technique national d'étude et de recherche sur les handicaps et les inadaptations est une association qui répond aux commandes de la direction générale de l'action sociale. Il assure notamment le suivi des travaux relatifs au processus de révision de la classification internationale du handicap, et gère un centre de documentation lui permettant de répondre aux questions d'un large public (ministères, associations, travailleurs sociaux, établissements, médecins ou particuliers). Au titre de 2002, le centre devrait notamment mener une évaluation des sites pour la vie autonome, et une étude relative aux actions innovantes dans les centres d'aide par le travail.

Une nouvelle convention d'objectifs (2000-2002) a été signée, qui prévoit le versement par l'État d'une subvention d'environ 1,5 million d'euros par an ; ceci représentait, en 2001, 84 % des produits du centre, dont les ressources propres sont principalement issues de publications et d'actions de formation.

2.– Le suivi du travail parlementaire est plutôt encourageant

a) Les travaux de la MEC ne sont pas restés lettre morte

Plusieurs des recommandations contenues dans le rapport de la mission d'évaluation et de contrôle de la Commission des finances sur « l'indispensable réforme des COTOREP »⁽²⁾ ont déjà été prises en compte. En particulier, le principe de la fusion des deux sections de ces commissions a été retenu et constitue le fondement du processus de rénovation engagé, *via* une circulaire du 27 février 2002, alors qu'est mené le travail sur l'évolution des textes réglementaires. Le principe d'une modification de la composition et du fonctionnement des COTOREP est considéré comme un point à examiner. De plus, l'élaboration d'un guide de procédures est en cours, tout comme l'amélioration de la coordination à l'échelle nationale et dans les départements, notamment au travers de contrats d'objectifs entre administration centrale et services déconcentrés. Il importe à votre Rapporteur spécial que ces « réflexions » aboutissent.

Le rapport de la MEC abordait également la question de l'information et du travail en réseau, et sur ce point, la création de postes de médecins coordonnateurs se poursuit (en 2002, 43 postes sont disponibles). En outre, leur revalorisation indiciaire a été conduite avec succès. Un médecin référent national a été recruté début 2002 afin d'animer et dynamiser le réseau national qui se met en place, avec l'appui de groupes de travail.

⁽²⁾ Doc. A.N. n° 2542, XI^e législature.

Enfin, s'agissant de l'amélioration des moyens qui était préconisée par la MEC, il est prévu de développer la formation des personnels administratifs et médicaux, tandis que le nombre et la rémunération des médecins coordonnateurs augmentent. Par ailleurs, le parc informatique des COTOREP a été récemment renouvelé, et le plan de relogement et de réhabilitation se poursuit en 2002. Ce processus de rénovation devrait également conduire à mieux articuler l'action de ces commissions avec tous les autres dispositifs départementaux. **Votre Rapporteur spécial se félicite de ce que les travaux de la MEC aient été suivis d'effet.**

b) La loi du 2 janvier 2002 a restructuré en profondeur les règles relatives aux établissements et services sociaux et médico-sociaux

La loi précitée rénovant l'action sociale et médico-sociale instaure de réelles garanties pour les droits des usagers, diversifie la gamme des établissements et services sociaux et médico-sociaux et de leurs interventions, met en place un dispositif d'évaluation de la qualité des prestations délivrées, rénove les modes d'élaboration et le contenu des schémas d'organisation sociale et médico-sociale et actualise le régime des autorisations de création et transformation des structures concernées. Elle modernise les tarifications et procédures budgétaires en vigueur, accroît l'efficacité des contrôles, et améliore enfin la coordination des décideurs et des acteurs. **Un important chantier réglementaire a été ouvert afin que les nouveaux dispositifs soient pleinement opérationnels avant la fin de l'année 2002. Votre Rapporteur spécial y prêtera toute l'attention nécessaire.**

Ainsi, treize avant-projets de textes ont été élaborés, qui répondent à quatre priorités : la **promotion des droits des usagers** et de leur entourage, la mise en place des **instances nouvelles créées par la loi** (le conseil supérieur des établissements et le conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale), les **nouvelles procédures de planification et d'autorisations**, et le **nouveau dispositif budgétaire, comptable et tarifaire**.

La mise en œuvre de ces textes nécessite des moyens, notamment en personnels, qui font l'objet d'une demande budgétaire au titre du présent projet de loi. D'autre part, même si la mise en place de l'évaluation dans les établissements sera progressive et étalée sur plusieurs exercices, elle devra être couverte par les budgets des établissements et services concernés en provenance, selon la nature des établissements et leur mode de financement, des budgets de l'État, des conseils généraux et des caisses de sécurité sociale.

c) Les validations législatives de dispositions spécifiques de droit du travail sont légitimes

– *Le contentieux de la rémunération des heures de veille*

Les conventions collectives du secteur social et médico-social privé à but non lucratif regroupées dans la branche UNIFED⁽³⁾ comportent des dispositifs

⁽³⁾ Union des fédérations et syndicats nationaux d'employeurs sans but lucratif du secteur sanitaire, social et médico-social.

d'équivalence pour la rémunération des heures accomplies en chambre de veille, mis en place dans des conditions qui ne correspondaient plus à la loi, et que les tribunaux ont sanctionnés. *In fine*, la Cour de cassation n'a pas admis la mise en place d'horaires d'équivalence par une convention collective agréée mais non étendue. Par ailleurs, critiquant la notion d'intérêt général alors mise en avant par le Parlement, elle a refusé d'appliquer la validation inscrite dans la loi ⁽⁴⁾ aux contentieux formés avant le 1^{er} février 2000, date d'entrée en vigueur de la loi.

Conformément aux dispositions de l'article L.214-4 du code du travail modifié par cette loi, un système d'équivalence ne peut exister que sur la base d'un décret pris après conclusion d'une convention ou d'un accord de branche, ou par décret en Conseil d'État. Les négociations ouvertes par les partenaires sociaux n'ayant pas permis d'aboutir par la voie contractuelle, un décret en Conseil d'État a été pris le 31 décembre 2001 pour établir un nouveau régime de rémunération des heures de veille. Son entrée en vigueur tarit les nouveaux contentieux et est de nature à permettre la négociation lorsque les contentieux ne sont pas définitifs. Demeurent cependant le problème des salariés à temps partiel, et celui des contentieux en cours. Le ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité demeure attentif à leur développement et aux modalités de prise en charge des conséquences financières par les employeurs. Toutes les solutions propres à faire en sorte que ces associations, dont le rôle social est essentiel, ne soient pas mises en péril, sont examinées. Votre Rapporteur spécial rappelle que ce secteur, bien que soumis au code du travail, ne bénéficie que de financements publics, à 50 % *via* l'assurance maladie, à 39 % *via* les départements, et à 11 % *via* l'État.

– *Le contentieux lié à la réduction du temps de travail*

D'une façon similaire à ce qui s'est produit à l'occasion des contentieux précités, la Cour de cassation, par des arrêts du 4 juin 2002, a donné tort à l'UNIFED et aux autres syndicats d'employeurs du secteur sur la mise en œuvre de la réduction du temps de travail. À cause d'un défaut d'agrément obligatoire par le ministère dans les délais légaux, la mise en œuvre de nombreux accords réduisant la durée du travail à 35 heures hebdomadaires n'a pu être effective que plusieurs mois après le 1^{er} janvier 2000 ; les salariés qui demandaient la rémunération des heures effectuées au-delà de 35 heures comme heures supplémentaires dès cette date ont tous obtenu gain de cause.

Une disposition de validation législative spécifique a été adoptée en première lecture à l'Assemblée nationale ; elle ne règle que le cas des contentieux futurs, et avant sa promulgation d'autres contentieux peuvent survenir, dans le contexte de la campagne pour les élections prud'homales. Votre Rapporteur spécial souhaite que les conséquences financières de ces contentieux, difficiles à chiffrer globalement, n'aient pas à peser de façon excessive sur les financeurs locaux, qui sont les plus directement sollicités par les établissements.

⁽⁴⁾ loi n° 2000-37 du 19 janvier 2000 relative à la réduction négociée du temps de travail.

II.- FAMILLE ET ENFANCE : UN BUDGET CONTRAINT

À l'instar du constat dressé pour la politique en faveur des personnes handicapées, une forte inertie caractérise les crédits regroupés sur le chapitre 46-34 nouveau : **les « interventions en faveur de la famille et de l'enfance » n'ont d'interventions que le nom, puisqu'en y ajoutant, au prix d'une contorsion budgétaire, les crédits consacrés au financement d'organismes exerçant au nom de l'État la tutelle ou la curatelle publique prononcée par les juges des tutelles, ce sont 97,6 % des crédits qui possèdent leur dynamisme propre.** Les mesures dignes d'intérêt sont fiscales, ou figurent dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale.

A.- L'ALLOCATION DE PARENT ISOLE ACCAPARE 84 % DES CREDITS

L'allocation de parent isolé (API) a pour objet d'apporter un minimum de ressources aux personnes assumant seules la charge d'un ou plusieurs enfants. Il s'agit d'une allocation différentielle versée par les caisses d'allocations familiales ou la mutualité sociale agricole, soit pendant une période de 12 mois consécutifs dans la limite d'un délai de 18 mois à compter de la date d'ouverture du droit, soit jusqu'à ce que le plus jeune enfant à charge ait atteint son troisième anniversaire. La revalorisation de l'API est indexée sur l'évolution de la base mensuelle des allocations familiales. Depuis le 1^{er} janvier 2001, l'API s'élève à 501,81 euros par mois, plus 170,94 euros par enfant à charge. Dans les départements d'outre-mer, ces montants sont respectivement de 288,2 et 96,1 euros.

Le tableau suivant retrace l'évolution du dispositif :

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE FAMILLES BÉNÉFICIAIRES ET DES DÉPENSES AU TITRE DE L'ALLOCATION DE PARENT ISOLÉ

(en millions d'euros)

	1999	2000	2001	2002
Familles bénéficiaires	163.481	169.297	174.765	n.d.
Évolution annuelle en %	+ 3,2	+ 3,6	+ 3,2	n.d.
Dépenses totales	703	722	754	789
Évolution annuelle en %	+ 4,2	+ 2,7	+ 4,3	+ 4,7

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale

Après un excédent de 1,79 million d'euros en 2000, l'exécution 2001 a fait apparaître une insuffisance de 34,78 millions d'euros, et pour 2002, l'insuffisance prévisionnelle s'élève à 41,73 millions d'euros. Les 65 millions d'euros ouverts en loi de finances rectificative pour 2002 permettent ainsi de rembourser la dette 2001 à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et de couvrir une partie de l'insuffisance pour 2002, pour 30,2 millions d'euros. L'État devrait rester, à la fin de l'exercice 2002, redevable au régime général d'environ 11,5 millions d'euros.

Le montant de 804,86 millions d'euros demandé dans le présent projet de loi, stable par rapport au niveau atteint en loi de finances rectificative, comprend :

- une évolution tendancielle des effectifs de + 0,7 % ;
- une revalorisation de 1,5 % du montant de l'allocation ;
- une majoration du barème dans les départements d'outre-mer, conformément à la loi n° 2000-1207 du 13 décembre 2000 d'orientation pour l'outre-mer qui vise à aligner d'ici 2007 les montants de l'API sur ceux de la métropole.

B.- LES INTERVENTIONS REELLES N'EVOLUENT QUE TRES PEU

1.- Des crédits d'intervention stables

Le tableau suivant détaille l'emploi en 2002 des crédits du chapitre 46-31, articles 10 (actions non déconcentrées) et 20 (actions déconcentrées) :

EMPLOI DES CRÉDITS D'ÉTAT CONSACRÉS À LA FAMILLE ET À L'ENFANCE EN 2002
(en milliers d'euros)

	Nomenclature	Montant
Actions en faveur de la famille		
Organismes nationaux familiaux	46-31-10	1.323
Soutien à la parentalité	46-31-10	610
Heures d'information conjugale	46-31-20	2.287
Médiation familiale	46-31-20	1.524
Soutien à la parentalité	46-31-20	9.604
Actions en faveur de l'enfance		
Protection et droits de l'enfant	46-31-10	290
Enfance maltraitée	46-31-10	1.982
Accompagnement scolaire	46-31-10	457
Autres actions	46-31-10	730
Accompagnement scolaire	46-31-20	1.936
Autres actions	46-31-20	1.850
Total		22.593

Source : ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées

Pour 2003, les crédits non déconcentrés (chapitre 46-34 nouveau, article 10), soit 5,5 millions d'euros, ne comprennent qu'une mesure nouvelle de 135.000 euros au titre de la lutte contre les mauvais traitements envers les mineurs et un transfert de crédits de 495.000 euros pour la lutte contre les dérives sectaires. Les crédits déconcentrés (article 20), soit 17,22 millions d'euros, incluent 380.000 euros pour revalorisation du tarif horaire du conseil conjugal et familial. Tout autre est l'ampleur des actions menées par les départements.

2.- Les établissements nationaux

Les crédits affectés aux **établissements de conseil conjugal et familial** figurent à l'article 20 du chapitre 46-31, et financent l'accueil et l'information du public sur les questions relatives à la fécondité, la contraception, l'interruption volontaire de grossesse, la sexualité et la prévention des maladies sexuellement transmissibles. Il est recommandé aux établissements de ne pas prévoir de prise en

charge allant au-delà de 4 ou 5 entretiens. Le premier accueil est assuré gratuitement, les autres peuvent faire l'objet d'une participation financière des intéressés, adaptée à leurs niveaux de revenus.

Le **centre national d'information et de documentation des femmes et des familles** possède un budget de fonctionnement de 2,4 millions d'euros en 2002. Cette association coordonne l'action des fédérations régionales, et remplit une mission d'information auprès des femmes et des familles, et des pouvoirs publics.

Quant au **Haut Conseil de la population et de la famille**, organisme placé sous la présidence du Président de la République, il est chargé d'éclairer, par ses avis, le Président et le Gouvernement sur les problèmes démographiques et leurs conséquences à moyen et long termes ainsi que sur les questions relatives à la famille. Il est renouvelé tous les trois ans et rassemble 18 personnalités qualifiées. Les dépenses de fonctionnement du Haut Conseil s'imputent sur les crédits des moyens généraux du ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité, chapitres 31-41 et 31-42 (rémunération des personnels du secrétariat général), chapitre 31-96 (rémunération d'experts), chapitre 34-98 (fonctionnement courant, communication) et chapitre 34-94 (travaux d'études).

C.- LA CROISSANCE DES DEPENSES DE TUTELLE ET DE CURATELLE POURRAIT RALENTIR

Les dépenses engagées au titre de la tutelle, c'est-à-dire les rémunérations allouées par l'État aux personnes physiques ou morales qualifiées pour exercer la tutelle et la curatelle d'État au bénéfice des « incapables majeurs », présentent un caractère quelque peu particulier, puisque ce sont les décisions des juges des tutelles, au sein des tribunaux d'instance, qui déterminent l'ampleur des moyens requis.

Le tableau suivant décrit l'évolution des crédits consacrés à la tutelle et à la curatelle d'État depuis 1998, et indique le nombre de personnes concernées au 31 décembre de chaque année.

ÉVOLUTION DU DISPOSITIF DE TUTELLE ET DE CURATELLE D'ÉTAT

(en millions d'euros)

	1998	1999	2000	2001	2002
Nombre de mesures au 31 décembre	99.843	111.125	125.541	140.000 (1)	n.d.
Augmentation nette (en nombre)	12.258	11.282	14.416	14.459	n.d.
Crédits (LFI + LFR + fonds de concours)	80,2	96,7	110,5	130,1	136,1

(1) *décompte provisoire*

Source : ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées.

De 1992 à 2001, le nombre de mesures est passé de 40.000 à 140 000, soit une augmentation annuelle moyenne de 15 %. En 2001, le nombre de mesures a augmenté de près de 12 %. La cause de cette inflation des mesures est à rechercher dans le vieillissement, la précarité et l'exclusion croissants de la population, et dans certains modes de prise en charge, comme la psychiatrie.

En fin d'année 2001, les préfets ont signalé une insuffisance des crédits de 16,35 millions d'euros. Le paiement de ces insuffisances a été reporté sur l'exercice 2002. Toutefois, la loi de finances rectificative pour 2001 a permis de limiter cette insuffisance 2001 à 2,63 millions d'euros. Les crédits disponibles pour l'année 2002 sont en augmentation de 4,6 % par rapport à ceux de 2001. Il est prévu dans le présent projet de loi, sur l'article 40 du chapitre 46-34, l'ouverture de 128,1 millions d'euros.

Il semblerait que l'on puisse espérer en 2003 une moindre augmentation du nombre de mesures à financer sur crédits de l'État, en raison notamment des conclusions des différents rapports relatifs au dispositif de protection juridique des majeurs (tel le rapport du groupe présidé par M. Jean Favard rendu public en mai 2001) et de l'anticipation par ces mêmes juges de la mise en œuvre d'une réforme que la Garde des sceaux avait annoncée en janvier 2002. En sens inverse jouera la revalorisation des tarifs des mesures de tutelle et curatelle, fixée chaque année par arrêté interministériel. Au titre de 2003, le taux de revalorisation prévu est le taux d'inflation prévisionnel, à savoir 1,5 %.

Le nouveau Gouvernement est convenu du caractère indispensable d'une réforme des textes, du financement, et de la formation des délégués à la tutelle en particulier, et un comité de pilotage national assisté de plusieurs groupes de travail devaient être mis en place au deuxième semestre de cette année afin d'engager les concertations avec les principales fédérations d'associations tutélaires.

EXAMEN EN COMMISSION

Au cours de sa séance du 31 octobre 2002, la Commission a examiné les crédits de la santé, de la famille et des personnes handicapées.

Après l'exposé de votre Rapporteur spécial, **M. Yves Deniaud, Président**, a souligné le caractère inadmissible, en cette première année d'application des dispositions spécifiques de la loi organique du 1^{er} août 2001, des retards constatés dans les envois de réponses aux questionnaires budgétaires des rapporteurs spéciaux, et suggéré le vote d'une observation de la Commission. **Votre Rapporteur spécial** a précisé que la mise en place tardive au regard du calendrier budgétaire de nouvelles équipes dans les ministères pouvait être, pour cette année, un élément d'explication, à défaut d'excuser ces retards.

M. Louis Giscard d'Estaing, même s'il a dit ne pas partager toutes les critiques formulées par votre Rapporteur spécial, s'est félicité que celui-ci ait souligné le manque patent de gestion prévisionnelle du système de santé : le « dynamisme » de la CMU qui a dû être pris en compte en loi de finances rectificative pour 2002, comme les retards dans l'augmentation des quotas d'étudiants en instituts de formation en soins infirmiers, montrent que le précédent gouvernement, outre qu'il a instauré les 35 heures dans ce secteur, n'a pas su anticiper les évolutions du système. Le Commissariat au Plan pourrait utilement mener des études sur la démographie des professions médicales. Certaines agences, comme les ARH, offrent des modèles intéressants pour les futures agences régionales de santé, mais d'autres laissent les observateurs perplexes, telle l'Agence française de sécurité sanitaire environnementale : que peut-on dire de sa place dans le dispositif ou de sa pérennité ?

Sur ce dernier point, **votre Rapporteur spécial** a répondu qu'après réflexion, le Gouvernement avait décidé de mettre définitivement en place cette agence, qui ne comporte encore que des effectifs très réduits, mais qui participe déjà aux instances de coordination du dispositif de sécurité sanitaire. Quant au *numerus clausus* des professions de santé, il se pilote sur le long terme, et dans le cas précis des instituts de formation en soins infirmiers, si un léger retard a été pris, les promotions formées depuis l'augmentation des quotas d'étudiants devraient venir, dès l'an prochain, renforcer les effectifs existants.

La commission a ensuite *adopté* une observation relative aux retards constatés dans la réception des réponses au questionnaire budgétaire, modifiée à l'initiative de **M. Louis Giscard d'Estaing**, pour tenir compte du caractère incomplet de certaines informations.

Puis elle a *adopté* – votre Rapporteur spécial s'abstenant – les crédits de la santé, de la famille et des personnes handicapées, et vous *demande d'émettre un vote favorable à leur adoption*.

*

* *

OBSERVATION

La commission des Finances, de l'Économie générale et du Plan, constatant la réception trop tardive – et incomplète sur certains points – des réponses au questionnaire budgétaire, souhaite que les délais de réponse soient substantiellement améliorés, afin d'être compatibles avec l'examen des crédits en commission, et respectueux des dispositions de l'article 49 de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances.

N° 256- 38.- Rapport de M. Gérard Bapt sur le projet de loi de finances pour 2003 – (Santé et personnes handicapées)