

N° 103

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2008-2009

Annexe au procès-verbal de la séance du 20 novembre 2008

AVIS

PRÉSENTÉ

au nom de la commission des Affaires sociales (1) sur le projet de loi de finances pour 2009, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE,

TOME IV

SANTÉ

Par M. Alain MILON,

Sénateur.

(1) Cette commission est composée de : M. Nicolas About, *président* ; Mme Isabelle Debré, M. Gilbert Barbier, Mme Annie David, M. Gérard Dériot, Mmes Annie Jarraud-Vergnolle, Raymonde Le Texier, Catherine Procaccia, M. Jean-Marie Vanlerenberghe, *vice-présidents* ; MM. François Autain, Paul Blanc, Mme Muguette Dini, M. Jean-Marc Juillard, Mmes Gisèle Printz, Patricia Schillinger, *secrétaires* ; Mmes Jacqueline Alquier, Brigitte Bout, M. Jean Boyer, Mme Claire-Lise Campion, MM. Jean-Pierre Cantegrit, Bernard Cazeau, Mme Jacqueline Chevé, M. Yves Daudigny, Mme Christiane Demontès, M. Jean Desessard, Mmes Sylvie Desmarescaux, Bernadette Dupont, M. Guy Fischer, Mme Samia Ghali, MM. Bruno Gilles, Jacques Gillot, Mme Colette Giudicelli, MM. Jean-Pierre Godefroy, Alain Gournac, Mmes Sylvie Goy-Chavent, Françoise Henneron, Marie-Thérèse Hermange, Gélita Hoarau, M. Claude Jeannerot, Mme Christiane Kammermann, MM. Marc Laménie, Serge Larcher, André Lardeux, Dominique Leclerc, Jacky Le Menn, Jean-François Mayet, Alain Milon, Mmes Isabelle Pasquet, Anne-Marie Payet, M. Louis Pinton, Mmes Janine Rozier, Michèle San Vicente-Baudrin, MM. René Teulade, Alain Vasselle, François Vendasi, René Vestri.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (13^{ème} législ.) : 1127, 1198 à 1203 et T.A. 204

Sénat : 98 et 99 (annexe n° 26) (2008-2009)

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
AVANT-PROPOS	9
INTRODUCTION - UNE MISSION REGROUPEE ET CLARIFIEE	11
PREMIERE PARTIE - LA DIRECTION GENERALE DE LA SANTE AU CŒUR DU PROGRAMME « PRÉVENTION ET SÉCURITÉ SANITAIRE »	12
I. UNE IRRÉDUCTIBLE COMPLEXITÉ DU SYSTÈME D'AGENCES ?	14
A. L'ÉMERGENCE D'AGENCES À L'IDENTITÉ DE PLUS EN PLUS MARQUÉE	14
1. <i>La constitution de grandes agences et la mutualisation des moyens : des occasions manquées</i>	14
2. <i>Une participation nécessaire au travail des agences communautaires</i>	15
B. LA NÉCESSITÉ D'UNE COORDINATION EFFICACE PAR LA DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ	17
1. <i>Un choix à opérer en matière de regroupement</i>	17
2. <i>Renforcer le rôle de coordination de la direction générale de la santé</i>	19
II. UNE STABILISATION BUDGÉTAIRE EN TROMPE L'ŒIL	21
A. UN PILOTAGE DE LA SANTÉ PUBLIQUE EN ATTENTE DE RÉNOVATION	22
1. <i>Un soutien accru à la territorialisation des politiques de santé publique</i>	22
a) <i>Des financements accrus pour les associations et les programmes régionaux de santé</i>	22
b) <i>Les premiers travaux du Haut Conseil de la santé publique et le renforcement des réseaux de l'institut de veille sanitaire</i>	22
c) <i>Une politique de recherche appuyée sur l'Inserm</i>	24
d) <i>Des frais de justice et indemnités insuffisamment budgétées</i>	24
e) <i>Une nouvelle sous-action dans le programme santé : l'école des hautes études en santé publique</i>	24
2. <i>Une mise en cohérence des crédits consacrés à l'accès à la santé et à l'éducation à la santé</i>	25
a) <i>Le rôle central de l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé</i>	25
b) <i>Une sous-action spécifique pour la santé des populations en difficulté</i>	26
c) <i>Santé de la mère et de l'enfant</i>	26
d) <i>Traumatismes et violences</i>	27
3. <i>Des réductions de crédit non réaffectées pour la prévention du risque infectieux et des risques liés aux soins</i>	28
a) <i>La prise en compte de la sous-consommation des crédits alloués à la lutte contre les infections transmissibles</i>	28
b) <i>Une augmentation importante des crédits affectés à la lutte contre le chikungunya</i>	28
c) <i>Une réduction regrettable des crédits affectés à la lutte contre la tuberculose</i>	29
d) <i>Un soutien encourageant à la lutte contre les infections nosocomiales</i>	29
4. <i>Améliorer la gestion des fonds destinés à la prévention des maladies chroniques et à la qualité de vie des malades</i>	30
a) <i>Mieux flécher les crédits liés à la lutte contre la maladie d'Alzheimer</i>	30
b) <i>Mesurer et conforter les acquis de la lutte contre le cancer</i>	31

c) Renforcer la cohérence de la présentation des politiques de lutte contre les pratiques addictives et à risque	33
d) Une réduction inadaptée des crédits consacrés à la santé mentale et à la prévention du suicide	34
e) La lutte contre les maladies chroniques reste principalement à la charge de l'assurance maladie	35
5. Revoir le pilotage des crédits destinés à la prévention des risques liés à l'environnement, au travail et à l'alimentation	36
a) Des actions concrètes dans le domaine de la nutrition et de la santé	36
b) Environnement et santé, une année de transition.....	38
c) Vers une fusion de l'agence française de sécurité sanitaire des aliments et de l'agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail	39
6. Réponse aux alertes et gestion des urgences, des situations exceptionnelles et des crises sanitaires	40
a) La mise en œuvre de mesures de gestion des alertes et des crises	40
b) L'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires.....	40
7. Préparer les nouveaux investissements nécessaires dans la qualité, la sécurité et la gestion des produits de santé et du corps humain	42
a) Une augmentation nécessaire des crédits de l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.....	42
b) Conforter le rôle de l'agence de biomédecine	42
B. PRÉPARER LES NOUVELLES ÉCHÉANCES	43
1. L'augmentation prévisible de la subvention à accorder aux agences	43
2. L'enjeu de la collecte de sang	43
DEUXIÈME PARTIE - LA VOLONTÉ DE REMÉDIER À LA SOUS-DOTATION PERSISTANTE DU PROGRAMME « OFFRE DE SOINS ET QUALITÉ DU SYSTÈME DE SOINS »	44
I. APURER LA DETTE DE L'ÉTAT AU TITRE DE LA FORMATION DES INTERNES	45
A. UN EFFORT ACCRU À DESTINATION DE LA FORMATION INITIALE DES INTERNES	45
1. Les stages devant être remboursés par le ministère aux centres hospitaliers universitaires	45
a) Les stages extra-hospitaliers des internes.....	45
b) Les stages des internes en médecine générale chez les médecins généralistes agréés	45
c) Les stages extra-hospitaliers de sixième semestre en médecine générale	46
d) Les stages extra-hospitaliers de deuxième cycle en médecine générale.....	46
e) Les indemnités ou honoraires pédagogiques des maîtres de stage	46
2. Une augmentation progressive mais insuffisante des crédits	46
a) Une croissance régulière	46
b) Une dette liée à l'impossibilité de maîtriser l'augmentation des dépenses	47
B. UNE PLUS FORTE INCITATION À LA RECHERCHE	47
C. LE TEMPS DU CHOIX POUR LA FORMATION MÉDICALE CONTINUE	47
1. Le dispositif actuel	47
2. La réforme annoncée par le projet de loi « Hôpital, patients, santé et territoires »	48
D. LA RÉDUCTION DU FOND DE ROULEMENT DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	48

II. LA MODERNISATION DU SYSTÈME DE SOINS EN ATTENTE DE RÉFORMES	51
1. <i>Les subventions pour charges de service public</i>	51
a) Les agences régionales de l'hospitalisation.....	51
b) Les autres opérateurs.....	51
2. <i>Une dette liée aux frais de justice</i>	52
 TROISIÈME PARTIE - UN RECENTRAGE SUR L'AIDE MÉDICALE D'ETAT AU SEIN DU PROGRAMME PROTECTION MALADIES	53
 I. LA RECHERCHE D'UNE RESSOURCE PÉRENNE POUR LA COUVERTURE MALADIE COMPLÉMENTAIRE	54
1. <i>Une mutation financière achevée par la loi de financement de la sécurité sociale</i>	54
2. <i>Un enjeu de solidarité nationale et de santé publique</i>	55
3. <i>La montée en charge continue de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire</i>	56
 II. FAIRE FACE AUX BESOINS EN CONSTANTE CROISSANCE DE L'AIDE MÉDICALE D'ETAT	58
1. <i>La volonté de maîtriser la croissance des dépenses</i>	58
a) Un cadre juridique plus contraignant.....	58
b) Le renforcement de la lutte contre la fraude.....	59
2. <i>La reconstitution de la dette de l'Etat envers les caisses d'assurance maladie</i>	60
a) Une volonté d'apurer la dette.....	60
b) Une dette reconstituée.....	60
 III. AMÉLIORER LA GESTION DU FONDS D'INDEMNISATION DES VICTIMES DE L'AMIANTE	61
 A. UN NOMBRE CROISSANT DE VICTIMES MAIS ÉGALEMENT DE MALADIES BÉNIGNES	61
 B. UNE GESTION EXCEDENTAIRE	62
 C. LA DIFFICULTÉ RENCONTRÉE POUR TRAITER LES DOSSIERS DANS LE DÉLAI IMPARTI DE QUATRE MOIS	63
 EXAMEN DES ARTICLES RATTACHÉS	64
• <i>Article 73 (art. L. 5211-3, L. 5211-5-2, L. 5211-6, L. 5121-17 et L. 5221-7 du code de la santé publique) Simplification du régime des taxes affectées à l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé</i>	64
• <i>Article additionnel après l'article 73 Possibilité pour l'institut du cancer de lancer des programmes de recherche d'une durée de cinq ans</i>	68
 TRAVAUX DE LA COMMISSION	69
 I. AUDITION DU MINISTRE	69
 II. EXAMEN DE L'AVIS	73

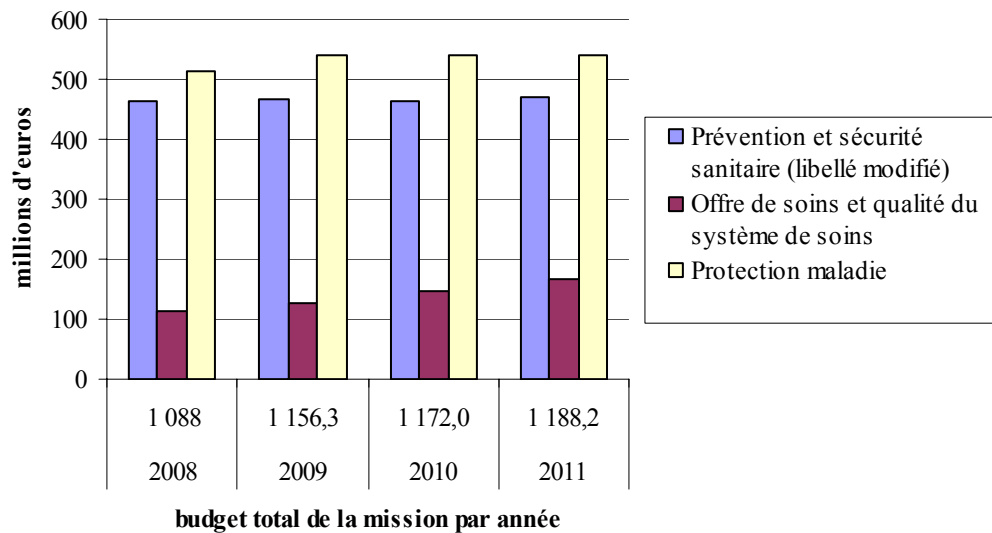
Les crédits de la mission « Santé » pour 2009

Mission et programmes		Demande de crédits de paiement pour 2009	Variation par rapport aux crédits ouverts en 2008
204	Prévention et sécurité sanitaire	488 863 629	+ 5,6 %
11	Pilotage de la politique de santé publique	99 158 000	+ 1 %
12	Accès à la santé et éducation à la santé	46 910 000	+ 10,4 %
13	Prévention des risques infectieux et des risques liés aux soins	91 250 000	- 1 %
14	Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades	118 660 000	- 1,3 %
15	Prévention des risques liés à l'environnement, au travail et à l'alimentation	34 428 629	+ 4,9 %
16	Réponse aux alertes et gestion des urgences, des situations exceptionnelles et des crises sanitaires	75 937 000	+ 32,4 %
17	Qualité, sécurité et gestion des produits de santé et du corps humain	22 520 000	+ 15 %
171	Offre de soins et qualité du système de soins	127 470 000	+ 13,5 %
01	Niveau et qualité de l'offre de soins	93 570 000	+ 30 %
02	Modernisation du système de soins	33 900 000	- 15,8 %
183	Protection maladie	540 000 000	+ 5,3 %
01	Accès a la protection maladie complémentaire	0	- 100 %
02	Aide médicale de l'Etat	490 000 000	+ 18,6 %
03	Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	50 000 000	0 %
Total mission Santé		1 156 333 629	+ 6,3 %

Evolution constatée et programmée des crédits de paiement de la mission santé

(en millions d'euros)

Mission/ Programme	2008	2009	2010	2011
Santé	1 088	1 156,3	1 172,0	1 188,2
Prévention et sécurité sanitaire (libellé modifié)	462,8	466,8	464,3	468,7
Offre de soins et qualité du système de soins	112,3	127,5	148,2	165,1
Protection maladie	513	540	540	540



Mesdames, Messieurs,

La nouvelle mission « Santé » regroupe cette année deux des missions existant précédemment, la mission « Santé », à laquelle a été soustraite l'action de la mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie (Mildt), et la mission « Sécurité sanitaire ». Cette fusion correspond à une demande du Sénat et permet d'avoir une vision d'ensemble des crédits à la disposition du ministre de la santé pour mener à bien la politique de santé publique en France. Elle constitue donc le pendant, certes modeste, du projet de loi de financement de la sécurité sociale. Ce regroupement est facteur de clarifications mais il entraîne aussi des réaffectations de crédits qui ne permettent plus de saisir l'ensemble d'une politique donnée. Ainsi les fonds alloués à la lutte contre le VIH/Sida baissent au sein de la mission mais augmentent au niveau du budget global. Sur ce sujet comme sur la politique contre l'alcool ou le tabac, il serait nécessaire d'établir un document de synthèse permettant au Parlement de conserver une vision budgétaire d'ensemble.

Les crédits de la mission « Santé » augmentent cette année de 5,9 %, ce qui traduit la volonté du Gouvernement d'améliorer l'adéquation des moyens aux besoins du système de santé. Cette politique volontariste se heurte néanmoins à l'augmentation continue et difficilement contrôlable des dépenses de santé, liées au vieillissement de la population. La dette de l'Etat vis-à-vis des CHU et de l'assurance maladie se reconstitue donc en dépit des remboursements passés et il est à craindre qu'une fois encore le budget n'apure pas la situation.

Une bonne gestion exige des mesures d'économies qui ne soient pas uniquement des restrictions destinées à limiter la fraude, même si ces mesures sont légitimes. Une source d'économie potentielle réside dans la rénovation du pilotage du système sanitaire, marqué par la profusion des agences et des plans. Fusionner les agences sanitaires ou au moins rationaliser leur fonctionnement permettrait vraisemblablement d'éviter des gaspillages et de

garantir un contrôle plus complet et cohérent de la sécurité sanitaire. Ces agences jouent néanmoins un rôle central dans le système de sécurité sanitaire et il est nécessaire de bien examiner le rapport entre coût et efficacité avant de se lancer dans des fusions intempestives. Votre commission a porté intérêt au projet de fusion entre l'agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (Afsset) et l'agence française de sécurité sanitaire des aliments (Afssa) qui partagent déjà le même président pour leur conseil d'administration. Les mesures de coordination mises en place par la direction générale de la santé (DGS), dont c'est la mission, vont également dans le sens d'une meilleure gouvernance. Mais l'absence de volonté forte de rationalisation des coûts de fonctionnement, notamment au travers de plateformes mutualisant les fonctions support des agences, reste décevante et demandera un suivi au cours des prochaines années.

La formation médicale, et spécialement celle des internes, constitue un autre point important de cette mission. Or, l'augmentation des crédits pour les stages et la recherche reste inférieure aux besoins, comme c'est aussi le cas pour l'aide médicale d'urgence à destination des immigrés sans titres. Cette situation n'est pas soutenable à long terme et l'engagement en faveur de la formation des médecins et de la solidarité suppose une évaluation du niveau des dépenses le plus exact possible.

Partiellement dépendants des mesures adoptées en loi de financement de la sécurité sociale et des réformes annoncées par le projet de loi « Hôpital, patients, santé et territoires », les crédits de la mission « Santé » pour 2009 montrent qu'il s'agit là d'un budget de transition. Votre commission estime cependant que le Gouvernement y fait preuve de détermination pour une budgétisation sincère et, pour cette raison, le soutiendra dans cette démarche.

INTRODUCTION

UNE MISSION REGROUPEE ET CLARIFIEE

La mission « Santé » regroupe cette année, pour la première fois, l'ensemble des moyens mis à la disposition du ministère chargé de la santé. Elle regroupe en effet l'ancien programme 204 « Santé publique et prévention » et le programme 228 « Veille et sécurité sanitaire » issu de la mission « Sécurité sanitaire » qui a été supprimée. Elle accueille également un transfert de près de 12 millions d'euros en provenance du programme 124 « Conduite et soutien des politiques sanitaires et sociales » destiné à la subvention pour charge de service public versée à l'Ecole des hautes études de la santé publique. Par ailleurs, le programme 183 « Protection maladie » a été transféré à la mission « Santé » depuis la mission « Solidarité, insertion et égalité des chances ».

Bien que les interventions du ministère restent globalement inchangées depuis 2008, la mission offre une présentation d'ensemble plus claire par rapport aux années précédentes, conformément aux préconisations du comité interministériel d'audit des programmes (Ciap). Le budget de la mission en crédits de paiement s'élève pour 2009 à **1,15 milliards d'euros** répartis de manière inégale entre trois programmes : la protection maladie (540 millions d'euros), la prévention et la sécurité sanitaire (488,9 millions d'euros) et l'offre de soins et qualité du système de soins (127,4 millions d'euros). Il faut ajouter à ces crédits **4,8 milliards d'euros** de dépenses fiscales : 211 millions au titre de la prévention et de la sécurité sanitaire, 1,19 milliards pour l'offre de soins et la qualité du système de soins et 3,4 milliards pour la protection maladie. Une révision des mesures d'exonération paraît d'ailleurs nécessaire. Sur dix-sept mesures distinctes actuellement prévues par le droit, sept sont sans effet ou ne sont pas chiffrées. Dans une optique de simplification du droit et pour éviter qu'un effet d'aubaine ne soit préservé pour quelques-uns sans véritable bénéfice pour la politique publique de la santé, il conviendra de supprimer les exonérations sans utilité.

PREMIÈRE PARTIE

LA DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ AU CŒUR DU PROGRAMME « PRÉVENTION ET SÉCURITÉ SANITAIRE »

Le programme 204 « Prévention et sécurité sanitaire » est celui dont la présentation est la plus modifiée. Outre la fusion des programmes « Santé » et « Veille et sécurité sanitaires », il faut noter la sortie d'une partie du financement du plan d'intervention Chlordécone, intégré au programme 162 « Interventions territoriales de l'Etat » pour un montant de 431 000 euros ainsi que de 150 000 euros pour le financement du Gip-Cisbio.

Par rapport à son périmètre recomposé pour 2008, ce programme voit ses crédits augmenter de 26 millions d'euros, soit un peu plus de 5 %. Cette augmentation globale masque des évolutions contrastées entre les sept actions qui la composent, allant d'une réduction de crédits de 1,3 % pour l'action 14 « Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades » à une augmentation de 24,5 % pour l'action 16 « réponse aux alertes et gestion des urgences, des situations exceptionnelles et des crises sanitaires ».

Il faut noter que l'un des effets de cette nouvelle présentation budgétaire est d'inciter à la recherche de synergies, d'économies d'échelles, de mutualisations de moyens pour une meilleure efficacité de la politique de prévention et de sécurité sanitaire dans un contexte de restrictions budgétaires. Cette recherche de rationalisation est entreprise par la direction générale de la santé qui a déjà commencé à se doter des instruments nécessaires. En effet, ce programme dispose, pour sa mise en œuvre, de onze opérateurs distincts dont sept agences, deux établissements publics (l'établissement français du sang [EFS] et l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires [Eprus]), un groupement d'intérêt public (Gip-Datis, drogues, alcool, tabac info service) et un grand établissement (l'école des hautes études en santé publique [EHESP]). Or, ces différentes entités présentent de nombreux points communs qui pourraient permettre de les regrouper sur le modèle des Etats-Unis, par exemple, qui ont distribué ces mêmes compétences entre trois agences principales seulement. C'est en effet sur le modèle américain que les agences françaises ont été créées¹ : notamment, la *Food and Drug administration* a inspiré, en 1976, la direction des pharmacies et du médicament devenue, après des transformations, l'Afssaps. De même, les différentes structures qui ont précédé la Haute Autorité de santé (HAS), y compris celle-ci, se sont inspirées de l'organisation et des compétences de l'*Agency for Healthcare Research and quality*. Enfin, la constitution de l'InVS

¹ Jean-François Lacronique, « Les Etats-Unis et la santé, modèle ou contre-modèle ? », *Les tribunes de la santé* n° 19, été 2008.

ressemble aux *Centers for Disease Prevention and Control*. Une structuration de l'ensemble des agences autour de trois grands pôles paraît donc possible.

Dix opérateurs contribuent à la mise en œuvre de la politique de prévention et de sécurité sanitaire. Ils représentent **50 % des crédits de paiement** du programme. Il s'agit de :

- l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) ;
- l'Institut national du cancer (INCa) ;
- le Groupement d'intérêt public-drogue alcool tabac info service (Gip-Datis) ;
- l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (Afssa) ;
- l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) ;
- l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (Afsset) ;
- l'Institut de veille sanitaire (InVS) ;
- l'Agence de la biomédecine (ABM) ;
- l'Etablissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Eprus) ;
- l'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP).

A ces opérateurs s'ajoute l'établissement français du sang (EFS), qui n'a pas le statut d'opérateur au sens de la Lolf dans la mesure où il ne reçoit pas de subvention de l'État, mais qui occupe une place centrale dans la sécurisation de l'accès au sang et de la transfusion en France.

On le voit, l'organisation de ce réseau d'agences est complexe ; l'efficacité et le coût de celles-ci doivent être clairement identifiés avant d'envisager de procéder à d'éventuels regroupements.

I. UNE IRRÉDUCTIBLE COMPLEXITÉ DU SYSTÈME D'AGENCES ?

A. L'ÉMERGENCE D'AGENCES À L'IDENTITÉ DE PLUS EN PLUS MARQUÉE

On distingue deux types d'agences : tout d'abord, celles dotées de pouvoirs propres en matière de police sanitaire, dont l'Afssaps est l'exemple le plus achevé, mais qui concernent aussi l'ABM et l'INCa. D'autre part, des agences d'expertise qui ont une compétence d'évaluation, de veille ou d'alerte mais pas de pouvoir de décision (InVS, Afssa, Afsset, HAS, Inpes). S'y ajoute une autre catégorie d'acteurs du système de santé : les opérateurs sanitaires, au premier rang desquels figure l'EFS, établissement public chargé de la collecte et de la distribution des produits sanguins labiles.

1. La constitution de grandes agences et la mutualisation des moyens : des occasions manquées

Le concept d'agence a été expérimenté dès 1988-1989 avec la création des premières agences de lutte et de recherche sur le Sida et s'est imposé avec l'invention des premières agences de sécurité sanitaire en 1993. Qu'elles persistent dans leur forme initiale ou aient été recomposées, les agences découlent dans leur forme actuelle d'une série de textes législatifs entre 1998 et 2004. Ainsi, l'InVS et l'EFS ont été créés en 1998, l'Afssa en 1999, l'Afsset en 2001, l'Inpes en 2002, l'ABM, l'INCa et la HAS en 2004. Il s'agit donc d'organisations relativement récentes dont la multiplication rapide a été à l'origine de nombreuses critiques. La première a été celle d'une « *balkanisation* » de l'administration de la santé du fait d'entités « *multiplées, aux compétences complémentaires et souvent intégrées dans des réseaux européens d'expertise* »¹. L'un des risques lié à une telle organisation, qui a été décrite à votre rapporteur comme « *un mille-feuille avec des trous d'air* », est le « *syndrome du lampadaire* » identifié dès 1997 par le Sénat qui pousse à se désintéresser des risques qui n'entrent pas dans le champ de compétences d'une agence spécialisée. Le second risque est celui du gaspillage d'effectifs et de moyens.

Sur ce point, un audit de performance sur l'optimisation des fonctions support et le renforcement de la coordination des agences sanitaires a été conduit à partir de février 2007 par les inspections générales des affaires sanitaires et sociales, de l'environnement et des finances. Celui-ci a conclu à l'impossibilité de mutualiser les moyens en matière de ressources humaines, de systèmes de paiement et d'informatique en raison des mesures déjà prises par chacune des agences et opérateurs en ce domaine. La désorganisation des systèmes individuellement mis en place serait plus coûteuse en termes d'efficacité à court terme que bénéfique en termes de gains financiers.

¹ Dominique Tabuteau, « *Les agences sanitaires : balkanisation d'une administration défaillante ou retour de l'Etat hygiéniste ?* », Sève, hiver 2003.

L'audit estimait cette mutualisation d'autant moins nécessaire qu'avec 20 % de leur budget consacrés en 2007 aux fonctions support (soit 116 millions d'euros), les agences se situent dans la moyenne des organismes administratifs. Néanmoins des inquiétudes subsistent. Ainsi, les coûts de personnel ont tendance à augmenter du fait que les agences privilégient les recrutements de catégorie A qui ne sont pas entièrement compensés par la tendance à diminuer les recrutements de personnels dans les catégories B et C. Par ailleurs, l'organisation de ses marchés publics d'achats par chaque agence peut entraîner des pertes d'efficacité ou des surcoûts, tel est le cas pour les difficultés d'adaptation du système informatique Noesis de l'ABM.

L'augmentation probable des coûts liée à la multiplicité des instances se double d'un risque de redondance en matière d'expertise. Plusieurs instances se saisissent ainsi d'un même sujet : les effets des téléphones portables sur la santé publique sont traités par l'Afsset et l'INCa. Il s'agit certes le plus souvent d'études complémentaires, certaines fondées sur des enquêtes tandis que d'autres sont de simples revues des publications, mais ici encore la nécessité de contrôler la multiplication des lieux d'expertise et donc de pouvoir, se fait sentir.

Ces défauts incitent au premier abord à souhaiter un regroupement des structures. Mais la plupart des agences ont progressivement créé leur propre identité qui se fonde notamment sur les fonctions support qu'elles ont adoptées. Le regroupement des agences et opérateurs en trois grandes entités sur le modèle américain paraît donc n'être plus envisageable et même un regroupement limité risque d'être plus coûteux qu'utile, puisque les centres dispersés en région parisienne sont en général loués au travers de baux de longue durée dont la dénonciation s'avérerait particulièrement onéreuse. L'occasion de créer de grandes agences a sans doute été manquée entre 1998 et 2004 et un regroupement autoritaire n'aurait sans doute plus aujourd'hui les effets souhaités en matière financière, ni surtout en termes de sécurité sanitaire.

2. Une participation nécessaire au travail des agences communautaires

Cet ancrage dans le paysage sanitaire est accentué par l'insertion des différentes agences françaises dans des réseaux européens à la tête desquels se trouvent des structures communautaires mises en place dans les années 1990 et 2000. Le modèle des agences de sécurité sanitaire se répand parmi les Etats membres ainsi qu'au niveau communautaire selon un mouvement d'influence réciproque. En matière d'agences du médicament *« sur les quinze Etats membres de l'Union européenne avant l'élargissement de 2004, quatorze ont organisé leurs services chargés de l'évaluation et du contrôle du médicament, parfois des autres produits de santé, sous la forme d'une agence. Quant aux pays ayant rejoint l'Union en 2004, cinq d'entre eux disposent d'une agence du médicament. L'Agence européenne du médicament apparaît ainsi comme*

placée au centre de gravité d'un réseau européen de surveillance du médicament »¹.

La mise en place des agences européennes

- Agence européenne pour l'environnement : 7 mai 1990 ;
- Observatoire européen des drogues et des toxicomanies : 8 février 1993 ;
- Agence européenne pour l'évaluation des médicaments : 22 juillet 1993 ;
- Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail : 18 juillet 1994 ;
- Autorité européenne de sécurité alimentaire : 28 janvier 2002 ;
- Centre européen de prévention et de contrôle des maladies : 21 avril 2004.

Concrètement, le travail des agences européennes mobilise les personnels des agences des Etats membres, ce qui présente un double enjeu stratégique et financier. En effet, la participation des experts français à l'instruction des dossiers par les agences communautaire est une garantie de la prise en compte du point de vue de la France et doit être promue. Elle a néanmoins un coût, puisque seuls sont en mesure de pleinement participer au processus d'expertise des agences européennes les experts pouvant se rendre rapidement disponibles et ayant une connaissance du processus communautaire. Ceci implique concrètement que les experts universitaires ne peuvent en général assumer une telle charge et que seuls ceux recrutés à temps plein par les agences françaises sont susceptibles de représenter l'expertise nationale dans le processus européen. Ceci crée une tension sur les effectifs de ces structures. Mais les missions d'expertise exercées pour le compte des agences européennes peuvent également être parfois une source de revenus dans le cadre d'appels d'offres européens et, à ce titre, elles ne doivent pas être négligées. Il est globalement essentiel de prendre en compte la dimension européenne des agences françaises et d'assurer un financement de leur action qui intègre leur participation aux travaux des organismes communautaires comme une activité à part entière.

¹ *Dominique Tabuteau, op. cit.*

B. LA NÉCESSITÉ D'UNE COORDINATION EFFICACE PAR LA DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ

Des possibilités limitées de regroupement entre agences existent mais supposent une action de coordination de la direction générale de la santé qui reste à renforcer.

1. Un choix à opérer en matière de regroupement

Malgré l'identité de plus en plus affirmée des agences et opérateurs, plusieurs regroupements ont été envisagés au cours de l'année 2008 répondant à des logiques sanitaires ou financières. Certains de ces projets demeurent d'actualité.

Un premier projet de fusion, aujourd'hui abandonné, était relatif à l'ABM dont la fusion avec l'EFS pouvait être envisagée pour deux raisons : d'une part, la similarité entre la gestion des produits sanguins labiles par l'EFS et la gestion des greffes par l'ABM, d'autre part, le fait que les deux entités disposaient d'un réseau local développé, sept zones interrégionales de prélèvement et de répartition des greffons pour l'ABM, dix-sept établissements de transfusion sanguine régionaux pour l'EFS. Cette idée se heurtait pourtant à deux obstacles : le premier tenait à la fonction de contrôle et d'autorisation que joue l'ABM, notamment pour les centres pluridisciplinaires participant à la procréation médicalement assistée qui n'aurait pas pu être confiée à l'EFS qui est le garant de la qualité des produits sanguins et ne peut se trouver chargé de fonctions de régulation sous peine de voir un jour cette mission entrer en conflit avec son objet principal ; le second, plus fondamentalement, résidait dans le fait que l'ABM est chargée d'une mission de suivi de l'application de la loi de bioéthique et développe à ce titre une expertise dans la mise en œuvre des principes éthiques qui en fait un partenaire obligé, tout spécialement au moment de la révision programmée des lois.

Un second projet, envisagé un temps, est la répartition des compétences de l'INCa entre l'Inserm pour la recherche, l'InVS pour le suivi épidémiologique des cancers et l'Inpes pour les campagnes d'information. En dehors du caractère inopportun d'une pareille dispersion des moyens consacrés à la lutte contre le cancer au moment où s'engage un nouveau plan de lutte pluriannuel, il faut constater que la disparition de l'INCa entraînerait, dans le schéma envisagé, la séparation des activités de recherche et l'élaboration des critères d'agrément pour permettre aux établissements hospitaliers d'effectuer les traitements. Or, cette capacité de régulation et de prospective est l'un des atouts du système d'agence et ce qui fait son intérêt.

Dans les deux cas présentés, il semble donc que la rationalisation des compétences se heurte fréquemment à ce qui constitue la nature des agences sanitaires et sans doute leur apport essentiel, la capacité à développer une

expertise ouverte sur le monde théorique et traduite dans la pratique, soit directement par une activité de contrôle ou de régulation, soit au travers de propositions.

Il faut donc veiller à ne pas perdre, dans le cadre d'une fusion, la dimension d'adaptabilité et d'anticipation liée à l'existence d'une agence. C'est ce que semblent faire deux autres projets actuellement envisagés ou envisageables. Le premier concerne l'Afsset dont le poste de directeur général est vacant depuis mai dernier. Un directeur général intérimaire est certes en fonctions et a élaboré pour 2009 un projet de budget dans le cadre du contrat d'objectifs et de moyens 2008-2011 signé avec les trois tutelles de l'agence. Il semble néanmoins que les compétences de cet organisme puissent être assumées à meilleur coût par le biais d'une fusion. Deux projets de fusion avec des institutions existantes sont envisageables. Le premier est celui d'une fusion avec l'InVS qui correspondrait à une logique de regroupement géographique et immobilier et de potentiel de regroupement des fonctions support (ressources humaines et informatique). Le second projet envisage la fusion de l'Afsset avec l'Afssa dont les compétences se sont rapprochées au fil des années. Une fusion entre l'Afsset et l'InVS changerait la nature de ce dernier organisme qui se verrait attribuer des missions dans les domaines spécifiques de l'environnement et du travail alors qu'il exerce une mission de veille générale. A l'inverse, une fusion entre l'Afsset et l'Afssa permettrait de créer un ensemble cohérent aux moyens plus importants et à même d'assurer ses missions de manière plus efficace.

Peut également être envisagée une fusion de l'institut national de la transfusion sanguine (INTS) et de l'EFS. En effet, l'institut a une compétence de formation de recherche qui double celle de l'EFS. Malgré un champ de formation élargi, c'est presque exclusivement à des personnels de l'EFS que s'adressent les formations proposées et assurées par des formateurs également issus de l'EFS. Le prolongement du groupement d'intérêt public INTS au-delà de sa date d'échéance en avril 2007 semble donc être davantage lié à l'histoire de la transfusion sanguine en France qu'à la stricte efficacité et à la rationalité budgétaire.

S'il convient de préserver le lien entre expertise et régulation, qui constitue l'apport des agences sanitaires à la prévention et au règlement des crises, plusieurs mesures de rapprochement, voire de fusion, entre agences ou opérateurs doivent être mises en œuvre dans un souci de plus grande efficacité. La principale garantie de celle-ci reste néanmoins le travail de coordination qui doit être effectué par la DGS.

2. Renforcer le rôle de coordination de la direction générale de la santé

La nécessité d'une coordination entre les agences s'est rapidement fait sentir. Cette mission incombe au premier chef au ministre de la santé et plus précisément à la direction générale de la santé (DGS). D'autres ministères interviennent néanmoins et il convient de souligner l'apport particulièrement utile de la mission du contrôle général économique et financier des agences sanitaires créée en 2005. La gestion des différentes agences et leurs orientations financières fait ainsi l'objet d'une évaluation d'ensemble susceptible de guider les choix en matière de rationalisation.

Pour sa part, le directeur général de la santé a déjà pris un certain nombre d'initiatives, un dispositif de rencontres périodiques est désormais en place entre les agences autour de la DGS, permettant une coordination en continu : la réunion hebdomadaire relative à la sécurité sanitaire qui associe également les ministères chargés de l'agriculture et de la sécurité civile et se tient depuis 2003 pour traiter de l'actualité des alertes, a été complétée en 2008 par la création de deux instances, appelées à se réunir tous les deux ou trois mois autour de la DGS pour traiter de sujets de fond. La première, le comité d'animation du système d'agences (Casa), est constituée au niveau des directeurs généraux des agences et traite des sujets relatifs aux politiques et aux métiers ; elle a été installée par la ministre de la santé en mai dernier. La seconde, le comité des secrétaires généraux, traite des sujets de gestion.

Votre rapporteur pour avis estime qu'une autre entité, qui n'est pas explicitement associée à la coordination des agences, devrait y jouer un rôle central. Il s'agit du comité ministériel d'orientation de la recherche (Comior), créé au sein du ministère de la santé et animé par le directeur général de la santé avec pour mission de développer les interactions entre recherche et action publique. Or, nous l'avons vu, cette « induction réciproque » est l'un des traits caractéristiques du système d'agences, ce qui implique que le Comior pourra développer la recherche menée par les agences et surtout assurer que celle-ci s'effectue bien de manière complémentaire au sein des différents organismes pour ne pas doubler les thèmes de recherches et garantir que tous les risques sanitaires font bien l'objet de recherches.

La coordination au travers des instances nouvelles doit, pour être réellement efficace, être complétée par un processus de contractualisation entre agences déterminant leurs interactions. Ainsi, une contractualisation systématique avec l'Inpes doit garantir l'efficacité technique des politiques de communication menées par chacune des agences dans le domaine qui la concerne. Plusieurs contrats ont déjà été passés, tels ceux avec la HAS, l'INCa et l'EHESP. Le tableau de bord des campagnes de communication tenu par la DGS est également une garantie contre le risque de saturation du public face aux messages de santé. Plus généralement, les domaines où des agences entre elles ou avec des opérateurs comme l'EFS ont une action parallèle doivent être identifiés par la DGS pour imposer qu'un contrat assure que les actions menées seront bien complémentaires et non concurrentes.

Acteurs récents du système sanitaire, les agences et nouveaux opérateurs en font désormais partie intégrante. Leur existence s'inscrit dans un mouvement commun à tous les Etats européens tendant à confier les questions les plus sensibles de sécurité sanitaire à des organismes d'expertise jouissant d'une certaine autonomie (dans une proportion il est vrai très variable). Si leur multiplication a pu apparaître comme un démembrement progressif des administrations centrales du ministère de la santé, la nécessité d'une coordination de leur action renforce aujourd'hui le rôle de la direction générale de la santé, garante de l'efficacité globale du système dans un contexte d'émergence de nouveaux besoins.

II. UNE STABILISATION BUDGÉTAIRE EN TROMPE L'ŒIL

Le programme « Prévention et sécurité et sanitaire » se compose de sept actions qui visent à « *réduire au minimum la vulnérabilité de la population à des événements sanitaires graves menaçant la santé collective* ». Il s'agit des actions :

- n° 11 : pilotage de la politique de santé publique
- n° 12 : accès à la santé et éducation à la santé
- n° 13 : prévention des risques infectieux et des risques liés aux soins
- n° 14 : prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades
- n° 15 : prévention des risques liés à l'environnement, au travail et à l'alimentation
- n° 16 : réponse aux alertes et gestion des urgences, des situations exceptionnelles et des crises sanitaires
- n° 17 : qualité, sécurité et gestion des produits de santé et du corps humain.

A. UN PILOTAGE DE LA SANTÉ PUBLIQUE EN ATTENTE DE RÉNOVATION

La première action, « Pilotage de la santé publique », se compose de cinq sous-actions : le soutien et le partenariat pour relayer la politique de santé publique ; la veille, surveillance, évaluation et expertise ; les études et la recherche ; les frais de justice-indemnisations ; l'école des hautes études en santé publique (EHESP).

1. Un soutien accru à la territorialisation des politiques de santé publique

La territorialisation est un axe important de l'action « Pilotage de la santé publique », même si elle n'est pas le seul. Elle se décline au travers des différentes sous-actions.

a) Des financements accrus pour les associations et les programmes régionaux de santé

La sous-action « Soutien et partenariat pour relayer la politique de santé publique » consiste à nouer les partenariats nécessaires pour relayer la politique de santé publique. Ceux-ci sont notamment conclus avec les associations de malades et usagers et tendent à faciliter la déclinaison régionale des politiques. On peut noter le soutien accru apporté par le projet de budget au partenariat avec les associations d'usagers et de professionnels du système de santé qui augmente de 2 millions d'euros en autorisations d'engagement et de 500 000 euros en crédits de paiement. Au niveau régional, l'accent est mis sur le suivi des plans régionaux de santé publique (PRSP) et des groupements régionaux de santé publique (GRSP) dont les crédits augmentent de 6,6 millions d'euros en autorisations d'engagement et en crédits de paiement. Cette action est utile et votre rapporteur l'approuve ; toutefois on peut regretter que les esprits ne soient pas encore mûrs pour un programme national de santé publique qui mettrait en cohérence les différents plans qui se multiplient dans le domaine de la santé.

b) Les premiers travaux du Haut Conseil de la santé publique et le renforcement des réseaux de l'institut de veille sanitaire

En matière de veille, de surveillance, d'évaluation et d'expertise, le ministère chargé de la santé s'appuie sur le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) et sur un opérateur, l'Institut de veille sanitaire (InVS).

Le HCSP, installé le 14 mars 2007, est une instance d'expertise pluridisciplinaire destinée à éclairer l'élaboration des politiques de santé publique et à les évaluer. Elle devrait mener à bien, au cours de l'année 2009, deux travaux importants. Le premier concerne la mise en œuvre de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique qui doit être évaluée tous

les cinq ans. Dans ce but, et afin de contribuer à la préparation de la loi suivante, le HCSP doit réaliser un rapport d'analyse des problèmes de santé de la population et des facteurs susceptibles de l'influencer, et proposer des objectifs quantifiés en vue d'améliorer l'état de santé de la population. Par ailleurs, à la demande de la DGS, le Haut Conseil devrait également élaborer un « livre des plans » permettant d'avoir une vision d'ensemble des plans menés et d'évaluer leur cohérence.

L'acteur principal en matière de veille reste l'InVS dont la subvention pour charges de service public constitue l'essentiel des crédits de la sous-action : elle représente 55,7 millions d'euros, en hausse de 2 millions par rapport au budget pour 2008. Les orientations stratégiques de l'InVS, approuvées par son conseil d'administration en juin 2008, sont marquées par deux tendances de fond, le renforcement des réseaux de surveillance permettant de développer le suivi des risques émergents et le développement d'une capacité de recherche.

Les orientations stratégiques de l'InVS pour 2009

- Renforcer les capacités d'alerte et de réponse :
 - la cellule de coordination des alertes travaillera en priorité à consolider le système de surveillance syndromique et à organiser la préparation aux crises sanitaires, notamment les crises majeures, sur le modèle de la pandémie grippale ;
 - poursuite de la structuration et du développement des réseaux de surveillance spécifique, réseaux de médecins, d'établissements, de laboratoires, de centres antipoison et de toxicovigilance, sur lesquels s'appuie la surveillance ;
 - consolidation des réseaux existants en matière de veille et d'alerte internationale et extension de la veille aux menaces non infectieuses et notamment environnementales.
- Structurer la veille prospective et anticiper les besoins d'expertise et de surveillance.
- Développer des partenariats avec la recherche, avec comme objectif le développement d'outils de détection et d'analyse des signaux ainsi que des outils de modélisation avec l'appui du directeur scientifique, poste nouvellement créé à compter du 1^{er} novembre 2008.
- Renforcer les programmes de surveillance prioritaires et les articuler avec les plans de santé publique.
- Développer la connaissance et la surveillance épidémiologique des risques professionnels.
- Accentuer la régionalisation et la mise en réseau pour améliorer la veille sanitaire en consolidant le réseau de veille sanitaire et conforter les comités régionaux d'épidémiologie (Cire).
- Développer la participation aux travaux européens et internationaux.
- Poursuivre la mise en place d'un système d'information performant par la mise à jour et l'harmonisation des systèmes de veille et de suivi des indicateurs et notamment le suivi des déclarations obligatoires.

c) Une politique de recherche appuyée sur l'Inserm

Le ministère de la santé exerce une cotutelle sur l'Inserm et y a adossé l'institut de recherche en santé publique (IReSP) qu'il met en place.

La DGS participe également à la mise en place de trois études transversales en constituant des cohortes par âge permettant un suivi de longue durée notamment des liens entre nutrition et développement de pathologies.

d) Des frais de justice et indemnisations insuffisamment budgétées

Le rôle croissant dévolu à l'office national d'indemnisation des accidents médicaux (Oniam), qui a absorbé le fonds d'indemnisation des transfusés et hémophiles, et assure, pour le compte de l'Etat, l'indemnisation des accidents vaccinaux depuis le 1^{er} janvier 2006, rend particulièrement inquiétante la sous-dotation de près d'un million d'euros dont il fait l'objet et qui a été signalée par la commission des finances du Sénat. La prise en charge prévue par le projet de loi de financement de la sécurité sociale du règlement des contentieux liés à l'hépatite C pour lequel l'EFS versera une soulte ne fait qu'accentuer ces craintes que l'on souhaiterait voir lever par la ministre de la santé.

e) Une nouvelle sous-action dans le programme santé : l'école des hautes études en santé publique

Cette sous-action comporte la subvention pour charges de service public versée à l'école des hautes études en santé publique (EHESP) inscrite à l'article 86 de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique et créée par le décret n° 2006-1546 du 7 décembre 2006 modifié en décembre 2007. Elle est en place depuis le 1^{er} janvier 2008.

Cette nouvelle école, qui a absorbé l'école nationale de la santé publique (ENSP), a un statut de « grand établissement » au sens du code de l'éducation. La tutelle est assurée conjointement par les ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur.

La dimension de santé publique apparaît donc plus nettement marquée dans l'EHESP qu'elle ne l'était dans l'ENSP et la nouvelle organisation en cours de mise en place rapprochera l'EHESP des écoles de référence au niveau international. C'est pourquoi, inscrite jusqu'ici sur le programme 124 « Conduite et soutien des politiques sanitaires et sociales », l'EHESP est intégrée pour 2009 en tant qu'opérateur du nouveau programme 204 « Prévention et sécurité sanitaire ».

2. Une mise en cohérence des crédits consacrés à l'accès à la santé et à l'éducation à la santé

La France souffre d'importantes inégalités au sein de sa population en matière de santé. Les plus instruits, les catégories professionnelles les plus qualifiées et les ménages les plus aisés bénéficient d'une espérance de vie plus longue : ainsi, à trente-cinq ans, un cadre bénéficie d'environ sept années supplémentaires d'espérance de vie par rapport à un ouvrier. Les plus favorisés socialement sont aussi en meilleure santé et bénéficient plus souvent d'actions de prévention ou de dépistage.

Corriger ces inégalités et garantir les meilleures chances pour tous face à la maladie est donc un enjeu important pour la politique de santé publique. Celle-ci vise à apporter au grand public mais aussi aux plus fragiles l'information et l'éducation en santé dont ils ont besoin.

a) Le rôle central de l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé

Le principal opérateur du ministère pour la prévention et l'éducation en santé est l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) dont la subvention pour charges de service public représente 66 % des crédits de l'action « Accès à la santé et éducation à la santé », soit 31 millions d'euros. L'augmentation de près de 7 millions par rapport à 2008 s'explique par le fait que le projet de loi de finances lui affecte d'emblée des crédits auparavant débloqués en cours d'année. Par rapport à l'exécution budgétaire prévue pour 2008, la somme prévue est en fait en légère diminution, avec une réduction d'environ 100 000 euros. Il faut toutefois noter que la principale source de financement de l'Inpes n'est pas la subvention de l'Etat mais la dotation de l'assurance maladie fixée dans la convention d'objectifs et de gestion 2006-2009 conclue entre celle-ci et l'Etat le 7 août 2007, et reprise dans la convention triennale qui la lie à l'Inpes. Cette dotation imputée sur le fonds national de prévention et d'information sanitaire (FNPEIS) représente plus du double de la subvention de l'Etat puisqu'elle s'établit à 66,2 millions d'euros.

Les actions menées par l'institut sont regroupées dans onze programmes : alcool, tabac, toxicomanie, infections à virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et infections sexuellement transmissibles, autres maladies infectieuses, nutrition, santé mentale, maladies chroniques, santé environnement, dont accidents de la vie courante, personnes âgées, enfants et jeunes. Les interventions de l'Inpes prennent la forme de campagnes de communication en direction du grand public ou des professionnels et d'actions de soutien destinées aux acteurs de terrain. L'Inpes assure des fonctions d'édition et d'études qui lui apportent des ressources propres ainsi que des fonctions de recherche.

b) Une sous-action spécifique pour la santé des populations en difficulté

L'amélioration de l'état de santé des populations en situation de précarité fait l'objet d'une attention particulière depuis l'élaboration d'une stratégie nationale en 2005 visant à réduire les inégalités de santé affectant les populations les plus précaires. La mise en œuvre de cette sous-action passe par le soutien à des projets locaux ou territoriaux de santé publique dans le cadre notamment des contrats urbains de cohésion sociale, ainsi que les actions relatives à la réduction des inégalités sociales de santé dont celles des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (Praps).

Dans le cadre des Praps, les publics prioritaires suivants ont été identifiés : gens du voyage, jeunes en situation de vulnérabilité, familles monoparentales féminines et personnes âgées des quartiers prioritaires de la politique de la ville, populations étrangères, immigrées ou issues de l'immigration, notamment lorsqu'elles vivent dans les foyers de travailleurs migrants, les résidences sociales ou dans des habitats dégradés, avec une attention particulière pour les immigrés vieillissants isolés et enfin personnes détenues ou sortant de prison.

Plus de 11 millions d'euros en autorisations d'engagement comme en crédits de paiement sont affectés à cette sous-action qui relevait l'an dernier de l'action n° 1 « Pilotage de la politique de santé publique » du programme 204.

c) Santé de la mère et de l'enfant

Deux grands types d'action sont développés pour agir sur la santé des mères et des enfants. Tout d'abord, agir sur la santé des enfants puis agir sur celle des femmes en réduisant le nombre des grossesses non désirées par une amélioration de l'accès à la contraception et à l'interruption volontaire de grossesse. Les crédits concernés s'élèvent à 3,75 millions d'euros en autorisations d'engagement et 3,6 millions d'euros en crédits de paiement. Ils étaient jusqu'alors ventilés entre l'action n° 3 « Pathologies à forte morbidité/mortalité » et l'action n° 4 « Qualité de la vie et handicaps » du programme 204.

Trois axes prioritaires d'action en faveur des enfants se dégagent des propositions du rapport remis en mars 2007 par le professeur Danièle Sommelet au ministre chargé de la santé : prévention, organisation des pratiques professionnelles, mesures concernant les enfants et adolescents en situation de vulnérabilité ou de précarité. Ils doivent encore être traduits en actions. Néanmoins, sur un point précis, des avancées importantes ont été accomplies : le plan de prévention bucco-dentaire, présenté en novembre 2005, et destiné à réduire de 30 % l'indice carieux des enfants de six à douze ans a atteint son objectif et fera l'objet d'une évaluation d'ensemble par un comité de suivi mis en place en 2008. La HAS travaille par ailleurs à l'élaboration de nouveaux objectifs pour la santé bucco-dentaire des plus défavorisés.

La stratégie d'action pour la santé périnatale de la mère et de l'enfant est organisée en 2009 selon les axes suivants : améliorer la connaissance de l'état de santé de femmes enceintes et limiter les comportements à risques, évaluer l'impact du plan périnatalité 2005-2007, diffuser les bonnes pratiques médicales.

Pour la contraception, la stratégie d'action mise sur l'amélioration de l'information sur la contraception et de son accessibilité (économique et géographique), en général mais aussi plus particulièrement en direction de certaines populations en déficit d'information (adolescents, personnes en situation de vulnérabilité). Il s'agit aussi d'améliorer les connaissances et de diffuser les bonnes pratiques.

Développer la connaissance de l'IVG médicamenteuse

Les orientations présentées par le ministère de la santé pour 2009 concernant l'accès à l'IVG consistent à :

- agir sur les pratiques professionnelles en matière d'IVG par la diffusion des recommandations actualisées 2008 de la HAS sur les IVG médicamenteuses ;
- faire connaître au public et aux professionnels ses nouvelles modalités de mise en œuvre hors établissements de santé (extension aux centres de santé et aux centres de planification ou d'éducation familiale) ;
- promouvoir la formation des médecins en la matière ;
- améliorer les connaissances épidémiologiques en matière d'IVG.

d) Traumatismes et violences

A la suite de la publication du rapport « Violence et santé » en décembre 2005, des actions ont été mises en œuvre et ont contribué à améliorer la connaissance sur cette problématique afin de mieux prendre en compte la situation des victimes et d'assurer une meilleure prise en charge des auteurs de violences.

Par ailleurs, des actions sont également menées pour prévenir les accidents de la vie courante, en particulier chez l'enfant, les personnes âgées (chutes), les traumatismes intentionnels et les accidents de transport. Les crédits, soit 690 000 euros, étaient autrefois inscrits au sein de l'action n° 2 « Déterminants de santé ».

3. Des réductions de crédit non réaffectées pour la prévention du risque infectieux et des risques liés aux soins

a) La prise en compte de la sous-consommation des crédits alloués à la lutte contre les infections transmissibles

Quatre types de maladies sont concernés par cette sous-action : le VIH/Sida, les hépatites et les infections sexuellement transmissibles (IST).

Il y a environ 130 000 personnes séropositives en France. En l'absence de vaccin et de traitement susceptibles d'entraîner la guérison des malades, la politique de lutte s'appuie sur un dispositif de prévention. Compte tenu des données épidémiologiques, des actions spécifiques sont menées en direction de six régions de métropole et des départements français d'Amérique (DFA) et auprès de groupes prioritaires (homosexuels masculins, migrants, personnes séropositives). Le programme national de lutte contre le VIH/Sida et les IST pour la période 2005-2008 qui s'achève cette année est en cours d'évaluation et fournira la base d'un nouveau programme pluriannuel d'action. Concrètement, 1 050 associations, pour la plupart locales, sont financées par des crédits budgétaires pour mener à bien 1 300 projets. Dans ce contexte, il ne faut pas se méprendre sur la baisse de crédits de 7,15 millions d'euros : elle correspond à leur sous-consommation à hauteur de 8,1 millions en 2007. Ces crédits n'ont pas été retirés à la lutte contre le VIH/Sida mais répartis sur d'autres actions en lien avec la maladie mais hors mission santé.

Le nombre de porteurs chroniques des virus de l'hépatite B ou C est estimé à environ 500 000 (280 000 pour le virus de l'hépatite B et 220 000 pour le virus de l'hépatite C) avec cinq cents nouveaux cas par an d'infection par le virus de l'hépatite B. D'après les données de l'Inserm, quatre mille décès étaient liés aux deux hépatites en 2001 et il faut également prendre en compte les complications débilitantes du type cirrhose ou cancer. Mortalité et complications peuvent cependant être prévenues par une prise en charge précoce. Après un premier plan couvrant les années 2005-2008, un nouveau projet de plan hépatites B et C 2008-2011 a été élaboré sur la base de rapports d'expertise reçus entre novembre 2006 et avril 2007. Ce projet a été soumis à la conférence nationale de santé. Après la phase de consultation menée sur ce plan au cours du premier semestre 2008, il est actuellement en voie d'établissement. Dès lors que les actions envisagées ne sont pas entièrement connues, il paraît regrettable de diminuer les crédits affectés de 530 000 euros, quand bien même une sous-consommation importante a été constatée pour l'année 2007.

b) Une augmentation importante des crédits affectés à la lutte contre le chikungunya

L'action « Lutte anti-vectorielle » (LAV) consiste à surveiller et contrôler les insectes vecteurs de maladies humaines (paludisme, dengue, chikungunya, virus du Nil occidental, fièvre de la vallée du Rift...). Cette lutte

a un double aspect : prévention et lutte contre les épidémies. L'augmentation des crédits affectés à la lutte contre le chikungunya se retrouve dans le soutien à trois mesures : la recherche d'un vaccin, la stérilisation des moustiques et le renforcement du dispositif de lutte, notamment par la prise en compte de la lutte contre d'autres arboviroses.

Ces actions concernent non seulement les départements et collectivités d'outre-mer qui sont exposés à une pression épidémique particulièrement importante mais aussi les départements du Sud de la France, soumis à des risques de dissémination de certaines arboviroses.

L'institut de recherche pour le développement a, par ailleurs, été saisi en 2008 afin de mener une réflexion sur les évolutions dans le domaine de la prévention et de la gestion des maladies vectorielles. Cette saisine devrait déboucher en 2009 sur des propositions visant à refondre la politique de lutte antivectorielle.

c) Une réduction regrettable des crédits affectés à la lutte contre la tuberculose

La tuberculose reste en France une maladie liée à la pauvreté et sa prévalence correspond à la répartition géographique et sociale de la misère. En conséquence, dès 2004 était envisagé un programme de lutte contre la tuberculose qui, aujourd'hui mis en œuvre, s'étend sur une période initiale 2007-2009. Il comprend des actions de dépistage, de formation des professionnels et d'élaboration de recommandations, d'information du public et de subventions à des associations. En 2008, un comité de suivi de ce programme a été créé.

Malgré le remplacement de l'obligation vaccinale par une recommandation de vaccination pour les enfants les plus exposés, la réduction de 2,87 millions d'euros des crédits paraît excessive au regard des besoins constatés à la fin de chaque exercice.

Concernant la politique vaccinale qui relève de cette sous-action, est prévue au cours de l'année 2009 l'élaboration d'une stratégie nationale pour l'amélioration de la protection vaccinale de la population prenant en compte les compétences exercées par les départements et la réduction du nombre de vaccins obligatoires.

d) Un soutien encourageant à la lutte contre les infections nosocomiales

Un nouveau plan de lutte contre les affections nosocomiales va prochainement être élaboré pour remédier aux obstacles rencontrés dans la réduction du nombre d'affections. Les actions actuellement menées sont dotées de 660 000 euros. Parallèlement le plan national de lutte contre la résistance aux antibiotiques voit ses crédits fixés à 130 000 euros. L'ensemble de cette sous-action est doté d'un budget de 1,2 million d'euros qui marque l'intérêt du ministère de la santé pour ces questions. On peut toutefois estimer

qu'une action réellement efficace dans le cadre du nouveau plan de lutte contre les maladies nosocomiales ainsi que les autres actions envisagées demanderont un plus grand engagement financier à l'avenir. En effet, d'après l'enquête de prévalence effectuée en 2001, les infections nosocomiales compliquent 5 à 19 % des séjours dans les hôpitaux généraux et touchent jusqu'à 30 % des patients en soins intensifs. En moyenne, elles prolongent l'hospitalisation de quatre à cinq jours, mais causent environ neuf mille morts par an, dans près de la moitié des cas sans que le pronostic vital ait été engagé lors de l'entrée du patient à l'hôpital.

4. Améliorer la gestion des fonds destinés à la prévention des maladies chroniques et à la qualité de vie des malades

Le champ extrêmement vaste de cette action, qui inclut la lutte contre la maladie d'Alzheimer et les autres maladies liées au vieillissement, la lutte contre le cancer, celle contre les comportements à risques, les troubles de la santé mentale et les autres maladies chroniques, explique qu'elle absorbe plus du quart des crédits du programme. Face aux enjeux de santé publique que représentent les différentes sous-actions, il est essentiel de gérer au plus juste les fonds disponibles.

a) Mieux flécher les crédits liés à la lutte contre la maladie d'Alzheimer

Plus de 800 000 personnes sont atteintes par la maladie d'Alzheimer et, selon les projections, près 1,3 million de personnes seraient concernées à l'horizon 2020.

Le plan Alzheimer 2008-2012 : 200 millions d'euros consacrés à la lutte contre la maladie et aux conditions de vie des malades

La maladie d'Alzheimer a été déclarée priorité présidentielle. Le plan Alzheimer 2008-2012, issu des propositions de la commission présidée par le professeur Joël Ménard, a été présenté par le Président de la République le 1^{er} février 2008. Il doit permettre de mettre en place, sur tout le territoire et dans toutes les régions, des mesures adaptées susceptibles d'améliorer la prise en charge des patients et la qualité de vie de leur entourage. Ainsi, le plan a pour premier objectif de mieux connaître la maladie. Une fondation de coopération scientifique a été créée pour donner un nouvel élan à la recherche sur la maladie d'Alzheimer. Elle s'intéressera notamment aux possibilités de prévention de la maladie par l'identification et la réduction des comportements à risques.

Le deuxième objectif du plan est de mieux prendre en charge les malades et leurs familles autour de la survenance de la maladie. Les structures de diagnostic vont être développées afin de réduire les délais préalables à son établissement. Par ailleurs, un dispositif d'annonce de la maladie sera mis en place, notamment aux personnes jeunes qui bénéficieront d'un accompagnement spécifique.

Des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer seront créées. Ces dernières seront la porte d'entrée unique des familles dans le dispositif de prise en charge. Les premières expérimentations de ces maisons seront couplées avec le déploiement d'un numéro de téléphone national pour informer les familles et les orienter. Entre 2010 et 2012, l'implantation de ces maisons sera généralisée à l'ensemble du territoire.

Le troisième objectif du plan consiste à améliorer dans la durée la qualité de vie des malades et des aidants une fois le diagnostic établi. La priorité est d'adapter le domicile ou l'établissement d'hébergement à la spécificité des malades d'Alzheimer.

Le quatrième objectif du plan Alzheimer est son exigence éthique. La préoccupation éthique et le respect dû à la personne doivent être omniprésents dans la pratique des professionnels et les lieux de vie des malades. Des assises régionales seront organisées en 2009 sur ce thème.

Source : Ministère de la santé

Le financement du plan repose notamment sur les économies réalisées grâce à la mise en place de franchises sur les boîtes de médicaments par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008. Ces économies s'élèvent à 800 000 euros selon le rapport remis au Parlement en octobre dernier et doivent également contribuer à financer le développement des soins palliatifs et la lutte contre le cancer. Votre rapporteur s'associe aux regrets du rapporteur spécial de la commission des finances concernant l'absence de fléchage précis des sommes concernées entre les trois politiques. Les crédits affectés au plan de lutte contre la maladie d'Alzheimer s'élèvent à 3,14 millions d'euros.

Parallèlement le plan « bien vieillir » 2007-2009 est doté de 200 000 euros.

b) Mesurer et conforter les acquis de la lutte contre le cancer

Les cancers sont devenus la première cause de mortalité en France et demeurent la première cause de mortalité prématurée, 70 % d'entre eux étant évitables car liés au mode de vie (poumons, voies respiratoires supérieures). Le pronostic de certains cancers est très nettement amélioré par un dépistage et une prise en charge précoces. Par ailleurs, la qualité de vie et de prise en charge des personnes atteintes de cancer doit être améliorée. Le nombre de patients cancéreux va augmenter avec le vieillissement de la population.

Le plan de mobilisation nationale contre le cancer annoncé par le Président de la République en mars 2003 comporte soixante-dix mesures. Sa réalisation partielle (un tiers de mesures non effectué, un tiers partiellement mis en œuvre) a été critiquée par la Cour des comptes dans son rapport public thématique de juin 2008. Un bilan du plan cancer 2003-2007 demandé par le ministre de la santé en janvier 2008 est en cours d'établissement par le Haut Conseil de la santé publique qui a remis en mai ses premières conclusions sur les orientations futures à privilégier. Il devrait rendre ses conclusions définitives avant la fin de l'année. Cette évaluation permettra d'alimenter les

travaux de construction du nouveau plan cancer dont l'élaboration a été confiée par le Président de la République au professeur Jean-Pierre Grünfeld en octobre dernier.

La conduite de la sous-action « Cancer » implique le versement d'une subvention annuelle pour charges de service public à l'INCa qui intervient comme opérateur de l'Etat. Cette subvention correspond à la moitié de celles versées par l'Etat à l'institut, soit 40 millions d'euros. Il convient en effet de souligner que l'effort global de l'Etat comprend aussi d'autres sources de financement, telles que l'assurance maladie ou le ministère chargé de la recherche, affectés à des dépenses qui ne relèvent pas de ce programme. Ainsi le budget total de l'INCa pour 2009 s'élève-t-il à plus de 107 millions d'euros.

Critiqué sur certains aspects par la Cour des comptes, l'INCa a néanmoins mis en place un certain nombre de dispositifs efficaces dont il faut prendre la mesure. Tout d'abord, créé en août 2004, l'INCa n'avait que trois ans d'existence effective au moment du contrôle effectué par la Cour. Dans ce bref espace de temps, son action a permis de porter la proportion de femmes participant au dépistage organisé du cancer du sein de 30 % à 51 %, auxquels il faut ajouter les 20 % de femmes participant au dépistage non organisé pour prendre la mesure réelle de l'ampleur actuelle de la politique de prévention de ce type de cancer en France. Ce dépistage permet en moyenne de détecter, pour un million de femmes, six mille cancers dont 76 % sont de petite taille et peuvent donc être soignés sans chirurgie mutilante. Des résultats analogues en termes d'efficacité du dépistage systématique peuvent être constatés pour le cancer colorectal.

L'INCa a également élaboré les conditions d'agrément pour les traitements de cancer qui permettent de protéger les patients en retirant aux hôpitaux ayant un taux de pratiques trop faible la capacité de les traiter. Ainsi trois cents établissements sur mille deux cents se situent en dessous du seuil minimal fixé par l'INCa de quatre-vingts traitements de chimiothérapie par an et ne pourront plus les pratiquer. Des conditions d'agrément ont également été élaborées sous l'égide de l'INCa en matière de radiothérapie, permettant de circonscrire la crise liée aux sur-irradiations. Enfin l'INCa consacre 65 % de son budget à la recherche et a créé en partenariat avec l'Inserm, un institut de recherche dédié. Cette part importante du budget consacrée à la recherche est en partie responsable de la difficulté qu'a l'INCa à résorber son fonds de roulement encore très élevé et qui a entraîné une réduction de ses subventions publiques. En effet, les fonds alloués aux programmes de recherche ne sont débloqués que sur présentation de rapports faisant état de l'avancement des travaux des équipes. Cette garantie du bon usage des fonds se heurte pourtant à la durée maximale des programmes de recherche que l'INCa peut mettre en place, soit trois ans. Les équipes ne parviennent pas à atteindre les objectifs fixés dans ce laps de temps qui s'avère trop court en pratique ce qui empêche l'usage des fonds prévus. Porter la durée des programmes de recherche de trois à cinq ans, sur le modèle de ceux engagés par les grandes agences internationales, est souhaitable afin de permettre une meilleure gestion des fonds de l'INCa pour la recherche. Votre commission propose donc un amendement en ce sens.

Cette mesure de bonne gestion financière et scientifique complétera les actions prises par la DGS pour répondre aux critiques de la Cour des comptes concernant l'INCa : création d'une sous-direction dédiée au cancer et signature en 2009 d'un contrat pluriannuel de performance avec l'INCa.

c) Renforcer la cohérence de la présentation des politiques de lutte contre les pratiques addictives et à risque

En 2009, 22,2 millions en autorisations d'engagement et 18,85 millions en crédits de paiement seront consacrés à la lutte contre les pratiques addictives, mais ces chiffres ne permettent pas d'avoir une vision réelle des politiques menées.

45 000 décès par an en France sont attribuables à l'alcool. Dans un contexte de baisse générale de la consommation d'alcool en France mais d'augmentation des comportements d'alcoolisation massive chez les jeunes, il faut assurer la cohérence de l'action des pouvoirs publics en matière de lutte contre l'alcoolisme. A la suite des états généraux de l'alcool de 2006, une série de mesures a été préparée par le ministère de la santé en 2007. Or, force est de reconnaître le morcellement de l'action gouvernementale en la matière. Ainsi, trois plans concernent le risque alcool : le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011, le plan pour la prise en charge et la prévention des addictions 2007-2011 et le plan santé des jeunes. Par ailleurs, la question de l'alcool est appréhendée simultanément par le ministère de l'intérieur dans le cadre de la sécurité routière et par la mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie (Mildt) dont les crédits relèvent désormais du programme 129 « Coordination du travail gouvernemental » de la mission « Direction de l'action du Gouvernement ». Il est donc essentiel que le Parlement puisse disposer d'un document unique de programmation et de stratégie sur la politique sanitaire face au risque alcool.

De même, la reconfiguration des missions ne rend plus possible l'identification des crédits de l'Etat consacrés à la lutte contre le tabagisme. Pareil manque de visibilité ne peut être accepté car l'usage du tabac est la première cause de mortalité évitable (66 000 décès par an) et la première cause de cancer. Le tabagisme passif est à l'origine de 5 000 décès par an en France. Face à la multiplicité des acteurs et des financements, le Parlement doit également disposer des informations globales nécessaires.

Concernant les autres comportements à risque, les missions d'accompagnement sanitaire des toxicomanes et de veille concernant les risques émergents comme les jeux de hasard doivent être exercé par le ministère de la santé en complément des actions de la Mildt.

Le Gip-Datis (drogue, alcool tabac info-service)

La sous-action « pratiques addictives et à risques » comprend une subvention annuelle pour charges de service public en faveur du groupement d'intérêt public (Gip) interministériel Datis qui gère les services d'aide à distance, par téléphone et sur internet, dans les domaines de l'intervention en toxicomanie, en alcoologie et en addictologie. Son action concerne l'information, la prévention et l'accès aux soins en matière de consommations de drogues et d'alcool.

Auprès de Datis, le public peut trouver :

- une écoute, un soutien et des conseils liés aux usages, aux risques et à leur prévention ;
- une information sur les produits, les effets, les risques, la loi, les lieux d'accueil et de soins ;
- une orientation vers les programmes compétents dans le domaine de la prévention, des soins, de l'insertion et de la réduction des risques ;
- des services accessibles par téléphone et un site sur internet propre au groupement.

Le Gip-Datis est également chargé de la gestion du répertoire national de structures spécialisées dans ces secteurs (toxicomanie, alcoologie et addictologie). Cette base de données est utilisée par les professionnels de Datis et elle sera également disponible sur le site internet www.drogues-info-service.fr. Ce répertoire recense tous les services spécialisés (coordonnées, activités, équipes...), soit plus de 2 500 structures (associations et institutions d'information, de prévention, de réduction des risques et de soins).

Le Gip était précédemment opérateur du programme 136 « Drogue et toxicomanie » placé sous la responsabilité du président de la Mildt. Il a été transféré dans le présent programme lors de l'exercice 2008 pour répondre à la nécessité de mieux articuler les campagnes de l'Inpes et l'activité du Gip dans le cadre d'une évolution de l'ensemble du champ de la téléphonie santé. L'année 2008 a permis d'engager une réflexion concertée, encore en cours, avec les acteurs concernés sur le devenir du Gip.

Source : Projet annuel de performance

d) Une réduction inadaptée des crédits consacrés à la santé mentale et à la prévention du suicide

Une personne sur quatre développe au cours de sa vie un trouble de la santé mentale. Chaque année, en France, 160 000 personnes font une tentative de suicide et 11 000 en meurent. Le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les 15-24 ans après les accidents de la route et la première cause de mortalité chez les 25-34 ans.

Au second semestre 2008, un comité de pilotage chargé de proposer des pistes d'amélioration pour la prévention du suicide et une commission sur les missions et l'organisation des soins en psychiatrie et en santé mentale ont été créés, avec pour mission de proposer, d'ici à la fin de l'année, les mesures susceptibles de prendre le relais du plan psychiatrie et santé mentale (PPSM) qui s'achève en 2008.

Par ailleurs, le nouveau plan autisme 2008-2010 comprend un volet visant à mieux connaître les troubles envahissants du développement (Ted) et à mettre à la disposition des autorités sanitaires, et plus largement des acteurs de la prise en charge de l'autisme, des données épidémiologiques fiables qui permettront, d'une part, de préciser la prévalence et l'incidence des Ted dont l'autisme, d'autre part, d'approfondir les connaissances sur les facteurs de risques et les évolutions de ces troubles.

Au total, le plan psychiatrie et santé mentale prévoyait une délégation pluriannuelle de crédits de fonctionnement de 287,53 millions d'euros sur la période 2005-2008, complétés par 188 millions d'euros du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP). Cette somme totale est à mettre en relation avec le budget de cette sous-action qui voit ses crédits de paiement baisser de 220 000 euros pour s'établir à 5,78 millions dont la majeure partie, soit 4,58 millions, sera utilisée de manière déconcentrée. Votre rapporteur estime qu'une diminution des crédits d'Etat est particulièrement regrettable au moment où la détection précoce et la recherche sont affichées comme des priorités gouvernementales.

e) La lutte contre les maladies chroniques reste principalement à la charge de l'assurance maladie

Près de 15 millions de personnes, soit 20 % de la population, sont atteintes d'une ou de plusieurs maladies chroniques, et 7,5 millions d'entre elles bénéficient d'une prise en charge en affection de longue durée (ALD). Ces maladies sont à l'origine de 60 % des décès, dont la moitié se produit avant l'âge de soixante-dix ans. Les maladies chroniques comportent notamment les maladies rares, les affections musculo-squelettiques, le diabète et les maladies endocriniennes, rénales et du sang.

Le plan d'amélioration de la qualité de vie des patients atteints de maladies chroniques 2007-2011 s'organise autour de quatre axes :

- aider chaque patient à mieux connaître sa maladie pour mieux la gérer ;
- élargir la pratique médicale vers la prévention ;
- faciliter la vie quotidienne des malades ;
- mieux connaître les conséquences de la maladie sur la qualité de vie des personnes.

Un comité de suivi de ce plan a été installé en novembre 2007 et les premiers groupes de travail ont commencé à fonctionner en mars 2008. Le coût prévisionnel total du plan sur cinq ans est de 726,7 millions d'euros dont 10,6 millions de crédits d'Etat et 716,1 millions de crédits de l'assurance maladie.

**Financement du plan national de lutte pour améliorer la qualité de vie
des personnes atteintes de maladies chroniques**

(en millions d'euros)

Budget prévisionnel 2008-2011	2008	2009	2010	2011
Crédits DGS	0,9	1,87	2,2	2,2
Assurance maladie	151	151	151	151
Total	151,9	152,87	153,2	153,2

Source : ministère de la santé, réponse au questionnaire budgétaire

Parallèlement à ce programme ont été lancés le plan national d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010 ainsi que, en 2008, un plan de développement des soins palliatifs. L'ambition de ces plans n'est guère reflétée dans les crédits d'Etats qui leur sont accordés, 100 000 euros chacun en crédits de paiement.

Concernant les suites du plan national maladies rares 2005-2008 qui est en cours d'évaluation par le Haut Conseil de la santé publique (ses conclusions sont attendues pour début 2009), la ministre chargée de la santé a annoncé, le 14 mai 2008 devant le comité de suivi du plan national maladies rares, que « *l'effort engagé par la France dans le cadre du plan national maladies rares sera poursuivi au-delà de 2008, afin, d'abord, de consolider nos acquis, notamment dans le domaine des soins et de la recherche.* » On constate de fait dans le budget proposé une quasi-stabilité des fonds consacrés aux maladies rares, soit 600 000 euros. Votre rapporteur approuve la continuité de cet effort nécessaire.

**5. Revoir le pilotage des crédits destinés à la prévention des
risques liés à l'environnement, au travail et à l'alimentation**

a) Des actions concrètes dans le domaine de la nutrition et de la santé

La mise en œuvre du deuxième programme national nutrition santé (PNNS 2), annoncé en septembre 2006 et devant couvrir la période 2006-2010, met en œuvre les quatre priorités suivantes :

- la prévention et l'éducation à la santé ainsi que l'amélioration de la qualité nutritionnelle des produits alimentaires ;

- le repérage précoce et la prise en charge de l'obésité et de la dénutrition par les professionnels de santé ;

- la prise en compte spécifique des populations défavorisées, particulièrement touchées par l'obésité, et des personnes en situation de précarité ;

- la promotion renforcée des actions locales en faveur d'un meilleur comportement nutritionnel.

Le montant total des crédits pour 2009 s'élève à 5,42 millions d'euros. Votre rapporteur constate, avec satisfaction, la meilleure lisibilité qui découle du fait que les crédits articulés autour des notions de « nutrition et santé » seront désormais regroupés. Les crédits centraux s'élèvent à 1,62 million d'euros et les crédits déconcentrés à 3,8 millions. Ces derniers ont vocation à être mis en œuvre de manière territorialisée au travers des groupements régionaux de santé publique (GRSP). En 2009, l'Inpes consacra à la nutrition un budget du même montant qu'en 2008, soit 10,9 millions d'euros.

Votre rapporteur partage également les interrogations du rapporteur spécial de la commission des finances sur le maintien de l'observatoire de la qualité alimentaire qui pourrait sans doute être fusionné avec le conseil national de l'alimentation.

L'observatoire de la qualité de l'alimentation

La création de l'observatoire de la qualité de l'alimentation (OQAli) découle du programme national nutrition santé (PNNS) 2006-2010. Son objet est de suivre l'évolution de la qualité de l'offre alimentaire sur le plan nutritionnel (composition nutritionnelle, taille des portions...) ainsi que sur le plan socio-économique (prix, segments de marché...). Cet observatoire permettra également d'effectuer la surveillance des engagements nutritionnels des acteurs économiques, conformément à ce qui est prévu dans le PNNS 2 (chartes d'engagements de progrès nutritionnel). Il publiera chaque année un rapport sur l'état de la qualité nutritionnelle de l'offre alimentaire comprenant des indices pour les secteurs clés.

La mise en place de cet observatoire fait suite aux résultats de l'étude de faisabilité et de préfiguration réalisée par l'Inra et par l'Afssa à la demande des trois ministères intéressés (santé, agriculture et économie) en 2007.

Sa mise en œuvre a été confiée début 2008 à l'Inra et à l'Afssa, en lien avec les professionnels des secteurs alimentaires, pour une durée de deux ans. Une convention cadre signée le 9 mai 2008 entre les trois ministères intéressés et ces deux institutions en a fixé les modalités. L'observatoire est une structure sans personnalité juridique sous la responsabilité conjointe de l'Inra et de l'Afssa, qui assureront, chacun pour ce qui le concerne, les opérations administratives et financières. Puis il pourra évoluer, le cas échéant, vers un Gip. Une mission a été confiée, fin 2007, par les trois ministères à un ingénieur général du génie rural, des eaux et des forêts, ancien directeur général de l'Inra et ancien président du conseil d'administration de l'Afssa afin qu'il présente des propositions avant décembre 2009 visant à structurer juridiquement l'observatoire.

Celui-ci est composé d'un comité de pilotage opérationnel (la direction générale de l'alimentation [DGAL], la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes [DGCCRF], la direction générale de la santé [DGS], l'institut national de la recherche agronomique [Inra] et l'agence française de sécurité sanitaire des aliments [Afssa]) et d'un comité d'orientation (qui comprend en outre les consommateurs et les industriels).

La DGAL et la DGS ont cofinancé par moitié le fonctionnement de cet observatoire pour 2008 (soit 900 000 euros au total). Ces montants seront reconduits en 2009.

Les premiers secteurs étudiés sont ceux analysés au cours de l'étude de faisabilité, à savoir les charcuteries, les céréales de petit déjeuner et les biscuits, mais la démarche d'analyse devrait porter rapidement sur d'autres secteurs industriels (compotes, boissons rafraîchissantes, biscuits apéritifs, plats préparés, etc.). Dans le cadre de la mise en place de l'observatoire et de l'étude de suivi des glucides, l'Afssa s'est engagée à suivre les glucides dans les produits laitiers.

Source : Réponse au questionnaire budgétaire

b) Environnement et santé, une année de transition

Le plan national de santé environnementale (PNSE) s'achève en 2008, un PNSE 2 est en cours d'élaboration à la suite du Grenelle de l'environnement. Ce deuxième plan prendra en compte les conclusions de l'évaluation à mi-parcours du premier PNSE ainsi que les engagements pris dans le cadre du groupe 3 du Grenelle de l'environnement sur la thématique santé-environnement. Des groupes de travail régionaux seront mis en place pour faciliter la concertation sur les orientations du PNSE 2 et permettre dès 2009 leur déclinaison régionale.

Sur le plan budgétaire, à la suite de la fusion des programmes 204 et 228, les crédits affectés à la thématique santé-environnement en 2009, hors budget des opérateurs, s'élèveront globalement à 17,62 millions d'euros. La répartition de ces crédits tient compte des orientations prévisibles du PNSE 2 notamment en ce qui concerne les risques émergents (spécialement les nanomatériaux).

Les crédits affectés aux actions du PNSE 1 qui seront poursuivies s'élèvent à 4,39 millions d'euros au niveau central, répartis comme suit :

- 1,32 million d'euros pour le plan chlordécone,
- 1,09 million d'euros pour la biosurveillance (PCB),
- 0,70 million d'euros pour le renforcement de la toxicovigilance,
- 0,40 million d'euros pour la surveillance de la qualité de l'air intérieur,
- 0,55 million d'euros pour des études permettant d'évaluer l'impact de l'habitat insalubre sur la santé et de mesurer l'exposition au bruit des Français,
- 0,18 million d'euros pour la surveillance aérobiologique,
- 0,15 million d'euros pour la prévention des risques de légionellose.

Au niveau déconcentré, 8,75 millions d'euros sont affectés à la mise en œuvre du PNSE et des plans régionaux de santé environnementale (PRSE). Ils sont répartis comme suit :

- 5,02 millions d'euros pour **la mise en œuvre du PNSE** :
 - 1,90 million d'euros pour le soutien à l'inventaire des perturbateurs endocriniens et des pesticides dans les ressources en eau et la surveillance des agents pathogènes dans les eaux d'alimentation et les eaux de loisirs,
 - 1,60 million d'euros pour les actions de surveillance et de prévention en matière de qualité de l'air intérieur et d'intoxications par le monoxyde de carbone,
 - 0,30 million d'euros pour la surveillance et la prévention du risque de légionellose,
 - 0,40 million d'euros pour le contrôle renforcé de la qualité des eaux d'alimentation et des eaux de baignades en cas de dépassement des normes,
 - 0,82 million d'euros pour les moyens de fonctionnement des services (acquisition de matériel, actions de communication, astreintes de toxicovigilance).
- 3,30 millions d'euros pour la **mise en œuvre des actions spécifiques des PRSE**
 - 0,43 million d'euros sont inscrits au programme d'interventions territoriales de l'Etat (**Pite**) **chlordécone**, notamment pour le financement des actions prévues pour prévenir les risques liés à la contamination des jardins familiaux.

La poursuite des plans chlordécone aux Antilles et PCB ainsi que l'étude d'imprégnation nationale sont également l'une des priorités de cette action. Ces deux plans mettent bien en évidence l'importance du vecteur alimentaire dans l'exposition de la population aux polluants persistants de l'environnement. Dans ces deux domaines, le ministère chargé de la santé finance principalement des actions de surveillance des conséquences sanitaires de ces contaminations. Une pollution d'une autre nature, d'apparition plus récente, fera l'objet d'une attention particulière : la contamination des produits de la mer par des algues toxiques. A partir de 2009, les actions menées en services déconcentrés dans le cadre du plan chlordécone seront intégrées au Pite, relevant du ministère de l'intérieur.

c) Vers une fusion de l'agence française de sécurité sanitaire des aliments et de l'agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail

Cette sous-action comprend les subventions pour charges de service public versées à l'agence française de sécurité sanitaire des aliments (Afssa) et à l'agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (Afsset), soit respectivement 7,8 et 3,5 millions d'euros. Votre rapporteur a

déjà indiqué les raisons qui poussent au rapprochement de ces deux entités. Les domaines de compétences des deux agences recouvrent une grande partie des effecteurs sur la santé humaine (alimentation, environnement, travail) ; ces points de convergence portent un risque de redondances, comme le montre le plan chloredécone avec ses implications à la fois sur les aliments et sur les milieux et donc sur les êtres humains. En sens inverse, des impasses peuvent exister du fait de la segmentation des champs de compétences : il est impératif que les évaluations de risques intègrent l'ensemble des expositions. Par ailleurs, l'Afsset peine à trouver sa place dans le paysage des agences sanitaires : elle ne parvient guère à se développer et à exercer son rôle de coordination, et l'absence de laboratoires propres pose des problèmes de délais, de robustesse et de confidentialité. L'Afssa, pour sa part, fonctionne bien et bénéficie d'une assise large et solide. Sur un plan général, rassembler les compétences en matière d'évaluation de risques permet d'élargir la pluridisciplinarité, composante aussi essentielle que la collégialité pour renforcer l'évaluation.

6. Réponse aux alertes et gestion des urgences, des situations exceptionnelles et des crises sanitaires

a) La mise en œuvre de mesures de gestion des alertes et des crises

En 2009, 3,1 millions d'euros seront consacrés au financement de cette sous-action, qui est partiellement prise en charge par la DGS. Sont aussi intégrés les frais de fonctionnement de la délégation interministérielle à la lutte contre la grippe aviaire (Dilga) pour un montant de 400 000 euros, la prise en charge des frais du comité d'initiative et de vigilance civique (Civic) (50 000 euros), le fonctionnement de la plate-forme de gestion des alertes sanitaires (400 000 euros), ainsi que les opérations relevant du programme civil de défense (PCD) au titre des missions du haut fonctionnaire de sécurité et de défense (1,6 million d'euros).

b) L'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires

96 % des crédits de paiement de l'action, soit 72,837 millions d'euros, sont consacrés au financement de l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Eprus), établissement public à caractère administratif de l'Etat, mis en place à la suite de la loi du 5 mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur. Cet établissement, placé sous la tutelle du ministère chargé de la santé, reprend une partie des anciennes missions du département des urgences sanitaires de la direction générale de la santé, en particulier l'acquisition et la gestion des stocks de médicaments et de matériels nécessaires à la réponse aux menaces et la mise en place de la réserve sanitaire prévue par la loi. Votre rapporteur est particulièrement inquiet du niveau excessif du fonds de roulement de l'établissement qui s'élève à près de 190 millions d'euros et souhaite que la ministre de la santé puisse présenter les modalités de son emploi.

Etat des stocks de précaution

Les stocks de précaution du ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative sont constitués de produits de santé, de dispositifs médicaux, d'équipements de protection individuelle et de matériels prévus dans le cadre des différents plans d'urgence sanitaire. Ils couvrent le champ de la menace « nucléaire, radiologique, biologique et chimique » (NRBC).

Dans le cadre des dispositions prévues par le plan gouvernemental pandémie grippale, les stocks sont constitués d'antiviraux, de masques, de vaccins pré-pandémiques H5N1 et pandémiques, ainsi que d'aiguilles.

Dans le cadre des dispositions prévues par le plan Biotox, les stocks comprennent des doses pour la vaccination antivaricelleuse, du matériel annexe (embouts, pipettes...) en quantité suffisante pour vacciner l'ensemble de la population, des immunoglobulines antivaccines, des immunoglobulines anti-botuliques, des antibiotiques (fluoroquinolones et doxycycline) en cas d'attaque bioterroriste de charbon, peste ou tularémie, des antidotes et de l'iode.

Dans le cadre des dispositions prises pour les menaces sanitaires graves, les stocks sont composés de vaccins antiméningococciques C, MenBvac et de Ménomune.

S'agissant des produits de santé, l'Eprus a repris toutes les obligations du fonds de prévention des risques sanitaires (Fopris) auquel il succède et qui avait pour mission exclusive le financement des actions nécessaires à la prévention des risques sanitaires. En plus des marchés du Fopris, l'établissement a repris progressivement ceux qui permettaient à la direction générale de la santé de procéder aux acquisitions de produits de santé. L'Eprus assure désormais la gestion des stocks, procède au renouvellement des produits arrivés à péremption et complète les dotations. Il est ainsi en train d'acquiescer une dotation complémentaire de 200 millions de masques FFP2 dans le cadre de la préparation à la pandémie grippale.

Le financement de cet établissement s'opère à parité sur trois ans par l'assurance maladie, *via* la loi de financement de la sécurité sociale, et par l'Etat *via* le programme « Veille et sécurité sanitaire » de la loi de finances. En 2008, le budget de l'établissement adopté par son conseil d'administration s'élève à 150 millions d'euros en autorisations d'engagement et 130 millions en crédits de paiement.

L'ensemble de la valeur du stock national santé, constitué à partir de 2001, représente au 31 décembre 2007, un total de 765,5 millions d'euros et un volume d'environ 100 000 palettes et comprend une cinquantaine de références de produits de santé et dispositifs médicaux.

Les dépenses pour l'année 2009 visent à poursuivre la préparation des plans de réponse aux menaces sanitaires graves et aux situations d'urgence dans le cadre notamment de la préparation à une pandémie grippale ou des plans de réponse à la menace nucléaire, radiologique, biologique et chimique, ainsi qu'à poursuivre l'augmentation de la réserve sanitaire. Ces dépenses concernent principalement le programme de renouvellement de produits et matériels permettant de maintenir un stock de précaution suffisant et opérationnel pour répondre à une éventuelle menace sanitaire d'origine malveillante, naturelle ou accidentelle (stocks d'antibiotiques, de comprimés d'iode...), la fabrication de comprimés d'Oseltamivir PG 75 mg, l'acquisition de respirateurs, le programme de substitution des masques double-norme aux masques FFP2 arrivant à péremption, le maintien des stocks de vaccins antiméningococciques, l'acquisition d'antidotes chimiques et radiologiques, l'achat de vaccins contre l'anthrax, l'acquisition de nouveaux produits en fonction des besoins (traitement pour la maladie de Chagas et la diphtérie), la rationalisation de la logistique des produits du stock national santé en réorganisant le stockage, le renouvellement face à la péremption des produits et la distribution.

Source : Réponse au questionnaire budgétaire

7. Préparer les nouveaux investissements nécessaires dans la qualité, la sécurité et la gestion des produits de santé et du corps humain

La mise en œuvre des politiques relatives aux produits de santé et du corps humain repose sur l'élaboration de textes normatifs ; elle est assurée par plusieurs établissements dont deux sont opérateurs de l'Etat : l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) et l'agence de la biomédecine (ABM), qui mobilisent la quasi-totalité des crédits de l'action.

a) Une augmentation nécessaire des crédits de l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

L'Afssaps est à la fois une agence d'évaluation et d'expertise et une agence investie d'une large délégation de puissance publique. Elle exerce des missions propres d'évaluation avant et après la mise sur le marché, de contrôle des produits en laboratoires, d'inspection sur les sites de production, de distribution en gros ou d'essais cliniques. Ces activités débouchent, chaque fois que cela s'avère nécessaire, sur des décisions de police sanitaire prises par son directeur général, au nom de l'Etat. En outre, elle élabore et diffuse auprès des professionnels de santé et des patients, sous des formes diverses (communiqués, mises au point, recommandations...) des informations destinées à favoriser le bon usage des produits de santé. Elle est, depuis juin 2008, l'autorité compétente unique pour l'autorisation des recherches biomédicales en France.

Son action se place dans le cadre du contrat de performance signé en octobre 2007 avec l'Etat pour la période 2007-2010 et du projet d'établissement 2008-2010. La subvention de l'Etat s'élève à 9,5 millions d'euros pour un budget total de l'établissement qui s'élève en 2008 à plus de 103 millions grâce au produit des taxes affectées.¹

Face à la multiplicité des tâches qui lui incombent, l'augmentation de 17,28 % des crédits d'Etat affectés à l'Afssaps est bienvenue.

b) Conforter le rôle de l'agence de biomédecine

L'agence de biomédecine (ABM) est le principal acteur de la biomédecine. Elle est chargée de participer à la conception et de mettre en œuvre l'ensemble des règles régissant les activités relatives au prélèvement de greffes et de préparation des greffons, à la reproduction, à l'embryologie, à la génétique, ainsi qu'à la recherche sur l'embryon. Elle est appelée à jouer un rôle central dans le cadre de la révision des lois de bioéthique notamment sur les questions relatives à l'embryon.

¹ Cette question sera traitée dans le cadre de l'examen de l'article 73 rattaché à l'examen de la mission santé.

La dotation de l'Etat à l'ABM augmente de 11,7 % pour atteindre 12,6 millions en crédits de paiement. Votre rapporteur a eu l'occasion d'expliquer l'intérêt que présente l'existence de l'ABM et est favorable à une augmentation de ses compétences et de ses crédits dans le cadre notamment d'une politique ambitieuse de collecte du sang placentaire.¹

B. PRÉPARER LES NOUVELLES ÉCHÉANCES

Un certain nombre de dépenses non prévues au titre du budget pour 2009 apparaîtront vraisemblablement nécessaires au titre du budget pour 2010 et il convient de s'y préparer.

1. L'augmentation prévisible de la subvention à accorder aux agences

Deux agences devront sans doute voir leurs subventions augmenter dans un avenir proche pour des raisons différentes.

D'une part, l'INCa, qui résorbe progressivement les excédents de son fonds de roulement, va devoir faire face aux exigences budgétaires liées à la mise en œuvre d'un nouveau plan cancer. Une nouvelle augmentation de crédits assurera la traduction budgétaire de la priorité placée par le Président de la République sur ce sujet.

D'autre part, l'Afssa perçoit depuis deux ans une subvention insuffisante pour faire face à ses missions et puise les crédits manquants dans ses fonds propres. Malgré les synergies porteuses d'économies que suppose le projet de fusion avec l'Afsset, il est vraisemblable qu'une augmentation de crédits sera nécessaire en 2010.

2. L'enjeu de la collecte de sang

Aucun crédit budgétaire ne venant abonder l'EFS, les enjeux relatifs à cet établissement ne sont pas examinés dans le cadre du budget. Néanmoins il est vraisemblable qu'à l'horizon 2010 les besoins croissants en termes de sang imposeront la mise en œuvre d'une action d'envergure financée partiellement par l'Etat. Votre rapporteur souhaite que cette question soit posée dès à présent étant donné son importance cruciale en matière de santé publique.

¹ Cf. rapport d'information n° 79 (2008-2009) de Mme Marie-Thérèse Hermange.

DEUXIÈME PARTIE

LA VOLONTÉ DE REMÉDIER À LA SOUS-DOTATION PERSISTANTE DU PROGRAMME « OFFRE DE SOINS ET QUALITÉ DU SYSTÈME DE SOINS »

Le programme 171 « Offre de soins et qualité du système de soins » est doté de 127 470 000 euros destinés à la formation des personnels et à la gestion du système de soins. Cette somme est répartie inégalement entre les deux actions du programme, l'action « niveau et qualité de l'offre de soins » concentrant plus de 73 % des crédits, le solde étant dévolu à l'action « Modernisation du système de soins ». Comme les années précédentes, les crédits de personnels ne figurent pas dans la mission « Santé » mais dans la mission « Solidarité, insertion et égalité des chances » pour un montant de 186,3 millions d'euros. Il convient également de garder à l'esprit que le financement par l'Etat retracé dans ce programme ne représente que 1 % des sommes consacrées à l'offre et à la qualité du système de soins par la Nation.

I. APURER LA DETTE DE L'ETAT AU TITRE DE LA FORMATION DES INTERNES

Les actions financées par le budget de l'Etat en matière de formation initiale des professions médicales sont regroupées au sein de l'action n° 1 : « niveau et qualité de l'offre de soins ». Les crédits correspondants servent à financer la formation des internes et le dispositif de « l'année-recherche ».

A. UN EFFORT ACCRU À DESTINATION DE LA FORMATION INITIALE DES INTERNES

Une partie de la formation des internes en médecine s'effectue à l'extérieur des centres hospitaliers universitaires (CHU), ce qui produit des dépenses spécifiques prises en charge par le ministère de la santé.

1. Les stages devant être remboursés par le ministère aux centres hospitaliers universitaires

a) Les stages extra-hospitaliers des internes

Les internes en médecine (hors médecine générale) et en pharmacie peuvent effectuer, dans le cadre de leur maquette de spécialisation, des stages dans des organismes agréés extra hospitaliers ou dans des laboratoires agréés de recherche. Le CHU dont relève l'interne continue pendant ce stage à assurer le versement des émoluments forfaitaires, des charges sociales et, le cas échéant, des indemnités compensatrices d'avantages en nature. Ces dépenses, lorsqu'elles sont réglementairement prévues, font l'objet d'un remboursement au CHU par le budget du ministère chargé de la santé.

b) Les stages des internes en médecine générale chez les médecins généralistes agréés

L'internat de médecine générale est actuellement d'une durée de trois ans (six semestres). Il permet l'accomplissement, par les internes de médecine générale, d'un stage de six mois à temps plein auprès de médecins généralistes agréés. Pendant la durée de ce stage, les internes de médecine générale sont alors rémunérés selon les mêmes modalités que pour les stages extra hospitaliers des internes des autres spécialités, cette rémunération étant remboursée aux CHU sur les crédits figurant au budget du ministère en charge de la santé.

c) Les stages extra-hospitaliers de sixième semestre en médecine générale

Dans le cadre de la maquette de médecine générale, les internes doivent effectuer leur dernier semestre (sixième semestre) soit en médecine générale ambulatoire, sous la forme d'un stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé, soit dans une structure médicale agréée (protection maternelle et infantile (PMI), médecine scolaire, médecine humanitaire, médecine pénitentiaire...) dans le cadre d'un projet personnel validé par le coordonnateur de médecine générale. Les internes qui effectuent ce stage sont alors rémunérés selon les modalités précitées pour les autres stages extra hospitaliers.

d) Les stages extra-hospitaliers de deuxième cycle en médecine générale

Dans le cadre de leurs études de médecine, les étudiants de quatrième ou cinquième année sont sensibilisés à la médecine générale par le biais d'un stage chez un médecin généraliste agréé. Ce stage doit permettre à ces étudiants d'appréhender l'exercice de la médecine générale en cabinet, la prise en charge globale du patient et la relation médecin-patient en médecine générale ambulatoire, la démarche clinique et de prévention et enfin les modalités de gestion d'un cabinet libéral. Les étudiants sont rémunérés par le CHU qui est remboursé par des crédits figurant au budget du ministère en charge de la santé.

e) Les indemnités ou honoraires pédagogiques des maîtres de stage

Les traitements versés aux praticiens généralistes de ville en médecine générale habilités à remplir les fonctions de maître de stage et qui reçoivent des internes ou des étudiants de deuxième cycle en formation sont également versés par le CHU et remboursés par le ministère.

2. Une augmentation progressive mais insuffisante des crédits

a) Une croissance régulière

Les crédits obtenus en loi de finance initiale, après avoir connu une relative stabilité de 1999 à 2001, ont fait l'objet d'une débudgétisation partielle en 2002, puis d'une rebudgétisation. On observe à partir de 2003 une progression (48,072 millions d'euros), puis une légère diminution en 2004 (46 millions d'euros), une forte augmentation en 2005 (51 millions d'euros soit une croissance de 11 %), un maintien en 2006, une forte augmentation en 2007 (56,642 millions d'euros, soit une croissance de 11 % à nouveau) et une légère augmentation en 2008.

b) Une dette liée à l'impossibilité de maîtriser l'augmentation des dépenses

Au 1^{er} janvier 2008, la dette cumulée de l'Etat, sur ce chapitre, a dépassé les 12 millions d'euros (factures reçues et non payées).

Force est de reconnaître la faible emprise du ministère de la santé sur l'évolution de ces montants qui dépend presque exclusivement du nombre d'étudiants en médecine. Un effort pour régler la dette et faire face aux besoins de formation a néanmoins été engagé. La ministre de la santé a ainsi déclaré, devant la commission des finances du Sénat, que les crédits passeraient de 67 à 122 millions d'euros entre 2008 et 2011 afin de rembourser la dette, revaloriser la filière de médecine générale et ouvrir de nouveaux stages de formation des médecins. Les crédits ont été accrus de 28,2 % en 2009 pour prendre en compte l'évolution du nombre d'internes inscrits en troisième cycle des études médicales et la montée en charge progressive du stage de deuxième cycle chez le médecin généraliste. Votre rapporteur salue cet effort nécessaire pour la formation des étudiants en médecine.

B. UNE PLUS FORTE INCITATION À LA RECHERCHE

Le dispositif de « l'année-recherche » permet aux internes les mieux classés en médecine, pharmacie et odontologie d'acquérir, pendant un an, une formation à la recherche dans le cadre d'un master. Chaque année, un arrêté cosigné des ministres chargés de la santé, de l'enseignement supérieur et du budget définit le contingent d'internes susceptible d'y avoir accès.

Les étudiants disposent d'une grande latitude dans le choix de la date de réalisation de l'année-recherche au cours de leur internat, ce qui fait fluctuer l'accomplissement de l'année-recherche selon les régions et les années. Il en résulte donc une certaine irrégularité dans la consommation des crédits, ce qui rend parfois moins fiables les prévisions budgétaires. Pour 2009, ils sont accrus de 11 % soit 6,09 millions d'euros.

C. LE TEMPS DU CHOIX POUR LA FORMATION MÉDICALE CONTINUE

1. Le dispositif actuel

La formation continue des professions de santé constitue un facteur majeur d'amélioration de la qualité de soins et de l'organisation du système de santé. Sur le fondement des lois du 4 mars 2002 relative aux droits du malade et à la qualité du système de santé, du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique et du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, l'évaluation des pratiques professionnelles des médecins, des pharmaciens et dentistes et sages-femmes, ainsi que leur formation continue, sont obligatoires.

Trois décrets publiés le 2 juin 2006 constituent l'encadrement juridique de la formation continue des médecins, des pharmaciens et des chirurgiens dentistes. Deux dispositifs conjoints sont actuellement mis en place :

- le premier, pour la formation continue des professionnels de santé, est placé sous l'égide des conseils nationaux placés auprès du ministre de la santé. Chaque type de formation donne lieu à l'attribution formelle de crédits comptabilisés selon un barème défini par ces conseils nationaux et homologué par le ministère. Les formations sont suivies par les professionnels auprès d'organismes de formation continue agréés par ces conseils nationaux ;

- le second concerne l'évaluation des pratiques professionnelles. Celle-ci est accomplie auprès d'organismes de formation agréés par la Haute Autorité de santé après avis des mêmes conseils nationaux de la formation médicale continue.

A la demande de la ministre en charge de la santé, les conseils régionaux de formation continue par profession, initialement prévus par la loi du 9 août 2004, n'ont pas été installés en 2007 en raison de la réforme envisagée. De même, l'obligation quinquennale de formation continue ne fait pas l'objet de vérification formelle auprès des professionnels par les différents ordres (vérification du cumul des crédits sur cinq ans selon un barème) car la date initiale n'a pas été fixée à ce jour sur le plan réglementaire pour le respect de cette obligation quinquennale, faute d'un système d'information centralisé.

Le montant des crédits inscrits pour 2008 se sont avérés suffisants en gestion dans la mesure où ni le conseil national de formation continue des pharmaciens ni les conseils régionaux de formation de la FMC ne sont installés, en raison des perspectives de réforme envisagées en 2009.

2. La réforme annoncée par le projet de loi « Hôpital, patients, santé et territoires »

Les deux dispositifs actuels de formation continue des professions de santé (FMC) et d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) nécessitent d'être simplifiés et mis en cohérence. C'est à quoi s'emploie le projet de loi « Hôpital, patients, santé et territoires » que le Parlement examinera début 2009.

D. LA RÉDUCTION DU FOND DE ROULEMENT DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

La Haute Autorité de santé (HAS), créée en 2004, a pour mission d'assurer à tous les patients un accès durable et équitable à des soins aussi efficaces, sûrs et efficaces que possible. Elle exerce une double mission au sein du système de santé : d'une part, optimiser la gestion du panier des biens et services médicaux remboursables, d'autre part, accompagner, notamment par l'élaboration de référentiels, l'amélioration continue des pratiques cliniques des professionnels de santé.

La dotation de la HAS s'élève ici à 6 millions d'euros. Elle a beaucoup fluctué les années passées, pour tenir compte du fonds de roulement de cette agence : 9,65 millions en 2006, 1 million en 2007 et 2,5 millions en 2008.

Recettes de la HAS en 2007, prévisions 2008 et 2009

(en euros)

Ressources de la HAS	2007	2008	2009
Subvention Etat	958 402	2 500 000	6 000 000
Dotation assurance maladie	2 000 000	5 000 000	12 000 000
Fraction de 10 % de la taxe sur les dépenses de promotion des laboratoires pharmaceutiques	20 179 910	17 600 000	17 400 000
Redevance des industriels	3 598 350	3 398 564	3 398 564
Contribution des établissements au titre de la procédure d'accréditation	9 537 600	8 900 000	8 900 000
Divers (produits financiers et ressources affectées)	2 042 033	100 000	100 000
Total	38 316 295	37 498 564	47 798 564

Fin 2007, le fonds de roulement de la HAS était de 35,6 millions correspondant à six mois et demi de fonctionnement courant 2008. Le prélèvement sur fonds de roulement prévisionnel devrait être d'environ 27,7 millions en fin d'année 2008, ce qui le ramènerait à 7,9 millions soit environ deux mois de fonctionnement courant.

Les activités de la HAS en matière d'accréditation¹ et de certification

Accréditation

La loi a confié à la HAS la mise en place de l'accréditation des médecins exerçant en établissement public ou privé dans des spécialités « à risque ». Ce dispositif donne un rôle prépondérant à des organismes nationaux que la HAS doit agréer.

En 2007, douze de ces organismes ont déjà été agréés par la HAS et neuf autres devraient l'être en 2008. Une fois agréés, ces organismes sont notamment chargés d'instruire et d'évaluer les demandes d'accréditation déposées par les médecins et de collecter les données relatives aux événements porteurs de risques médicaux (EPR) afin de les analyser. Ils élaborent des recommandations avec la HAS. Pour les médecins, la procédure d'accréditation, valable quatre ans, est volontaire. Cependant, elle permet de satisfaire à l'obligation d'EPP (évaluation des pratiques professionnelles) dont elle intègre les principes et les méthodes. Elle participe aussi à l'obligation de formation médicale continue (FMC) sous forme de crédits. Les premiers médecins se sont engagés dans la démarche d'accréditation fin 2007 et au 1^{er} septembre 2008, 6 437 praticiens s'y étaient déjà engagés auprès d'organismes agréés.

¹ La dénomination « accréditation des établissements de santé » n'existe plus depuis la loi 13 août 2004, remplacée par « la certification des établissements de santé ». Le terme « accréditation » est désormais réservé à une autre procédure concernant les médecins et les équipes médicales.

Certification

Autrefois connu sous le terme « accréditation des établissements de santé », l'outil d'évaluation externe de la qualité destiné aux établissements a été dénommé « certification » par la loi du 13 août 2004.

La certification des établissements de santé est une démarche ayant pour objectif de concourir à l'amélioration de la prise en charge des patients dans les hôpitaux et cliniques sur l'ensemble du territoire français.

Elle consiste en une auto-évaluation suivie d'une visite réalisée par des professionnels de santé extérieurs à l'établissement et intègre un dispositif de suivi qui vise à engager les professionnels de l'établissement dans une démarche qualité durable. La certification des établissements n'est pas un examen ou un concours que passe chaque établissement mais plutôt un travail de fond mobilisant l'ensemble de ses personnels autour d'un objectif commun : mieux travailler ensemble pour assurer une prise en charge de qualité.

La prise en charge satisfaisante du patient implique l'action coordonnée de nombreux services cliniques, médico-techniques, logistiques et administratifs. C'est pourquoi l'évaluation porte sur l'ensemble du fonctionnement de l'établissement et intègre les éléments relatifs à l'information et à la participation du patient à sa prise en charge. La procédure de certification est naturellement en constante évolution de façon à s'adapter en permanence aux exigences des citoyens en matière de qualité et de sécurité des soins.

En 2006, deux versions de certification ont été utilisées en parallèle, les versions dites V1 et V2. Le passage à la version 2 de la procédure s'est accompagné de nouveautés visant principalement à améliorer la fiabilité et la reproductibilité des constats rédigés par les experts-visiteurs. L'accent a également été mis sur l'extension des démarches qualité aux pratiques médicales et soignantes.

Fin 2006, la première procédure de certification (V1) touchait à son terme, le relais par la version 2 (V2) ayant débuté en mai 2005.

430 établissements ont reçu leur première visite de certification en 2006, portant le nombre total des établissements ayant achevé la procédure de certification à 2 793 au 31 décembre 2006.

Parallèlement, en 2006, 316 établissements de santé ont reçu leur deuxième visite de certification (V2), portant le nombre total des établissements ayant achevé leur procédure V2 à 194 au 31 décembre 2006.

En 2007, 666 visites (dont 633 visites initiales et 33 visites ciblées) ont été réalisées par la HAS et 490 établissements ont été certifiés (V2). Les résultats de cette certification en 2007 montrent une procédure plus exigeante vis-à-vis des établissements de santé, au sens où 52 % des établissements certifiés le sont avec une mesure de suivi et la fixation d'une échéance rapprochée pour l'examen des actions correctives réalisées au titre de ce suivi.

Au 31 décembre 2007, 826 établissements étaient certifiés V2.

Enfin, la HAS travaille actuellement sur une nouvelle (V2010) version du dispositif de certification, pour réduire les contraintes formelles de la procédure tout en renforçant son efficacité, dont la mise en place est prévue au début de l'année 2010.

Source : Réponse au questionnaire budgétaire

II. LA MODERNISATION DU SYSTÈME DE SOINS EN ATTENTE DE RÉFORMES

1. Les subventions pour charges de service public

En 2009, 29,9 millions d'euros de subventions pour charges de service public sont prévus au titre de l'action « modernisation du système de soins ». Ils sont affectés aux différents opérateurs.

a) Les agences régionales de l'hospitalisation

Les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) percevront en 2009 une subvention de 21,09 millions d'euros. Celle-ci est en recul de 1 million d'euros par rapport à 2008, ce qui la place pour 2009 à un niveau moyen entre les crédits votés pour 2008 et pour 2007. Les agences devraient, à terme, être fondues dans les agences régionales de santé (ARS), envisagées par le projet de loi « Hôpital, patients, santé et territoires » pour le 1^{er} janvier 2010, ce qui ne devrait donc avoir qu'un effet budgétaire limité pour 2009.

Le projet de mise en place des ARS

Les ARS réuniront les services de l'Etat et de l'assurance maladie et devront être le levier d'une responsabilisation de tous les acteurs.

Elles mettront fin à la dispersion des différentes structures territoriales œuvrant dans les domaines de la santé et des soins : les services déconcentrés actuels de l'Etat (le pôle « santé » des Ddass et des Drass), les agences régionales de l'hospitalisation (ARH), les unions régionales des caisses d'assurance maladie (Urcam), les missions régionales de santé (MRS), les groupements régionaux de santé publique (GRSP), et une partie des services régionaux des trois grands régimes de l'assurance maladie (régime général, régime agricole et régimes des indépendants) seront regroupés au sein des ARS.

Les ARS auront pour mission d'assurer, à l'échelon régional, le pilotage d'ensemble du système de santé.

b) Les autres opérateurs

Trois opérateurs bénéficient également de subventions :

- l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih) percevra 2,86 millions d'euros, contre 2,37 millions en 2008. Elle a pour missions principales la mise en œuvre des différents systèmes d'information sur le secteur de l'hospitalisation, c'est-à-dire les systèmes nécessaires à l'analyse des moyens et des activités des établissements de santé publics ou

privés sur la base des informations que ces derniers doivent transmettre à l'Etat et aux ARH, l'accessibilité aux tiers de ces systèmes d'information et la participation à l'élaboration des nomenclatures de santé ;

- le groupement d'intérêt public « carte professionnelle de santé » (Gip-CPS) percevra 770 000 euros, soit un montant équivalent à celui prévu en 2008. Votre rapporteur observe toutefois, comme le rapporteur spécial de la commission des finances, que le projet de loi de financement de la sécurité sociale a supprimé cette structure, qui serait fusionnée avec le Gip « dossier médical personnel » et une partie du groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier chargé de l'interopérabilité au sein de la nouvelle agence pour les systèmes d'information de santé partagés (ASIP). La discussion en séance devrait permettre d'avoir des éléments sur les économies susceptibles d'être ainsi réalisées ;

- enfin, le centre national de gestion (CNG) recevra 5,18 millions d'euros, contre 3,74 millions en 2008. Cet établissement est chargé de gérer pour la direction générale de l'hospitalisation et de l'organisation des soins la carrière d'environ 35 000 médecins hospitaliers et 5 000 directeurs d'hôpital ainsi que des autres personnels de catégorie A de la fonction publique hospitalière.

2. Une dette liée aux frais de justice

En 2009, 2,5 millions d'euros ont été réservés au titre des frais de justice, les dépenses représentant essentiellement les contentieux liés aux autorisations d'ouverture de pharmacies et de laboratoires et à la sectorisation psychiatrique. A cette somme, doit être ajouté 1,5 million consacré aux frais de justice liés aux médecins hospitaliers et inclus dans les crédits du CNG. Par ailleurs, le ministère a des dettes envers les établissements de santé au titre du contentieux de la sectorisation psychiatrique, évaluées à 37,2 millions d'euros (intérêts non compris) par la commission des finances du Sénat et il convient que le Gouvernement puisse présenter les modalités de leur apurement.

TROISIÈME PARTIE

UN RECENTRAGE SUR L'AIDE MÉDICALE D'ETAT AU SEIN DU PROGRAMME PROTECTION MALADIES

Le programme « Protection maladies » apporte le complément de solidarité nationale nécessaire pour garantir une couverture maladie effective de l'ensemble de la population résidant en France. Il comporte 513 millions d'euros répartis en trois actions : accès à la protection maladie complémentaire, aide médicale de l'Etat et fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante. Ces actions sont dotées de manière très inégale, puisque l'accès à la CMU-c n'est plus abondé et que l'AME représente 90,74 % des fonds contre 9,26 % pour le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante. A ce programme doit être ajoutée la dépense fiscale liée à l'exonération d'imposition sur le revenu des indemnités et prestations servies aux victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles pour un montant estimé en 2009 de 3,46 milliards d'euros.

I. LA RECHERCHE D'UNE RESSOURCE PÉRENNE POUR LA COUVERTURE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

1. Une mutation financière achevée par la loi de financement de la sécurité sociale

La volonté de désengagement financier de l'Etat en ce qui concerne la CMU-c est ancienne et marquée, comme l'indique l'évolution de sa contribution au fonds CMU depuis 2004.

Evolution de la contribution de l'Etat au fonds CMU

(en millions d'euros)

Années	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Mission « Solidarité et intégration » (1)	946,6	660,6	323,5	92	50	
Mission « Outre-mer » (2)	50	34,4	22,7	22,7	0	
Mission « Santé »						0
TOTAL	996,6	695	346,2	114,7	50	0

(1) Anciennement budget « Santé-solidarité ».

(2) Anciennement budget « Outre-mer ».

Source : commission des affaires sociales, d'après les documents budgétaires

L'article 12 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a modifié le système de financement du fonds en charge de la couverture maladie universelle (CMU) et de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) dont les besoins seront désormais entièrement couverts par une taxe majorée sur les organismes complémentaires. La ligne budgétaire demeure néanmoins car l'Etat a l'obligation, en application de l'article L. 862-3 du code de la sécurité sociale, d'assurer l'équilibre du fonds. En cas d'insuffisance de la ressource fiscale, une nouvelle intervention de l'Etat est donc envisageable.

2. Un enjeu de solidarité nationale et de santé publique

Le tableau ci-après retrace l'évolution du nombre de bénéficiaires de la CMU-c depuis 2005 (France entière) :

**Nombre de bénéficiaires depuis 2005
(France entière)**

	2005	Evol. 2005/2004	2006	6vol. 2006/2005	2007	Evol. 2007/2006	2008	Evol. 2008/2007
Cnam (y. c. SLM)	3 903 687	1,9 %	3 958 000	1,4 %	3 952 000	- 0,2 %	3 550 000	- 10,2 %
CCMSA	132 995	1,6 %	132 000	- 0,7 %	128 000	- 3,0 %	120 000	- 6,3 %
RSI	128 199	13,8 %	137 000	6,9 %	151 000	10,2 %	155 000	2,6 %
Autres régimes	9 417	3,3 %	10 000	6,2 %	10 000	0,0 %	10 000	0,0 %
Sous-total organismes de sécurité sociale	4 174 298	2,2 %	4 237 000	1,5 %	4 241 000	0,1 %	3 835 000	- 9,6 %
Organismes complémentaires	631 769	- 2,3 %	617 000	- 2,3 %	608 000	- 1,5 %	603 000	- 0,8 %
TOTAL	4 806 067	1,6 %	4 854 000	1,0 %	4 849 000	- 0,1 %	4 438 000	- 8,5 %

Cnamts : caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

y.c. : y compris

SLM : sections locales mutualistes

CCMSA : caisse centrale de la mutualité sociale agricole

RSI : régime social des indépendants

Grâce à l'amélioration de la performance du système statistique de la Cnam permettant de mieux détecter les doublons (bénéficiaires comptés dans plusieurs caisses d'assurance maladie, notamment en cas de déménagement), le nombre de bénéficiaires de la CMU-c va être rectifié en 2008. L'hypothèse retenue est celle proposée par le fonds CMU en août 2008 d'une correction portant sur 6 % environ des bénéficiaires de la couverture complémentaire pris en charge par la Cnam. Les chiffres définitifs de la correction statistique devraient être connus à la fin de l'année.

Les données statistiques des caisses d'assurance maladie ne permettent pas d'appréhender la dispersion des revenus des bénéficiaires de la CM-c. Il convient de rappeler que les plafonds de ressources pour son attribution sont fixés à 7 447 euros de revenu annuel pour une personne seule (621 euros par mois), 11 170 euros pour un foyer de deux personnes, 13 404 euros pour un foyer de trois personnes, 15 638 euros pour un foyer de quatre personnes (depuis le 1^{er} juillet 2008).

Par ailleurs, la Cnam donne l'estimation suivante de la proportion de RMistes, c'est-à-dire de la population dont les revenus sont les plus faibles, parmi les bénéficiaires de la CMU-c :

2005	2006	2007	1 ^{er} semestre 2008
46,26 %	47,20 %	47,27 %	45,93 %

Source : Cnam

Ces données montrent qu'ils constituent près de la moitié des bénéficiaires de la CMU-c.

La dépense moyenne des prestations de CMU-c par bénéficiaire et par an est estimée dans le tableau ci-dessous, à périmètre de prise en charge constant :

L'augmentation des dépenses globales de CMU-c s'explique par la revalorisation des honoraires et de certains tarifs dentaires en 2006 et par la revalorisation du forfait journalier hospitalier.

Les dépenses moyennes de CMU-c sont passées de 321 euros en 2005 à 398 euros en 2008.

3. La montée en charge continue de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire

L'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé (ACS) instituée par les articles L. 863-1 et L. 863-2 du code de la sécurité sociale permet aux personnes disposant de ressources excédant le plafond de la CMU-c de moins de 20 % de bénéficier d'un contrat individuel d'assurance complémentaire de santé dans les conditions de droit commun avec une réduction de la prime, prise en charge par le fonds CMU, à hauteur de 100 euros par personne couverte de moins de vingt-cinq ans, 200 euros jusqu'à cinquante-neuf ans et 400 euros à soixante ans ou plus.

Les organismes de protection sociale complémentaire bénéficient d'un crédit d'impôt égal au montant de l'aide qu'ils répercutent sur le prix du contrat.

La montée en charge du dispositif s'est accélérée puisque le nombre de bénéficiaires est passé de 226 000 en mai 2006 à 275 000 en mai 2007 pour atteindre 381 000 en mai 2008 (soit une augmentation de 38,3 % sur un an). Par ailleurs, le nombre de personnes auxquelles les caisses d'assurance maladie ont délivré une attestation de droits à l'ACS a atteint le chiffre de 512 000 en 2007, soit une augmentation de 31 % par rapport à 2006 (391 000). Cette accélération résulte des efforts de communication menés sur ce dispositif : actions ciblées auprès de bénéficiaires de prestations sous conditions de ressources au travers du réseau des caisses d'allocations

familiales et d'assurance vieillesse, remise au bénéficiaire, depuis le début de l'année 2008, d'un chèque « Aide pour une complémentaire santé » à faire valoir lors de l'acquisition d'une assurance complémentaire. La simplicité du dispositif est un élément fort de compréhension pour les bénéficiaires potentiels.

Votre rapporteur se félicite que la permanence de la ligne budgétaire permette un suivi de la CMU-c et de l'ACS dans le cadre de la loi de finances.

II. FAIRE FACE AUX BESOINS EN CONSTANTE CROISSANCE DE L'AIDE MÉDICALE D'ETAT

En 2009, 490 millions d'euros sont affectés à l'aide médicale d'Etat, ce qui confirme la tendance amorcée dans le projet de loi pour 2008 qui avait presque doublé les crédits affectés à cette action en les faisant passer de 233,48 millions à 413 millions. Deux questions restent cependant non résolues : la dette reconstituée de l'Etat à l'égard des caisses d'assurance maladie et la possibilité de maîtriser les dépenses liées à cette action.

1. La volonté de maîtriser la croissance des dépenses

L'AME, instaurée par le titre III de la loi portant création de la couverture maladie universelle (CMU), est entrée en vigueur le même jour que la couverture maladie universelle, le 1^{er} janvier 2000. Ce dispositif est destiné à prendre en charge les soins des personnes étrangères résidant en France en situation irrégulière, qui ne peuvent prétendre à la CMU réservée aux résidents en situation régulière.

a) Un cadre juridique plus contraignant

La législation de l'AME a connu depuis 2004 une série de modifications importantes visant à mieux maîtriser le dispositif et à donner aux caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) qui en assurent la gestion les outils nécessaires à une gestion rigoureuse. **L'article 97 de la loi de finances rectificative pour 2003** du 30 décembre 2003 a ainsi instauré les mesures suivantes applicables à compter du 1^{er} janvier 2004 :

- la condition de résidence ininterrompue préalable depuis plus de trois mois pour accéder à l'AME ;
- la suppression de la possibilité d'admission immédiate à l'AME ;
- la création, hors AME, d'une prise en charge des soins urgents et vitaux pour les étrangers résidant en France en situation irrégulière et ne bénéficiant pas de l'AME, financée par une dotation forfaitaire versée par l'Etat à la Cnam ;
- l'exclusion de la prise en charge par l'AME des soins ayant donné lieu au versement d'une provision.

En 2006, une mission d'audit de modernisation relative à la gestion de ce dispositif a été conjointement conduite par l'Igas et l'IGF et a débouché sur un rapport publié en février 2007 préconisant un certain nombre de mesures. Les principales préconisations du rapport ont été ainsi mises en œuvre.

b) Le renforcement de la lutte contre la fraude

Comme dans tout dispositif reposant sur la solidarité nationale, le risque de déséquilibre non soutenable est lié à la fraude. Plusieurs mesures ont été prises pour le limiter. Ainsi, la délivrance d'un titre d'admission sécurisé sur papier non photocopiable est effective sur l'ensemble du territoire depuis le début du printemps 2008 et une expérimentation d'un titre d'admission avec photo s'est déroulée pendant deux mois dans deux caisses primaires d'assurance maladie (Bouches-du-Rhône et Yvelines). Le bilan de cette expérimentation doit permettre de faire le choix du traitement de la photographie (photographie agrafée tamponnée ou non, ou bien photographie scannée) qui sera portée sur l'attestation de droit sur papier non photocopiable. Un arrêté fixant le modèle définitif paraîtra prochainement afin que cette nouvelle attestation entre en vigueur au 1^{er} janvier 2009.

La mise en place d'un équilibre entre droits et devoirs pour les bénéficiaires participe également de la lutte contre les abus. A ce titre, l'alignement des devoirs des bénéficiaires de l'AME sur ceux des assurés de droit commun peut être vu comme un facteur contribuant à une plus grande acceptation de cette action au sein de la population. Plusieurs mesures ont été prises en ce sens :

- la substitution des médicaments génériques aux produits princeps, prévue par l'article 121 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, entraîne, en cas de refus, l'absence de prise en charge ;

- l'extension du contrôle médical de l'assurance maladie, prévue par l'article 116 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, à l'ensemble des bénéficiaires de l'AME et des soins urgents permet d'améliorer l'efficacité du dispositif ;

- une expérimentation d'une visite médicale de prévention est programmée : un groupe de travail, piloté et mis en place par la DGS réunissant la Cnam, l'InVS, l'Inpes, l'Anaem, le Cetaf, la HAS et des associations, a élaboré le cahier des charges d'une visite de prévention. Une expérimentation sur des départements qui restent à déterminer aura lieu à partir du deuxième trimestre 2009. Cette expérimentation devra apporter des éléments notamment sur le rapport coût/avantage de la généralisation d'une telle visite.

Malgré ces mesures, le coût de cette action continue à dépendre essentiellement du nombre de bénéficiaires et ne peut être réellement contrôlé. Il est donc possible qu'en dépit de l'importante augmentation des crédits, ceux-ci s'avèrent encore insuffisants.

2. La reconstitution de la dette de l'Etat envers les caisses d'assurance maladie

a) Une volonté d'apurer la dette

Les dettes dues au financement de l'AME, qui représentaient 920 millions d'euros au 31 décembre 2006, ont été remboursées aux organismes de sécurité sociale en octobre 2007. Alain Vasselle, rapporteur de la commission des affaires sociales, avait alors salué l'effort accompli par le Gouvernement.

b) Une dette reconstituée

Cette première mesure d'assainissement de la situation s'est toutefois révélée insuffisante : on comptabilise en effet 264,28 millions d'euros de dettes au titre de l'exercice 2007 et les insuffisances liées à l'exercice 2008 sont évaluées à 90 millions.

Il convient de rappeler que les crédits inscrits en loi de finances pour 2008 intégraient une hypothèse d'économie de 102 millions au total par rapport au tendancier de dépenses évalué à 450 millions.

Ces économies devaient résulter de la mise en œuvre d'une participation forfaitaire des bénéficiaires de l'AME, de la non-prise en charge des médicaments en cas de refus du bénéficiaire de l'AME d'accepter la substitution par un produit générique et de l'extension du contrôle médical aux bénéficiaires de ce dispositif.

Cette économie ne s'est donc pas réalisée, tandis que l'hypothèse de dépenses tendanciennes avait été sous-évaluée.

Ainsi, la dette de l'Etat à l'égard de la Cnam, au titre du seul dispositif de l'AME, est estimée à 354,28 millions fin 2008. Votre rapporteur souhaite donc savoir si des crédits seront inscrits en loi de finances rectificative pour 2008, afin de solder cette créance.

III. AMÉLIORER LA GESTION DU FONDS D'INDEMNISATION DES VICTIMES DE L'AMIANTE

Le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (Fiva) fait l'objet d'une action spécifique et est doté de 50 millions d'euros au titre de la loi de finances pour 2009.

A. UN NOMBRE CROISSANT DE VICTIMES MAIS ÉGALEMENT DE MALADIES BÉNIGNES

Le rapport d'activité du conseil d'administration du Fiva, qui couvre l'année 2007, montre que le nombre de demandes d'indemnisation continue de progresser fortement (33,2 %) pour atteindre 25 579 en 2007, qui se répartissent de la façon suivante :

Année	Nouvelles victimes	Nouveaux ayants droit	Demandes nouvelles de victimes ou d'ayants droit déjà connus
2005	8467	5481	4592
2006	8929 (+5,5%)	5126 (-6,5%)	5151 (+12,2%)
2007	10771 (+20,6%)	7960 (+55,3 %)	6848 (+32,9%)

Depuis sa création et jusqu'au 31 décembre 2007, le montant total des indemnisations versées par le Fiva s'élève à 1,64 milliard d'euros.

Parmi les dossiers déposés, les pathologies dites bénignes demeurent les principales pathologies pour lesquelles est formulée une demande d'indemnisation (74,1 % en 2007).

(en %)

Année	Asbestoses	Cancers broncho-pulmonaires	Mésothéliomes	Plaques et épaissements pleuraux
2002	15	15,3	14,7	55
2003	9,4	12	11,7	67
2004	3,2	14,5	10	72,4
2005	2,2	13,8	9,1	74,9
2006	5,5	13,7	7,9	72,9
2007	4,6	14,2	7,1	74,1

Source : Fiva - Rapport 2007 au Parlement et au Gouvernement

Cette tendance est confirmée par les taux d'incapacité les plus fréquemment retenus : en 2007, 66,6 % des victimes ont un taux d'incapacité de 5 % contre 63,2 % en 2006 et 56 % en 2005.

B. UNE GESTION EXCEDENTAIRE

Pour l'année 2007, les dépenses d'indemnisation du fonds se sont élevées à 350 millions d'euros, en diminution de 9,6 % par rapport à 2006. Ce fléchissement est principalement dû à la proportion croissante de maladies bénignes (31 % contre 30 % en 2006) et au poids plus important des ayants droit indemnisés (23,5 % contre 17,7 % en 2006). Il témoigne aussi du retard pris dans l'indemnisation des demandeurs.

Le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2008 fait apparaître un résultat net de l'exercice 2007 positif de 45 millions d'euros et un résultat cumulé depuis 2001 de 306 millions. Pour 2008, il estime le montant des charges à 377 millions et celui des produits à 399 millions (dont 315 millions de dotation de la branche accidents du travail-maladies professionnelles [AT-MP] et de 50 millions d'euros au titre de la dotation de l'Etat).

Il en déduit un résultat net pour l'exercice 2008 de 21 millions et un résultat cumulé du fonds excédentaire de 327 millions.

Evolution des recettes et dépenses du Fiva

(en millions d'euros)

	2005	2006	2007	2008 (p)
Charges	432	392	356	377
Indemnisations (dont provisions)	427	387	350	371
Autres charges	5	5	6	6
Produits	347	402	402	399
Contribution de la branche AT-MP	200	315	315	315
Contribution de l'État	52	48	48	50
Autres produits (dont reprise sur provisions)	95	40	39	34
Résultat net	-85	10	45	21
Résultat cumulé depuis 2001	251	261	306	327

Source : rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale –juin 2008

C. LA DIFFICULTÉ RENCONTRÉE POUR TRAITER LES DOSSIERS DANS LE DÉLAI IMPARTI DE QUATRE MOIS

Compte tenu des difficultés rencontrées par le Fiva pour respecter les délais de traitement réglementaires des dossiers, une mission Igas/IGF a été diligentée en 2008 afin de réaliser un audit du fonds. Le rapport provisoire a mis en évidence le nombre trop important de dossiers en instance et préconisé la mise en place d'une cellule d'urgence et le renforcement à terme des effectifs ainsi qu'une simplification des procédures pour le paiement des offres. Ces dispositifs devraient permettre une accélération du traitement des dossiers en attente qui conduira à une augmentation du montant global d'indemnisation en 2009. Le montant du fonds de roulement prévisionnel qui s'élève à 327 millions d'euros permettra d'absorber cette évolution et de maintenir en loi de financement de la sécurité sociale le même montant de dotation pour 2009.

*

* *

Au vu des observations formulées dans le présent avis, **vo**
tre commission a donné un avis favorable à l'adoption des crédits de la
mission « Santé » pour l'année 2009.

EXAMEN DES ARTICLES RATTACHÉS

Article 73

(art. L. 5211-3, L. 5211-5-2, L. 5211-6, L. 5121-17 et L. 5221-7
du code de la santé publique)

Simplification du régime des taxes affectées à l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

Objet : *Cet article propose une simplification du régime des taxes affectées à l'Afssaps.*

I - Le dispositif actuel

L'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) assure près de 80 % de son financement par la perception de taxes et redevances, notamment dix taxes touchant les laboratoires pharmaceutiques, ainsi que la taxe sur les dispositifs médicaux perçue auprès des professionnels.

La situation des recettes de fonctionnement de l'Afssaps

RECETTES	Compte financier 2007		Projection au 31/12/2008	
	en valeur	en % des recettes totales	en valeur	en % des recettes totales
Réalisation des recettes dont :	96 978 922		99 139 527	
a) subventions réalisées	5 629 066	5,8%	8 768 490	8,8%
b) taxes réalisées	78 272 585	80,7%	78 921 237	79,6%
c) redevances réalisées	4 485 197	4,6%	4 349 000	4,4%
d) ventes de produits et de services réalisées	7 017 082	7,2%	6 565 000	6,6%
e) Recettes financières et exceptionnelles	1 574 992	1,6%	535 800	0,5%

Source : réponse au questionnaire budgétaire

La part des différentes taxes affectées dans le budget de l'Afssaps en 2008

Taxe annuelle sur les médicaments et produits bénéficiaires d'une AMM	19 878 000
Taxe annuelle sur les médicaments bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle	0
Taxe annuelle sur les dispositifs médicaux et Dispositifs médicaux de diagnostic in vitro	16 000 000
Contrôle de qualité des analyses de biologie médicale	2 405 000
Droit progressif sur les demandes d'A.M.M.	32 674 902
Enregistrement Produits homéopathiques	220 000
Enregistrement Médicaments traditionnels à base de plantes	0
Redevance sur les demandes de visas de publicité	4 900 000
Demandes de certificats « matières premières »	0
Taxe sur les demandes d'autorisation d'importation parallèle	90 000
Taxe sur les recherches biomédicales	2 685 000
Droit fixe sur les certificats et déclarations d'exportation	0

Source : Afssaps

Cette complexité a conduit le Gouvernement, dans un souci de simplification, à modifier le mode de calcul de la taxe sur les recherches biomédicales : la part de la taxe relative aux modifications ultérieures intervenant après le dépôt du dossier initial de la recherche (en moyenne près de trois modifications par recherche) est supprimée et la taxe relative à l'autorisation initiale délivrée par l'Afssaps est augmentée. Les mêmes dispositions sont prévues pour la taxe additionnelle perçue au profit des comités de protection des personnes à l'occasion des demandes d'avis formulées auprès de ces organismes. Il est enfin proposé de porter de 10 % à 30 % le taux réduit dont bénéficient aujourd'hui les promoteurs institutionnels afin de réduire progressivement les disparités de traitement entre eux et les promoteurs privés.

Il est également proposé de supprimer :

- la taxe relative au certificat pour les médicaments exportés, dont le rendement est aujourd'hui nul ;

- la taxe relative aux demandes d'autorisation ou de renouvellement d'importation parallèle dont le rendement est également nul ;

- la taxe annuelle relative aux ventes de médicaments bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle, dont le support législatif est fusionné avec celui de la taxe relative aux ventes de spécialités pharmaceutiques bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché.

Par ailleurs, les modalités de recouvrement de la taxe sur les dispositifs médicaux déjà perçue par l'Afssaps sont améliorées en identifiant de façon plus précise les professionnels assujettis et soumis à obligation déclarative auprès de l'agence.

Ces mesures devraient accorder à l'Afssaps 1,5 million d'euros de recettes supplémentaires. Elles entreraient en vigueur au 1^{er} janvier 2009 comme le prévoit le paragraphe VII de l'article.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement du Gouvernement modifiant considérablement le dispositif d'origine. La taxe sur les recherches biomédicales a ainsi été supprimée.

Afin de compenser, à prélèvement constant, la perte de revenu qui en résultera en 2009 pour l'agence (3 millions) et les comités de protection des personnes (3,3 millions), les taxes portant sur le chiffre d'affaire des médicaments et des dispositifs médicaux (articles L. 5121-17, L. 5211-5-2 et L. 5221-7 du code de la santé publique) sont augmentées respectivement de 5,6 millions et 0,7 million.

Les modalités du recouvrement de la taxe annuelle frappant le chiffre d'affaires des fabricants de dispositifs médicaux ou de leurs mandataires prévues à l'article L. 5211-5-2 du code de la santé publique, notamment la taxation d'office, sont clarifiées afin de remédier à une perte de recettes annuelle estimée entre 750 000 euros et 1,5 million d'euros.

Pour remédier à cette situation, il est proposé d'ajouter un article après l'article L. 5211-3 du code de la santé publique afin de prévoir, dans des termes harmonisés, la déclaration d'activité de tout fabricant de dispositifs médicaux ou de leur mandataire. A cette occasion, il procède également à une mise à jour des intitulés des autres opérateurs soumis à déclaration et cités dans l'actuel 2° de l'article L. 5211-6.

Des dispositions de coordination sont enfin prévues pour tirer les conséquences de la suppression de la taxe sur les recherches biomédicales.

III - Les propositions de votre commission

Votre commission se félicite du travail de simplification mené par le Gouvernement en étroite relation avec l'Afssaps. Sur onze taxes affectées, quatre seraient supprimées et le ministre du budget s'est engagé à poursuivre cet effort l'année prochaine. Cette nouvelle formulation présente un double avantage :

- d'une part, elle favorise le maintien et renforce l'attrait des investissements des industries pharmaceutiques en France. Comme l'a souligné le ministre du budget lors de la discussion de l'amendement : « Les

recherches sur l'homme représentent un enjeu stratégique pour l'économie française car [elles sont un] vecteur d'innovation thérapeutique et d'amélioration de l'état de santé de la population française » ;

- d'autre part, elle contribue à réduire la dépendance financière de l'Afssaps sur les essais cliniques.

Le maintien de recettes fiscales dynamiques affectées à l'Afssaps offre une garantie qu'elle pourra continuer à faire les investissements nécessaires pour lui permettre d'exercer ses missions. Si une budgétisation des recettes fiscales et une augmentation de la dotation budgétaire pourraient sembler plus conformes à l'esprit de la loi organique relative aux lois de finances et mettraient fin à l'articulation financière entre l'Afssaps et l'industrie pharmaceutique, il faut également prendre en compte le risque de « paupérisation » dénoncé par l'agence si ses ressources venaient à dépendre uniquement des négociations interministérielles sur le budget.

Pour toutes ces raisons, **votre commission est favorable à cet article et vous propose de l'adopter sans modification.**

Article additionnel après l'article 73

Possibilité pour l'institut du cancer de lancer des programmes de recherche d'une durée de cinq ans

Objet : Cet article additionnel ouvre la possibilité pour l'institut du cancer de lancer des appels à projet d'une durée de cinq ans dans le domaine de la recherche.

L'institut national du cancer (INCa) consacre 65 % de son budget à la recherche et a créé en partenariat avec l'Inserm, un institut de recherche dédié. Cette affectation de crédits à la recherche est en partie responsable de la difficulté qu'a l'INCa à résorber son fonds de roulement. En effet, les fonds alloués aux programmes de recherche ne sont débloqués que sur présentation de rapports faisant état de l'avancement de travaux des équipes. Cette garantie du bon usage des fonds se heurte pourtant à la durée maximale des programmes de recherche que l'INCa peut mettre en place, soit trois ans. Les équipes scientifiques ne parviennent pas à atteindre les objectifs fixés dans ce laps de temps qui s'avère en pratique trop court. Ceci empêche l'usage des sommes budgétées par l'INCa pour un programme de recherche donné. Un allongement de la durée d'ouverture possible des programmes de recherche de trois à cinq ans, sur le modèle des programmes engagés par les grandes agences internationales, dont *l'International Cancer Institute* aux Etats-Unis, est souhaitable afin de permettre une meilleure gestion des fonds de l'INCa pour la recherche.

Votre commission vous demande d'adopter cet article additionnel dans la rédaction qu'elle vous soumet.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

I. AUDITION DU MINISTRE

Réunie le jeudi 20 novembre 2008 sous la présidence de M. Nicolas About, président, puis de Mme Catherine Procaccia, vice présidente, la commission a procédé à l'audition de Mme Roselyne Bachelot, ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, sur le projet de loi de finances pour 2009.

Mme Roselyne Bachelot, ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, a indiqué que la France consacre 8,8 % de sa richesse nationale aux dépenses publiques de santé, essentiellement retracées au travers de la loi de financement de la sécurité sociale. Les crédits figurant au budget de l'Etat peuvent paraître modestes en regard mais traduisent l'effort engagé en matière de solidarité nationale.

La mission « Santé » regroupe désormais l'ensemble des crédits d'Etat en matière de santé publique, de prévention sanitaire et d'accès aux soins, hormis les crédits de personnels. La meilleure lisibilité des politiques publiques qui en découle répond à la volonté du Parlement. Le programme « Prévention et sécurité sanitaire », d'un montant de 489 millions d'euros, concentre les moyens de pilotage de la politique de santé publique y compris en matière de sécurité sanitaire. Les actions en faveur de la prévention des maladies chroniques représentent près du quart des crédits du programme. La nécessaire réforme de l'organisation du système de santé sera abordée dans le cadre du projet de loi « Hôpital, patients, santé et territoires » qui sera débattu au Parlement en janvier prochain. La création des nouvelles agences régionales de santé (ARS) permettra d'améliorer l'efficacité des politiques de prévention. Par ailleurs, la loi relative à la politique de santé publique arrive à échéance au 1er janvier 2009 et fera l'objet d'une nouvelle discussion.

La lutte contre le cancer reste l'action la plus importante du programme complétée par l'effort de réduction des pratiques addictives et à risques : un nouveau plan cancer est en cours d'élaboration et de nombreuses campagnes de prévention sont destinées à la population générale et aux plus fragiles, dans le cadre de la priorité donnée à l'accès et à l'éducation à la santé. La future loi « Hôpital, patients, santé et territoires » complètera cette action à destination de deux publics, les patients atteints de maladie chronique et les plus jeunes.

La veille et la surveillance des risques sanitaires ainsi que la préparation aux situations d'urgence constituent une autre priorité pour 2009.

Les opérateurs du programme reçoivent plus de la moitié des crédits prévus, ce qui impose d'améliorer leur coordination. La création par la direction générale de la santé (DGS) d'un comité d'animation du système d'agences au printemps 2008 est une réponse à cette préoccupation.

Le programme « Offre de soins et qualité du système de soins » vise à garantir la qualité et l'accessibilité de l'offre de soins. L'essentiel de ces crédits est consacré à la formation initiale des médecins et au financement des agences régionales de l'hospitalisation (ARH) en attendant la constitution des agences régionales de santé (ARS), clefs de voûte de la nouvelle vision territoriale de la politique de santé.

Le troisième programme, « Protection maladie », regroupe des interventions de l'Etat au titre de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c), de l'aide médicale de l'Etat et de la contribution au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante. Ces dispositifs assurent un effort de solidarité nationale en termes d'accès aux soins et d'indemnisation des publics les plus défavorisés. En 2009, la dotation de l'Etat au fonds CMU est nulle en raison des nouvelles recettes qui lui ont été affectées en loi de financement de la sécurité sociale. Concernant l'aide médicale de l'Etat, une augmentation de 77 millions d'euros de la dotation permettra de couvrir la totalité des dépenses supportées par l'assurance maladie.

La politique de santé du Gouvernement, traduite au travers du projet de budget, est une politique de justice et d'efficience.

***M. Nicolas About, président**, a excusé l'absence de M. Alain Milon, rapporteur pour avis, retenu dans son département. Il a souhaité connaître les projets du Gouvernement en matière de fusion des agences ainsi que les raisons de la baisse des crédits affectés à la lutte contre le VIH et les modalités de résorption du fonds de roulement particulièrement élevé de l'établissement de préparation et des réponses aux urgences sanitaires (Eprus).*

***Mme Roselyne Bachelot, ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative**, a indiqué que la réduction des crédits affectés à la lutte contre le Sida n'était qu'apparente car elle résulte de la nouvelle présentation des crédits effectuée à la demande du Parlement. Ceux-ci sont désormais répartis entre plusieurs actions et s'élèveront au total à 37,5 millions d'euros, soit une hausse de 200 000 euros par rapport à 2008.*

La question de la rationalisation du système d'agences est au cœur de l'action de la DGS. La fusion entre l'agence française de sécurité sanitaire des aliments (Afssa) et l'agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (Afsset) est envisageable et aboutirait à la création d'une agence française de sécurité sanitaire des aliments, de l'environnement et du travail. A l'inverse, la fusion de l'institut de veille

sanitaire (InVS) et de l'Afsset telle qu'elle est parfois préconisée nuirait à l'exercice, par l'institut, de sa mission.

Concernant le fonds de roulement de l'Eprus, une convention a été signée entre l'établissement et les ministères de la santé, de l'intérieur et de la défense qui devrait permettre d'assurer sa bonne gestion.

Mme Catherine Procaccia, présidente, a demandé quelles sont les actions du ministère de la santé en matière d'éducation sur Internet face à la multiplication de sites offrant une information prétendue médicale. Elle a également souhaité connaître le calendrier de remise des premières études prévues par le plan interministériel « chlordécone ».

M. Dominique Leclerc a noté l'augmentation des accidents concernant les jeunes sous l'emprise des drogues et de l'alcool. Il a souhaité connaître la politique de prévention envisagée par la ministre sur ce sujet. Il a également demandé des précisions sur le futur territoire de santé des ARS.

M. Alain Gournac a fait valoir qu'Internet est tout à la fois porteur de dangers et vecteur d'informations. Il a interrogé la ministre sur le problème du bruit à l'hôpital durant la nuit dont il a pu constater à quel point il est source d'inconfort pour les malades. Il a également noté que le phénomène d'alcoolisation massive chez les jeunes laisse les maires désarmés face à la multiplication des actes de vandalisme qu'il entraîne et dont il constate souvent les conséquences dans sa commune. Enfin, il a demandé l'état des connaissances médicales sur le risque lié au téléphone portable.

Mme Roselyne Bachelot, ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, a constaté que les préoccupations des sénateurs concernent principalement le problème de la santé des jeunes, pour lequel elle a élaboré un plan spécifique organisé autour de quatre axes : la lutte contre les comportements à risques, la prévention des déséquilibres alimentaires, le développement des activités sportives et la responsabilisation. La question du bruit à l'hôpital est effectivement un sujet important qui pourra être pris en compte dans le cadre du référentiel d'évaluation de la qualité de l'accueil des malades dans les hôpitaux, dont l'élaboration a été souhaitée par le Président de la République.

Concernant les relais de téléphone portable et les lignes à haute tension, il n'existe à l'heure actuelle aucune certitude scientifique sur leurs effets sur la santé. La fondation « radio fréquence et santé » a lancé son quatrième appel à projet en 2008 pour approfondir les connaissances en ce domaine et il est envisagé de prolonger son action grâce aux crédits d'un compte d'affectation spéciale. Une plaquette d'information concernant la réduction du risque lié à l'exposition aux ondes des téléphones portables est distribuée depuis 2007.

Le phénomène d'alcoolisation massive marque un réel changement dans les comportements face à l'alcool et appelle des réponses adaptées. Le projet de loi « Hôpital, patients, santé et territoires » propose plusieurs mesures tendant à limiter l'alcoolisme des jeunes.

*Sur la question du plan « chlordécone », **M. Didier Houssin, directeur général de la santé**, a indiqué que le plan conçu à l'été 2007 regroupe six ministères et huit agences et disposera de 33 millions d'euros sur trois ans. Les actions passent par le développement des laboratoires locaux dans les Antilles, l'élaboration d'études épidémiologiques dont la remise s'échelonne sur l'année 2009, ainsi que par le développement de l'information et l'aide à la reconversion des aquaculteurs.*

***Mme Roselyne Bachelot, ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative**, a indiqué que les entrelacs de compétences entre les différentes agences dont témoigne le plan « chlordécone » souligne l'intérêt d'un rapprochement entre l'Afssa et l'Afsset.*

***Mme Catherine Procaccia, présidente**, a fait observer que le non-remboursement de la pilule limite l'accès des femmes à cette forme de contraception.*

***Mme Roselyne Bachelot, ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative**, a expliqué que les pilules dites de troisième génération ne sont pas remboursées en raison de l'absence d'amélioration du service médical rendu. La publicité pour ces pilules et le succès qu'elles rencontrent auprès des médecins qui les prescrivent sont le résultat d'une politique commerciale délibérée des industries pharmaceutiques. Il importe à chacun de prendre ses responsabilités en la matière.*

II. EXAMEN DE L'AVIS

Réuni le **mardi 25 novembre 2008** sous la **présidence de M. Nicolas About, président**, la commission a procédé à l'examen du rapport pour avis de **M. Alain Milon** sur le projet de loi de finances pour 2009 (mission « Santé » et l'article 73 rattaché).

M. Alain Milon, rapporteur pour avis, a indiqué que le périmètre de la mission « Santé » se trouvait cette année considérablement augmenté du fait de sa fusion avec la mission « Sécurité sanitaire ». Son budget s'accroît donc notablement et s'établit pour 2009 à 1,5 milliard d'euros auquel on doit ajouter 4,8 milliards de dépenses fiscales. Ce budget est significativement moins important, en volume, que celui voté en loi de financement de la sécurité sociale mais il constitue une clarification des dépenses de l'Etat puisque l'ensemble des moyens du ministère de la santé s'y trouvent réunis. Pour disposer d'une vision vraiment complète, il serait utile d'y rattacher également l'année prochaine les crédits de personnel du ministère.

La lisibilité des crédits est néanmoins atténuée par la multiplication des différents plans de santé publique que le ministère de la santé chiffre à vingt-deux dans le « livre des plans » qu'il vient d'élaborer mais dans lequel il n'indique pas systématiquement, pour chaque année, le montant et la source des financements. La commission pourrait donc demander utilement à la ministre l'établissement de documents synthétiques sur des politiques précises : la lutte contre le Sida, la lutte contre l'alcoolisme et la lutte contre le tabagisme, par exemple.

Le premier programme de la mission, « Prévention et sécurité sanitaire », comporte les subventions aux agences sanitaires qui concentrent 50 % des crédits. Leur multiplication impose la rationalisation des coûts et la commission ne peut qu'encourager la ministre de la santé à relancer le projet de mutualisation des fonctions supports des agences. Deux fusions peuvent également être engagées, celle de l'agence française de sécurité sanitaire des aliments (Afssa) et de l'agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (Afsset) ainsi que celle de l'institut national de la transfusion sanguine et de l'établissement français du sang.

Le deuxième programme, « Offre de soins et qualité du système de soins », comporte deux mesures-phare de formation des internes : les stages en cours de scolarité et « l'année recherche ». L'Etat s'est engagé à régler ses dettes envers les centres hospitaliers universitaires (CHU) et à augmenter cette année de plus de 28 % les crédits consacrés à la formation des internes.

Le troisième programme, « Protection maladie », marque la fin de la contribution d'équilibre au fonds de la couverture maladie universelle - complémentaire (CMU-c) dont le financement a été prévu par le projet de loi

de financement de la sécurité sociale. L'autre grand poste de ce programme est constitué par l'aide médicale de l'Etat (AME), dont les crédits progressent de 77 millions d'euros mais pour laquelle une dette de l'Etat envers la caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) est en train de se reconstituer.

Dans l'ensemble, le budget de la mission « Santé » est un budget d'attente qui se situe entre l'échéance des différents plans prévus par la loi de santé publique de 2004 et l'adoption de la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » qui va profondément modifier le cadre territorial des politiques de santé. Il témoigne néanmoins de la volonté de l'Etat d'être plus transparent en matière de dépenses et d'honorer ses dettes.

***M. Alain Milon, rapporteur pour avis,** a donc proposé à la commission de donner un avis favorable à l'adoption des crédits de la mission. Il a ensuite présenté l'article 73 rattaché à l'examen des crédits de la mission et qui tend à simplifier, de manière opportune, le dispositif des taxes affectées à l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps), ce qui justifie son adoption sans modification.*

***M. Guy Fischer** a souligné l'importance de cette mission tant du point de vue budgétaire que sur le fond des actions financées. Il a regretté que l'Etat se désengage de la CMU-c qui concerne les plus démunis. L'augmentation des crédits de l'aide médicale d'Etat est insuffisante car tous les besoins en la matière ne sont pas satisfaits. Il faut également interpréter ces crédits à l'aune d'une politique d'immigration devenue de plus en plus répressive, ce qui inquiète de nombreuses associations de défense des Droits de l'homme. Il s'agit en fait d'un budget en trompe l'œil qui repose en large partie sur des financements issus de l'assurance maladie et donc sur les assurés sociaux alors qu'il devrait être financé par la solidarité nationale.*

***M. François Autain** a indiqué qu'il avait déjà attiré l'attention de la ministre de la santé sur la profusion des plans de santé publique lors de l'examen des crédits pour 2008. La multiplicité des sources de financement fait que ces plans ne sont examinés ni dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale ni dans celui du projet de loi de finances.*

Or, il serait utile que la représentation nationale puisse se prononcer sur le bilan des plans prévus par la loi de santé publique pour 2004.

Il a souligné qu'un consensus semble se dessiner au Sénat pour mettre plus de cohérence dans le système d'agences. Il a indiqué, pour conclure, que l'absence de couverture des besoins de l'aide médicale d'Etat par le Gouvernement entraînera un vote négatif du groupe communiste républicain et citoyen sur les crédits de cette mission.

En ce qui concerne l'article 73, bien que favorable à la simplification du système de taxes affectées à l'Afssaps, il a réservé son vote en attendant de pouvoir clarifier la question de l'augmentation des taxes pesant sur le secteur public en matière d'essais cliniques. Il est toutefois convenu qu'un système

fiscal trop complexe a souvent pour effet paradoxal d'entraîner un moindre recouvrement.

Mme Catherine Procaccia a précisé que lors de son audition par la commission, la ministre de la santé s'est prononcée en faveur de la fusion de l'Afssa et de l'Afsset, cette dernière agence étant actuellement fragilisée par l'absence d'un directeur général à sa tête.

M. François Autain a considéré que ce projet de fusion entre l'Afssa et l'Afsset ne lui paraît pas opportun. En effet, la question de la sécurité dans le milieu du travail ne peut être simplement confiée à l'entité qui serait issue de la fusion car il s'agit là d'une problématique spécifique sans lien avec l'alimentation et l'environnement.

M. Alain Milon, rapporteur pour avis, a répondu que la dotation du fonds CMU-c a été organisée dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale par un prélèvement sur les organismes complémentaires. Concernant l'AME, il a noté les différences inconciliables de philosophie entre la majorité et l'opposition. Par ailleurs, même si les crédits de l'Etat sont peu importants au regard de ceux de la sécurité sociale, ils ont un important effet de levier. Les plans peuvent ainsi servir à faire avancer la recherche sur une maladie donnée. Sur la question de l'évaluation des plans prévue par la loi de santé publique, la Haute Autorité de santé (HAS) doit remettre en 2009 les rapports attendus.

M. Jacky Le Menn a confirmé que les plans apportent, sur une thématique précise, un coup de projecteur légitime puisqu'ils traduisent les orientations de la politique de santé publique.

M. René Teulade a estimé que la question du remboursement de la dette constituée au titre de l'AME est particulièrement importante. Il a jugé paradoxal qu'au moment où les Etats-Unis semblent s'orienter vers un modèle de sécurité sociale à la française, notre système s'américanise. La sécurité sociale est une des grandes conquêtes de la Libération et a permis de mettre fin à l'inégalité criante qui existait en matière de prise en charge de la souffrance et de soins. Elle est aujourd'hui remise en cause et aucune mesure temporaire ne permettra de régler les problèmes avant que le système de prélèvement ne soit refondé sur la base de la solidarité nationale.

M. Alain Milon, rapporteur pour avis, a précisé que les Etats-Unis ont mené une expérience riche d'enseignements avec la caisse des anciens combattants qui, après de nombreuses années de crise, se trouve aujourd'hui en situation d'excédent grâce à la réorganisation du système de soins et au développement de la télémédecine. La France accuse en la matière un retard considérable.

M. Alain Milon, rapporteur pour avis, a présenté un amendement portant article additionnel après l'article 73, tendant à permettre à l'institut national du cancer (INCa) de lancer des projets de recherche d'une durée de cinq ans. Cette durée, actuellement limitée à trois ans, constitue en effet un

obstacle au développement de certains programmes de recherche nécessitant des délais supérieurs. Il en résulte une sous-consommation de fait de crédits pourtant votés et disponibles sur des matières qui intéressent directement les Français.

***M. Nicolas About, président,** a souligné que cet amendement ne peut en aucun cas être considéré comme tombant sous le coup de l'article 40 de la Constitution car il permet simplement de dépenser les crédits déjà budgétés sans alourdir la dépense. Il serait singulier que l'on considère qu'en permettant l'utilisation effective de crédits votés par le Parlement, on aggrave les charges publiques.*

***Mme Catherine Procaccia** a proposé que l'amendement soit gagé pour permettre sa discussion et son adoption, le cas échéant.*

***Mme Colette Giudicelli** a demandé si une budgétisation fractionnée pourrait répondre au problème rencontré par l'INCa en matière de financement de la recherche sur le cancer.*

***M. Nicolas About, président,** a répondu qu'un gage n'était pas ici opérant puisqu'il ne s'agit pas d'une mesure conduisant à une réduction des ressources. Il ne s'agit pas non plus d'une dépense nouvelle puisque les crédits consacrés aux projets de recherches sont déjà prévus dans le budget de l'INCa.*

***M. Jacky Le Menn** s'est déclaré favorable à cet amendement, qui propose une réponse adaptée au problème posé.*

***M. François Autain** a également indiqué qu'il est favorable à ce que les projets de recherches puissent aller à leur terme.*

***M. Alain Milon, rapporteur pour avis,** a précisé que le financement de la recherche est l'une des missions essentielles de l'INCa qui y consacre 65 % de son budget.*

Puis la commission a adopté à l'unanimité l'amendement proposé.

Elle a enfin donné un avis favorable à l'adoption des crédits de la mission « Santé » et de l'article 73 rattaché.