

N° 78

# SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2004-2005

---

---

Annexe au procès-verbal de la séance du 25 novembre 2004

## AVIS

PRÉSENTÉ

*au nom de la commission des Affaires sociales (1) sur le projet de loi de finances pour 2005, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE,*

TOME II

SANTÉ

Par M. Gilbert BARBIER,  
Sénateur.

---

(1) Cette commission est composée de : M. Nicolas About, *président* ; MM. Alain Gournac, Louis Souvet, Gérard Dériot, Jean-Pierre Godefroy, Mmes Claire-Lise Campion, Valérie Létard, MM. Roland Muzeau, Bernard Seillier, *vice-présidents* ; MM. François Autain, Paul Blanc, Jean-Marc Juillard, Mmes Anne-Marie Payet, Gisèle Printz, *secrétaires* ; Mme Jacqueline Alquier, MM. Henri d'Attilio, Gilbert Barbier, Daniel Bernardet, Claude Bertaud, Mme Brigitte Bout, MM. Jean-Pierre Cantegrit, Bernard Cazeau, Mmes Isabelle Debré, Christiane Demontes, M. Gérard Dériot, Mme Sylvie Desmarescaux, M. Claude Domeizel, Mme Bernadette Dupont, MM. Michel Esneu, Jean-Claude Étienne, Guy Fischer, Jacques Gillot, Jean-Pierre Godefroy, Mmes Françoise Henneron, Marie-Thérèse Hermange, Christiane Kammermann, M. André Lardeux, Mme Raymonde Le Texier, MM. Dominique Leclerc, Marcel Lesbros, Roger Madec, Jean-Pierre Michel, Alain Milon, Georges Mouly, Jackie Pierre, Mmes Catherine Procaccia, Janine Rozier, Michèle San Vicente, Patricia Schillinger, Esther Sittler, MM. Jean-Marie Vanlerenberghe, Alain Vasselle, Paul Vergès, André Vézinhét.

**Voir les numéros :**

**Assemblée nationale (12<sup>ème</sup> législ.) : 1800, 1863 à 1868 et T.A. 345**

**Sénat : 73 et 74 (annexe n° 35) (2004-2005)**

---

**Lois de finances.**

## SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
<b>AVANT-PROPOS</b> .....	6
<b>LA MISE EN PLACE D'UNE VÉRITABLE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE</b> .....	8
<b>A. UN CADRE RENOUVELÉ POUR L'ACTION DU MINISTÈRE EN MATIÈRE DE SANTÉ ET DE PRÉVENTION</b> .....	8
1. <i>L'application de la loi du 9 août 2004</i> .....	8
2. <i>La politique de prévention</i> .....	14
<b>B. UNE POLITIQUE VOLONTARISTE DE LUTTE CONTRE LES PATHOLOGIES À FORTE MORTALITÉ</b> .....	15
1. <i>Le plan de lutte contre le cancer</i> .....	15
2. <i>Les autres plans nationaux</i> .....	16
<b>C. LA POURSUITE DE LA LUTTE CONTRE LA DROGUE ET LA TOXICOMANIE</b> .....	18
1. <i>Un nouveau plan quinquennal</i> .....	18
2. <i>Un rôle renforcé pour la MILDT</i> .....	20
<b>II. LA PRIORITÉ DE LA VEILLE ET DE LA SÉCURITÉ SANITAIRES</b> .....	22
<b>A. LE RÔLE PRÉPONDÉRANT DES AGENCES</b> .....	22
1. <i>De nombreux intervenants</i> .....	22
2. <i>Des moyens globalement stabilisés</i> .....	23
<b>B. UN DISPOSITIF EN COURS DE RENFORCEMENT ET DE RATIONALISATION</b> .....	24
1. <i>La création de l'agence de la biomédecine</i> .....	24
2. <i>La reprise des principales missions de l'ANAES par la Haute autorité de santé</i> .....	24
3. <i>L'extension du rôle de l'InVS</i> .....	25
4. <i>La création d'un département des situations d'urgence sanitaire</i> .....	25
<b>III. L'OFFRE DE SOINS ET L'ACCÈS AUX SOINS : UN FINANCEMENT EN PROFONDE ÉVOLUTION</b> .....	27
<b>A. L'OFFRE ET LA QUALITÉ DU SYSTÈME DE SOINS</b> .....	27
1. <i>La rationalisation de l'offre hospitalière dans le cadre du plan « Hôpital 2007 »</i> .....	27
2. <i>L'organisation et la régulation des professions de santé</i> .....	28
<b>B. UNE REFORTE DU MODE DE FINANCEMENT DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE COMPLÉMENTAIRE</b> .....	29
<b>IV. UN AVANT-PROJET PERFECTIBLE : LA MISSION « SANTÉ » POUR 2005</b> .....	31
<b>A. LES QUATRE PROGRAMMES DE LA MISSION « SANTÉ »</b> .....	31
<b>B. DES AMÉLIORATIONS NÉCESSAIRES</b> .....	35

<b>EXAMEN DES ARTICLES RATTACHES</b> .....	37
• <i>Article 77</i> <b>Augmentation des recettes du fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (CMUC)</b> .....	37
• <i>Article 78</i> <b>Augmentation de la taxe perçue par l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé pour l'exécution du contrôle de qualité des analyses de biologie médicale</b> .....	38
• <i>Article 79</i> <b>Création au profit de l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé d'une taxe sur le dépôt des demandes d'autorisation d'essais cliniques</b> .....	39
 <b>TRAVAUX DE LA COMMISSION</b> .....	 41
<b>I. AUDITION DU MINISTRE</b> .....	41
<b>II. EXAMEN DE L'AVIS</b> .....	47

Mesdames, Messieurs,

Les crédits du ministère de la santé et de la protection sociale, inscrits à la section 2 du projet de budget « *Travail, santé et cohésion sociale* » pour 2005, intitulée « *Santé, famille, personnes handicapées et cohésion sociale* », s'élèvent à 8,633 milliards d'euros, ce qui traduit, à périmètre constant, une stabilisation de ces crédits dans un contexte financier fortement contraint.

Ces crédits sont regroupés en cinq agrégats. Deux d'entre eux relèvent à titre exclusif de la responsabilité du ministère de la santé et de la protection sociale et feront l'objet - pour l'essentiel - de ce rapport : il s'agit des agrégats « *santé publique et sécurité sanitaire* » et « *offre de soins et accès aux soins* ». Trois autres relèvent pour partie seulement du ministère de la santé et de la protection sociale : ce sont les agrégats « *famille et personnes handicapées* », « *gestion des politiques de santé et de solidarité* » et « *développement social* ».

Le tableau ci-après retrace l'évolution de l'ensemble de ces crédits, de la loi de finances votée pour 2004 au projet de loi de finances pour 2005.

**Budget de la santé, de la famille,  
des personnes handicapées et des personnes âgées**

*(en millions d'euros)*

	<b>LFI 2004</b>	<b>PLF 2005</b>	<b>Évolution (en %)</b>
<b>Crédits relevant de la responsabilité du ministère de la santé et de la protection sociale</b>			
Santé publique et sécurité sanitaire	321,99	372,64	+ 15,8
Offre de soins et accès aux soins	1.154,70	788,96	- 25,14
Famille et personnes handicapées	6.171,81	6.396,31	+ 3,64
Personnes âgées	42	17	- 59,52
<b>Total</b>	<b>7.690,50</b>	<b>7.574,91</b>	<b>- 1,48</b>
Gestion des politiques de santé et de solidarité	1.011,41	1.026,28	+ 1,47
Développement social	243	32	
Total des crédits santé, personnes âgées et handicapées	<b>8.944,91</b>	<b>8.633,19</b>	<b>- 3,48</b>
<b>Total des crédits santé, personnes âgées et handicapées (à périmètre constant)</b>	<b>8.667,19</b>	<b>8.633,19</b>	<b>- 0,39</b>

*Source : projet de loi de finances*

Toutefois, l'analyse de ce budget ne peut se limiter aux seuls crédits de la loi de finances. Elle doit s'effectuer au regard des nombreuses réformes votées ces derniers mois : loi du 6 août 2004 relative à la bioéthique, loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie, loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales et, naturellement aussi, dans le contexte du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005, dont l'examen est en cours d'achèvement.

Ces réformes législatives s'ajoutent par ailleurs à une politique volontariste qui s'est traduite par l'adoption de plusieurs grands plans nationaux : lutte contre le cancer, « Hôpital 2007 », santé environnement, lutte contre la drogue et la toxicomanie, prise en charge des maladies rares, etc.

Enfin, le projet de budget examiné dans ce rapport est le dernier qui sera présenté selon les règles de l'ordonnance organique du 2 janvier 1959. En effet, la mise en œuvre de la nouvelle loi organique relative aux lois de finances (LOLF) du 1<sup>er</sup> août 2001 entraînera une rénovation complète de la présentation et de la discussion de la loi de finances à partir du budget 2006. La portée et le mode de contrôle parlementaire de l'autorisation budgétaire seront modifiés en conséquence.

Dans le cadre de la préparation de la mise en œuvre de la LOLF, un avant-projet annuel de performances a été élaboré cette année pour la mission ministérielle « Santé ». Le présent rapport en fait une présentation rapide, en l'assortissant de quelques observations, afin d'en susciter des améliorations pour le budget 2006.

## **LA MISE EN PLACE D'UNE VÉRITABLE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE**

Les crédits affectés à la santé publique et à la prévention progressent de 19 millions en 2005, pour atteindre 209 millions d'euros.

Trois priorités peuvent être identifiées :

- la mise en œuvre de la loi relative à la politique de santé publique et à l'assurance maladie ;
- la poursuite du plan de mobilisation nationale contre le cancer et la mise au point d'autres plans nationaux pour diminuer diverses formes de mortalité prématurée ;
- le maintien des actions de lutte contre la drogue et la toxicomanie.

### ***A. UN CADRE RENOUVELÉ POUR L'ACTION DU MINISTÈRE EN MATIÈRE DE SANTÉ ET DE PRÉVENTION***

#### **1. L'application de la loi du 9 août 2004**

La loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 a défini un nouveau cadre d'action en matière de santé publique, construit autour de trois principes : l'affirmation du rôle de l'État en matière de prévention, la mise en place de groupements régionaux de santé publique afin de coordonner les moyens sanitaires au niveau régional et la publication d'objectifs prioritaires de santé publique, assortis de tableaux de bord permettant de suivre et d'évaluer les politiques relatives à ces objectifs.

L'affirmation du rôle majeur de l'État en matière de pilotage de la politique de santé publique, mais également et surtout dans le domaine de la prévention, est l'une des grandes avancées de ce texte. Il s'agit certes de répondre à une nécessité évidente, réclamée depuis longtemps par votre commission. Toutefois, l'inscription de cette priorité dans la loi et sa traduction dans le nouveau programme budgétaire « *santé publique et prévention* » sont l'expression d'une nouvelle volonté politique bienvenue.

Le rapport annexé à la loi précise et complète le cadre général dans lequel est conçue la politique de santé publique. Il comporte en outre les cent objectifs de santé publique qu'il est proposé d'atteindre au cours des cinq prochaines années.

## Rapport d'objectifs de santé publique

Le rapport annexé à chaque projet de loi sur la politique de santé publique a pour objectif de définir le cadre de référence, les principes généraux et les méthodes qui constituent les fondements de la politique nationale de santé publique. Sur ces bases, le présent rapport décrit les objectifs quantifiés et les plans stratégiques qui constitueront la politique de santé publique de la période 2004-2008, ainsi qu'un ensemble d'indicateurs transversaux destinés à servir d'instruments de pilotage.

### 1. Le cadre de référence

La politique de santé publique est le principal instrument dont se dote la Nation afin d'orienter et d'organiser son effort pour protéger, promouvoir et restaurer l'état de santé de l'ensemble de la population, ou de groupes ayant des traits communs, en s'attachant à corriger les inégalités.

L'élaboration de la politique de santé publique nécessite de distinguer **deux niveaux** dans l'approche de la santé : celui des personnes et celui de la population. Ces deux niveaux ne doivent pas être opposés. Ils sont complémentaires et doivent être soigneusement articulés (...).

Dans ce cadre, la politique de santé publique définit, pour un ensemble de problèmes de santé (pathologies et/ou déterminants), **des objectifs de santé quantifiés** susceptibles d'être atteints dans la population, ou dans des groupes spécifiques ayant des traits communs, **à une échéance pluriannuelle** (cinq ans).

Les objectifs quantifiés adoptés par la représentation nationale ont une valeur d'engagement : celui d'un résultat, en termes de santé, jugé atteignable compte tenu des connaissances et des moyens disponibles (...)

A ces objectifs pluriannuels correspondent des indicateurs spécifiques permettant de mesurer et suivre les résultats obtenus. L'évaluation de l'atteinte des objectifs quantifiés contribue à l'évaluation de la performance du système de santé et plus généralement à l'évaluation des politiques publiques qui ont un impact sur la santé de la population.

Pour certains problèmes de santé, notamment ceux pour lesquels il y a nécessité de coordonner les actions d'intervenants multiples sur plusieurs années, la politique de santé publique définit des **plans stratégiques pluriannuels** organisant des ensembles d'actions et de programmes cohérents (...).

Les objectifs et les plans stratégiques définis au niveau national sont déclinés au niveau régional ou à un niveau territorial approprié en fonction des caractéristiques spécifiques du problème de santé concerné, de ses déterminants, ou des conditions de mise en œuvre des actions (...)

### 2. Principes de la politique de santé publique

Les principes de la politique nationale de santé publique sont les règles auxquelles il faut se référer pour la définition des objectifs et pour l'élaboration et la mise en œuvre des plans stratégiques de santé publique. Ces principes sont au nombre de neuf :

Principe de connaissance : principe selon lequel les objectifs sont définis et les actions sont choisies en tenant compte des meilleures connaissances disponibles ; réciproquement, la production de connaissances doit répondre aux besoins d'informations nécessaires pour éclairer les décisions.

Principe de réduction des inégalités : principe selon lequel la définition des objectifs et l'élaboration des plans stratégiques doivent systématiquement prendre en compte les groupes les plus vulnérables en raison de leur exposition à des déterminants spécifiques de la fréquence et/ou de la gravité du problème visé, y compris les déterminants liés à des spécificités géographiques.

Principe de parité : principe selon lequel la définition des objectifs et l'élaboration des plans stratégiques doivent systématiquement prendre en compte les spécificités de la santé des hommes et de la santé des femmes.

Principe de protection de la jeunesse : principe selon lequel la définition des objectifs et l'élaboration des plans stratégiques doivent systématiquement prendre en compte l'amélioration de la santé des nourrissons, des enfants et des adolescents.

Principe de précocité : principe selon lequel la définition des objectifs et l'élaboration des plans stratégiques doivent privilégier les actions les plus précoces possibles sur les déterminants de la santé pour éviter la survenance ou l'aggravation de leurs conséquences.

Principe d'efficacité économique : principe selon lequel le choix des actions et des stratégies qu'elles composent s'appuie sur l'analyse préalable de leur efficacité et des ressources nécessaires.

Principe d'intersectorialité : principe selon lequel les stratégies d'action coordonnent autant que nécessaire les interventions de l'ensemble des secteurs concernés pour atteindre un objectif défini.

Principe de concertation : principe selon lequel la discussion des objectifs et l'élaboration des plans de santé publique doivent comporter une concertation avec les professionnels de santé, les acteurs économiques et le milieu associatif.

Principe d'évaluation : principe selon lequel les objectifs de santé et les plans stratégiques doivent comporter dès leur conception les éléments qui permettront de faire l'évaluation des actions menées.

### **3. Méthodes de définition des objectifs de santé publique**

La démarche présentée dans cette annexe vise à expliciter les éléments sur lesquels s'appuient l'identification et le choix des différents problèmes de santé, la définition des objectifs et l'identification des actions à mener.

#### **3.1. Identification des problèmes de santé et appréciation de leur importance**

La première étape porte sur l'identification des problèmes de santé et sur l'appréciation de leur retentissement.

##### *3.1.1. Sélection des problèmes de santé*

Le terme de « problème de santé » désigne les maladies qui retentissent sur l'état de santé de la population, ainsi que les principaux déterminants associés à la survenance de ces maladies, à leur aggravation ou à l'importance de leur retentissement. Cette analyse par pathologie ou par déterminant peut être complétée par une analyse transversale permettant de mettre en évidence les problèmes communs à des groupes de population ainsi que par l'identification de services rendus par le système de santé dont l'amélioration est jugée importante.

Les critères utilisés pour apprécier l'importance d'un problème en termes de santé publique doivent être définis de façon explicite. (...).

De plus, le constat d'un écart entre la situation observée en France et celle observée dans d'autres pays comparables ou l'existence d'écarts entre groupes de la population ou entre régions peuvent témoigner de l'existence d'inégalités, mais aussi de la possibilité de progrès réalisables.



### *3.1.2. Indicateurs d'importance*

Les indicateurs qui permettent de décrire le retentissement des problèmes de santé reposent tout d'abord sur les données de mortalité et de morbidité (...)

### *3.1.3. Classification des problèmes de santé*

Les données de morbidité et de mortalité sont organisées sur la base de la classification internationale des maladies (CIM) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). (...)

### **3.2. Analyse des connaissances disponibles**

L'analyse des problèmes de santé retenus doit s'appuyer sur les meilleures connaissances disponibles. Cette analyse comporte les éléments suivants :

- une définition précise du problème traité, l'estimation de sa fréquence et de son retentissement (en termes de mortalité, d'incapacités, ...) dans la population générale et, le cas échéant, dans des groupes spécifiques ;
- l'identification des principaux déterminants associés à sa survenance ou à l'importance de son retentissement, et en particulier de ceux dont la présence ou l'influence peuvent être modifiées par des interventions de santé publique (...);
- l'identification des stratégies d'action qui peuvent être efficaces (...);
- l'identification des conditions requises et l'estimation des ressources nécessaires sont des préalables indispensables à la sélection des stratégies à mettre en œuvre dans le cadre d'un plan stratégique.

### **3.3. Définition d'objectifs quantifiés**

Les objectifs nationaux de la politique de santé sont déterminés de façon réaliste et compte tenu de l'échéance pluriannuelle choisie, en fonction de la situation actuelle et de l'existence de stratégies d'action potentiellement efficaces. (...)

## **4. Les objectifs de résultats de la politique de santé publique**

L'application de la démarche exposée ci-dessus conduit à proposer les cent objectifs que la Nation vise à atteindre dans les cinq prochaines années. Ces objectifs sont présentés en quatre groupes dans le tableau qui conclut ce document :

- objectifs quantifiables en l'état actuel des connaissances ;
- objectifs dont la quantification a pour préalable la production d'informations d'ordre épidémiologique ;
- objectifs dont la quantification a pour préalable la production d'autres connaissances scientifiques ;
- objectifs dont la quantification a pour préalable l'évaluation de programmes précédents ou programmes pilotes.

## **5. Indicateurs transversaux**

La publication régulière d'un ensemble d'indicateurs transversaux est un instrument de pilotage et d'amélioration de la politique de santé publique qui complète les indicateurs proposés pour les principaux problèmes de santé. Elle participe à la connaissance de la performance du système de santé. Cet ensemble d'indicateurs permet de fournir des informations synthétiques, pertinentes et compréhensibles par des publics variés : décideurs, professionnels, usagers. Il doit pouvoir être décliné aux niveaux géographiques appropriés afin de disposer d'une base de comparaison des régions françaises notamment. (...)

### **5.1. Indicateurs d'état de santé**

Les indicateurs de ce domaine rendent compte des problèmes mortels mais aussi des maladies chroniques, des incapacités et de leurs conséquences sur la qualité de vie des personnes :

- l'espérance de vie, ou nombre d'années qu'une personne pourrait s'attendre à vivre à partir de la naissance ou d'un autre âge spécifié (...);

- l'espérance de vie sans incapacité ou nombre d'années qu'une personne pourrait s'attendre à vivre sans incapacité (modérée ou grave), à partir de la naissance ou d'un autre âge spécifié (...);

- les années potentielles de vie perdues (APVP) représentent le nombre total d'années de vie non vécues en raison des décès « prématurés » c'est-à-dire des décès qui interviennent avant un certain âge. Actuellement, on retient souvent l'âge de soixante-cinq ans (...);

- la mortalité infantile ou nombre d'enfants qui meurent durant la première année de leur vie (...);

- l'autoévaluation de la santé qui exprime, par exemple, le pourcentage de personnes dans la population qui déclarent que leur santé est très bonne ou excellente (...).

### **5.2. Indicateurs de qualité des actions et des services**

Il serait utile de disposer d'informations sur l'accessibilité des actions et des services, leur acceptabilité (en particulier la satisfaction des usagers), leur pertinence (caractère approprié des interventions aux besoins et aux recommandations établies), leur continuité et leur sécurité.

## **6. Les plans stratégiques 2004-2008**

Pour les années 2004-2008, des plans stratégiques de santé publique seront développés dans les quatre domaines soulignés par le Président de la République : cancer, violence routière, handicap et santé environnementale, ainsi que pour les maladies rares.

### **6.1. Le plan national de lutte contre le cancer**

Ce plan est mis en œuvre dès 2003, conformément à sa présentation par le Président de la République le 24 mars 2003. Le cancer est la cause d'un décès sur quatre et c'est la première cause de mortalité avant soixante-cinq ans. Le plan comporte plusieurs volets: prévention (tabac, alcool, facteurs d'environnement général et professionnel) ; dépistage (cancer du sein, cancer cervico-utérin, cancer colorectal) ; soins (programme thérapeutique individuel issu d'une concertation pluridisciplinaire dans le cadre d'un réseau de soins) ; accompagnement (information sur les structures de prise en charge du cancer) ; recherche.

### **6.2. Le plan national de lutte pour limiter l'impact sur la santé de la violence, des comportements à risque et des conduites addictives**

L'impact de la violence sur la santé est souvent sous-estimé alors qu'il concerne une large partie de la population. La violence routière fait l'objet d'une mobilisation prioritaire. Cette mobilisation sera étendue à l'ensemble des phénomènes de violence ainsi que le préconise l'Organisation mondiale de la santé. (...) Ce plan sera préparé en 2004.

### **6.3. Le plan national de lutte pour limiter l'impact sur la santé des facteurs d'environnement**

Il est difficile actuellement de connaître la part des facteurs d'environnement collectif (agents physiques, chimiques et biologiques) dans les phénomènes morbides mais ceux-ci suscitent une préoccupation dans la population à laquelle il faut répondre. Ceci inclut les facteurs de risque présents en milieu de travail.

Le programme santé-environnement sera préparé en 2004.

**6.4. Le plan national de lutte pour améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques**

Avec l'allongement de l'espérance de vie, le nombre de personnes souffrant de maladies chroniques croît rapidement et de façon importante. Le poids économique est considérable. La médecine ne peut pas, en règle générale, guérir ces maladies mais elle peut en limiter l'impact sur la qualité de vie. Au travers de ce plan national, il sera possible d'associer étroitement les médecins et les infirmières à des actions de santé publique.

Ce plan sera préparé en 2004.

**6.5. Le plan national pour améliorer la prise en charge des maladies rares**

Les maladies dites rares sont celles qui touchent un nombre restreint de personnes en regard de la population générale. Le seuil admis en Europe est d'une personne atteinte sur 2 000, soit pour la France moins de 30 000 personnes pour une maladie donnée. A l'heure actuelle, on a déjà dénombré plusieurs milliers de maladies rares et de 200 à 300 maladies rares nouvelles sont décrites chaque année. Au total, on estime qu'environ 5 % de la population seront touchés par une maladie rare au cours de leur vie.

Ce plan sera préparé en 2004.

*Loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique*

La préparation et la diffusion rapide des textes d'application de cette loi sont l'un des objectifs prioritaires du Gouvernement.

Ainsi, selon les informations disponibles, 26 % des cinquante-sept décrets d'application prévus par la loi seront publiés en 2004, 42 % en 2005, le reste devant intervenir à partir de 2006.

**Application de la loi relative à la politique de santé publique**

Décrets prévus en 2004 : décret constitutif de l'institut national de lutte contre le cancer, décret désignant ses dirigeants, décret précisant les conditions de mise en œuvre du prix de détail minimum des cigarettes, décret définissant les modalités d'agrément des associations, décret modifiant les missions de l'institut national de prévention et d'éducation à la santé, décret relatif aux missions des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue, décret organisant les modalités de transfert des débits de boissons.

Décrets prévus en 2005 : concernant la conférence nationale de santé, les conférences régionales de santé, le groupement régional de santé publique, le haut conseil de la santé publique, la formation médicale continue des personnels médicaux, les conseillers en génétique et la vigilance sur les dispositifs médicaux.

Décrets prévus à partir de 2006 : décret relatif à l'information de l'institut national de veille sanitaire sur les vaccinations, décret sur les modalités de transmission des certificats de décès, décret fondant le code de déontologie des masseurs kinésithérapeutes, décret relatif à la déclaration des accidents médicaux.

L'application de la loi relative à l'assurance maladie du 13 août 2004 fait également l'objet d'un calendrier « serré » de la part du Gouvernement.

Sur le plan budgétaire, on notera principalement les conséquences de la création de la Haute autorité de santé, organisme au cœur du nouveau dispositif, pour laquelle 9,65 millions d'euros sont prévus en 2005.

Cette Haute autorité, qui doit voir le jour dès le début de l'année 2005, sera créée à partir de l'agence nationale d'accréditation en santé (ANAES) et de la commission de la transparence de l'AFSSAPS. Elle aura pour mission de conduire l'évaluation de l'utilité médicale de l'ensemble des actes, prestations et produits de santé pris en charge par l'assurance maladie et de promouvoir la qualité des pratiques du système de santé.

Par ailleurs, 100.000 euros sont prévus pour la mise en place du GIP Institut des données de santé créé par la même loi. Cet institut aura pour objectif principal de veiller à la qualité des systèmes d'information utilisés pour la gestion du risque maladie et de permettre un large partage des données entre les acteurs concernés, dans le respect du principe d'anonymat.

## 2. La politique de prévention

La politique de prévention s'organise autour de **six déterminants de santé** : l'alcool, le tabac, les accidents et la violence (dont la violence routière), les autres pratiques à risque comme la toxicomanie, la nutrition et l'activité physique, l'environnement et le travail.

Elle a aussi pour objet de **diminuer la forte mortalité** due à certaines pathologies : Sida, hépatites, cancers, maladies cardiovasculaires, maladies rares, santé mentale (dont suicide). Elle a enfin pour but de prévenir et de mieux **prendre en charge certaines pathologies** de l'âge adulte, comme le diabète, ainsi que les pathologies spécifiques du vieillissement et notamment la maladie d'Alzheimer.

Les crédits budgétaires pour 2005, soit 209 millions d'euros, ont été inscrits en fonction de la destination de la dépense en différenciant quatre types d'actions :

- le pilotage de la politique de santé publique : 21,8 millions d'euros ;
- les déterminants de santé (alcool, tabac, etc.) : 37 millions d'euros (dont 25 % pour le tabac et l'alcool) ;
- les pathologies à forte mortalité ou morbidité (cancer, Sida, etc.) : 146,3 millions d'euros (dont 92 % pour les cancers et le Sida) ;
- la qualité de vie et le handicap : 3,9 millions d'euros.

Les crédits destinés à l'INPES et répartis sur l'ensemble de ces quatre actions s'élèvent, comme en 2004, à 22,7 millions d'euros.

Si l'on ne peut que se féliciter de la définition précise de tels objectifs, les moyens destinés à les atteindre ne sont pas toujours aussi clairement exposés ni détaillés, tant en ce qui concerne les crédits afférents que les intervenants – assurance maladie, établissements sanitaires, organismes divers du secteur de la santé, associations, collectivités territoriales, etc.

Cette politique de prévention gagnerait donc à être mieux définie, ses différents partenaires clairement identifiés et ses crédits précisément déterminés. Il en va en effet de l'efficacité de cette nouvelle politique de santé publique voulue par le Gouvernement et soutenue par sa majorité. Il s'agit de fait de combler le retard pris par la France, dont le niveau de mortalité prématurée (celle qui survient avant l'âge de soixante-cinq ans) est particulièrement élevé.

## ***B. UNE POLITIQUE VOLONTARISTE DE LUTTE CONTRE LES PATHOLOGIES À FORTE MORTALITÉ***

### **1. Le plan de lutte contre le cancer**

Le plan de lutte contre le cancer, grand chantier présidentiel, est l'une des principales priorités du ministère en matière de santé publique.

Engagé dès 2003, ce plan comporte plusieurs volets qui concernent l'ensemble des aspects de la lutte contre le cancer :

- la prévention : tabac, alcool, facteurs d'environnement général et professionnel ;
- le dépistage : cancer du sein, cancer cervico-utérin, cancer colorectal ;
- les soins : programme thérapeutique individuel issu d'une concertation pluridisciplinaire dans le cadre d'un réseau de soins ;
- l'accompagnement : information sur les structures de prise en charge du cancer ;
- la formation des professionnels ;
- la recherche.

Près de 81 millions d'euros sont inscrits à ce titre dans le budget 2005, soit 21 millions de plus qu'en 2004. Ces crédits supplémentaires doivent permettre :

- d'accompagner la montée en puissance de l'institut national du cancer qui bénéficiera au total de 32 millions d'euros en 2005. Créé sous la forme d'un GIP de préfiguration, opérationnel dès juillet 2004, l'INCa doit assurer la coordination des divers intervenants, ainsi que le pilotage et l'élaboration des référentiels de prise en charge ;

- de poursuivre les programmes de dépistage organisé, principalement du cancer du sein, dont la généralisation sur l'ensemble du territoire a pu être opérée en 2004, et l'évaluation et l'expérimentation de programmes de dépistage organisé pour le cancer du col de l'utérus et le cancer colorectal. Au total, la participation de l'État, pour la création des structures de gestion de ces dépistages et leur fonctionnement doit s'élever à 29 millions d'euros en 2005 ;

- de lutter contre les principaux facteurs de risque des cancers, en particulier le tabac et l'alcool, les crédits prévus à ce titre en 2005 s'élevant à 9,4 millions d'euros ;

- de développer l'information des patients et des familles, au travers notamment du numéro d'appel national « Cancer info service » et d'un site Internet, pour lesquels 3 millions d'euros sont prévus en 2005 ;

- de soutenir les organismes et associations nationales et les actions de formation professionnelle (1,6 million d'euros).

Cet effort budgétaire de l'État est accompagné par l'assurance maladie qui assume la mise en œuvre des mesures relatives à l'amélioration de la prise en charge des personnes atteintes d'un cancer, tant en matière d'organisation des soins que de traitements, pour un montant évalué à 97 millions d'euros en 2005.

## 2. Les autres plans nationaux

Conformément aux objectifs de la loi relative à la politique de santé publique, plusieurs autres plans stratégiques ont été engagés en 2004 ou devraient l'être en 2005.

### • Le plan national de santé environnementale

Pour la première fois, la France s'est dotée en juin 2004 d'un plan national santé environnement (PNSE). Fondé sur un diagnostic de l'état des risques sanitaires liés à l'environnement, ce plan identifie quarante-cinq actions principales à mettre en œuvre entre 2004 et 2008 afin d'améliorer la santé des Français en lien avec la qualité de leur environnement.

Les trois objectifs prioritaires poursuivis par le PNSE sont : un air pur et une eau de bonne qualité ; prévenir les pathologies d'origine environnementale et notamment les cancers ; mieux informer le public et protéger les populations sensibles.

Les différents ministères concernés par le PNSE (santé, environnement, travail, recherche, industrie, etc.) doivent désormais le mettre en œuvre. En 2005 le ministère de la santé cofinancera, à hauteur de **3,5 millions d'euros**, les actions suivantes :

- la constitution et le suivi d'une cohorte<sup>1</sup> de 10.000 enfants par l'InVS afin de mesurer l'évolution de leur imprégnation aux polluants

---

<sup>1</sup> Ensemble de sujets engagés dans une même étude épidémiologique.

environnementaux et d'établir des relations entre les effets sanitaires observés et leurs expositions environnementales ;

- la réalisation par l'INPES de campagnes d'information et de sensibilisation pour la prévention de l'asthme, des allergies, des intoxications au monoxyde de carbone, des effets sanitaires de la canicule ou des produits chimiques ;

- le recueil, le traitement et la diffusion par l'AFSSE aux professionnels, public et experts scientifiques des informations collectées en santé environnement ;

- des opérations de contrôle de la mise en œuvre de la réglementation par les DDASS afin de prévenir les intoxications par le plomb ou au monoxyde de carbone dans l'habitat et les légionelloses dans les réseaux d'eau chaude et les tours aéroréfrigérantes.

• **Le plan national pour limiter l'impact de la violence sur la santé**

La violence routière - grand chantier présidentiel - a fait l'objet d'une importante mobilisation, dont les résultats apparaissent d'ores et déjà plus que significatifs. Il est désormais proposé d'étendre cette mobilisation à l'ensemble des phénomènes de violence (suicide, agressions), des comportements à risque et des conduites addictives, ainsi que le préconise l'Organisation mondiale de la santé.

Pour lancer ce plan national, 3,2 millions d'euros sont prévus dans le budget 2005.

• **Le plan national pour améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques**

Compte tenu de l'allongement de l'espérance de vie, le nombre de personnes souffrant de maladies chroniques augmente rapidement et de façon importante. Le poids économique de leur prise en charge est considérable. Si la médecine ne peut pas, le plus souvent, guérir ces maladies, elle peut néanmoins en limiter l'impact sur la qualité de vie.

Aussi, pour lancer un plan stratégique national en ce sens, 0,5 million d'euros sont prévus en 2005, afin notamment d'associer plus étroitement médecins et infirmières à des actions de santé publique.

• **Le plan national pour améliorer la prise en charge des maladies rares**

Les maladies dites rares sont celles qui touchent un nombre restreint de personnes rapporté à la population générale. Plusieurs milliers de maladies rares ont déjà été dénombrées et 200 à 300 nouvelles pathologies de ce type sont décrites chaque année. On estime qu'au cours d'une vie, environ 5 % de la population pourraient être touchés par une maladie rare. Aussi, le Gouvernement a-t-il prévu d'engager un plan destiné à permettre une meilleure prise en charge de ces maladies.

Une mesure nouvelle de 0,3 million d'euros est inscrite dans le budget 2005 pour permettre le lancement de ce plan.

## ***C. LA POURSUITE DE LA LUTTE CONTRE LA DROGUE ET LA TOXICOMANIE***

### **1. Un nouveau plan quinquennal**

La lutte contre la drogue et la toxicomanie est la troisième grande priorité de la politique de santé publique. Un nouveau plan quinquennal pour la période 2004-2008 a été arrêté par le Premier ministre le 26 juillet dernier. Il définit des objectifs et des stratégies d'actions spécifiques aux différents produits concernés.

Il accorde surtout une place majeure à la prévention, notamment en direction des jeunes et des adolescents, afin d'empêcher l'expérimentation des drogues ou, au moins, retarder l'âge où elle survient. Le ministre a récemment annoncé que la France serait, en 2005, le premier pays à engager une grande campagne d'information tous publics sur les méfaits du cannabis.

#### **Objectifs et stratégies d'action du plan de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool**

##### **1. Prévenir**

**1.1 Cannabis** : casser l'expansion du cannabis

**1.2 Drogues de synthèse** : surveiller, alerter, informer

**1.3 Alcool** : abaisser les consommations d'alcool aux seuils définis par l'OMS

**1.4 Tabac** : empêcher ou retarder la première cigarette, inciter et aider les fumeurs à arrêter de fumer, protéger les non fumeurs

**1.5 Sécurité routière et prévention des accidents du travail** : dissocier consommation de drogues et d'alcool et conduite de véhicule ou tâches à risque

##### **2. Responsabiliser l'école, les parents, les jeunes, les milieux du travail, la cité, le milieu pénitentiaire**

**2.1 L'Ecole** : créer les conditions d'une prévention effective et adaptée à tous les niveaux de la scolarité

**2.2 Parents** : renforcer le rôle éducatif des parents dans la prévention

**2.3 Milieux sportifs** : sensibiliser les jeunes et les cadres

**2.4 Milieu de travail** : adapter les actions de prévention aux conditions d'emploi et de travail

**2.5 Agir dans la cité** : intégrer la dimension drogues aux actions dans les zones urbaines sensibles

**2.6 Milieu pénitentiaire** : développer la prévention

##### **3. Informer, expliquer et convaincre**

**3.1** Conduire un programme cohérent et diversifié de communication publique à visée préventive

**3.2** Diffuser une information scientifique mise à jour en permanence

**3.3** Consolider des centres de ressources au niveau régional et local comme support du développement de la prévention

**3.4** Diversifier les modes de réponse des services téléphoniques et d'Internet



**4. Améliorer la réponse du système de soins à l'usage nocif et à la dépendance**

4.1 Documenter les comportements de consommation, repérer l'abus ou la dépendance le plus tôt possible

4.2 Développer, organiser et optimiser l'offre de soins

4.3 Innover, diversifier, consolider les réponses à la toxicomanie

4.4 Améliorer la prise en charge des usagers incarcérés

4.5 Développer un programme crack à Paris, aux Antilles et en Guyane

4.6 Promouvoir l'addictologie comme soutien de l'enseignement, de la formation et de la recherche

**5. Rétablir la portée de la loi**

5.1 Faire évoluer et respecter les législations relatives au tabac et à l'alcool

5.2 Faire évoluer le dispositif de sanction de l'usage de stupéfiants par des instructions générales de politique pénale aux parquets

5.3 Rendre plus performante l'articulation Justice/Santé

5.4 Harmoniser les pratiques pénales dans les contentieux de l'usage et de l'incitation à l'usage

5.5 Renforcer les moyens de lutte contre le trafic

5.6 Lutter contre le trafic local notamment par un recours soutenu à l'enquête de patrimoine

5.7 Adapter le dispositif répressif aux nouvelles formes de trafic organisé

**6. Amplifier la mobilisation du dispositif d'observation et de recherche au service d'une action plus efficace**

6.1 Améliorer l'efficacité des protocoles thérapeutiques

6.2 Améliorer les connaissances sur les parcours de consommation, les dommages sociaux et sanitaires induits et les méthodes de prévention et d'éducation à la santé

6.3 Analyser les logiques économiques à l'œuvre sur les grands marchés réglementés

6.4 Appréhender les mécanismes de fonctionnement des marchés de produits illicites

6.5 Améliorer les outils disponibles pour surveiller l'apparition de nouvelles drogues, évaluer leur dangerosité, anticiper les risques

**7. Recentrer l'action extérieure de la France dans la lutte contre la drogue**

7.1 Œuvrer au rapprochement des politiques des États de l'union européenne en matière de substances psychoactives

7.2 Participer plus activement aux débats en cours dans les autres enceintes internationales

7.3 Intensifier les contacts bilatéraux

7.4 Développer les actions d'assistance technique

**8. Renforcer la coordination interministérielle au niveau central et territorial**

8.1 Développer une coordination interministérielle forte

8.2 Optimiser le maillage territorial

**9. Évaluer l'action gouvernementale avec des objectifs quantifiés**

## 2. Un rôle renforcé pour la MILDT

La mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), qui est chargée de la mise en œuvre de ces priorités gouvernementales, a vu son rôle de pilote interministériel renforcé dans le cadre du plan quinquennal.

Ainsi, au cours du second semestre 2004, elle a engagé une série d'actions innovantes au service des grandes priorités du plan, comme la mise en place d'un réseau national de consultations cannabis orientées vers les jeunes consommateurs, les parents et leurs familles.

En 2005, ses domaines prioritaires d'action seront :

- **la prévention de la consommation de substances psychoactives et la responsabilisation des acteurs.** Il s'agit de réduire l'accessibilité des produits, de décourager l'initiation aux substances et de repousser l'âge des premières consommations. La priorité sera donnée aux actions en direction des jeunes, que ce soit pour le tabac, l'alcool ou les drogues illicites, notamment le cannabis. Les actions soutenues auront lieu autour de l'école, des milieux de vie des jeunes et de leurs parents. S'y ajoutera une large campagne de communication grand public. Des actions seront mises en œuvre avec la sécurité routière et le milieu du travail. En outre, de véritables plans départementaux de prévention seront mis au point. Au total, **18 millions d'euros** seront consacrés à la prévention ;

- **le rappel du caractère illégal de la consommation de stupéfiants** comme des actes préparatoires à cette consommation. Il s'agit de donner un caractère prioritaire aux questions d'ordre public. Des actions de communication à destination du grand public seront donc menées en ce sens, conjointement avec l'INPES, et dans le cadre des conventions départementales d'objectifs « Santé-Justice ». Le soutien aux principales organisations internationales intervenant dans ce domaine sera poursuivi, et notamment à celles qui luttent contre le trafic dans la zone sensible des Caraïbes. Pour ces actions, **9 millions d'euros** sont prévus en 2005 ;

- **la consolidation du dispositif de prise en charge et de soins.** La MILDT favorisera la coordination entre les consultations de dépistage et d'orientation et les services chargés de la prise en charge des personnes qui relèvent du soin. Un soutien financier sera accordé aux centres spécialisés pour traiter la dépendance au cannabis. Des réponses innovantes seront proposées pour la prise en charge des personnes dépendantes à l'héroïne. A cet effet, **2 millions d'euros** seront consacrés à l'expérimentation de « *Programmes sans drogue* ».

Par ailleurs, **4 millions d'euros** seront consacrés à la **recherche**, en lien notamment avec l'INSERM.

La MILDT devra également susciter le développement d'une **coopération interministérielle forte** et veiller à la bonne coordination des

différentes actions menées par les ministères ; **2 millions d'euros** devraient servir à financer des formations, des études et des documentations dans le cadre du développement d'outils communs d'information et de connaissances.

Enfin, l'optimisation du maillage territorial de la MILDT nécessitera une rénovation des centres d'information et de ressources sur les drogues et les dépendances. Le niveau interrégional ayant été retenu, la MILDT devra faciliter l'émergence de **centres de ressources interrégionaux** de haut niveau et labellisés en 2005 : **3 millions d'euros** sont prévus à cet effet.

Au total, la MILDT voit ses crédits pour 2005 maintenus au même niveau qu'en 2004, soit **38 millions d'euros**.

## II. LA PRIORITÉ DE LA VEILLE ET DE LA SÉCURITÉ SANITAIRES

### A. LE RÔLE PRÉPONDÉRANT DES AGENCES

#### 1. De nombreux intervenants

La politique de veille et de sécurité sanitaires s'appuie sur l'action des **sept agences nationales** compétentes en ce domaine : agence française de sécurité sanitaire et des produits de santé (AFSSAPS), agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA), agence française de sécurité sanitaire environnementale (AFSSE), établissement français des greffes (EFG), établissement français du sang (EFS), institut national de veille sanitaire (InVS) et agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES).

Compte tenu de la nature des missions que leur a conférées la loi, il s'agit :

- d'opérateurs de l'État : EFG, EFS ;
- d'instances d'expertise dans les domaines de l'évaluation scientifique, de la veille sanitaire ou de l'évaluation des pratiques : AFSSA, AFSSAPS, AFSSE, ANAES, InVS, future agence de la biomédecine ;
- d'autorités sanitaires pour les autorisations d'activités, de lieux, de produits ainsi que de contrôle et de police : AFSSAPS, EFG, future agence de la biomédecine.

La politique de veille et sécurité sanitaires vise à :

- disposer d'une meilleure évaluation des risques sanitaires et d'un système de veille efficace ;
- mettre en place des programmes d'action, des procédures et des structures destinés à renforcer le dispositif de gestion des crises ;
- mieux assurer l'information et l'éducation sanitaires des professionnels et du public dans ce domaine.

Les différentes crises sanitaires récentes (canicule, légionellose, SRAS, rage...) ont en effet montré l'importance d'une amélioration de la cohérence et de l'efficacité du dispositif de sécurité et d'alerte sanitaires.

La pertinence de ce dispositif et le rôle respectif des agences, comme leur articulation avec les différents services de l'État intéressés, ont fait l'objet cette année d'une évaluation, conformément à la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1998 qui a créé la plupart de ces agences. Il en est ressorti que si des progrès ont à l'évidence pu être réalisés grâce à l'existence de ces agences sanitaires, d'importantes pistes d'amélioration existent encore. Le Gouvernement a indiqué qu'un débat serait organisé au Parlement au cours des prochains mois sur ce sujet.

Votre commission veillera à ce que cet engagement soit tenu car la veille et la sécurité sanitaires sont aujourd'hui devenues des questions essentielles pour nos concitoyens. Or, les nombreuses structures créées à cet effet n'ont malheureusement pas toujours permis une bonne lisibilité des compétences et des responsabilités.

## **2. Des moyens globalement stabilisés**

En prévision de la future mission interministérielle « *Veille et sécurité sanitaires* » créée dans le cadre de la LOLF, les crédits destinés à la veille et à la sécurité sanitaires ont été regroupés dans le projet de budget pour 2005 au sein d'un seul chapitre (39-02).

Sur celui-ci, 116 millions d'euros ont été inscrits et répartis en fonction de la destination des dépenses, quatre types d'actions ayant été identifiés :

- la veille, la surveillance, l'expertise et l'alerte, pour lesquelles 57,4 millions d'euros sont inscrits ;
- la gestion des urgences, des situations exceptionnelles et des crises, au titre de laquelle 9,4 millions sont prévus ;
- la production et la mise en œuvre de règles, de recommandations ou de décisions, pour un montant de 42,6 millions d'euros ;
- l'information et la formation, avec 6,6 millions d'euros.

Sur ce montant, 93 millions seront affectés aux agences sanitaires. Ces crédits sont répartis chaque année en fonction des besoins et des ressources propres dont peuvent disposer ces établissements, tout en tenant compte des missions nouvelles qui peuvent leur être attribuées.

Ainsi, en 2005, quinze emplois nouveaux sont créés pour permettre la mise en œuvre des priorités gouvernementales, notamment la création de l'agence de la biomédecine.

Pour les risques sanitaires et la santé environnementale, 12,6 millions d'euros sont prévus, se répartissant ainsi :

- 5 millions pour le renforcement des moyens des centres nationaux de référence, dont le rôle est primordial dans la surveillance des épidémies, sous le contrôle de l'institut national de veille sanitaire ;
- 3,5 millions au titre du plan national santé environnement ;
- 3 millions pour la lutte contre le bioterrorisme et les situations exceptionnelles ;
- 2,2 millions pour la mise en place en 2005 d'une plate-forme téléphonique d'information du public sur les situations exceptionnelles.

## ***B. UN DISPOSITIF EN COURS DE RENFORCEMENT ET DE RATIONALISATION***

Les grandes lois votées cet été – loi du 6 août 2004 relative à la bioéthique, loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, loi du 13 août 2004 sur l'assurance maladie – ont entrepris une première rationalisation du dispositif des agences sanitaires.

Il s'est agi, selon le ministère, à la fois de procéder à des regroupements pertinents sur le plan scientifique et administratif et d'appuyer les agences par des moyens logistiques appropriés. L'efficacité des agences passe en effet par un regroupement des expertises et des moyens et non par une dilution de ceux-ci.

### **1. La création de l'agence de la biomédecine**

La loi relative à la bioéthique a prévu qu'une agence de la biomédecine se substitue à l'établissement français des greffes (EFG) et à l'agence de la procréation, de l'embryologie et de la génétique humaine, organisme que le projet de loi initial, présenté en 2001, proposait de créer.

Cette agence aura un champ de compétences comprenant la greffe, la médecine de reproduction, les cellules et les tissus, ainsi que la génétique. Le Gouvernement s'est engagé à ce qu'elle soit opérationnelle au début de l'année 2005.

L'agence sera chargée d'assurer trois missions principales : l'expertise et la veille scientifique ; la délivrance d'autorisations et d'avis concernant les structures et praticiens exerçant des activités relevant de sa compétence (par exemple, l'autorisation des protocoles de recherche sur l'embryon) ; l'évaluation et le contrôle des activités relevant de sa compétence.

Quatre emplois sont créés pour l'agence et une mesure nouvelle de 2,4 millions d'euros figure au budget 2005 pour faire face à ses missions.

### **2. La reprise des principales missions de l'ANAES par la Haute autorité de santé**

Créée par la loi relative à l'assurance maladie, la Haute autorité de santé doit, en plus de ses compétences nouvellement créées, reprendre les principales missions de l'ANAES, ainsi que celles de la commission de la transparence, de la commission d'évaluation des produits et prestations du fonds de promotion de l'information médicale et médico-économique (FOPIM), dont la gestion était assurée jusque là par l'AFSSAPS.

Cinq emplois sont créés au titre de la Haute autorité pour laquelle un crédit de 9,65 millions d'euros est également ouvert.

### **3. L'extension du rôle de l'InVS**

L'institut de veille sanitaire est au cœur du dispositif d'alerte. Il est chargé de l'observation et de la surveillance de l'état de santé de la population pour l'ensemble des risques susceptibles de l'affecter, d'alerter les pouvoirs publics en cas de menace pour la santé (épidémies, pollutions, etc.) et de leur recommander toute mesure ou action appropriée. Il est également chargé de mener toute action nécessaire à l'identification des causes à l'origine d'une modification de l'état de santé de la population, notamment en situation d'urgence.

Ces missions ont été précisées par le projet de loi relatif à la politique de santé publique, la mission d'alerte de l'institut ayant été renforcée. A cet effet, la gestion des centres nationaux de référence est désormais assurée par l'InVS afin de mieux coordonner le système de veille sanitaire, notamment en ce qui concerne les épidémies. L'obligation de signalement de toute menace imminente pour la santé de la population est en outre édictée à l'égard de tous les services de l'État ou des collectivités territoriales ainsi que des établissements et des professionnels du soin.

La subvention de l'État à l'InVS représente environ 70 % des ressources de l'établissement. En 2005, elle devrait avoisiner 32 millions d'euros. En 2004, l'InVS disposait de 275 emplois.

### **4. La création d'un département des situations d'urgence sanitaire**

La loi relative à la politique de santé publique a aussi prévu de consolider les moyens mis à la disposition des pouvoirs publics pour maîtriser le risque ou limiter l'extension de l'épidémie lors de menaces sanitaires graves : menaces d'épidémies, situations sanitaires environnementales graves, menaces bioterroristes.

La création, au sein du ministère de la santé et de la protection sociale, d'un département des situations d'urgence sanitaire doté d'une vingtaine d'emplois budgétaires répond précisément à cet objectif.

Ce département est destiné à permettre aux pouvoirs publics de disposer d'une véritable capacité de réponse aux crises sanitaires, en s'appuyant à la fois sur le réseau de surveillance et d'alerte de l'InVS et sur l'action locale des préfetures et des services déconcentrés, directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales.

La loi réforme d'ailleurs aussi les systèmes d'information de façon à permettre aux pouvoirs publics de disposer de renseignements mieux adaptés aux circonstances difficiles que le pays peut être amené à traverser. L'amélioration des systèmes d'information est en effet apparue comme une priorité lors des crises récentes.

A titre d'exemple, l'article 13 de la loi relative à la politique de santé publique revoit le circuit des certificats de décès afin d'assurer une remontée rapide des informations et de permettre, si nécessaire, d'alerter l'InVS en cas de situations anormales.



### **III. L'OFFRE DE SOINS ET L'ACCÈS AUX SOINS : UN FINANCEMENT EN PROFONDE ÉVOLUTION**

#### ***A. L'OFFRE ET LA QUALITÉ DU SYSTÈME DE SOINS***

Le rôle de l'État, en matière d'offre sanitaire, est d'assurer que le dispositif de soins, dans son acception la plus large, répond aux besoins de santé de la population. L'État doit donc garantir le meilleur niveau d'offre de soins à coût limité et veiller à ce que cette offre de soins soit répartie sur le territoire selon les besoins, tant en ce qui concerne les structures hospitalières que les professionnels de santé.

La politique en matière d'offre de soins est pour l'essentiel financée à travers l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) fixé dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale.

Le projet de loi de finances pour 2005 affecte 131 millions d'euros à l'offre de soins et à la qualité du système de santé.

#### **1. La rationalisation de l'offre hospitalière dans le cadre du plan « Hôpital 2007 »**

Afin de poursuivre la mise en œuvre du plan « Hôpital 2007 », qui constitue une priorité gouvernementale, la loi relative à l'assurance maladie a prévu de nouvelles structures de coordination.

Ainsi, dans chaque région, une mission régionale de santé, constituée de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) et de l'union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM), doit assurer une meilleure coordination ville-hôpital.

Par ailleurs, des expérimentations créant des agences régionales de santé devraient être engagées en 2005.

Néanmoins, afin de préserver l'efficacité indispensable de l'action des ARH, notamment pour la mise en œuvre du plan « Hôpital 2007 », leurs moyens sont maintenus dans le budget 2005, à 19,2 millions d'euros. En outre, les deux missions créées par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 continuent de leur apporter un complément important, que ce soit la mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH), pour soutenir l'amélioration de l'organisation des activités des établissements, ou la mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier (MAINH), pour apporter localement une expertise technique complémentaire et promouvoir l'innovation.

L'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) a vu son périmètre d'activités étendu à la prise en charge de nouvelles nomenclatures et classifications et à la production de systèmes d'information du champ hospitalier comme, par exemple, l'enquête de statistiques annuelles d'établissements ou le répertoire des établissements sanitaires et sociaux.

En 2005, l'ATIH devrait être en mesure de fournir des éléments indispensables à la mise en œuvre du plan « Hôpital 2007 » concernant la mise en place de la tarification à l'activité (de nouveaux outils sont nécessaires pour assurer une régulation médicalisée et pour mieux évaluer les coûts de production des établissements de santé) et la refonte de la planification hospitalière (celle-ci nécessite de disposer d'informations à caractère quantitatif, comme qualitatif, sur les besoins de soins exprimés au sein des territoires de santé).

## 2. L'organisation et la régulation des professions de santé

Compte tenu des difficultés de recrutement des personnels paramédicaux et des sages-femmes et au vu des perspectives démographiques médicales générales, la formation des professionnels de santé, et notamment des infirmiers, est au centre des préoccupations du ministère. De ce fait, le quota des élèves infirmiers fixé à 30.000 en 2003, en augmentation de près de 15 % par rapport aux années précédentes, est maintenu au même niveau en 2005.

Par ailleurs, afin de renforcer la proximité de la gestion de ces formations, la loi du 13 août 2004 relative aux responsabilités locales a prévu que le fonctionnement des instituts et écoles de formation de professionnels paramédicaux et de sages-femmes serait à la charge de la région, de façon obligatoire pour les instituts et écoles publics et fortement recommandée pour les instituts et écoles privés. Ce transfert doit devenir effectif le 1<sup>er</sup> juillet 2005.

De manière complémentaire, la loi du 13 août a également prévu qu'à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2005, les bourses seraient dorénavant gérées par les régions.

Ainsi, ce sont près de **257 millions d'euros qui sont transférés aux régions.**

Les autres crédits prévus dans le budget 2005 en matière de formation des professions de santé concernent :

- les stages dans des organismes extra hospitaliers pour les étudiants en médecine, en pharmacie et en odontologie et le stage de six mois obligatoire effectué en tant que résident chez les médecins généralistes : 51 millions d'euros sont prévus à cet effet ;

- l'année de recherche de l'internat de médecine et de pharmacie pour les internes qui effectuent une formation à la recherche en préparant un DEA : 5,45 millions d'euros sont inscrits à ce titre ;

- le financement du fonctionnement des conseils nationaux qui définiront les obligations de chaque médecin en matière de formation médicale continue - essentielle pour l'amélioration de la qualité des pratiques et la meilleure utilisation des ressources - et des conseils régionaux auxquels il reviendra de valider les efforts réalisés par chaque médecin, 4,7 millions d'euros y sont alloués.

Enfin, 25,3 millions d'euros, soit le même montant qu'en 2004, sont prévus pour le financement des systèmes de santé de Nouvelle-Calédonie, de Polynésie française, de Mayotte et de Wallis et Futuna.

10 millions d'euros doivent en outre servir au financement de projets relevant de contrats de plan État-région ou de contrats de développement des collectivités d'outre-mer.

### ***B. UNE REFORME DU MODE DE FINANCEMENT DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE COMPLÉMENTAIRE***

Dans l'accès aux soins, la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) joue un rôle sanitaire incontestable.

#### **La couverture maladie universelle complémentaire**

LA CMU, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2000, garantit à tous, sous condition de résidence, une prise en charge des soins par un régime d'assurance maladie et reconnaît aux personnes dont les revenus sont les plus faibles le droit à une protection complémentaire et à la dispense d'avance de frais.

Le volet relatif à la couverture complémentaire santé assure la prise en charge du ticket modérateur, du forfait journalier et de certains frais liés aux prothèses dentaires et aux frais d'optique, ainsi que la dispense d'avance de frais.

Ces prestations sont financées par le fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie. Celui-ci est alimenté par une contribution des mutuelles, institutions de prévoyance et entreprises d'assurance, par un droit sur les alcools, un versement de la CNAMTS et par une dotation d'équilibre de l'État. Les organismes complémentaires qui participent à la gestion de la CMUC bénéficient d'une déduction forfaitaire sur la taxe payée, pour chaque bénéficiaire géré.

Au 31 mars 2004, on comptait 4,9 millions de bénéficiaires de la CMUC.

Le présent projet de loi de finances revoit de façon sensible le mode de financement de la CMUC. Cela apparaît, d'une part, dans le fascicule budgétaire santé, d'autre part, dans les dispositions de l'article 77 rattaché à ce budget.

Ainsi, l'article 77 prévoit d'attribuer l'intégralité du rendement de la contribution sur les boissons alcooliques de plus de 25 degrés au fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie, soit **370 millions d'euros**. Cette cotisation était précédemment affectée à la CNAMTS.

Par ailleurs, aux termes de cet article et des autres mesures figurant dans le budget de la santé pour 2005, **la dotation de l'État au fonds CMUC devrait baisser de près de 286 millions d'euros**, malgré la décision du Gouvernement d'octroyer à 300 000 enfants supplémentaires le bénéfice de la CMUC (charge supplémentaire de 35 millions d'euros) et la réduction du produit de la taxe supportée par les organismes complémentaires au titre du crédit d'impôt relatif à l'acquisition d'une complémentaire santé (loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie ; perte de recettes évaluée à 140 millions d'euros). Cette diminution de la dotation de l'État est en effet principalement permise par l'affectation de la cotisation sur les boissons alcooliques au fonds CMUC, soit 370 millions d'euros, et une dotation de l'assurance maladie au fonds CMUC de 100 millions d'euros.

Votre commission comprend les motivations du Gouvernement sur cet article. Il lui semble néanmoins **très regrettable que l'État reporte une partie du coût de la CMUC sur l'assurance maladie**, pratique que votre commission a d'ailleurs toujours dénoncée. Il paraît également dommage de priver l'assurance maladie d'une ressource particulièrement dynamique, celle de la cotisation sur les boissons alcooliques. Néanmoins, compte tenu de la progression du coût de la CMUC, des mesures devaient être prises et le Gouvernement a pris ses responsabilités.

## IV. UN AVANT-PROJET PERFECTIBLE : LA MISSION « SANTÉ » POUR 2005

Le projet de budget examiné dans ce rapport est le dernier qui sera présenté selon les règles de l'ordonnance organique du 2 janvier 1959. En effet, la mise en œuvre de la nouvelle loi organique relative aux lois de finances (LOLF) du 1<sup>er</sup> août 2001 doit entraîner une rénovation complète de la présentation et de la discussion de la loi de finances et, par voie de conséquence, de la portée et du mode de contrôle parlementaire de l'autorisation budgétaire.

### A. LES QUATRE PROGRAMMES DE LA MISSION « SANTÉ »

Dans le cadre de la préparation de la mise en œuvre de la LOLF, un avant-projet annuel de performances a été élaboré cette année pour la mission ministérielle « Santé ». Celui-ci comporte quatre programmes comprenant chacun trois ou quatre actions. Le tableau ci-après en présente le détail :

*(en millions d'euros)*

Programmes	LFI 2004	PLF 2005
<b>Programme 1 – Santé publique et prévention</b>	<b>202,45</b>	<b>209,96</b>
<i>Action 1 – Politique de santé</i>	38,21	22,23
<i>Action 2 – Déterminants de santé</i>	35,52	37,02
<i>Action 3 – Pathologies à forte mortalité</i>	125,32	146,84
<i>Action 4 – Qualité de la vie et handicaps</i>	3,40	3,88
<b>Programme 2 – Offre de soins et qualité du système de soins</b>	<b>189,20</b>	<b>114,02</b>
<i>Action 1 – Niveau et qualité de l'offre de soins</i>	154,55	80,99
<i>Action 2 – Accessibilité de l'offre de soins</i>	1,32	1,22
<i>Action 3 – Soutien</i>	33,33	31,81
<b>Programme 3 – Drogue et toxicomanie</b>	<b>38,04</b>	<b>38,00</b>
<i>Action 1 – Coordination interministérielle des volets préventif, sanitaire et répressif</i>	36,44	25,37
<i>Action 2 – Expérimentation de nouveaux dispositifs partenariaux de prévention, de prise en charge et d'application de la loi</i>	10,40	12,16
<i>Action 3 – Coopération internationale</i>	1,20	0,47
<b>Programme 4 – Conception et gestion des politiques de santé</b>	<b>220,99</b>	<b>225,05</b>
<i>Action 1 – Conception et gestion du programme Santé publique et prévention</i>	42,47	42,45
<i>Action 2 – Conception et gestion du programme Veille et sécurité sanitaires</i>	95,30	99,83
<i>Action 3 – Conception et gestion du programme Offre de soins et qualité du système de soins</i>	80,92	80,46
<i>Action 4 – Conception et gestion du programme Drogue et toxicomanie</i>	2,30	2,31
<b>TOTAL</b>	<b>650,69</b>	<b>587,03</b>

Chacun des programmes, divisé en actions, est assorti de plusieurs objectifs, eux-mêmes associés à des indicateurs de résultats.

Pour le **Programme 1 - Santé publique et prévention**, huit objectifs ont été définis, accompagnés des indicateurs suivants :

- objectif n° 1 : rédiger et publier dans les meilleurs délais les textes d'application de la loi de programme de la santé publique et de la loi bioéthique ;

*indicateur : nombre et pourcentage de textes d'application publiés rapporté au nombre total de textes à publier pour la LPSP et la loi bioéthique*

- objectif n° 2 : accroître l'implication des usagers dans le cadre des politiques et des actions de santé publique au travers des associations, en mettant en place dans les meilleurs délais l'agrément des associations d'usagers ;

*indicateurs : délai d'agrément moyen d'une association, nombre d'adhérents de l'ensemble des associations agréées*

- objectif n° 3 : réduire les délais de transmission à l'institut national de la santé et de la recherche médicale des certificats de décès ;

*indicateurs : pourcentage d'établissements de santé équipés de la transmission électronique, délai moyen de traitement des certificats de décès*

- objectif n° 4 : réduire la consommation d'alcool ;

*indicateur : consommation annuelle d'alcool par habitant de plus de quinze ans*

- objectif n° 5 : abaisser la prévalence du tabagisme ;

*indicateur : pourcentage de la prévalence du tabagisme quotidien par sexe et par âge*

- objectif n° 6 : réduire l'exposition des populations à certains risques environnementaux ;

*indicateur : prévalence du saturnisme chez les enfants de un à six ans*

- objectif n° 7 : réduire les comportements à risque dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA ;

*indicateurs : pourcentage des jeunes de quinze à vingt-six ans ayant utilisé un préservatif lors de leur premier rapport, pourcentage des jeunes de dix-huit à vingt-quatre ans ayant utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport*

- objectif n° 8 : améliorer le dépistage organisé du cancer du sein ;

*indicateurs : taux de couverture du dépistage du cancer du sein dans la population cible, coût unitaire du dépistage du cancer du sein, pour la classe d'âge cinquante – soixante-quatorze ans, ratio nombre de*

*mammographies de dépistage organisé/nombre de mammographies de dépistage individuel + dépistage organisé.*

Pour le **Programme 2 – Offre de soins et qualité du système de soins**, les objectifs et indicateurs sont :

- objectif n° 1 : accroître la qualité de l'offre de soins ;

*indicateur : niveau de satisfaction des usagers du système de soins*

- objectif n° 2 : prévenir les maladies nosocomiales ;

*indicateurs : pourcentage d'établissements ayant mis en place un tableau de bord des infections nosocomiales, taux de prévalence des principales infections nosocomiales dans les établissements disposant d'un tableau de bord depuis 2002*

- objectif n° 3 : améliorer la prise en charge des patients et réduire son coût par le développement de l'hospitalisation à domicile ;

*indicateur : nombre de places en hospitalisation à domicile*

- objectif n° 4 : améliorer la rapidité de la prise en charge de la population par une unité d'urgence (SMUR) ;

*indicateur : pourcentage de la population résidant à moins de trente minutes d'un SMUR*

Pour le **Programme 3 – Drogue et toxicomanie**, les objectifs et indicateurs retenus sont :

- objectif n° 1 : mobiliser l'ensemble des administrations et partenaires autour des objectifs du plan ;

*indicateur : niveau de mise en œuvre par les ministères des objectifs du plan, respect de l'interdiction de fumer dans les lieux collectifs*

- objectif n° 2 : renforcer la cohérence de la politique publique au niveau central et territorial ;

*indicateurs : taux de réalisation des projets interministériels examinés en COPIL annuel, degré d'articulation des plans territoriaux avec les autres dispositifs locaux (GRSP, prévention de la délinquance, sécurité routière, contrats de plan...), degré de cofinancement des plans territoriaux*

- objectif n° 3 : améliorer la pertinence des dispositifs expérimentaux d'intervention ;

*indicateurs : taux de dispositifs expérimentaux jugés pertinents (à la suite de l'évaluation par l'OFDT), taux de reprise des dispositifs pertinents par d'autres administrations et partenaires*

- objectif n° 4 : améliorer la pertinence des échanges internationaux en matière de lutte contre les drogues ;

*indicateur : pertinence des actions coordonnées d'assistance technique dans les zones géographiques prioritaires*

Pour le **Programme 4 – Conception et gestion des politiques de santé**, l'objectif et les indicateurs de résultats définis dans l'avant-projet annuel de performance sont :

- objectif n° 1 : mettre à la disposition des services les ressources humaines nécessaires à la mise en œuvre des politiques sanitaires de façon fiable, accessible et rapide

*indicateurs : taux de vacance d'emploi global, pourcentage des agents ayant suivi une formation métier dans les quatre dernières années, part des rémunérations principales non automatiques*

S'il paraît à l'évidence complexe de mettre au point des objectifs et des indicateurs de résultats pertinents pour l'évaluation de l'action des pouvoirs publics dans le domaine de la santé publique, il n'en demeure pas moins certain que des améliorations significatives de la présentation proposée peuvent être recherchées. Le comité interministériel d'audit des programmes a d'ailleurs publié, en juin 2004, un avis sur le Programme « *santé publique et prévention* » du ministère de la santé et de la protection sociale allant dans ce sens. Ses conclusions méritent d'être citées :

- le comité constate que le programme ne regroupe **qu'une part très minime des dépenses consacrées à la prévention** et que les grands réseaux de prévention (médecine scolaire, médecine du travail, PMI, centres d'examen de santé) ne relèvent pas du programme. De nombreux ministères et la CNAMTS engagent aussi des dépenses à visée préventive.

En conséquence, il suggère de **créer un document de politique transversale consacré la prévention**, de fournir au sein du projet annuel de performance des informations sur les dépenses de prévention relevant du système de soins, d'unifier, au sein du programme santé publique et prévention, les crédits consacrés à la lutte contre les pratiques addictives, de rapatrier vers le budget de l'État, pour permettre au contrôle parlementaire de s'exercer, les crédits de prévention gérés par la CNAMTS et enfin d'intituler le programme « *prévention* » et non « *santé publique et prévention* » ;

- le comité constate que le **programme est structuré autour d'actions** (déterminants, pathologies, thématiques) **qui sont plus des regroupements de problèmes de santé publique que de véritables actions**. C'est au niveau des sous-actions (tabac, alcool, cancer, SIDA...) que l'on rencontre des notions qui ont du sens et qui renseignent véritablement sur la destination des crédits. Les sous-actions sont multiples et de portée diverse. Parmi les vingt-six sous-actions, quatorze mobilisent moins de 1 million d'euros de crédits et trois sous-actions représentent à elles seules 114 millions d'euros sur 140 millions d'euros.

Le comité recommande donc de **simplifier et de hiérarchiser le programme autour de quatre actions** (lutte contre les pratiques addictives, promotion des comportements favorables à la santé, cancer, SIDA) avec des extensions éventuelles (suicide, hépatites). Une action supplémentaire,



nommée « *expertise, animation et pilotage de la politique de prévention* », aurait vocation à rassembler les autres crédits consacrés à des thèmes pour lesquels la DGS n'est pas un acteur majeur et direct mais pour lesquels elle a vocation à établir des références et des normes, à jouer un rôle « d'autorité » ou de conseil vis-à-vis d'autres acteurs ;

- le comité constate que **le projet annuel de performance n'a pu, pour la définition des objectifs et des indicateurs, se détacher réellement de la loi relative à la politique de santé publique**. Il n'existe pas de déclinaison d'objectifs au niveau même du programme, ni même au niveau des actions, il faut descendre jusqu'aux sous-actions, qui sont le premier niveau pertinent renvoyant à des politiques identifiées, pour trouver les premières propositions d'objectifs. Le comité constate que dans la mesure où ces sous-actions sont multiples et diverses, le nombre des objectifs va bien au-delà des quatre à cinq objectifs souhaitables dans la perspective d'une lecture aisée du programme par les parlementaires.

Surtout, **le projet annuel de performance ne retient pour pertinents que des objectifs d'impact socio-économique lointains qui ne sont pas directement maîtrisables par le responsable du programme**. Seuls les objectifs et les indicateurs des actions liées au champ de la prévention secondaire (dépistages, vaccinations...), qui se rapprochent d'une logique de prestation de service, sont relativement simples à appréhender et à définir de façon à rendre compte de l'action propre du programme. Mais ils ne représentent qu'une faible partie des actions menées.

Aussi, le Comité suggère que **l'ensemble des partenaires associés dans la politique de prévention partagent les mêmes objectifs et retiennent des indicateurs communs**, dans un document de politique transversale, ou dans des conventions de partenariats signés avec le ministère de la santé, contenant des objectifs et des indicateurs.

## ***B. DES AMÉLIORATIONS NÉCESSAIRES***

D'une façon générale, la nouvelle présentation appelle les remarques suivantes :

- **trop de crédits ne sont pas regroupés au sein des programmes de la mission « Santé »** et demeurent inscrits, soit dans les programmes d'autres missions ministérielles, soit dans le budget d'autres organismes. Cela nuit à une bonne lisibilité de l'action du ministère de la santé et rend difficile un véritable contrôle parlementaire en ce domaine.

Ce souci semble pourtant avoir été pris en compte pour les actions ayant trait à la veille et à la sécurité sanitaires, une mission interministérielle spécifique « *Sécurité sanitaire* » ayant été créée pour regrouper des crédits en provenance de plusieurs ministères, notamment de la santé et de l'agriculture ;

- **au sein même de la mission « Santé », le découpage des crédits entre programmes est parfois aussi peu clair.** C'est le cas par exemple des crédits destinés aux politiques préventives de lutte contre l'alcool, le tabac et la toxicomanie inscrits sous le programme « *santé publique et prévention* » et non sous le programme « *drogue et toxicomanie* », ce qui là encore ne permet pas d'avoir une vision d'ensemble de la politique des pouvoirs publics dans le domaine, pourtant facilement identifiable, de la lutte contre les pratiques addictives.

De même, il est difficilement compréhensible que les crédits de conception et de gestion du programme drogue et toxicomanie ne soient pas inscrits sous le programme « *drogue et toxicomanie* » mais sous le programme « *conception et gestion des politiques de santé* ». Il en est évidemment également ainsi pour les crédits de conception et de gestion du programme veille et sécurité sanitaires qui sont inscrits sous le programme « *conception et gestion des politiques de santé* » de la mission santé et non dans le cadre de la mission « *Veille et sécurité sanitaires* ».

Si l'on parvient à individualiser ces crédits sous forme d'actions, pourquoi ne pas les regrouper avec les crédits des programmes auxquels ils se rapportent ?

- **de nombreux objectifs paraissent trop vagues ou pour le moins lointains, voire purement incantatoires**, ce qui n'est pas le but recherché par la LOLF. Ainsi en est-il, par exemple, des objectifs « *réduire l'exposition des populations à certains risques environnementaux* » ou bien « *accroître la qualité de l'offre de soins* » ;

- **la plupart des indicateurs retenus restent à construire**, même si les sources probables des données qui seront exploitées sont mentionnées dans le document de préfiguration. Il est donc légitime de douter que d'ici à un an tous ces indicateurs puissent être renseignés ;

- **les indicateurs retenus ne paraissent pas toujours pertinents pour mesurer l'action des pouvoirs publics.** L'indicateur « *consommation annuelle d'alcool par habitant de plus de quinze ans* » est par exemple insuffisamment précis pour rendre compte des efforts des pouvoirs publics dans ce domaine au cours d'une année.

\*

\* \*

Au vu des observations formulées dans le présent avis, **votre commission a donné un avis favorable à l'adoption des crédits relatifs à la santé ainsi qu'aux articles 77 à 79 qui lui sont rattachés.**

## EXAMEN DES ARTICLES RATTACHES

### *Article 77*

#### **Augmentation des recettes du fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (CMUC)**

***Objet : Cet article prévoit l'affectation de nouvelles recettes au fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (CMUC).***

#### **I - Le dispositif proposé**

La couverture maladie universelle complémentaire assure le bénéfice d'une complémentaire santé à environ 4,8 millions de personnes. Elle est aujourd'hui financée par une contribution des organismes de protection complémentaire et par une dotation d'équilibre versée par l'État.

Le présent article prévoit d'attribuer l'intégralité du rendement de la cotisation sur les boissons alcooliques de plus de 25 degrés au fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie. Cette cotisation était précédemment affectée à la CNAMTS.

Aux termes de cet article et des autres mesures figurant dans le budget de la santé pour 2005, la dotation de l'État au fonds CMUC devrait ainsi baisser de près de 286 millions d'euros. Dans le même temps, ses charges augmentent puisque le Gouvernement a décidé d'octroyer à 300.000 enfants supplémentaires le bénéfice de la CMUC (coût : 35 millions d'euros) et que la loi relative à l'assurance maladie a réduit le produit de la taxe supportée par les organismes complémentaires au titre du crédit d'impôt relatif à l'acquisition d'une complémentaire santé (perte de recettes : 140 millions d'euros).

La diminution de la dotation de l'État sera compensée par l'affectation de la cotisation sur les boissons alcooliques au fonds CMUC, soit 370 millions d'euros, et par une dotation de l'assurance maladie de 100 millions d'euros.

L'Assemblée nationale n'a pas modifié cet article.

## **II - La position de votre commission**

Votre commission regrette que l'État fasse le choix de reporter une partie du coût de la CMUC sur l'assurance maladie, ce qui constitue pratique fréquente qu'elle a toujours dénoncée. Il paraît également dommage de priver l'assurance maladie d'une ressource particulièrement dynamique : celle de la cotisation sur les boissons alcooliques.

**Sous réserve de ces observations, votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.**

### *Article 78*

#### **Augmentation de la taxe perçue par l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé pour l'exécution du contrôle de qualité des analyses de biologie médicale**

***Objet : Cet article majore le montant de la taxe perçue par l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé lors de la réalisation du contrôle de la qualité des analyses de biologie médicale.***

## **I - Le dispositif proposé**

L'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) remplit une mission fondamentale de contrôle de la sécurité sanitaire des produits de santé destinés à l'homme.

Son financement est assuré par une dotation versée par l'État, dont le montant s'élève à 18,7 millions d'euros pour 2005, et par diverses ressources assises sur les activités de l'agence.

En loi de finances initiale pour 2004, le Gouvernement avait augmenté les ressources propres de l'agence d'environ 15 millions d'euros. Ces ressources supplémentaires avaient été obtenues par la majoration :

- du droit progressif sur les demandes d'autorisations de mise sur le marché (AMM) prévu à l'article L. 5121-16 du code de la santé publique ;

- de la taxe annuelle sur les médicaments et produits bénéficiaires d'une AMM ;

- de la « redevance » sur les demandes ou renouvellements de visa de publicité, ainsi que sur les dépôts de publicité auprès de l'AFSSAPS, visée à l'article L. 122-5 du code de la santé publique ;

- de la taxe sur le chiffre d'affaires des dispositifs médicaux prévue à l'article L. 5211-5-2 du code de la santé publique.

Le présent article procède d'une démarche similaire. Parmi les ressources de l'agence figure une redevance forfaitaire annuelle pour l'exécution du contrôle de qualité des analyses de biologie médicale, due par tout laboratoire public ou privé d'analyses de biologie médicale effectuant des analyses donnant lieu à contrôle obligatoire.

Il est proposé de relever le montant de cette redevance de 0,8 million d'euros par rapport à 2004, afin de permettre à l'agence de couvrir ses charges en matière de contrôle, et de requalifier cette redevance en taxe.

L'Assemblée nationale n'a pas modifié cet article.

## **II - La position de votre commission**

**Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.**

### *Article 79*

#### **Création au profit de l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé d'une taxe sur le dépôt des demandes d'autorisation d'essais cliniques**

***Objet : Cet article prévoit la création, au profit de l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, d'une taxe sur le dépôt des demandes d'autorisation d'essais cliniques.***

## **I - Le dispositif proposé**

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a modifié la loi du 20 décembre 1988, relative à la protection des personnes qui se prêtent à la recherches biomédicales, et a assuré la transposition en droit interne de la directive européenne du 4 avril 2001 relative aux essais cliniques de médicaments.

Parmi les nouvelles dispositions adoptées dans ce cadre, l'article 90 de la loi relative à la politique de santé publique dispose que nul ne peut mettre en œuvre une recherche biomédicale sans autorisation de l'autorité compétente, c'est-à-dire de l'AFSSAPS, pour les recherches portant sur les médicaments, et du ministre chargé de la santé, pour les autres cas.

Le présent article prévoit l'instauration d'une taxe sur le dépôt des demandes d'autorisations d'essais cliniques, en application des nouvelles compétences données à l'AFSSAPS. Le montant de cette taxe sera fixé par arrêté et ne pourra dépasser 4.600 euros. Il sera modulé en fonction de la nature de la demande et de la qualité du demandeur. Comme le rappelle

l'exposé des motifs du projet de loi de finances pour 2005, cette modulation a deux objectifs :

*« - rapprocher les montants proposés de ceux en vigueur chez nos partenaires européens, afin d'assurer, au-delà de la qualité de l'évaluation interne de l'AFSSAPS, une attractivité financière pour les promoteurs d'essais cliniques ;*

*- favoriser les promoteurs publics et sans but lucratif, par une réduction des montants affectés, en reprenant les dispositions de l'arrêté du 27 décembre 1990 relatif au montant du droit fixe versé par les promoteurs de recherches biomédicales, lequel réduit ce montant de 90 % lorsque le promoteur est une personne physique ou un établissement ou organisme de soins, de formation ou de recherche sans but lucratif. »*

Le rendement attendu de la taxe est de 1,7 million d'euros pour 2005.

L'Assemblée nationale n'a pas modifié cet article.

## **II - La position de votre commission**

**Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.**

## TRAVAUX DE LA COMMISSION

### I. AUDITION DU MINISTRE

*Réunie le mardi 23 novembre 2004 sous la présidence de M. Nicolas About, président, la commission a procédé à l'audition de M. Philippe Douste-Blazy, ministre de la santé et de la protection sociale, sur le projet de budget de son ministère pour 2005.*

*M. Philippe Douste-Blazy, ministre de la santé et de la protection sociale, a tout d'abord rappelé l'intense travail législatif accompli au cours des derniers mois et a indiqué que le budget pour 2005 du ministère participait à la mise en œuvre des politiques qui en découlaient. Ses crédits sont quasiment stables en 2005, à hauteur de 8,63 milliards d'euros, mais leur répartition privilégie la politique de santé publique, pour laquelle plus de 26 millions d'euros supplémentaires seront dégagés.*

*Il a souligné que la lutte contre le cancer constitue le premier volet de cette politique et qu'à cet effet, les actions de dépistage précoce, en particulier du cancer du sein, du cancer du col de l'utérus et du cancer colorectal, seraient poursuivies en 2005. Ce plan cancer bénéficiera d'un budget de 81 millions d'euros, dont 32 millions d'euros attribués à l'Institut national du cancer.*

*Il a indiqué que les autres priorités de la politique de santé publique porteront sur la lutte contre le sida, qui mobilise près de 57 millions d'euros, et sur la mise en œuvre du plan national santé environnement dont le lancement est doté de 3,5 millions d'euros.*

*Il a précisé enfin que 4 millions d'euros seront consacrés au démarrage de trois autres plans de la loi de santé publique : le plan national de lutte pour limiter l'impact sur la santé des comportements à risque et des conduites addictives, le plan national de lutte contre les maladies chroniques et le plan triennal Alzheimer, axé sur un dépistage plus précoce, une amélioration de la qualité de vie des patients et de leurs proches et un encouragement à la recherche.*

*Il a évoqué ensuite le plan quinquennal contre les drogues et la toxicomanie, validé le 26 juillet dernier par le Premier ministre, à l'application duquel la mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie (MILDT) contribuera grâce à la dotation de 38 millions d'euros, stable par rapport à 2004, qui lui est allouée. La moitié de ces crédits sera mobilisée par des actions en direction des jeunes, en particulier leur sensibilisation aux risques liés au tabac, à l'alcool et aux drogues illicites, dans le cadre d'une campagne de communication menée dès le début de l'année 2005.*

***M. Philippe Douste-Blazy, ministre de la santé et de la protection sociale**, a ensuite indiqué que la loi relative à l'assurance maladie votée cet été aura des effets directs sur les comptes sociaux, mais que des crédits budgétaires accompagneront cette réforme. Il a évoqué notamment l'installation de la Haute autorité de santé, qui reprend les attributions de l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) et celles de deux commissions de l'association française de sécurité sanitaire et des produits de santé (AFSSAPS) et qui sera chargée d'évaluer l'utilité médicale des actes, des prestations et des produits de santé, ainsi que de promouvoir la qualité des pratiques médicales du système de santé. Une dotation de 11 millions d'euros sera attribuée à la Haute autorité de santé en 2005, dont 1,5 million d'euros de mesures nouvelles.*

*Dans le même ordre d'idée, il a mentionné la mise en place prochaine de l'institut national des données de santé et les futures expérimentations concernant les agences régionales de santé, regroupant agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM).*

*Evoquant ensuite le fonds de financement de la couverture maladie universelle (CMU), **M. Philippe Douste-Blazy, ministre de la santé et de la protection sociale**, a expliqué que celui-ci financerait près de 200 millions d'euros de mesures nouvelles et, en particulier, le crédit d'impôt créé par la loi relative à l'assurance maladie au titre des contrats individuels d'assurance complémentaire de santé souscrits par les foyers dont les revenus excèdent le plafond d'éligibilité à la CMU. Il a rappelé, par ailleurs, que ce plafond sera augmenté de 15 %.*

*Il est également revenu sur la création, par la loi du 30 juin 2004, de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et handicapées. La politique en faveur des personnes âgées sera consolidée, grâce à un effort de 16 millions d'euros permettant la rénovation et la mise aux normes des établissements et le financement de plusieurs antennes et d'une plate-forme téléphonique pour lutter contre la maltraitance. En ce qui concerne les personnes handicapées, le projet de loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées est encore en cours d'examen devant le Parlement et l'État consacra près de 6,4 milliards d'euros à ces personnes ; 200 millions d'euros supplémentaires sont inscrits au budget du ministère pour couvrir l'augmentation des dépenses*



relatives à l'allocation adultes handicapés et de celles relatives aux centres d'aide par le travail.

**M. Philippe Douste-Blazy, ministre de la santé et de la protection sociale**, a souligné enfin qu'à l'occasion du budget 2005, il a engagé la modernisation du ministère, dans le souci d'une plus grande efficacité de l'État et d'un service sans cesse amélioré, sur le modèle du plan canicule. Dans cet objectif, il a signalé la création d'un département des urgences et des situations exceptionnelles à la Direction générale de la santé, la mise en place d'une plate-forme téléphonique d'information du public sur les situations exceptionnelles, dotée de 2 millions d'euros en 2005, et le perfectionnement des relations entre les services du ministère et les agences de sécurité sanitaire. Le pilotage de cette modernisation sera confié à un secrétaire général.

Il a évoqué enfin la dimension budgétaire de la réforme de l'État, à travers les expérimentations programmées dans le cadre de la mise en œuvre de la loi organique relative aux lois de finances. Quatre programmes seront expérimentés en 2005, en particulier les programmes « santé publique et prévention » et « veille et sécurité sanitaires ».

En conclusion, il a indiqué que la stabilité du budget de la santé en 2005 résulte de la mise en œuvre de la décentralisation, qui transfère aux régions le fonctionnement des instituts et des écoles de formation des infirmiers et sages-femmes, ainsi que les bourses aux étudiants, et aux départements celui des centres locaux d'information et de coordination (CLIC) et des comités régionaux et départementaux des retraités. Il a considéré que ce budget est satisfaisant, eu égard aux contraintes globales pesant sur les finances publiques, et qu'il permettra une meilleure prise en compte des besoins des Français en matière de santé et de protection sociale.

**M. Gilbert Barbier, rapporteur pour avis des crédits de la santé**, s'est interrogé sur le calendrier de mise en œuvre des nouvelles missions confiées à la MILDT, dans le cadre du plan quinquennal. Il a également souhaité s'assurer que la Haute autorité de santé sera opérationnelle au 1<sup>er</sup> janvier 2005. Il s'est enquis du degré d'organisation et de la réactivité des agences sanitaires, en indiquant que des tests, rendus publics par des associations de consommateurs, auraient signalé la présence de substances toxiques dans les désodorisants et parfums d'ambiance. Il s'est enquis enfin des pistes que le Gouvernement compte suivre pour dynamiser la recherche médicale.

**M. Philippe Douste-Blazy, ministre de la santé et de la protection sociale**, a rappelé que les différentes enquêtes menées auprès des jeunes soulignent que le tabagisme est en France l'un des plus élevés d'Europe, que la proportion de buveurs réguliers d'alcool est sans cesse croissante et que la consommation de cannabis et l'expérimentation des drogues de synthèse ne cessent d'augmenter. Ce constat préoccupant appelle une réponse du Gouvernement qui va développer une politique de prévention volontariste

*dans ces domaines. La MILDT consacrera 1,2 million d'euros à la conduite de consultations de repérage et d'orientation pour les jeunes consommateurs de drogue et l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) lancera, en février 2005, la première campagne publique de prévention de l'usage du cannabis en Europe. Par ailleurs, en application de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, un programme complet de prévention en milieu scolaire sera entrepris dès janvier 2005, puis généralisé à la rentrée 2005-2006. Il comporte des actions de prévention du tabagisme à l'intention des élèves de CM2 et de sixième, de prévention de l'alcoolisme dans les classes de cinquième et de quatrième et d'information sur les effets de la consommation de cannabis pour les classes de troisième et de seconde.*

*Le nouveau plan quinquennal du Gouvernement inclut la définition d'objectifs quantifiés et s'inscrit résolument dans une démarche d'évaluation. Il prévoit également la nomination de chefs de projet chargés de relayer, au niveau local, les objectifs de ces plans. Les chefs de projet doivent assurer l'articulation des actions départementales avec le contrat de plan Etat-région et les dispositifs régionaux existants, notamment les programmes régionaux de santé publique.*

*Puis **M. Philippe Douste-Blazy, ministre de la santé et de la protection sociale**, a rappelé les missions essentielles dévolues à la Haute autorité de santé et a certifié qu'elle sera en situation de fonctionner dès le 1<sup>er</sup> janvier 2005. Pour ce faire, l'État va débloquer une subvention de 9,65 millions d'euros destinée à la prise en charge des premières dépenses de fonctionnement. Les moyens de cette institution seront ajustés ultérieurement dès que les coûts associés à ses nouvelles missions seront précisés.*

*Il a estimé, par ailleurs, que les agences sanitaires sont parfaitement à même d'alerter les pouvoirs publics en cas de danger pour la santé humaine et de leur fournir le fondement scientifique indispensable pour prendre des mesures de précaution ciblées et efficaces. Dans le cas évoqué des effets toxiques présumés des désodorisants, il s'agit d'une question de cosmétovigilance qui relève du champ de compétences de l'association française de sécurité sanitaire et des produits de santé (AFSSAPS) et de la Direction générale de la concurrence (DGCCRF). Le ministre a indiqué qu'il a saisi le directeur général de l'AFSSAPS de cette question et que l'analyse scientifique de l'agence sera rendue publique dès qu'elle sera achevée.*

*Enfin, en matière de recherche scientifique, **M. Philippe Douste-Blazy, ministre de la santé et de la protection sociale**, s'est félicité des actions menées par l'institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) et par le centre national de la recherche scientifique (CNRS). Il a souhaité que ces institutions renforcent leur collaboration dans le domaine des sciences de la vie.*

*M. Alain Vasselle a proposé au ministre, dans le cadre des travaux préparatoires à la future loi organique réformant les finances sociales, de mener à bien un audit des relations financières entre l'État et la sécurité sociale. Il a également souhaité connaître les actions envisagées en faveur des structures d'accueil spécialisées dans la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou des pathologies afférentes. Il a notamment insisté sur la nécessité d'ouvrir de nouvelles places pour accueillir ces malades sur de courtes durées afin de soulager leurs familles. Il a enfin rappelé que le Gouvernement s'était proposé, à l'occasion de l'examen du projet de loi relatif à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, d'examiner la faisabilité et le coût pour les finances publiques de la mise en œuvre d'une assurance dépendance complémentaire.*

*M. Philippe Douste-Blazy, ministre de la santé et de la protection sociale, a précisé que, dans le cadre du plan Alzheimer, un effort particulier sera engagé pour le développement de structures d'hébergement de courte durée. Cet effort sera accompagné d'une politique systématique de formation des personnels travaillant dans ces unités d'accueil afin de les sensibiliser aux spécificités de la prise en charge de ces malades. Il a par ailleurs confirmé que les services du ministère sont effectivement chargés de mesurer l'impact financier d'incitations fiscales favorisant la souscription d'une assurance dépendance complémentaire.*

*M. Michel Esneu a rappelé que si 10.000 places nouvelles en établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ont été prévues dans le plan canicule, les besoins réels s'élèveraient en réalité à 40.000.*

*M. Nicolas About, président, s'est inquiété des retards observés dans la mise à disposition des crédits prévus par le plan canicule pour les créations de places en EHPAD, qui entraînent l'impossibilité de boucler certains projets au niveau départemental.*

*M. Guy Fischer a souligné la nécessité d'assurer un juste équilibre territorial dans ces créations de places, en rappelant la sous-dotation chronique des quartiers populaires dans ce domaine. Il a par ailleurs souhaité connaître les modalités de délivrance des produits de substitution aux opiacés par les pharmaciens et s'est interrogé sur la possibilité de généraliser l'expérimentation, menée notamment en banlieue lyonnaise, réservant la délivrance de ces produits à un pharmacien unique, désigné d'un commun accord par le médecin prescripteur et son patient.*

*M. Philippe Douste-Blazy, ministre de la santé et de la protection sociale, a expliqué que les crédits pour la modernisation des EHPAD sont mobilisés dans le cadre des contrats de plan État-région, la procédure des autorisations de programme en loi de finances permettant d'adapter les crédits effectivement disponibles, année après année, au rythme de la réalisation de chaque contrat. Il a indiqué que les 72,3 millions d'euros inscrits en loi de finances pour 2004 permettront de couvrir 35 % des contrats*

*de plan et que 25,8 millions d'euros supplémentaires en autorisations de programme et 16,24 millions d'euros en crédits de paiement sont prévus en 2005, afin de parvenir à un taux de couverture des contrats de 51,4 % dans le domaine du handicap et de 54 % dans le domaine des personnes âgées. Il a précisé enfin que la CNSA serait sans doute autorisée à abonder exceptionnellement les contrats de plan en 2005, afin d'accélérer la mise en œuvre du plan de modernisation des établissements.*

*Enfin, il a confirmé l'efficacité des mesures d'encadrement de la prescription des produits de substitution aux opiacés qui ont été expérimentées dans plusieurs villes de France et a rappelé que ces mesures ont été intégrées dans la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.*

## II. EXAMEN DE L'AVIS

Réunie le mardi 30 novembre 2004 sous la **présidence de M. Bernard Seillier, vice-président**, la commission a procédé à l'examen du rapport pour avis de **M. Gilbert Barbier** sur le projet de loi de finances pour 2005 (crédits consacrés à la santé).

**M. Gilbert Barbier, rapporteur pour avis**, a présenté les grandes lignes de son rapport (cf. exposé général du présent avis).

**M. Guy Fischer** a considéré que cette présentation budgétaire avait mis en relief un foisonnement de mesures nouvelles qui rend peu crédible la capacité de la politique de santé publique à atteindre les trop nombreux objectifs retenus par le Gouvernement.

Il a observé que, dans le domaine de l'accès aux soins, le plan « Hôpital 2007 » a bouleversé profondément le paysage sanitaire et qu'il s'est traduit par la fermeture de nombreux établissements de proximité.

**M. André Lardeux** a observé que les nombreux plans présentés par le ministre de la santé répondent au souci de prendre en charge l'ensemble des problèmes de santé publique répertoriés par les groupes d'experts qui ont préparé la loi de santé publique. Il a considéré que cette multitude d'objectifs est susceptible de produire des effets négatifs, notamment lorsqu'il s'agit de répartir les moyens financiers disponibles pour leur mise en œuvre. Il a exprimé le souhait que les pouvoirs publics concentrent leur action sur un nombre limité de priorités sanitaires, et notamment l'urgente nécessité des mesures destinées à prévenir la survenance d'une épidémie de grippe aviaire.

**M. Gilbert Barbier, rapporteur pour avis**, a précisé que les moyens financiers du ministère de la santé sont, en priorité, concentrés sur quelques grandes pathologies, dont la lutte contre le cancer. Il a indiqué que l'institut de veille sanitaire (InVS) et l'institut Pasteur sont chargés d'une veille spécifique afin de prévenir l'arrivée en France de la grippe aviaire.

**M. Alain Vasselle** a confirmé la nécessité de mieux identifier les différentes sources de financement de la politique de santé publique. Il a estimé que la transparence des comptes est une condition essentielle pour évaluer cette politique dans son intégralité. Il a appelé au développement d'une politique sanitaire de proximité, en évoquant les difficultés rencontrées

*par certains départements dans la lutte contre l'échinococcose alvéolaire hépatique (parasite transmis à l'homme par les animaux, notamment le renard) et a voulu connaître les moyens disponibles pour lutter contre cette maladie. Il s'est interrogé ensuite sur les raisons de la présence de nombreux médecins étrangers dans les établissements de santé et si cette situation résultait d'une mauvaise gestion du numerus clausus établi pour limiter le nombre d'étudiants en médecine.*

***Mme Bernadette Dupont** a voulu connaître les moyens consacrés au dépistage du cancer du sein et à la prise en charge du sida.*

***Mme Marie-Thérèse Hermange** s'est interrogée sur les moyens mis en œuvre par le budget de la santé pour l'acquisition d'appareils modernes d'imagerie fonctionnelle (Pet-scan) destinés au dépistage du cancer. Elle a également voulu connaître les mesures destinées à la lutte contre la bronchiolite et les crédits consacrés au financement des activités psychiatriques et à la périnatalité.*

***M. Gilbert Barbier, rapporteur pour avis,** a rappelé que si le budget du ministère de la santé accorde une attention particulière au financement de la lutte contre le cancer, le financement des équipements relève des budgets consacrés par l'assurance maladie au plan « Hôpital 2007 ». De la même manière, le financement des activités psychiatriques est assuré par la dotation globale hospitalière, tout comme le plan périnatalité récemment mis en œuvre par le ministre de la santé.*

***M. Michel Esneu** a souligné les lacunes de la politique de dépistage systématique du cancer du sein, mise en œuvre par les pouvoirs publics. Il a souhaité le lancement d'une campagne d'information nationale à destination des médecins généralistes afin que ceux-ci soient régulièrement sensibilisés à la nécessité d'aiguiller leurs patientes vers ce programme de dépistage.*

***M. Jean-Claude Etienne** s'est préoccupé des modalités de participation des collectivités locales au financement de la politique sanitaire. Il s'est surtout soucié des moyens de lutte prévus par le Gouvernement en cas de survenance d'une épidémie de la grippe aviaire sur le territoire national.*

***M. Gilbert Barbier, rapporteur pour avis,** a rappelé que la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a prévu la mise en œuvre de plans régionaux de santé publique, auxquels pourront s'associer les collectivités territoriales. Il a confirmé que des mesures de prévention et de veille sanitaires étaient déjà prises pour lutter contre l'apparition de l'épidémie de grippe aviaire. Il a proposé d'interroger le ministre sur cette question à l'occasion de l'examen des crédits de la santé en séance publique.*

*La commission a émis un avis favorable à l'adoption des crédits consacrés à la santé pour 2005 ainsi qu'aux articles 77 à 79 qui lui sont rattachés.*

Au cours de sa réunion du **30 novembre 2004**, la commission des Affaires sociales a émis un **avis favorable à l'adoption des crédits de la santé pour 2005**.

Elle a émis un avis favorable à **l'adoption des articles 77, 78 et 79 rattachés à ces crédits**.