

N° 77

---

# SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2003-2004

---

---

Annexe au procès-verbal de la séance du 20 novembre 2003

## AVIS

PRÉSENTÉ

*au nom de la commission des Affaires sociales (1) sur le projet de loi de finances pour 2004, 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, Gilbert Chabroux, Jean-Louis Lorrain, Roland Muzeau, Georges Mouly, *vice-présidents* ; M. Paul Blanc, Mmes Annick Bocané, Claire-Lise Campion, M. Jean-Marc Juillard, *secrétaires* ; MM. Henri d'Attilio, Gilbert Barbier, Joël Billard, Mme Brigitte Bout, MM. Jean-Pierre Cantegrit, Bernard Cazeau, Jean Chérioux, Mme Michelle Demessine, M. Gérard Dériot, Mme Sylvie Desmarescaux, MM. Claude Domeizel, Michel Esneu, Jean-Claude Étienne, Guy Fischer, Jean-Pierre Fourcade, Serge Franchis, André Geoffroy, Francis Giraud, Jean-Pierre Godefroy, Mme Françoise Henneron, MM. Yves Krattinger, Philippe Labeyrie, Roger Lagorsse, André Lardeux, Dominique Larifla, Dominique Leclerc, Marcel Lesbros, Mmes Valérie Létard, Nelly Olin, Anne-Marie Payet, M. André Pourny, Mme Gisèle Printz, MM. Henri de Raincourt, Gérard Roujas, Mmes Janine Rozier, Michèle San Vicente, MM. Bernard Seillier, André Vantomme, Alain Vasselle, Paul Vergès, André Vézinhet.

**Voir les numéros :**

**Assemblée nationale (12<sup>ème</sup> législ.) : 1093, 1110 à 1115 et T.A. 195**

**Sénat : 72 et 73 (annexe n° 36) (2003-2004)**

---

**Lois de finances.**

Mesdames, Messieurs,

Les crédits du ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées progressent, pour 2004, de 1,4 % à périmètre constant. Les dotations s'élèvent à 9,6 milliards d'euros et intègrent les crédits de gestion des politiques sanitaires et sociales, cogérés avec le ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité.

Hors minima sociaux, les crédits disponibles augmentent de 0,9 % pour financer, en particulier, la santé publique, le plan de lutte contre le cancer et la remise à niveau des subventions aux agences sanitaires.

Dans un contexte budgétaire fortement contraint, qui a conduit le Gouvernement à opérer des choix difficiles, cette progression témoigne de l'intérêt qu'il porte au domaine de la santé.

(en millions d'euros)

	<b>LFI 2003</b>	<b>PLF 2004</b>
<b><i>Crédits de la responsabilité du ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées</i></b>		
Santé publique et sécurité sanitaire	284	322
Offre de soins et accès aux soins	1.185	1.154
Famille et personnes handicapées	6.938	7.117
<b>Total (I)</b>	<b>8.408</b>	<b>8.593</b>
<b><i>Crédits de la responsabilité du ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité</i></b>		
Intégration et lutte contre l'exclusion	5.751	1.271
Dont RMI et RSDOM	4.500	0
Développement social	310	302
<b>Total (II)</b>	<b>6.061</b>	<b>1.573</b>
<b><i>Crédits gérés par les deux ministères</i></b>		
Gestion des politiques de santé et de solidarité (III)	1.009	1.011
<b>Total des crédits gérés par le ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées (I) + (II)</b>	<b>9.417</b>	<b>9.605</b>
<b>Total général (I) + (II) + (III)</b>	<b>15.478</b>	<b>11.178</b>
Transfert au titre du RMI et du RSDOM		4.947
<b>Total général dont RMI et RSDOM</b>	<b>15.478</b>	<b>16.125</b>

Votre rapporteur fera porter son analyse sur les deux agrégats 21 « *santé publique et sécurité sanitaire* » et 22 « *offre de soins et accès aux soins* », et sur les mesures les plus importantes proposées par ce texte.

Il est par ailleurs difficile de ne pas resituer ce budget pour 2004 dans l'environnement plus large dans lequel évolue le secteur de la santé. On pense notamment au projet de loi relatif aux responsabilités locales et au projet de loi relatif à la politique de santé publique, tous deux en cours d'adoption par le Parlement, et, bien entendu, au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, dont l'examen est en cours d'achèvement.

## **I. METTRE EN PLACE UNE VÉRITABLE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE**

Dès sa nomination comme ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, Jean-François Mattei a fait part de son intention de remodeler la politique de santé publique en rationalisant un certain nombre d'actions, en insérant une dimension préventive aujourd'hui quasi inexistante et en faisant de la qualité un outil essentiel de régulation du système.

### **A. REFONDER LA POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE**

A l'évidence, les mesures contenues dans le projet de loi de finances pour 2004 contribuent à la mise en place d'une véritable politique en matière de santé publique.

En effet, sans attendre l'adoption du projet de loi relatif à la politique de santé publique qui, une fois promulgué, doit constituer un élément central de la politique de santé du Gouvernement, les services du ministère de la santé agissent pour mettre en cohérence les actions de prévention et de santé publique, d'ores et déjà programmées, avec les propositions contenues dans ce texte.

Cette volonté a été soulignée par le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, à l'occasion de son audition par la commission des Affaires sociales du Sénat le 13 novembre dernier : *« le budget de l'État prévoit les moyens nécessaires au financement pour partie des actions du projet de loi relatif à la politique de santé publique, aux côtés d'autres financeurs comme l'assurance maladie, les opérateurs ou les collectivités territoriales. »*

#### **1. Insérer la prévention au sein d'un système où le curatif est prédominant**

Ce projet de loi relatif à la politique de santé publique s'articule autour de trois principes qui sont : l'affirmation du rôle de l'État en matière de prévention, la mise en place de groupements régionaux de santé publique qui auront la charge de coordonner les moyens sanitaires au niveau régional, et la publication des objectifs prioritaires de santé publique, assortis de tableaux de bord permettant de suivre et d'évaluer les politiques relatives à ces objectifs.

La prévention doit permettre de traiter très en amont les déterminants des maladies grâce à des politiques de dépistage précoce et à des thérapeutiques performantes. Le développement de la culture sanitaire de nos concitoyens devrait pouvoir les détourner des conduites qui nuisent gravement à leur santé.

Jean-François Mattei le soulignait d'ailleurs devant l'Assemblée nationale<sup>1</sup> : « *La politique de prévention a un sens nouveau parce qu'elle n'est plus un palliatif à l'impuissance médicale mais s'appuie sur les perspectives très prometteuses ouvertes par les progrès thérapeutiques.* »

L'OMS distingue trois types de préventions que le programme « Santé publique-Prévention » retient :

- la prévention primaire (PI) vise à prévenir la survenance de la maladie en agissant sur les causes et les déterminants endogènes ou exogènes ; elle recouvre notamment l'éducation pour la santé, les actions d'information à destination du public en général ou de certains groupes ciblés ;

- la prévention secondaire (PII) vise à détecter les maladies, ou les lésions qui les précèdent, à un stade où l'on peut intervenir utilement ; elle recouvre notamment le dépistage ;

- la prévention tertiaire (PIII), plus tardive, vise à diminuer les récurrences et les incapacités et à aider les personnes malades ou handicapées à vivre au mieux de leurs possibilités.

*Source : ministère des finances*

L'objet principal de l'action menée par le Gouvernement consiste à réaffirmer le rôle majeur de l'État pour la détermination de la politique de santé publique.

En effet, la protection sanitaire de la population relève de l'État et cette légitimité n'est plus remise en question car « *chaque fois que leur santé ou celle de leurs proches est menacée, c'est bien vers l'État et ses agents que les Français et les Françaises se tournent pour exiger une protection efficace. Aujourd'hui le rôle de l'État n'est plus contesté, il est réclamé ; on ne suspecte plus l'État de vouloir, sous couvert de santé publique, redresser les individus et, à travers eux, la Nation. La santé publique fait bien l'objet d'une demande nouvelle et pressante.* »<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Examen du projet de loi relatif à la politique de santé publique, 2 octobre 2003.

<sup>2</sup> Ibidem.

Deux constats pressent plus particulièrement le Gouvernement d'agir : la mortalité prématurée reste en France à un niveau anormalement élevé et l'inégalité des Français devant la maladie et la mort est grande, selon leur lieu d'habitation et leur milieu social.

### **La notion de mortalité prématurée**

« ... Les responsables de la santé publique s'intéressent de plus en plus en France, comme dans la plupart des pays comparables, à la mortalité prématurée, définie comme la mortalité survenant avant soixante-cinq ans. Sur quoi doit-on agir pour que les individus ne décèdent pas avant les âges extrêmes de la vie ?...

Pour pouvoir effectuer une analyse pertinente de la mortalité évitable, il est donc nécessaire de disposer des taux de mortalité standardisés chez les moins de soixante-cinq ans, seuil généralement retenu...

Tous les décès avant soixante-cinq ans sont-ils évitables ?

L'évitabilité est liée aux comportements à risques des patients, aux pratiques de prévention et de dépistage ainsi qu'au système de soins. Elle dépend également de la nature de la maladie.

*Source : Extraits de la contribution de l'observatoire régional d'Ile de France à la consultation régionale pour la préparation de la loi quinquennale citée dans le rapport annuel 2003 de l'IGAS.*

Par ailleurs, la mise en œuvre d'une telle politique axée sur la prévention est rendue d'autant plus nécessaire que le système de soins qui est le nôtre est essentiellement centré sur le curatif.

La rédaction de l'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale cristallise en quelque sorte cette situation, ainsi que l'ont démontré les débats parlementaires relatifs aux dispositions de l'article 32 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 qui avaient vocation à définir quels étaient les actes médicaux non remboursables car effectués en dehors de toute justification médicale.

Le programme intitulé « *santé publique et prévention* », qui bénéficie d'une dotation de 189 millions d'euros, préfigure à la fois ce que devra être, demain, notre politique de santé publique, mais également la présentation des crédits telle qu'elle a été rendue obligatoire par la loi organique relative aux lois de finances (LOLF).

Il ébauche le futur « *projet annuel de performance* » qui, à terme, devrait intégrer les dépenses de sécurité sanitaire, compte tenu des liens très étroits existant entre cette dernière et les politiques de prévention.

L'objectif du programme « *santé publique et prévention* » a été déterminé en fonction de l'état sanitaire de notre pays, et plus particulièrement au regard du déséquilibre qui existe entre les dépenses engagées au titre de la prévention (environ 3,6 milliards d'euros par an) et celles engagées au titre des soins curatifs (environ 154,4 milliards d'euros). Ces chiffres se suffisent à eux-mêmes pour mesurer le retard qui reste à combler avant d'établir une véritable politique de prévention.

Ce renforcement de la politique de santé publique et de prévention est l'un des axes majeurs de l'action du ministère.

## **2. Les outils indispensables à cette ambition**

La conduite de cette politique axée sur la prévention s'appuiera sur un tableau de bord détaillant, sous forme d'indicateurs quantifiés, la situation sanitaire actuelle (mortalité évitable, obésité, infection VIH...) et permettant de mesurer et de suivre les résultats obtenus. Le rapport annexé au projet de loi relatif à la politique de santé publique en dresse les objectifs.

Cinq priorités ont été identifiées. Chacune de ces priorités fera l'objet d'un plan stratégique sur le modèle du plan de lutte contre le cancer, d'ores et déjà, largement mis en œuvre.

En dehors du cancer, ont été retenus le thème de la violence (incluant la violence routière), les comportements à risques, les conduites addictives, les facteurs environnementaux, dont les conditions climatiques extrêmes, la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques et les maladies rares.

La détermination des objectifs de performance en matière de prévention s'inscrit dans la démarche structurante de la loi organique relative aux lois de finances. Les actions relevant de la prévention ont donc été érigées en un programme expérimental au sens de la LOLF.

### **La performance en matière de prévention**

La structure du programme de performance proposée par le ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées retient deux missions prioritaires : l'une relative à la santé, l'autre relative à l'intégration sociale et à la solidarité (en collaboration avec le ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité).

La mission santé regrouperait cinq programmes : « santé publique-prévention », « veille et sécurité sanitaire », « offre de soins et qualité du système de soins », « protection maladie complémentaire » « gestion et évaluation des politiques sanitaires et sociales »

Le programme Santé publique a identifié dix-sept « problèmes de santé publique » à partir de différentes sources et avis d'experts ; ils ont été baptisés de façon à être pérennes (au moins sur quelques années) et à recouvrir l'ensemble des cent objectifs et cinq plans stratégiques figurant dans le rapport annexé au projet de loi relatif à la politique de santé publique. Les programmes récemment engagés s'y retrouvent également. Ces problèmes de santé ont donc été regroupés en trois actions :

- « **Déterminants de santé** » (correspondant aux actions de prévention primaire) tels que alcool, tabac, nutrition et activité physique, environnement...

Les facteurs socio-économiques n'ont pas été retenus au sein des déterminants de santé car, même si ces facteurs ont un impact sur l'état de santé, les mesures de prévention ne sont pas les moyens adaptés pour les faire évoluer ; ils font par ailleurs l'objet d'un programme « Lutte contre la précarité et l'exclusion » au sein de la mission « Intégration sociale et solidarité ».

La qualité du système de santé et les pratiques professionnelles (professions de santé) n'ont pas non plus été retenues car elles constituent des déterminants qui relèvent du programme « Offre de soins et qualité du système de soins » ;

- « **Pathologies** » (correspondant aux actions de prévention secondaire) telles que cancer, SIDA et infections sexuellement transmissibles, hépatites, maladies rares...

Les intitulés des problèmes de santé de cette catégorie « Pathologies » ont été choisis de façon à constituer un niveau d'agrégat aussi synthétique que possible mais capable de rendre compte de l'ensemble des maladies justifiant, en première analyse, une politique de prévention ;

- « **Thématiques** » (correspondant aux actions de prévention tertiaire) telles que traumatismes par accidents et violences, santé mentale et suicide, iatrogénie... Cette catégorie regroupe l'ensemble des actions de prévention destinées à réduire les conséquences des pathologies.

Certaines actions de prévention ne relèvent pas d'une seule de ces trois actions. Il s'agit notamment des actions de prévention auprès de publics spécifiques recouvrant les trois types de prévention : primaire, secondaire et tertiaire.

Ces actions ont été regroupées dans une quatrième action transversale : « **Autres programmes de santé publique** ».

Enfin, une action dite « **Fonctions support et subventions globales aux opérateurs** » retrace les moyens de fonctionnement directement gérés par le programme, qui ne relèvent pas du ministère (gestion et évaluation des politiques sanitaires et sociales), et qui ne peuvent être affectés directement aux « actions de politique ».

A ce stade, l'ensemble de ces moyens de fonctionnement y ont été intégrés. D'ici 2006, ils devront être prioritairement affectés aux « actions de politique » de façon à réduire aux seules dépenses non affectables la composante support de cette action.

La nomenclature a été modifiée afin de rassembler dans un même chapitre les crédits de ce programme (39-01). Sont ainsi joints au programme « *santé publique-prévention* » les premiers éléments préfigurant le projet annuel de performance. L'année prochaine, l'ensemble des programmes sera exposé de cette façon en attendant une entrée en vigueur complète de la nouvelle présentation budgétaire pour le projet de loi de finances pour 2006.

Les crédits budgétaires, soit 189,08 millions d'euros, ont été inscrits en fonction de la destination de la dépense en différenciant cinq types d'actions :

- déterminants de santé (alcool, tabac,...) : 27,73 millions d'euros ;
- pathologies chroniques (cancer, SIDA,...) : 110,21 millions d'euros ;
- actions thématiques (santé mentale et suicide, traumatismes par accident et violences,...) : 8,95 millions d'euros ;
- autres programmes de santé publique (actions auprès de publics spécifiques) : 13,4 millions d'euros ;
- fonctions supports et subventions globales aux opérateurs [Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), et Observatoires régionaux de la santé (ORS)] : 28,79 millions d'euros.

Au titre des déterminants de santé, les sous-actions relatives à l'alcool (7,06 millions d'euros) et au tabac (4,49 millions d'euros) représentent 41 % des dotations de cette action.

Pour les pathologies chroniques, les sous-actions cancer (49,71 millions d'euros) et SIDA (51,92 millions d'euros) constituent 98 % des crédits de cette action, la hausse globale de 2,13 % recouvrant des réajustements internes afin de permettre un renforcement des dotations sur le cancer (+ 20,68 %).

Au titre des actions thématiques, la sous-action santé mentale et suicide (6,11 millions d'euros) absorbe 68 % des crédits.

Pour les fonctions supports et les subventions globales aux opérateurs, l'INPES (22,67 millions d'euros) et les ORS (3,82 millions d'euros) perçoivent 92 % des crédits. Des objectifs prioritaires sont assignés à ces opérateurs dans le cadre de contrats d'objectifs et de moyens.

En outre, pour compléter les mesures déjà prises dans le cadre du programme de performance, le ministre de la santé a également prévu un rapport annexé au projet de loi relatif à la politique de santé publique, qui complète le cadre dans lequel est conçue la politique de santé publique.

## Les objectifs de santé publique

Le rapport annexé au projet de loi relatif à la politique de santé publique.

Le rapport comprend six parties : le cadre de référence de la politique de santé publique, les principes, la méthode, les objectifs quantifiés, les plans stratégiques et enfin les indicateurs.

### - *Le cadre de référence*

Le cadre de référence est un exposé introductif qui présente une série de définitions, notamment celle de la politique de santé publique, et qui donne une vue d'ensemble de la démarche proposée. Celle-ci repose sur le principe de la pluriannualité (horizon de cinq ans), sur la participation des individus, sur le caractère quantifié des objectifs et sur l'engagement à les atteindre. A cet égard, le texte précise que « *les objectifs quantifiés adoptés par la représentation nationale ont valeur d'engagement : celui d'un résultat, en termes de santé, jugé atteignable compte tenu des connaissances et des moyens disponibles* ». Il est indiqué que ces objectifs s'imposent notamment aux partenaires conventionnels des régimes paritaires de l'assurance maladie.

Le rapport précise que certains problèmes de santé donnent lieu à l'élaboration de plans stratégiques pluriannuels correspondant à une démarche de planification stratégique.

### - *Les neuf principes de la politique de santé publique*

Le rapport identifie ensuite les principes orientant la définition de la politique de santé publique. Si certains peuvent sembler pertinents à rappeler (par exemple la nécessité d'agir le plus précocement et la nécessité d'une analyse économique de l'efficacité des actions et des stratégies), la plupart le sont moins en raison de leur évidence (par exemple la nécessité d'agir en fonction du meilleur état des connaissances disponibles). En outre, le principe de « réduction des inégalités », dans sa dimension géographique, ne trouve pas d'application concrète dans la liste des cent objectifs de politique de santé publique (cf. infra).

### - *La méthode d'identification des problèmes et des objectifs de santé publique*

Cette partie du rapport annexé indique les critères d'identification des problèmes de santé publique, en insistant notamment sur l'importance des données relatives à la mortalité prématurée et aux années de vie potentielle perdues. S'agissant des indicateurs de santé, elle se conclut sur les prescriptions suivantes : les indicateurs doivent prendre en compte le retentissement global des problèmes de santé sur les personnes (quelle qualité de vie ?), permettre des comparaisons internationales et expliciter les jugements de valeur portés par la société. Les objectifs de santé publique « *sont déterminés de façon réaliste* » (c'est effectivement préférable !) et sont « *exprimés préférentiellement en termes d'évolution de l'état de santé de la population* ».

### - *Les cent objectifs de santé publique*

La quatrième partie du rapport recense « *les objectifs de résultats de la politique de santé publique* ». Quatre types d'objectifs sont définis :

- . les objectifs quantifiables en l'état actuel des connaissances, c'est-à-dire les plus opérationnels ;
- . ceux ayant pour préalable la production d'informations de nature épidémiologique ;
- . ceux ayant pour préalable la production d'autres connaissances scientifiques ;
- . et enfin ceux ayant pour préalable l'évaluation de programmes précédents ou de programmes pilotes.

*- Les indicateurs*

La cinquième partie du rapport annexé qui concerne les indicateurs transversaux peut paraître redondante par rapport à la troisième partie relative à l'identification des problèmes de santé. Elle a néanmoins le mérite d'indiquer qu'il n'existe pas, en France, de dispositifs de mesure des limitations fonctionnelles et de la qualité de vie des patients.

*- Les cinq plans stratégiques pour 2004-2008*

La sixième partie du rapport est la plus informative, puisqu'elle indique les cinq plans stratégiques pour les années 2004 à 2008. Ces plans correspondent aux « plans d'action » et aux « plans nationaux » mentionnés aux articles premier et 2 du présent projet. Ces plans seront mis en œuvre dès 2004 :

- lutte contre le cancer (dès 2003) ;
- lutte contre l'impact de la violence, des comportements à risque et des conduites addictives sur la santé ;
- limitation de l'impact des facteurs environnementaux sur la santé ;
- amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques ;
- amélioration de la prise en charge des maladies rares.

## ***B. LA LUTTE CONTRE LES FLÉAUX SANITAIRES SE POURSUIT***

Le programme d'action établi par le ministère de la santé donne des indications précises sur la manière dont celui-ci envisage d'engager des actions stratégiques.

Votre rapporteur avait consacré des développements importants à la lutte contre le SIDA à l'occasion de l'examen des crédits pour 2003 ; il a choisi cette année de s'intéresser à la lutte contre le tabac et l'alcool, au plan cancer ainsi qu'aux nouveaux objectifs assignés à la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT).

Ce choix s'explique par l'importance que les pouvoirs publics, et notamment le Président de la République, accordent au plan cancer et aux relations étroites qu'entretiennent entre elles les actions menées dans les trois autres secteurs retenus.

## 1. L'alcool et le tabac

Les activités de prévention vont privilégier la lutte contre le tabagisme et l'abus d'alcool car leur consommation est un facteur important de risque de pathologies évitables.

Le plan de mobilisation nationale 2003-2008 prévoit un renforcement de ces actions, notamment de la lutte contre le tabagisme, en rendant plus difficile l'accès au tabac (interdiction de la vente de tabac aux mineurs de moins de seize ans, hausse régulière des taxes sur le tabac jusqu'au moratoire qui s'appliquera après la hausse de janvier 2004), en faisant appliquer de façon stricte la réglementation anti-tabac, en développant l'éducation à la santé, en mobilisant les associations et en mettant en place des actions de communication. En 2003, un certain nombre d'actions ont, d'ores et déjà, été mises en œuvre :

- une expérimentation visant à ce que vingt-deux établissements scolaires pilotes deviennent des lieux non fumeurs a été engagée dès la rentrée 2003-2004 ;

- une évaluation de l'application de la charte du réseau « hôpital sans tabac », qui regroupe environ 300 établissements, a démarré en septembre 2003 ;

- enfin deux appels à projets sont en cours :

- l'un concernant des actions d'intérêt régional en matière d'éducation pour la santé et de promotion de la santé, dans le domaine du cancer et notamment du tabagisme. L'action portera plus particulièrement sur le milieu scolaire et le milieu du travail. L'objectif est de favoriser une meilleure articulation entre les politiques nationales et les actions de terrain et de contribuer à développer les actions de promotion et d'éducation pour la santé en région.

- l'autre appel à projet concernant la mise en œuvre d'actions d'intérêt national en matière de lutte contre le tabac. De portée nationale, l'action devra avoir pour objet d'obtenir :

- des modalités si possible innovantes de débanalisation et d'information, notamment auprès des jeunes et en milieu du travail ;

- le respect de la réglementation de la lutte contre le tabac ;

- la formation et la sensibilisation des différents intervenants ;

- l'organisation en coalition ou internationale ;

➤ la lutte contre l'alcoolisme, grâce à des actions d'information et d'aide à l'arrêt de la consommation.

La signature d'un contrat cadre entre le ministère de la santé et le ministère de l'éducation nationale doit permettre notamment de faciliter la mise en œuvre, auprès des populations en âge scolaire, des actions de santé publique conduites dans les établissements d'enseignement à l'initiative du ministère de la santé, et de mieux faire respecter certaines dispositions réglementaires, en particulier celle de la loi Evin.

La consommation d'alcool et de tabac, comme la progression des maladies chroniques liées au vieillissement et la réapparition des maladies infectieuses, mettent en évidence l'importance des facteurs de risques liés aux modes de vie dans les problèmes contemporains de santé publique.

Ces situations justifient les mesures fortes annoncées par le Gouvernement et l'engagement de financements croissants dans une politique de prévention susceptible de réduire le taux de mortalité prématurée.

## **2. Le plan cancer érigé en exemple**

Lors de son allocution du 14 juillet 2002, le Président de la République a placé le cancer au rang de « chantier présidentiel ».

Cette volonté est justifiée<sup>3</sup> par la nécessité de prendre la mesure d'un problème dont l'aggravation trouve son origine dans la faiblesse de notre culture de santé publique, dans les retards qui se sont accumulés pour la mise à niveau des moyens techniques mis à la disposition des hôpitaux et dans la nécessité de mettre en œuvre, à destination des malades, une médecine plus humaine et plus proche.

Moins de douze mois plus tard, la « Commission d'orientation sur le cancer » placée sous l'autorité du directeur général de la santé, avait rendu son rapport et, lors de son allocution du 24 mars 2003, le Président de la République a annoncé les soixante-dix mesures du plan de mobilisation nationale contre le cancer.

Elles sont organisées autour de sept axes principaux qui concernent l'ensemble des aspects de la lutte contre le cancer : prévention, dépistage, amélioration de la qualité des soins centrés autour du patient, accompagnement social plus humain et plus solidaire, formation des professionnels, recherche, avec notamment la mise en place de canceropoles au niveau régional ou interrégional, et création de l'Institut national du cancer,

---

<sup>3</sup> Cette analyse a été présentée à la commission des Affaires sociales lors de l'audition du ministre de la santé, de la famille et des personnes âgées, le 25 mars 2003.

chargé de coordonner l'action des intervenants dans la lutte contre le cancer et de mettre en œuvre l'ensemble des mesures du plan.

Dans l'attente de la création de cet institut et afin de ne pas retarder l'application du plan, ces mesures sont coordonnées par la mission interministérielle de lutte contre le cancer, créée par décret du 7 mai 2003.

### **Sept dossiers retenus à la suite du premier appel à propositions sur les cancerpôles**

Jean-François Mattei et Claudie Haigneré ont constaté avec satisfaction la remarquable mobilisation de la communauté scientifique et médicale en réponse à l'appel à propositions « Emergence des cancerpôles ».

L'analyse du premier appel à propositions lancé en avril 2003 par le ministère chargé de la recherche et le ministère chargé de la santé vient de s'achever. Organisé dans le cadre du plan de lutte contre le cancer, annoncé le 24 mars par le Président de la République, cet appel à propositions visait à donner un nouvel élan à l'effort de recherche sur le cancer en promouvant l'émergence de « cancerpôles », structures d'animation et de coordination des recherches et de l'innovation thérapeutique établies à l'échelle d'une région ou d'un groupe de régions. Les cancerpôles, qui seront créés en 2004, auront en effet vocation à assurer la coordination opérationnelle de projets de recherche issus des équipes de recherche labellisées, des services de soins orientés vers l'innovation et des plates-formes technologiques.

Les douze dossiers de candidature reçus ont été évalués par un comité scientifique pluridisciplinaire. Les propositions reflètent une forte mobilisation de la communauté scientifique et médicale qui, dans un temps relativement court, a su proposer des initiatives ambitieuses et un cadre de coordination approprié.

Sept dossiers, qui sont à ce stade à des degrés divers de structuration, ont été retenus. Ils recouvrent la majeure partie du potentiel français de recherche en cancérologie et correspondent à des grandes régions ou groupes de régions : Grand Ouest, Grand Sud-Ouest, Ile-de-France, Nord-Est, Nord-Ouest, PACA et Rhône-Alpes. Un budget global de 16,5 millions d'euros est consacré au soutien par les deux ministères de ces structures émergentes qui pourraient, d'ici douze à dix-huit mois, recevoir une labellisation en cancerpôles, si elles mettent en place les projets envisagés avec le niveau d'excellence requis et une organisation opérationnelle satisfaisante.

L'ensemble de ce dispositif permettra, avec la mise en place du futur Institut national du cancer, de renforcer l'organisation de la recherche en cancérologie dans notre pays, pour répondre aux attentes des patients et aux exigences de la coopération internationale.

*Source : ministère de la santé*

Le plan de mobilisation nationale contre le cancer s'appuie, par ailleurs, sur les mesures du programme 2000-2005 qu'il complète et amplifie.

Le ministère de la santé veut conduire ce chantier de façon exemplaire. Celui-ci traduit la volonté affichée du ministère, dans le cadre du projet de loi de santé publique, de conduire des programmes d'actions prioritaires ciblés à l'appui de la politique de santé publique.

Les crédits du ministère alloués à ce plan s'élevaient à 41,2 millions d'euros en 2003 (6 millions d'euros en 2002, avant le plan cancer) dont 35 millions d'euros de mesures nouvelles. Pour 2004, le budget destiné au plan national de lutte contre le cancer atteindra 59,2 millions d'euros, soit 18 millions d'euros de mesures nouvelles. Ce budget vise à atteindre les objectifs suivants en 2004 :

- la couverture complète du territoire pour le programme de dépistage organisé du cancer du sein et l'évaluation de programmes de dépistage organisés pour d'autres types de cancers : le cancer colo-rectal, le cancer du col de l'utérus et le mélanome ;

- le développement du système d'information à destination des patients et des familles, appuyé en particulier sur un numéro d'appel national « Cancer info service » et un site Internet. Son coût prévisionnel pour 2004 est de 3 millions d'euros ;

- le soutien aux organismes et associations nationales et les actions de formation professionnelle. En 2004, 1,65 million d'euros seront consacrés à cet objectif ;

- la création de l'Institut national du cancer, est prévue dans le projet de loi relatif à la politique de santé publique adopté par l'Assemblée nationale en première lecture. Doté d'une organisation transitoire en 2004, l'institut sera en mesure d'assurer, dès cette année, le pilotage et l'élaboration des référentiels de prise en charge. L'INCa sera financé en 2004 à hauteur de 11 millions d'euros par le ministère de la santé, pour la part qui lui incombe.

Cet effort ne tient pas compte de la mise en œuvre des mesures relatives à l'amélioration de la prise en charge des personnes atteintes d'un cancer (organisation des soins, traitements) qui sont financées par l'assurance maladie (100 millions d'euros en 2004).

En matière de soins, le plan comprend quatre grandes orientations :

- coordonner systématiquement les soins en ville et à l'hôpital autour du patient ;

- donner l'accès à l'information pour que les patients qui le souhaitent, puissent être acteurs de leur combat contre la maladie ;

- être plus attentif aux personnes malades et à leurs attentes ;

- offrir l'accès le plus large à l'innovation diagnostique et thérapeutique.

Ce bilan présente essentiellement la mise en œuvre des mesures dont la réalisation est prévue à partir de 2003 au titre des soins, de l'innovation et de la recherche. De nombreuses autres mesures prévues dans le plan débiteront à compter de 2004.

### Prévisions d'emploi des crédits cancer dans le projet de loi de finances pour 2004

(en millions d'euros)

	Dépenses d'intervention	Dépenses de fonctionnement	Total 2004
Mise en place des programmes de dépistage	30,0	3,0	33,0
Soutien aux associations	0,6		0,6
Lutte contre le tabac et l'alcool	4,0	4,0	8,0
Téléphonie sociale et site Internet	3,0		3,0
Formation des professionnels	0,6		0,6
Programmes d'évaluation		0,50	0,5
Elaboration des guides médicaux	0,4		0,4
Mise en œuvre de l'INCa	11,0		11,0
Mission interministérielle		2,00	2,0
Total	49,7	9,5	59,2

Au total, 1,6 milliard d'euros seront affectés au plan cancer pour la période 2003-2007. Lors de son audition devant notre commission, Jean-François Mattei a précisé que ces crédits viendraient s'ajouter à ceux déjà consacrés à la lutte contre le cancer. Leur prise en charge sera répartie à raison de 40 % pour l'État et de 60 % pour l'assurance maladie, les deux premières années, puis respectivement à hauteur de 20 % et 80 % les années suivantes. Il avait également exprimé son ambition de faire, du plan de mobilisation contre le cancer, une action exemplaire susceptible de bénéficier à l'ensemble de l'organisation sanitaire et de la recherche médicale, pour toutes les pathologies et tous les patients.

### **3. Les nouveaux objectifs de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie**

La MILDT est chargée d'animer et de coordonner les différents champs d'activité de l'action publique de lutte contre les drogues licites et illicites en combinant, dans le cadre d'un nouveau plan quinquennal, les préoccupations de santé, d'ordre public et de prévention pour répondre à la progression et aux évolutions de la consommation de produits psycho-actifs.

L'année 2004 doit être l'occasion de donner une nouvelle impulsion à l'action de la MILDT. En effet, le plan triennal 1999-2002 est arrivé à échéance et le plan quinquennal qui doit lui succéder ne démarrera qu'au début de l'année 2004.

Cette situation s'est traduite par des restrictions budgétaires puisqu'en 2003, les crédits réellement disponibles, après régulation, n'ont atteint que 27,7 millions d'euros.

En 2004, les crédits de la MILDT s'élèveront à 38 millions d'euros.

La réorientation de ses actions vers les priorités gouvernementales permet d'amorcer des dispositifs nouveaux pour un montant de 10 millions d'euros (soit plus du quart de sa dotation budgétaire) tout en maintenant les dispositifs existants.

Ses domaines prioritaires d'action seront organisés autour de trois axes :

- l'accent sera mis sur la prévention de la consommation de substances psycho-actives ;

- les objectifs sont de réduire l'accessibilité des produits, décourager l'initiation aux substances et repousser l'âge des premières consommations, à défaut de l'ajourner ;

- la priorité sera donnée aux actions en direction des mineurs, qu'il s'agisse du tabac, de l'alcool ou des drogues illicites, en particulier le cannabis. La collaboration avec le ministère de l'éducation nationale sera renforcée, notamment pour l'application de la loi Evin. Une enveloppe d'un million d'euros sera déconcentrée pour soutenir des initiatives de renforcement de l'application de cette loi et d'aide au sevrage tabagique dans les établissements scolaires.

Il est nécessaire de pouvoir disposer de structures identifiées capables d'écouter, d'orienter ou de prendre en charge les jeunes qui rencontrent des problèmes avec le cannabis, ainsi que leurs parents. Des consultations médico-psychologiques spécialisées, orientées vers les jeunes consommateurs, leurs parents et leurs familles, seront développées. Une enveloppe de un million d'euros sera réservée à des expérimentations de prises en charge socio-sanitaires.

(en millions d'euros)

<b>SYSTÉMATISER LA PRÉVENTION EN DIRECTION DE LA JEUNESSE</b>	<b>9,6</b>
Programmes départementaux de prévention	4,0
Actions locales Education nationale CESC/loi Evin	1,0
Actions locales des ministères en charge de la jeunesse	1,0
Actions nationales des ministères	1,0
Expérimentation de nouveaux lieux de prise en charge socio-sanitaire	2,0
Actions de prévention menées par des associations nationales	0,6

L'ordre public constitue le deuxième axe essentiel, avec une priorité donnée au rappel du caractère illégal de la consommation de stupéfiants comme des actes préparatoires à cette consommation.

La MILDT pilotera des actions de communication à destination du grand public conjointement avec l'INPES. Elles s'appuieront sur un nouveau régime de sanction et d'organisation du dispositif de repérage et d'intervention précoce, en cohérence avec les évolutions de la réforme de la loi de 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage des stupéfiants. Un soutien financier aux ministères chargés de la lutte contre le trafic local et international sera maintenu.

Une enveloppe de 3,6 millions d'euros sera dégagée pour mettre en œuvre au plan interministériel les orientations du plan.

Enfin, le dispositif de prise en charge et de soins sera consolidé.

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. Les centres spécialisés bénéficieront d'un soutien financier afin de traiter les problèmes liés à la dépendance au cannabis. Des réponses innovantes seront proposées pour la prise en charge des personnes dépendantes à l'héroïne. A cette fin, un million d'euros sera consacré à l'expérimentation de « Programmes sans drogue ».

(en millions d'euros)

<b>Dispositifs de prise en charge et de soins</b>	<b>15</b>
Programmes sans drogue	1
Orientation socio-sanitaire des usagers sous main de justice (conventions départementales d'objectifs justice/santé, injonctions thérapeutiques)	10
Actions locales	4

Pour compléter cette présentation des mesures arrêtées, il convient d'évoquer le développement d'autres actions thématiques, notamment dans le domaine de la santé mentale et du suicide, ou encore des traumatismes par accident et violence. Ces mesures ont été évaluées en amont par l'intermédiaire de missions confiées à des experts reconnus par le ministère de la santé.

**Santé mentale :**  
**Remise du rapport de la Mission «Cléry Melin»**

Soucieux de définir une véritable politique de santé mentale, Jean-François Mattei a chargé, le 13 mars dernier, les docteurs Philippe Cléry-Melin, directeur de la Maison de Santé de Bellevue à Meudon et de la Clinique du Château de Garches, Jean-Charles Pascal, praticien hospitalier, vice-président de la Fédération française de Psychiatrie et le professeur Viviane Kovess-Mafety, psychiatre et épidémiologiste, de proposer un plan d'actions pour réorganiser l'offre de soins en psychiatrie et en santé mentale.

Ce rapport, remis au ministre, comprend plus de cent quarante propositions et s'inscrit dans une démarche de santé publique s'attachant à mieux définir les articulations entre la psychiatrie et la santé mentale. Trois axes majeurs se dégagent de leurs propositions :

- s'atteler à la réorganisation de l'offre de soins de premier recours et réduire les disparités de répartition de l'offre sur le territoire ;
- renforcer l'encadrement des pratiques, notamment de la psychothérapie ;
- proposer une approche par tranches de population de certaines prises en charge (enfants, personnes âgées, personnes détenues).

Ces propositions seront soumises à une concertation élargie associant les professionnels et les représentants de l'ensemble des modes d'exercice de la psychiatrie (publique et privée) ainsi que les associations des malades et de leur famille afin d'élaborer un plan global sur la santé mentale lors du premier trimestre 2004.

*Source : ministère de la santé*

## II. LA SÉCURITÉ SANITAIRE ET L'OFFRE DE SOINS CONSTITUENT LES AUTRES AXES IMPORTANTS DE LA POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE

Devant notre commission, le ministre de la santé a souligné que « *la sécurité sanitaire constitue la seconde priorité de ce budget 2004* » et que « *si la santé publique relève de cofinancements entre différents partenaires, la sécurité sanitaire doit être financée par l'État.* »<sup>4</sup>

Les crises sanitaires récentes et, en dernier lieu, le drame de la vague de chaleur sans précédent qui a traversé notre pays au mois d'août, ont montré la nécessité de renforcer, dans sa cohérence et son efficacité, notre système de sécurité et d'alerte sanitaires.

### A. LA SÉCURITÉ SANITAIRE : LE RÔLE PRÉPONDÉRANT DES AGENCES

La politique de veille et de sécurité sanitaire s'appuie aujourd'hui sur l'action des six agences nationales (AFSSAPS, AFSSA, AFSSE, EFG, InVS, ANAES)<sup>5</sup>. Compétentes en ce domaine, ces agences ont des antécédents, des missions et des compétences propres. Elles sont, en outre, de tailles très différentes.

Néanmoins, dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale publié en septembre 2002, la Cour des comptes relevait un certain nombre de traits communs, au nombre desquels figurent la lenteur de leur montée en charge et la fragilité des structures administratives en charge des fonctions support. La Cour jugeait également que la persistance de ces faiblesses communes pourrait nuire au développement de la politique de veille et de sécurité sanitaires.

Enfin elle relevait que « *toutes les agences (disposaient) d'une aisance financière certaine. Les ressources ne leur ont pas été comptées alors que la montée en charge, trop lente, a limité les dépenses effectives* ».

Cette dernière constatation avait conduit le Gouvernement à procéder, au cours de l'exercice de 2003, à des ponctions sur le budget des agences.

---

<sup>4</sup> Réf. Audition du 13 novembre 2003.

<sup>5</sup> Association française de sécurité sanitaire et des produits de santé, Agence française de sécurité sanitaire des aliments, Agence française de sécurité sanitaire environnementale, Etablissement français des greffes, Institut national de veille sanitaire et Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.

Le projet de loi de finances pour 2004 marque le retour à une dotation budgétaire en adéquation avec les objectifs assignés aux agences.

### **1. Une multiplicité d'intervenants**

Pour 2004, 75,3 millions seront affectés aux agences de sécurité sanitaire dont les missions visent :

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

La pertinence de ce dispositif et le rôle respectif des différentes agences, comme leur articulation avec les différents services de l'État intéressés, font l'objet d'une évaluation comme le prévoit la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1998. Ses conclusions sont attendues pour le printemps 2004.

Par ailleurs, l'année 2004 sera marquée par la création de l'Agence de biomédecine. Cette mesure fera évoluer le dispositif dans le sens d'une rationalisation du paysage global des agences sanitaires. Il s'agit à la fois de procéder à des regroupements pertinents sur le plan scientifique et administratif et d'appuyer ces agences sur des moyens logistiques appropriés. Cela suppose qu'elles aient une certaine taille : pour garantir leur efficacité, il faut concentrer les expertises et les moyens, et non les diluer inutilement.

Le projet de loi relatif à la bioéthique<sup>6</sup> prévoit ainsi qu'une Agence de biomédecine se substitue à l'Etablissement français des greffes et à l'Agence de la procréation, de l'embryologie et de la génétique humaine que créait le projet de loi présenté par le précédent gouvernement.

Cette agence aura, dans l'immédiat, un champ de compétences comprenant la greffe, la médecine de reproduction, les cellules et les tissus, ainsi que la génétique ; dans un second temps, et pour les mêmes motifs, cette agence fusionnera avec l'Association française de sécurité sanitaire et des produits de santé (AFSSAPS).

Le Gouvernement va également mettre en oeuvre des mesures pour lutter contre les risques sanitaires afin de promouvoir la santé

---

<sup>6</sup> *Toujours en cours d'examen par le Parlement.*

environnementale, dispositions pour lesquelles des crédits d'un montant de 19,4 millions d'euros sont prévus.

Le renforcement de la veille sanitaire requiert une implication plus forte des professionnels dans le système de surveillance et d'alerte. Le rôle des centres nationaux de référence est mis en avant dans la surveillance des épidémies. Le projet de loi relatif à la politique de santé publique prévoit le renforcement de l'obligation de signalement de toute menace imminente pour la santé de la population est édicté à l'égard de tous les services de l'État ou des collectivités territoriales ainsi que des établissements et des professionnels de soins.

### **La santé environnementale**

L'intervention en santé environnementale recouvre le domaine de la qualité des eaux destinées à la consommation humaine (à l'exclusion des eaux minérales naturelles), des aliments, de l'air, des espaces clos, avec un ciblage sur les risques liés à l'amiante, les intoxications au plomb par les peintures (saturnisme infantile) et la lutte contre le monoxyde de carbone. Un plan de prévention des effets des événements météorologiques extrêmes sera intégré.

Comme cela a été annoncé par le Président de la République en janvier 2003, la santé environnementale fera l'objet d'un plan national interministériel. Il sera adopté au printemps 2004 au terme des travaux de la commission d'experts.

### **La lutte contre les pathologies infectieuses**

Le projet de loi de finances pour 2004 prévoit la mise en place de programmes de prévention spécifiques, qui seront menés, selon les orientations du projet de loi relatif à la politique de santé publique, sous la conduite de l'État (lutte contre la tuberculose, vaccination).

### **La lutte contre les infections nosocomiales**

Outre la poursuite des actions sur le renforcement des bonnes pratiques, y compris dans le secteur ambulatoire et libéral, la lutte contre les infections nosocomiales constitue une priorité. Elle vise à fiabiliser le dispositif de signalement et d'information des patients et à renforcer les actions de formation des professionnels.

### **La lutte contre le bioterrorisme**

La lutte contre le bioterrorisme nécessite la poursuite de la mise en œuvre de procédures d'intervention adaptées à chaque agent de la menace, la constitution et le renouvellement de stocks d'antibiotiques, d'immunoglobulines, d'antidotes et de vaccins mais aussi le renforcement de l'aide médicale urgente, afin de faire face à tout événement de grande ampleur.

Le programme d'action 2004 est en cours de validation et fera l'objet de financements spécifiques répartis entre le budget de l'État et l'assurance maladie.

*Source : ministère de la santé*

Dans le même temps, l'Agence française de sécurité sanitaire environnementale doit encore trouver sa place.

Créée par la loi n° 2001-393 du 9 mai 2001, elle a vu son organisation et son fonctionnement précisés par un décret du 1<sup>er</sup> mars 2002.

Une vingtaine de personnes ont, d'ores et déjà, été recrutées, les autres le seront avant la fin de l'année et l'agence a pu, en 2002 et 2003, conduire plusieurs travaux scientifiques importants, et notamment :

- l'évaluation des risques liés au naufrage du pétrolier Prestige afin de déterminer dans quelles conditions les plages pouvaient être rouvertes au public ;

- la participation au conseil scientifique en charge des impacts sanitaires et environnementaux du site de Metaleurop dans le Nord-Pas-de-Calais ;

- l'analyse de la situation du réseau de toxicovigilance.

En 2004, l'agence devra avant tout poursuivre sa montée en charge. Elle devra également dresser un état des propositions concrètes de modalités de travail avec l'Institut de veille sanitaire, l'Institut national de l'environnement et des risques, l'Institut français de l'environnement, l'Institut national de recherche et de sécurité et l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments.

## **2. L'évolution des compétences confiées à l'InVS et à l'ANAES**

Votre rapporteur a souhaité porter son attention sur deux agences qui ont été particulièrement sollicitées au cours de l'année et qui le seront encore dans les années à venir :

- d'une part, l'Institut national de veille sanitaire, qui a été mis à contribution pour le suivi épidémiologie de l'épidémie du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), puis mis en cause au moment de l'épisode caniculaire que la France a connu au mois d'août dernier ;

- d'autre part, l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé qui, par ses compétences, est le fer de lance du ministère de la santé pour faire, de la qualité, un élément essentiel du système de régulation des dépenses de santé.

### *a) L'Institut national de veille sanitaire*

Pour l'InVS, l'année 2004 est une année de transition entre deux contrats d'objectifs et de moyens. Pourtant, les travaux qu'il aura à mener devront assurer la mise en œuvre d'étapes majeures pour l'avenir et le renforcement de l'alerte ou le suivi du plan cancer.

De plus, les conséquences de la crise sanitaire ont provoqué un réaménagement des procédures de travail et des programmes gérés par cette agence, qui a renforcé ses capacités d'alerte et de réponse aux urgences par la mise en œuvre d'une veille prospective et d'une veille médiatique et par le développement d'un programme de surveillance « climat et santé ».

#### **Dotation de l'InVs pour 2004**

*(en millions d'euros)*

Dotation budgétaire de base	32,0
Opération immobilière de Vacassy	1,8
Activités nouvelles dans le cadre du plan cancer	3,0
Création de 4 emplois	0,3
Transfert de la DGS vers l'InVs de l'activité France Coag	0,5

Au total, les moyens attribués à l'InVS au titre de la dotation de l'État progressent de manière significative de 16 millions d'euros à 37,3 millions d'euros. Cette augmentation résulte, pour une grande part, d'autorisations de dépenses engagées en 2002 et 2003 par prélèvement effectué sur le fonds de roulement de l'établissement. Il convient ainsi de rappeler que le budget 2003 a été équilibré par un prélèvement prévisionnel sur le fonds de roulement de 13,5 millions d'euros.

Pour 2004, l'InVS bénéficiera donc d'une dotation budgétaire en adéquation avec ses besoins de fonctionnement régulier et bénéficiera de quatre emplois supplémentaires.

L'InVS devra conclure une nouvelle convention avec l'État visant à définir ses missions et les objectifs à atteindre ; par ailleurs, le projet de loi relatif à la politique de santé publique, que le Sénat doit examiner dès le mois de janvier 2004, comporte désormais un titre consacré à la modernisation du système de veille, d'alerte et de gestion des situations d'urgence sanitaire, dont les dispositions précisent et aménagent les mission de l'InVS.

## *b) L'Agence nationale d'évaluation et d'accréditation en santé*

Le programme de travail de l'agence pour 2004 s'inscrit pleinement dans la perspective de la lettre de mission confiée par le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, à Alain Coulomb, nouveau directeur général, et dans les orientations stratégiques adoptées par le conseil d'administration, concernant l'utilisation de la qualité pour réguler le système de santé.

Deux missions principales structurent la mission de l'ANAES : l'accréditation et l'évaluation.

### **• L'accréditation**

L'accréditation est une procédure d'évaluation externe à un établissement de santé, effectuée par des professionnels indépendants de l'établissement et de ses organismes de tutelle, évaluant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques. Elle vise à assurer la sécurité et la qualité des soins donnés au malade et à promouvoir une politique de développement continu de la qualité au sein des établissements de santé.

L'organisme accréditeur établit avec les professionnels du système de santé, des référentiels pour apprécier les structures, les procédures et les résultats en termes de gain de santé et de satisfaction du patient.

En application de l'ordonnance du 24 avril 1996, cette procédure est conduite par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.

L'accréditation concerne tous les établissements de santé publics et privés, et potentiellement les établissements de santé militaires. Elle concerne également les groupements de coopération sanitaire entre établissements de santé et les réseaux de soins.

L'accréditation ne s'applique pas actuellement aux activités médico-sociales même lorsque celles-ci s'exercent au sein d'un établissement de santé.

Plus de 3.000 établissements sont concernés.

L'accréditation s'inscrit dans une logique de progrès d'un établissement de santé. Elle accorde une place centrale au patient, à son parcours, à la coordination des soins qui lui sont apportés, à sa satisfaction.

Elle a six objectifs principaux :

- l'appréciation de la qualité et de la sécurité des soins, qui constituent une attente principale des patients vis-à-vis du système de santé ;

- l'appréciation de la capacité de l'établissement à améliorer de façon continue la qualité des soins et la prise en charge globale du patient, grâce à la mise en œuvre d'un système reconnu de gestion de la qualité ;

- la formulation de recommandations explicites ;

- l'implication des professionnels à tous les stades de la démarche de qualité, afin qu'ils acceptent et s'approprient les changements ;

- la reconnaissance externe de la qualité des soins dans les établissements de santé ;

- l'amélioration continue de la confiance du public.

En matière d'accréditation, trois axes ont été retenus pour 2004 :

- poursuivre le développement des procédures et proposer une assistance méthodologique aux établissements (800 établissements préparent actuellement la visite d'accréditation). Au total près de 2.000 établissements seront accrédités à la fin de l'année 2004 ;

- favoriser et généraliser l'implantation durable des démarches-qualité et de la gestion des risques ;

- valoriser et utiliser les résultats des procédures d'accréditation, notamment auprès des agences régionales de l'hospitalisation (ARH).

#### • **L'évaluation**

L'évaluation permet d'apprécier objectivement l'efficacité de telle ou telle stratégie pour permettre un meilleur choix pour le malade. Elle consiste à organiser les procédures permettant d'en vérifier la bonne réalisation, de détecter et de quantifier les écarts, d'imaginer et de fournir les éléments pour mettre en place les éléments de correction. L'évaluation médicale est l'intermédiaire entre la production scientifique et la pratique médicale. Les méthodes de l'évaluation doivent permettre de transformer et diffuser la production scientifique pour la rendre acceptable par les praticiens.

L'ANAES est chargée d'établir l'état des connaissances en matière de stratégies diagnostiques et thérapeutiques en médecine et de contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins à l'hôpital et en médecine libérale.

L'agence conduit des études d'évaluation à partir de méthodes et principes explicites en s'appuyant, entre autres, sur l'analyse rigoureuse de la littérature scientifique et sur l'avis des professionnels de santé (études d'évaluation des technologies médicales, élaboration de recommandations et références médicales...).

Elle organise et/ou labellise des « *recommandations pour la pratique clinique* » et des « *conférences de consensus* » sur des grands thèmes cliniques, diagnostiques et thérapeutiques.

L'ANAES donne un avis sur la liste des actes et prestations qui sont pris en charge ou donnent lieu à remboursement par les organismes d'assurance maladie, à l'exception des médicaments.

Elle mène, dans les établissements de santé et dans le milieu de la médecine libérale, des actions d'évaluation des pratiques professionnelles, de formation à l'audit clinique, des programmes d'amélioration de la qualité. Elle élabore les outils et les méthodes nécessaires pour le développement de la procédure d'évaluation des pratiques professionnelles en médecine de ville.

L'ANAES contribue aussi à évaluer les actions et les programmes de santé publique.

Dans le domaine de l'évaluation, les prévisions pour 2004 sont les suivantes : vingt-cinq recommandations produites par l'ANAES ou en partenariat avec les sociétés savantes, six conférences de consensus, sept référentiels conventionnels et onze évaluations technologiques sont programmés.

L'ANAES doit également procéder à l'évaluation de cent cinquante actes inscrits à la nomenclature des actes professionnels et former trois cents nouveaux médecins-évaluateurs.

Au-delà de ce programme ambitieux en matière d'accréditation et d'évaluation, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 confie de nouvelles missions à l'agence en matière d'évaluation des actes figurant dans la classification commune des actes médicaux (CCAM), et de validation scientifique des accords de bon usage de soins (AcBus), des contrats de bonne pratique, des contrats de santé publique et des nouveaux contrats prévus qu'il met en œuvre.

Dans ce contexte, on est fondé à se demander si les moyens attribués à l'agence lui permettront de remplir intégralement ses missions.

Si les dotations inscrites au titre du fonctionnement peuvent paraître satisfaisantes, il peut sembler singulier que seuls deux postes soient nouvellement créés pour faire face aux missions nouvelles. Il convient d'ailleurs de souligner que la subvention allouée par l'État (5,4 millions d'euros) ne correspond qu'à 26 % des recettes de l'établissement, 52 % étant assurés par la contribution de la sécurité sociale et 22 % couverts, pour l'essentiel, par des ressources propres.

## ***B. UN FINANCEMENT DE L'OFFRE DE SOINS QUI CONNAÎT D'IMPORTANTES ÉVOLUTIONS***

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, que ces besoins soient exprimés ou latents.

Cette obligation vaut aussi bien pour les structures hospitalières que pour les professionnels de santé.

Dans le projet de loi de finances pour 2004, 207 millions d'euros sont affectés à l'offre de soins et à la qualité du système de santé, politiques qui sont donc essentiellement financées à travers l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), fixé dans la loi de financement de la sécurité sociale.

### ***1. Le plan « Hôpital 2007 », élément central de la politique d'offre de soins***

#### *a) Un plan ambitieux pour l'investissement hospitalier*

Le plan d'investissement national « Hôpital 2007 » prévoit de réaliser 6 milliards d'euros d'investissements supplémentaires entre 2003 et 2007, correspondant à une augmentation de l'investissement moyen annuel de 30 %. Il concerne aussi bien les établissements publics que les établissements privés de santé, participant ou non au service public hospitalier. Il permet de ramener à cinq ans le délai de rattrapage du retard d'investissement accumulé.

Afin de poursuivre la mise en œuvre de ce plan, le Gouvernement s'appuie sur trois instruments mis en place simultanément : des dispositions juridiques nouvelles permettant d'externaliser la réalisation de certaines opérations, des financements supplémentaires et un appui technique et opérationnel fourni par la mission d'appui à l'investissement national hospitalier (MAINH) relayé dans les régions par un réseau de correspondants spécialisés.

En réponse à une circulaire du 20 mars 2003, les agences régionales de l'hospitalisation ont proposé au ministère de la santé des listes d'opérations d'investissements susceptibles d'être retenues au titre du plan « Hôpital 2007 », dont le montant total s'établit à 10,2 milliards d'euros, au lieu des 6 milliards prévus initialement par le Gouvernement, et qui comportent 937 opérations. Cet écart tient au fait que, si l'apport aux établissements se traduit par un effort de 6 milliards, les acteurs de l'hospitalisation peuvent décider d'engager des crédits complémentaires pour ces projets, sur leurs propres ressources.

Dans le même temps, le ministre de la santé a mis à profit les dispositions de la loi habilitant le Gouvernement à simplifier le droit<sup>7</sup>, pour entamer les réformes annoncées à l'automne 2003, sous forme d'ordonnance<sup>8</sup>.

En effet, l'article 21 de la loi d'habilitation l'autorisait à prendre, par ordonnance, des mesures dans les domaines suivants :

- le régime des autorisations des activités de soins et équipements matériels lourds ;
- les formules de coopération sanitaire ;
- les alternatives à l'hospitalisation ;
- l'organisation de la permanence des soins et de l'aide médicale urgente en élargissant, à la permanence des soins, le rôle du comité départemental de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires ;
- l'intervention des collectivités territoriales afin de réaliser des opérations immobilières pour le compte des hôpitaux, y compris sur leur domaine public par le biais d'un bail emphytéotique ;
- la possibilité pour les établissements de santé de passer des marchés globaux de conception, réalisation et maintenance, pour les investissements immobiliers et d'équipements ;
- l'autorisation accordée aux sociétés d'économie mixte locales, aux offices publics d'aménagement et de construction et aux sociétés anonymes d'habitations à loyer modéré, de réaliser des opérations de conception, de réalisation, d'entretien ou de maintenance ainsi que, le cas échéant, de financement d'équipements hospitaliers ou médico-sociaux pour les besoins d'un établissement public de santé.

L'ensemble de ces mesures permettra de promouvoir les opérations de modernisation indispensables dans le secteur hospitalier.

Pour soutenir l'investissement et assurer l'exécution du plan, le Gouvernement a débloqué des financements supplémentaires :

- des aides en capital, à hauteur de 1,5 milliard d'euros pour les cinq ans, versées par le Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), destinées aux trois catégories d'établissements de santé ;

---

<sup>7</sup> Loi n° 2003-591 du 2 juillet 2003 habilitant le Gouvernement à simplifier le droit.

<sup>8</sup> L'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation.

- des aides en fonctionnement en crédits ONDAM, destinées aux établissements publics et privés sous dotation globale, représentant une dotation moyenne annuelle de 90 millions d'euros, soit 20 millions de plus qu'en 2003. Ces aides financent le surcoût des emprunts mobilisés, ainsi que les dotations aux amortissements. Elles peuvent, en outre, financer les loyers de longue durée induits par les opérations externalisées.

Parallèlement, dans un souci d'harmonisation de sa politique d'investissement hospitalier, le Gouvernement a choisi de mettre fin à l'activité du Fonds d'aide à l'adaptation des établissements hospitaliers, (FIMHO).

Créé par la loi de finances pour 1998, dans le but d'apporter aux établissements de santé sous dotation globale une aide de l'État destinée à permettre la réalisation d'opérations de restructuration hospitalière, ce fonds s'est révélé d'un usage particulièrement lourd et centralisé, ne finançant les opérations retenues qu'à la suite d'une longue procédure et sur des critères restrictifs.

Au final, il n'a jamais fonctionné de manière satisfaisante ; sa suppression a donc été décidée l'an dernier et la loi de finances pour 2003 n'avait ouvert aucune autorisation de programme nouvelle mais seulement une dotation résiduelle en crédits de paiement destinée à couvrir les engagements contractés.

La mise en œuvre du plan « Hôpital 2007 » se traduit donc par transfert de prise en charge des crédits d'investissements de l'État vers l'assurance maladie, le Gouvernement faisant le choix de concentrer son action sur la coordination et la maîtrise d'œuvre des projets.

*b) Impulsion et maîtrise d'ouvrage sont confiées aux agences régionales de l'hospitalisation et à deux agences spécialisées*

Les moyens de fonctionnement des agences régionales de l'hospitalisation (ARH) ont été revalorisés à hauteur de 2 millions d'euros en 2003 pour leur permettre de faire face aux missions nouvelles qui leur étaient assignées. Ces moyens sont maintenus au même niveau en 2004, soit 19,2 millions d'euros.

Mises en place au printemps 1997, ces agences sont aujourd'hui pleinement reconnues dans leurs missions de pilotage, d'animation et de coordination des politiques et des actions régionales dans le domaine de la santé sanitaire public et privé. Elles ont permis, sur la base des besoins de la population, d'engager un processus concerté de recomposition des secteurs sanitaires.

Conformément aux directives nationales, elles ont procédé à une politique différenciée d'allocation des ressources entre établissements, allant dans le sens d'une réduction des inégalités, en cohérence avec les objectifs définis dans le schéma régional d'organisation sanitaire et sociale (SROS) .

Elles exercent depuis 2000, les nouvelles compétences tarifaires qui leur ont été confiées à l'égard de l'hospitalisation privée. Il s'agit d'une avancée importante qui renforce la cohérence de la politique sanitaire mise en œuvre par l'ARH et contribue également à la réduction des inégalités intra et interrégionales. Elles veillent désormais à ce que les établissements publics et privés s'engagent activement dans la préparation de la réforme du financement qui sera effective à partir de 2004, tarification à l'activité.

En instaurant une autorité unique de décision proche du terrain, la création des agences régionales de l'hospitalisation a introduit plus de transparence et plus de cohérence dans la mise en œuvre de la politique hospitalière.

L'identification d'un pôle régional fort, l'existence d'équipes dédiées à l'hospitalisation ont acquis une légitimité forte.

Au-delà des missions assurées par les ARH, le Gouvernement avait souhaité, à l'occasion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003, la création de deux missions chargées d'apporter un soutien logistique au plan Hôpital 2007. Il s'agit de la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH), qui a pour objet de soutenir l'amélioration de l'organisation des activités des établissements, et de la Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier (MAINH), chargée d'apporter localement une expertise technique complémentaire et de promouvoir l'innovation.

Une troisième agence joue un rôle important dans l'organisation et l'évolution des établissements de santé, l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) qui bénéficiera d'une dotation de 1,4 million d'euros en 2004.

Dans les trois années à venir, le périmètre d'activités de cette agence devrait être 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 2004, l'ATIH, après la période de montée en charge, devra être en mesure de fournir les éléments d'information indispensables à la réalisation du programme gouvernemental « Hôpital 2007 ». Ces éléments concernent deux objectifs majeurs :

- d'une part, la mise en œuvre de la tarification à l'activité devra s'accompagner de la mise au point des nouveaux outils nécessaires pour assurer une régulation médicalisée et pour mieux évaluer les coûts de production des établissements de santé ;

- d'autre part, la refonte de la planification hospitalière nécessitera la mise à disposition d'informations quantitatives et qualitatives sur les besoins de soins exprimés au sein des territoires de santé.

Ces informations seront essentielles pour permettre aux ARH d'assurer leur rôle de régulateur de l'offre de soins.

## **2. Organisation et régulation des professions de santé**

### *a) Formation des professionnels paramédicaux et des sages-femmes*

La formation des professionnels de santé, et notamment des infirmiers, est au centre des préoccupations du ministre, compte tenu des difficultés de recrutement des personnels paramédicaux et des sages-femmes, et des perspectives démographiques médicales. Le quota des élèves infirmiers était passé de 26.436 à 30.000 en 2003, soit une augmentation de 13,7 %. Ce quota sera maintenu en 2004.

Pour tenir compte de la hausse du quota des élèves infirmiers et accompagner l'effort demandé à l'appareil de formation, des moyens supplémentaires sont prévus dans le budget du ministère pour subventionner les instituts et écoles privés de formation de professionnels paramédicaux (28 millions d'euros en 2004, soit + 16 % par rapport à 2003). Les instituts de formation publics sont, pour leur part, financés par l'assurance maladie.

Parallèlement, les crédits permettant de prendre en charge les bourses des étudiants suivant les formations paramédicales ou de sages-femmes seront augmentés (66,6 millions d'euros prévus en 2004 pour financer 20.412 bourses contre 18.310 en 2003) de manière à suivre l'augmentation des quotas.

Dans le cadre du projet de loi relatif aux responsabilités locales, le Gouvernement se propose de transférer la formation des professions paramédicales et des sages-femmes de l'État vers les régions. Il a fait le choix de procéder au transfert des formations se rapportant à des professions réglementées et qui sont dispensées avec l'agrément de l'État hors du cursus universitaire traditionnel, ce qui explique que la formation des médecins et des pharmaciens n'ait pas été concernée.

Les formations concernées par les transferts rassemblent aujourd'hui environ 60.000 étudiants, répartis dans un peu moins de cinq cents établissements selon les statistiques les plus récentes publiées dans le rapport

de la commission pédagogique nationale de la première année des études de santé, remis à Jean-François Mattei en septembre 2003.

La délivrance des agréments et le financement nécessaire au fonctionnement et à l'équipement de ces établissements assurant la formation des professions paramédicales et des sages-femmes sont transférés à la région. L'attribution des aides aux étudiants inscrits dans ces établissements relèvera également du conseil régional, de même que la gestion locale de la répartition des effectifs régionaux décidés par le ministre de la santé.

Votre rapporteur est circonspect sur les conditions dans lesquelles ce transfert va être réalisé, notamment au regard du calcul de la compensation budgétaire qui l'accompagnera.

Cette inquiétude s'appuie sur des éléments tangibles tels que l'hétérogénéité des formations transférées, les écarts importants que subissent les étudiants en matière de frais d'inscription ou encore l'évolution des effectifs susceptibles d'être formés, qui va aller croissante, compte tenu des besoins exprimés par le secteur sanitaire et médico-social et de la démographie connue des professions paramédicales et des sages-femmes.

Le calcul de la compensation qui va accompagner ce transfert se révèle donc, comme pour tous les autres transferts, déterminant. **Mais la complexité des situations à prendre en compte et des modes de financements auxquels l'État a aujourd'hui recours, appelle une vigilance supplémentaire de la part du Parlement et de la part de la commission consultative sur l'évaluation des charges résultant des transferts de compétences.**

A cette difficulté comptable, il faut ajouter un problème institutionnel : en effet, le financement des établissements de santé n'est pas assuré par l'État mais par les organismes d'assurance maladie.

La compensation devra donc procéder à la fois à l'identification des dépenses engendrées par les instituts de formation, puis organiser le transfert de ces dépenses de la dotation globale vers les régions, par l'intermédiaire de la loi de financement de la sécurité sociale, puis de la loi de finances.

#### *b) Organisation de la formation médicale continue (FMC)*

La formation médicale continue constitue l'un des éléments déterminants de l'amélioration de la qualité des pratiques et de la meilleure utilisation des ressources. Des crédits sont inscrits (4,7 millions d'euros) au titre des conseils nationaux, qui définiront les obligations de chaque médecin en matière de formation médicale continue, et des conseils régionaux *ad hoc* auxquels il reviendra de valider les efforts réalisés par chaque praticien.

Le décret en Conseil d'État instituant la formation médicale continue a été publié le 16 novembre 2003. Il marque la mise en œuvre effective du dispositif de formation continue pour l'ensemble des médecins en exercice.

La politique d'amélioration constante de la qualité des soins voulue par le ministre pourra se développer en s'appuyant, d'une part, sur ce dispositif de formation continue des médecins, d'autre part sur les programmes d'évaluation des pratiques professionnelles, encouragés par les instances professionnelles et soutenus par l'ANAES.

Le texte fixe les attributions des trois conseils nationaux de formation continue (conseil des médecins libéraux, conseil des praticiens hospitaliers et conseil des médecins salariés non hospitaliers), et notamment les conditions d'agrément des organismes appelés à intervenir dans la formation continue, soit en organisant les actions de formation, soit en organisant les procédures d'évaluation.

Le décret fixe également la composition des trois conseils ainsi que celle du comité de coordination chargé de veiller à l'harmonisation du fonctionnement et à la cohérence des procédures mises en œuvre. Au sein de ces conseils et du comité de coordination, se retrouveront des représentants des structures associatives et professionnelles, des membres de l'Ordre, des universitaires et des personnalités qualifiées.

Le dispositif de formation médicale continue instauré par le présent décret sera prochainement complété par l'application des mesures inscrites dans le projet de loi de santé publique. Ces mesures détermineront notamment la composition et les modalités de fonctionnement des conseils régionaux de FMC.

**« Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé » (7 novembre 2003), Rapport du professeur Matillon**

Cette mission commune aux ministères chargés de l'éducation nationale et de la santé avait débuté le 28 novembre 2002.

Tout au long de la mission, une très large concertation a été menée, notamment avec l'ensemble des professions de santé. Ces nombreuses consultations (plus de 250 personnalités), tout comme l'étude des perspectives internationales, ont confirmé que tous les intervenants dans le domaine de la santé étaient désormais conscients de la nécessité et de l'intérêt de l'évaluation des compétences professionnelles.

La mission souligne ainsi que de nombreux enjeux des évolutions du système de santé, comme la reconnaissance des acquis de l'expérience, la gestion prévisionnelle des emplois ou la professionnalisation et l'adaptation des métiers, dépendent de la mise en œuvre de procédures d'évaluation des compétences.

A cette fin, la mission a identifié différents organismes et institutions (ordres, universités, fédérations professionnelles, structures de formation initiale ou continue) au sein desquels des propositions de mises en application de l'évaluation des compétences professionnelles devraient être rendues publiques sans délai.

*Source : ministère de la santé*

### *c) La gestion prévisionnelle des vocations ou la question de la démographie médicale*

Conscient de l'importance de la question de la démographie médicale pour laquelle il a déjà commandé plusieurs rapports d'expertise, notamment au professeur Yvon Berland, le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées met progressivement en place des instruments susceptibles de résorber les difficultés naissantes.

Trois pistes sont poursuivies : l'élargissement du numerus clausus, des mesures incitatives pour l'installation dans les zones à faible densité médicale et la conduite d'une réflexion sur les transferts de tâches et de compétences entre les différentes professions de santé.

#### **Augmentation du numerus clausus et organisation de l'offre de soins**

Pour faire face aux difficultés liées aux évolutions démographiques prévisibles des professions médicales - médecins, odontologues, sages-femmes - et des pharmaciens, Luc Ferry, ministre de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche, et Jean-François Mattei, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, ont conjointement décidé d'augmenter le numerus clausus.

Pour répondre aux problèmes posés, Jean-François Mattei a engagé une nouvelle politique résolue d'organisation de l'offre de soins qui se décline selon trois axes principaux :

1- Une meilleure connaissance de l'implantation géographique et de l'activité des professionnels. C'est la tâche dévolue à l'Observatoire national, installé par le ministre de la santé en juillet dernier, et dont les vingt-six comités régionaux, proches de la réalité de terrain, sont d'ores et déjà opérationnels.

2- Une augmentation raisonnée des effectifs d'étudiants s'engageant en formation initiale. C'est ainsi que, pour 2004, le numerus clausus de chacune des professions concernées a été majoré par rapport à 2003 :

- 5.600 en médecine, soit 500 de plus, dont 50 pour les passerelles permettant à des étudiants diplômés d'autres secteurs d'accéder aux études médicales ;

- 2.600 en pharmacie, soit 150 de plus ;

- 930 en odontologie, soit 80 de plus ;

- 975 pour les sages-femmes, soit 35 de plus.

3- Un ensemble de mesures permettant d'orienter l'installation ou le maintien des professionnels dans des zones où les conditions d'exercice s'avèrent difficiles :

- le projet de loi en faveur du développement des territoires ruraux prévoit la possibilité d'aide des collectivités territoriales aux professionnels de santé dans les zones menacées ;

- le dispositif est complété par des dispositions conventionnelles, notamment les contrats de pratique professionnelle applicables en cas de conditions d'exercice difficiles.

Source : ministère de la santé

Les débats relatifs au budget du ministère de la santé pour 2004 qui ont eu lieu devant l'Assemblée nationale<sup>9</sup>, ont été l'occasion d'aborder un autre point, celui de l'installation.

Comme l'a souligné le ministre de la santé : « *La question est moins de savoir combien il y aura de professionnels qu'où ils vont s'installer. La liberté d'installation est une des revendications des professionnels. Je n'ai rien contre. En revanche, j'ai la responsabilité de garantir l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire. A partir du moment où la liberté d'installation compromet l'accès aux soins, il y a deux types d'actions à mener.* »

« *D'abord, il faut des mesures d'incitation, qui sont désormais arrêtées. Elles empruntent trois formes. La loi permet dorénavant aux collectivités territoriales de prendre de telles mesures<sup>10</sup>. Il pourra aussi s'agir d'incitations conventionnelles entre professionnels et caisses.*

« *Enfin, le CIADT du 3 septembre a prévu, pour ceux qui s'installent en zone de revitalisation rurale, une exonération de la taxe professionnelle ainsi qu'une aide financière à l'installation versée par l'État, qui se montera à 10.000 euros par an pendant cinq ans. Toutes ces mesures devraient contribuer à empêcher la désertification de certaines zones. Je ne suis pas sûr qu'elles suffisent. C'est pourquoi il faudra probablement, un jour, des dispositions plus contraignantes, comme celles qui s'appliquent pour les pharmacies.* »

Poursuivant ses propos, il a appelé à la patience car il faudra du temps aux mesures d'incitation pour produire leurs effets. Toutefois a-t-il ajouté : « *on ne peut changer les règles pour des étudiants en médecine qui se sont inscrits avec le projet précis de reprendre le cabinet de leur père ou de s'associer. Je pense que nous devons nous donner dix ans : si, au 1<sup>er</sup> septembre 2013, la méthode incitative n'a pas amélioré la répartition des*

<sup>9</sup> Assemblée nationale, 2ème séance du mercredi 12 novembre.

<sup>10</sup> Cette mesure figure dans le projet de loi de développement des territoires ruraux que le Parlement doit examiner dans le courant du premier trimestre 2004.

*praticiens, les modalités d'installation devront être définies par décret en Conseil d'État, lequel devra faire l'objet d'une très large concertation ».*

Toutefois conscient que ces mesures ne seraient pas suffisantes, le ministre de la santé a ouvert un autre chantier, celui de la coopération des professions de santé.

Pour ce faire, il a confié, le 25 avril dernier, une mission sur « *les transferts des tâches et des compétences, notamment en vue d'une coopération accrue entre les professionnels de santé* », au Doyen Yvon Berland.

Ce dernier, qui assure la présidence de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé, lui a remis, le 17 octobre dernier, un rapport intermédiaire qui comporte une analyse des nombreux transferts et délégations d'actes et de compétences existant déjà dans plusieurs pays, notamment anglo-saxons.

Ce rapport fait également état de plusieurs expériences françaises au cours des dernières années. Il enregistre la volonté des acteurs médicaux et paramédicaux d'organiser les conditions dans lesquelles de nouveaux transferts de compétences pourraient se produire à l'avenir.

A cette fin, plusieurs équipes soignantes conduiront, au cours des prochains mois, des expérimentations de transferts de tâches et de compétences. Ces expérimentations feront l'objet d'évaluations rigoureuses, qui constitueront le rapport final de la mission. De la teneur de ces évaluations dépendra ensuite l'importance des transferts, qui pourront être institués en accord avec l'ensemble des partenaires professionnels et des responsables de formation.

Ces transferts de compétences, associés à la hausse régulière du *numerus clausus* des professions de santé et aux différentes mesures visant à une meilleure répartition des professions de santé sur le territoire, compléteront la politique de régulation de l'offre de soins mise en œuvre par le Gouvernement.

Parallèlement à ces expérimentations, le projet de loi relatif à la politique de santé publique comporte les premières mesures de cette inspiration en autorisant les sages-femmes à pratiquer des actes qui étaient jusque-là de la compétence des médecins.

## EXAMEN DES ARTICLES RATTACHÉS

### *Article 81*

#### **Majoration des taxes affectées à l'AFSSAPS**

Créée par la loi n° 94-43 du 18 janvier 1994, l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, qui succédait alors à l'Agence du médicament, est un établissement public de l'État, placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé.

L'article L. 5311-1 du code de la santé publique définit les missions de l'AFSSAPS.

#### **Missions de l'AFSSAPS**

L'agence participe à l'application des lois et règlements relatifs à l'évaluation, aux essais, à la fabrication, à la préparation, à l'importation, à l'exportation, à la distribution en gros, au conditionnement, à la conservation, à l'exploitation, à la mise sur le marché, à la publicité, à la mise en service ou à l'utilisation des produits à finalité sanitaire destinés à l'homme et des produits à finalité cosmétique, et notamment :

1° Les médicaments, y compris les préparations magistrales, hospitalières et officinales, les substances stupéfiantes, psychotropes ou autres substances vénéneuses utilisées en médecine, les huiles essentielles et plantes médicinales, les matières premières à usage pharmaceutique ;

2° Les produits contraceptifs et contragestifs ;

3° Les biomatériaux et les dispositifs médicaux ;

4° Les dispositifs médicaux de diagnostic in vitro ;

5° Les produits sanguins labiles ;

6° Les organes, tissus, cellules et produits d'origine humaine ou animale, y compris lorsqu'ils sont prélevés à l'occasion d'une intervention chirurgicale ;

7° Les produits de thérapie génique et cellulaire ;

8° Les réactifs de laboratoire ainsi que les réactifs conditionnés en vue de la vente au public et destinés au diagnostic médical ou à celui de la grossesse et les réactifs utilisés pour les examens d'anatomie et de cytologie pathologiques ;

9° Les produits destinés à l'entretien ou à l'application des lentilles de contact ;

10° Les produits insecticides, acaricides et antiparasitaires à usage humain ;

11° Les procédés, produits et appareils destinés à la désinfection des locaux dans les cas prévus à l'article L. 3114-1 ;

12° Les produits thérapeutiques annexes ;

13° Les aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales qui, du fait de leur composition, sont susceptibles de présenter un risque pour les personnes auxquelles ils ne sont pas destinés ;

14° Les lentilles oculaires non correctrices ;

15° Les produits cosmétiques.

L'agence procède à l'évaluation des bénéfices et des risques liés à l'utilisation de ces produits et objets à tout moment opportun et notamment lorsqu'un élément nouveau est susceptible de remettre en cause l'évaluation initiale. Elle assure la mise en œuvre des systèmes de vigilance et prépare la pharmacopée.

Elle rend publique une synthèse des dossiers d'autorisation de tout nouveau médicament. Elle organise des réunions régulières d'information avec des associations agréées de personnes malades et d'usagers du système de santé mentionnées à l'article L. 1114-1 relatif aux problèmes de sécurité sanitaire des produits de santé.

Elle contrôle la publicité en faveur de tous les produits, objets, appareils et méthodes revendiquant une finalité sanitaire.

Elle prend, ou demande aux autorités compétentes, de prendre les mesures de police sanitaire nécessaires lorsque la santé de la population est menacée, dans les conditions prévues au présent code ou par toute autre disposition législative ou réglementaire visant à préserver la santé humaine.

Elle établit un rapport annuel d'activité adressé au Gouvernement et au Parlement. Ce rapport est rendu public.

Elle organise des auditions publiques sur des thèmes de santé publique.

La lecture de ces dispositions permet de constater que le champ de compétences de l'Agence est beaucoup plus large que celui de l'ancienne agence du médicament, puisqu'il s'étend désormais à l'ensemble des produits à finalité sanitaire destinés à l'homme, y compris les produits à finalité cosmétique. Pour ces produits, elle est chargée d'assurer les missions d'évaluation, de contrôle et d'inspection. Elle peut également prendre des mesures de police sanitaire.

L'article L. 5311-2 du code de la santé publique précise la façon dont l'AFSSAPS remplit ses missions : elle est notamment en charge de l'expertise et du contrôle technique des produits entrant dans son champ de compétences. Dans ses secteurs d'activité, elle est le référent du ministère de la santé en matière d'expertise. En effet, elle assure également la fonction de vigilance sanitaire, en particulier par le recueil et l'évaluation des informations sur les effets indésirables ou inattendus liés à l'utilisation de ces produits, et celle d'alerte sanitaire en cas de risque pour la santé publique.

Pour l'année 2004, 30,4 millions d'euros sont à financer en sus de la dotation du ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées qui s'élève 18,6 millions d'euros en 2004.

Face à cette situation, le Gouvernement propose d'accroître les ressources propres de l'établissement pour couvrir partiellement ce besoin de financement supplémentaire parfaitement légitime. Le présent article propose donc de majorer les ressources propres d'environ 15 millions d'euros, c'est-à-dire les taxes affectées à l'AFSSAPS.

Le **paragraphe I** propose le relèvement du plafond du droit progressif sur les demandes d'autorisation de mise sur le marché (AMM) prévu à l'article L. 5121-16 du code de la santé publique. Fixé, par la loi n° 95-116 du 4 février 1995 portant diverses dispositions d'ordre social à 150.000 francs, puis converti à 23.000 euros, ce montant n'avait jamais été revalorisé depuis lors. Il le serait à due concurrence de l'indice des prix depuis 1996, ce qui correspond, selon les données établies par l'INSEE, à une hausse de 10,3 %. Le résultat de 25.369 euros est arrondi à 25.400 euros. Pour calculer le rendement supplémentaire de cette taxe, le Gouvernement a simulé l'application de la même revalorisation aux cinq autres montants (15.200 euros, 9.150 euros, 6.100 euros, 915 euros et 610 euros) fixés par le décret n° 96-653 du 16 juillet 1996, et relatifs à des modalités particulières de demandes d'AMM.

Le **paragraphe II** est destiné à modifier sur deux points l'article L. 5121-17 du même code, relatif à la taxe annuelle sur les médicaments et produits bénéficiaires d'une AMM.

A l'heure actuelle, la taxe est plafonnée à 3.050 euros par spécialité pharmaceutique ou produit taxé, et elle n'est pas exigible lorsque les ventes hors taxe de la spécialité ou du produit n'ont pas atteint 76.000 euros au cours de l'année précédente, abstraction faite des ventes à l'exportation. Le décret n° 93-1323 du 20 décembre 1993 définit, sur ces bases, un barème à quatre tranches.

Or, le rendement, comme d'ailleurs l'équité, de cette taxe apparaît limité : en effet, sur 8.600 spécialités et produits déclarés auprès de l'agence en 2002, près de 3.200, soit 37 % environ, enregistrent un chiffre d'affaires

inférieur au seuil de taxation. Dans le même temps, près d'un tiers des unités taxées, soit 1.800 sur 5.400, le sont au taux plafond, ce qui témoigne du peu de progressivité du barème.

Par conséquent, dans le présent article, sont proposées la suppression du seuil de taxation et la modification du barème dans un sens plus progressif. Le *b)* ne change pas l'assiette, mais supprime le seuil de 76.000 euros de chiffre d'affaires, et prévoit que le barème « comporte au moins cinq tranches », tandis que le *a)* relève le taux plafond à 17.000 euros.

Il est précisé, dans l'exposé des motifs, que quatre tranches additionnelles seraient créées, portant le barème total à huit tranches. Ces quatre tranches nouvelles s'appliqueraient respectivement aux seuils de 5, 10, 15 et 30 millions d'euros de chiffre d'affaires. 54 spécialités se situeraient dans la dernière tranche, au-delà de 30 millions d'euros, et environ 750 autres se répartiraient dans les trois autres tranches nouvelles.

Enfin, les taux précités n'ayant pas été revalorisés depuis 1993, ils le seraient du montant de l'inflation depuis lors et, pour des raisons pratiques, le taux d'augmentation proposé est de 15,3 %. Au total, le rendement de cette taxe augmenterait ainsi de plus de 70 %.

Il convient de souligner que le dernier alinéa de l'article L. 5121-17 exonère, et continuera d'exonérer, de la taxe « les médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 ».

Le **paragraphe III** modifie 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. 5122-5 du code de la santé publique. Le taux plafond de 460 euros serait relevé de 10,3 %, soit le montant de l'inflation depuis 1996 car le taux initial date de 1995. Le nouveau plafond serait ainsi fixé à 510 euros.

Le *c)* du **paragraphe IV** procède justement à la requalification en « taxe » de la « redevance » perçue dans des conditions similaires à la précédente, à savoir lors du dépôt d'une demande d'inscription sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables. Cette compétence est exercée par la Commission de la transparence, dont l'AFSSAPS assure le secrétariat. Cette commission, placée auprès des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, donne un avis sur le bien-fondé de l'inscription des médicaments sur cette liste.

Le *a)* de ce paragraphe ajoute aux demandes d'inscription et de modification d'inscription visées par l'actuel article L. 5123-5 du code de la santé publique une troisième catégorie, celle de la demande de renouvellement d'inscription. Il s'agit de distinguer renouvellement et modification en leur

appliquant, en vertu du *b*), deux taux distincts : 20 % du montant de la « redevance » appliquée aux nouveaux dossiers pour une modification, et 60 % pour un renouvellement. Ce taux a été proposé par l'AFSSAPS en fonction du produit attendu. Le taux plafond de 4.600 euros serait maintenu. Un arrêté du 13 novembre 2001 fixe la « redevance » pour une première demande à 2.300 euros et à 460 euros pour une modification ou un renouvellement.

Votre rapporteur remarque que le régime de la taxe sur les demandes d'inscription des dispositifs médicaux, fixé par l'article L. 5211-5-1 du code de la santé publique, et jusqu'alors symétrique de celui applicable aux médicaments, demeure inchangé, à la fois pour des raisons d'opportunité et parce que cette taxe est d'origine plus récente, puisqu'elle a été créée par la loi de finances pour 2001.

Le **paragraphe V** prévoit le relèvement de 0,15 à 0,28 % du taux 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. Cette taxe s'applique également aux dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro*, comme le précise l'article L. 5221-7 du même code, issu de la transposition de la directive communautaire 98/79/CE. Précisément, la mise en place du contrôle de ces derniers dispositifs est mise en avant pour justifier l'augmentation de taux proposée - calibrée en fonction du produit attendu -, de même, plus largement, que le développement des missions de l'agence évoqué ci-après.

Enfin, le **paragraphe VI** fixe au 1<sup>er</sup> janvier 2004 l'entrée en vigueur de ces majorations et précise que les nouveaux seuils et taux définis aux II et IV s'appliqueront aux chiffres d'affaires des médicaments et dispositifs réalisés en 2003, pour le calcul des taxes exigibles en 2004.

## **II - Les modifications apportées par l'Assemblée nationale**

Sur proposition du rapporteur de la commission des Finances, l'Assemblée nationale a adopté trois amendements rédactionnels.

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

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

## *Article 82*

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

La CMU, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2000, garantit à tous, sous certaines conditions, 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 au profit des personnes soumises à conditions de résidence et de ressources concernait 4.281.965 bénéficiaires au 31 mai 2003, dont 3.696.029 gérés par une caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) ou, dans les départements d'outre-mer, une CGSS, et 585.936 gérés par un organisme de protection sociale complémentaire.

Ce volet 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 ». Ce dernier est alimenté par une contribution des mutuelles, institutions de prévoyance et entreprises d'assurance et par une dotation de l'État. Les organismes complémentaires qui participent à la gestion de la CMU complémentaire bénéficient d'une déduction forfaitaire sur la taxe payée pour chaque bénéficiaire géré.

La couverture maladie universelle joue un rôle sanitaire incontestable. Les personnes aux revenus les plus modestes avaient, avant la mise en place de la CMU, un accès très inégal aux soins et beaucoup y renonçaient pour partie, notamment en matière optique ou dentaire.

Le dispositif permet aussi un accès du public concerné à une couverture complémentaire. Mais cette dernière est aujourd'hui majoritairement assurée par les régimes obligatoires pour le compte de l'État. Le Gouvernement a la volonté de rééquilibrer le dispositif en permettant aux bénéficiaires d'être davantage pris en charge par les organismes complémentaires. C'est la raison pour laquelle deux mesures sont prévues en ce sens.

Le projet de loi de finances pour 2004 prévoit de porter la déduction accordée aux organismes complémentaires à 300 euros par an (initialement fixée à 228 euros par an, cette déduction a été réévaluée à 283 euros dans la loi de finances pour 2003). Le montant de la déduction accordée aux organismes complémentaires doit être suffisant pour assurer une gestion des bénéficiaires de la CMUC dans des conditions économiquement équilibrées. C'est le sens de la mesure proposée. Cette déduction n'avait pas fait l'objet de réévaluation

avant 2003, alors même que la charge financière était nettement supérieure au montant fixé.

Le projet de loi prévoit que le fonds de financement de la CMUC allouera aux régimes obligatoires une dotation par bénéficiaire d'un montant égal à la déduction accordée aux organismes complémentaires. Cela permet de mettre les organismes complémentaires et les régimes obligatoires sur un pied d'égalité pour la gestion de cette prestation. De plus, l'augmentation continue de la dépense impose un effort particulièrement important de gestion du risque maladie des bénéficiaires de la CMU. En 2004, les gestionnaires de régimes obligatoires seront ainsi placés dans la situation de pouvoir tirer les bénéfices, mais aussi de devoir tirer les conséquences, d'une gestion active du risque maladie des bénéficiaires de la CMUC dont ils ont la charge.

Votre commission considère qu'il aurait été opportun de surseoir à cette mesure. En effet, la répartition des charges entre régime obligatoire et régime complémentaire est au cœur de la réflexion du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie et il aurait sans doute été préférable de ne pas se prononcer sur ces dispositions avant l'achèvement de ses travaux.

Par ailleurs, si l'objectif du Gouvernement d'inciter à la gestion du risque, par cette généralisation du forfait, est louable, il n'en demeure pas moins que :

- la gestion du risque peut être inscrite dans la convention d'objectif et de gestion, signée entre l'État et la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, sans pour autant modifier les circuits de financement ;

- la commission des Affaires sociales n'étant pas favorable à ce que les CPAM gèrent la CMUC, elle était disposée à étudier une modification du dispositif.

Enfin, pour tenir compte du coût des soins plus importants dans les DOM, et pour rétablir l'équité avec la métropole, le Gouvernement a décidé de majorer dans les DOM le plafond de ressources de la CMU complémentaire de 10,8 % par rapport au plafond applicable en métropole. Une telle mesure permettra notamment aux titulaires isolés du minimum vieillesse et aux titulaires de l'allocation adulte handicapé dans les DOM, ne disposant pas d'autre revenu que leur allocation, de bénéficier de la CMU complémentaire. Cette majoration est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> septembre 2003. Son coût, financé sur les crédits du ministère de l'outre-mer, est estimé en année pleine à 50 millions d'euros.

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

## TRAVAUX DE LA COMMISSION

### **I. AUDITION DE M. JEAN-FRANÇOIS MATTEI, MINISTRE DE LA SANTÉ, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPÉES, SUR LE PROJET DE LOI DE FINANCES POUR 2004 (CRÉDITS DE LA SANTÉ ET DE LA SOLIDARITÉ)**

*Réunie le jeudi 13 novembre 2003, sous la présidence de M. Nicolas About, président, puis de M. Jean-Louis Lorrain, vice-président, la commission a procédé à l'audition de M. Jean-François Mattei, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, et de Mme Marie-Thérèse Boisseau, secrétaire d'État aux personnes handicapées, sur le projet de loi de finances pour 2004 (crédits de la santé et de la solidarité).*

*M. Jean-François Mattei, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, a tout d'abord indiqué que ce budget était en progression de 1,4 % à périmètre constant (soit 9,6 milliards d'euros, y compris les crédits de gestion des politiques sanitaires et sociales cogérés avec le ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité).*

*Il a précisé que, hors minima sociaux, les dépenses progresseront de 0,9 % et que cet effort était destiné à financer plus particulièrement les domaines de la santé publique, le plan de lutte contre le cancer, la mise à niveau des subventions aux agences sanitaires, le développement de l'aide aux familles ainsi que la poursuite de l'effort en faveur des personnes handicapées.*

*M. Jean-François Mattei, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, a affirmé que, dans un contexte budgétaire très difficile, cette progression traduisait une priorité forte du Gouvernement.*

*Après avoir observé que le projet de loi de finances pour 2004 visait à mettre en place une véritable politique en matière de santé publique, il en a rappelé les trois principes : la réaffirmation du rôle de l'État en matière de*

*prévention, l'importance, sur le plan opérationnel, de la mise en place des groupements régionaux de santé publique et le développement de l'évaluation.*

*S'agissant des actions de prévention, il a déclaré que les objectifs prioritaires étaient le cancer, le SIDA, la santé mentale et les traumatismes par accidents. Il a insisté sur la croissance des crédits consacrés à la lutte contre le SIDA (52 millions d'euros), qui vise à réduire de 20 % l'incidence des cas d'infection liés au VIH et au SIDA d'ici 2008.*

**M. Jean-François Mattei, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées**, a par ailleurs rappelé que la lutte contre le cancer constituait l'une des priorités du Président de la République et que son ministère était directement engagé dans ce combat. Il a précisé que l'année 2004 permettra la couverture complète du territoire pour le programme de dépistage organisé du cancer du sein, l'évaluation des programmes de dépistage organisés pour d'autres types de cancers (le cancer colorectal, le cancer du col de l'utérus et le mélanome) et la création de l'Institut national du cancer qui a vocation à devenir une « tour de contrôle » permettant de mettre en contact les patients, les soignants et les chercheurs.

*Il a indiqué qu'avec 18 millions d'euros de mesures nouvelles, l'effort d'ensemble de prévention contre le cancer atteindra, en 2004, 59,2 millions d'euros contre 6 millions d'euros en 2002.*

*En ce qui concerne la lutte contre la drogue et la toxicomanie, il a insisté sur le rôle d'animation et de coordination de l'action publique que la mission interministérielle de lutte contre la drogue (MILDT) doit exercer dans le cadre d'un nouveau plan quinquennal. Il a jugé qu'il convenait de réduire la consommation de produits psycho-actifs en accordant une priorité aux actions en direction des mineurs, qu'il s'agisse du tabac, de l'alcool ou des drogues illicites, comme le cannabis. Il a affirmé également qu'il convenait de rappeler le caractère illégal de la consommation de stupéfiants par des actions de communication à destination du grand public, menées conjointement par le MILDT et l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES).*

**M. Jean-François Mattei, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées**, a ensuite présenté la seconde priorité de ce budget 2004 : la sécurité sanitaire. Il a observé que, si la santé publique relevait de cofinancements entre différents partenaires, la sécurité sanitaire devait, elle, être financée par l'État. Il a affirmé que cette distinction était tout à fait essentielle et qu'il avait souhaité la reprendre dans la structure de programme qui sera mise en œuvre dans le cadre de la loi organique relative aux lois de finances.

*Il a considéré que la politique de veille et de sécurité sanitaire avait pour objectifs de disposer, d'une part, d'une meilleure évaluation des risques*

*sanitaires combinée à un système de veille et de gestion des crises efficace, d'autre part, de mieux assurer l'information et l'éducation sanitaires des professionnels et du public dans ce domaine.*

*Il a rappelé qu'au total six agences nationales étaient chargées d'intervenir dans ces domaines : l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS), l'agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA), l'agence française de sécurité sanitaire environnementale (AFSSE), l'établissement français des greffes (EFG), l'institut national de veille sanitaire (InVS) et l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). Elles disposeront des crédits nécessaires au renforcement de leur capacité d'analyse, grâce à l'augmentation de leurs effectifs.*

*Il a déclaré que l'action de son ministère visait aussi à combler certaines lacunes. Il a souligné, en premier lieu, que la création de l'agence de biomédecine, née du regroupement de l'EFG et de l'ex-agence de la procréation, de l'embryologie et de la génétique humaines (APEGH) devrait être complétée à l'avenir par une fusion progressive avec l'Association française de sécurité sanitaire et des produits de santé (AFSSAPS). Il a mentionné, en second lieu, la santé environnementale qui fera l'objet, comme l'avait annoncé le Président de la République en janvier 2003, d'un plan national interministériel au printemps 2004. Les actions de santé environnementale disposeront de 18 millions d'euros, des programmes de prévention spécifiques seront mis en place dans des domaines comme la lutte contre la tuberculose et les centres nationaux de référence seront renforcés pour assurer leur mission d'expertise et d'alerte des épidémies.*

**M. Jean-François Mattei, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées,** *a rappelé que, face aux menaces terroristes, le Gouvernement avait mis en place, en plus du plan Vigipirate, des plans gouvernementaux spécifiques. Il a ainsi mentionné Piratox, Biotox et Piratome, qui sont destinés à faire face respectivement aux risques chimiques, biologiques et radiologiques, et Pirate-mer, Pirate-air et Piranet qui ont pour objectif de lutter contre les tentatives d'intrusion par la voie des mers, par la voie des airs et par Internet.*

*Il a souligné l'implication du ministère dans la mise en œuvre du plan Biotox, justifiée par les particularités du risque biologique, liées à la période d'incubation, à la contagion éventuelle et à son caractère insidieux. Des actions de lutte contre le bioterrorisme seront poursuivies grâce à des procédures d'intervention adaptées à chaque agent chimique (sarin, ricine...) ou biologique (bactérie du charbon, variole, peste...), en veillant à constituer et à renouveler les stocks d'antibiotiques, d'immunoglobulines, d'antidotes et de vaccins, notamment pour la variole, et en renforçant l'aide médicale urgente pour faire face à tout événement de grande ampleur.*

*Il a également mentionné les exercices réalisés récemment, à la station de métro Invalides ou dans le cadre de l'opération Mercury, pour tester les capacités de réaction de nos services face à ce type de danger et a précisé que le ministère de la santé était engagé, sur le plan international, dans une démarche de coopération avec les pays du G7 et le Mexique, associant l'OMS et la Commission européenne.*

**M. Jean-François Mattei, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées**, a ensuite affirmé que la couverture maladie universelle jouait un rôle sanitaire incontestable en accordant aux plus démunis une couverture complémentaire. Notant que 85 % des bénéficiaires de la CMU étaient assurés, pour ce qui concerne la couverture complémentaire, par les régimes obligatoires et ce pour le compte de l'État, il a déclaré que le Gouvernement avait la volonté de rééquilibrer le dispositif existant en permettant aux bénéficiaires d'être davantage pris en charge par les organismes complémentaires et en incitant les caisses d'assurance maladie à optimiser leur gestion du risque. Il a précisé que le montant de la déduction accordée aux organismes complémentaires sera augmenté pour assurer une gestion des bénéficiaires de la CMUC dans des conditions équilibrées.

*S'agissant des mesures concernant l'offre de soins, M. Jean-François Mattei, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, a insisté sur l'accroissement des efforts prévus dans le domaine de la formation des professions médicales et paramédicales, qu'il s'agisse de la formation continue ou de la formation initiale d'infirmiers, compte tenu des difficultés de recrutement des personnels.*

**M. Gilbert Barbier, rapporteur pour avis des crédits de la santé**, s'est interrogé sur la nécessité de regrouper les différentes agences concourant à la politique de veille et de sécurité sanitaire. Il a demandé par ailleurs à M. Jean-François Mattei son sentiment sur l'amendement adopté par la commission des affaires sociales tendant à ce que la prise en charge du coût du plan Biotox soit assurée par l'État.

*Il s'est en outre interrogé sur l'origine des crédits qui seront utilisés pour mettre en œuvre les initiatives menées à l'étranger contre le SIDA.*

*Il a également demandé s'il existait toujours des crédits destinés à favoriser la modernisation des centres hospitaliers régionaux.*

*Il a, par ailleurs, noté que l'article 82 du projet de loi de finances prévoyait la mise en place d'un forfait unifié de prise en charge des dépenses de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC). Il a observé que ce dispositif aboutissait à changer les conditions de remboursement de la couverture complémentaire servie par les organismes de base, puisque ces derniers, jusqu'alors remboursés par le budget de l'État à l'euro près, seraient désormais remboursés au forfait. Il s'est interrogé sur l'économie de*

*117 millions d'euros qui résulterait de la mise en place du forfait unifié et sur l'éventualité qu'elle se réalise au détriment de la caisse nationale d'assurance maladie, dans la mesure où celle-ci financera les suppléments de coûts de la couverture complémentaire.*

*Il a observé qu'il serait paradoxal de procéder aujourd'hui à cet ajustement, alors que les travaux du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie ne sont pas achevés et que la répartition des charges entre régime obligatoire et régime complémentaire constitue un point essentiel de la réflexion qui y sera menée.*

*Mme Annick Bocandé a demandé au ministre de bien vouloir confirmer que le transfert de la formation professionnelle des auxiliaires médicaux sera effectif en 2005, y compris sur le plan budgétaire.*

*M. Jean-François Mattei, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, a rappelé que l'État avait fait le choix de confier aux régions la formation du personnel de santé paramédical. Il a confirmé que les budgets correspondants seront transférés en 2005.*

*En réponse à M. Gilbert Barbier sur la question du grand nombre des agences compétentes en matière de santé publique, M. Jean-François Mattei a tout d'abord fait observer qu'il avait, pour sa part, pris position en 1998 en faveur d'une agence unique sur le modèle américain. S'agissant de l'InVS, il a noté que ses missions avaient été élargies après la crise de la canicule, tout en conservant comme objectif premier la veille sanitaire. Il a également constaté que les aspects climatiques n'avaient jamais été évoqués lors de la création de cet établissement ou lors de la signature du contrat d'objectif et de moyens avec son prédécesseur, Bernard Kouchner.*

*Sur la question des rapprochements entre ces différentes agences, il a constaté qu'après la création de l'agence biomédicale à partir de l'EFG et de l'APEGH, un rapprochement nouveau pourrait avoir lieu à terme avec l'AFSSAPS. Il a ajouté qu'il serait favorable à un nouveau rapprochement entre l'AFSSA et l'Agence française de sécurité sanitaire environnementale (AFSSE). Il a en revanche exclu une telle perspective pour l'InVS et l'ANAES.*

*Il a également fait part de ses vives réserves sur l'amendement au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 adopté par la commission consistant à faire prendre en charge par l'État, en lieu et place de la CNAM, la charge financière du plan Biotox.*

*M. Nicolas About, président, est intervenu pour rappeler, à ce propos, que le Conseil constitutionnel n'avait, lors de la création du plan Biotox, validé la mise à contribution de la CNAM qu'en raison de son caractère exceptionnel. Il a considéré que la prise en charge par la CNAM n'apparaissait justifiée qu'en cas de consommation avérée des stocks de*

vaccins, mais que leur constitution relevait des fonctions régaliennes de l'État.

En réponse à M. Gilbert Barbier, **M. Jean-François Mattei, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées**, a ensuite précisé que les fonds qui seront utilisés pour l'action internationale contre le Sida – 150 millions d'euros – proviendront des crédits du ministère des finances.

Concernant la modernisation des hôpitaux, il a mentionné qu'outre une enveloppe de 11 millions d'euros, le budget hospitalier de l'assurance maladie devrait dorénavant prendre en charge directement ces actions.

Il a également affirmé que le Gouvernement entendait éviter que les mutuelles continuent à se dégager de la CMU complémentaire.

**M. Gilbert Chabroux** s'est réjoui qu'une guerre ait été engagée contre le tabac, tout en jugeant souhaitable d'accroître les actions de prévention et de prendre aussi en compte les difficultés particulières des buralistes. Il a souhaité savoir pourquoi n'avait pas été engagée contre l'alcoolisme une action d'une ampleur comparable.

Il a également insisté sur la nécessité de combattre les maladies professionnelles, dont l'InVS estime le nombre de cas à 10.000 par an, alors que seulement 860 sont effectivement reconnus comme tels.

**M. Jean Chérioux** a déclaré qu'il partageait le sentiment du ministre sur le dynamisme et la bonne volonté des acteurs locaux, qui sont nécessaires pour relayer les priorités nationales de santé publique.

**M. Jean-François Mattei, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées**, a remercié M. Gilbert Chabroux pour ses propos sur la lutte contre le tabagisme, en ajoutant que son action dans ce domaine s'inscrivait dans la continuité de la loi Evin du 10 janvier 1991. Il a indiqué que la priorité avait été donnée au tabac dans la mesure où sa consommation continuait à croître. Il a observé que la lutte contre l'alcoolisme n'avait pas, pour autant, été oubliée, dans un contexte où la consommation d'alcool baisse régulièrement depuis plusieurs décennies et où sa taxation s'inscrit déjà à un niveau très élevé.

## II. EXAMEN DE L'AVIS

Réunie le mercredi 26 novembre 2003 sous la **présidence de M. Nicolas About, président**, la commission a procédé à l'**examen du rapport pour avis de M. Gilbert Barbier sur le projet de loi de finances pour 2004 (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. Michel Esneu** a déploré la faiblesse des crédits consacrés à la prévention par rapport à ceux alloués aux actions curatives, alors même que l'alcool et le tabac constituaient deux fléaux pour la jeunesse et devaient, à ce titre, faire l'objet d'une information préventive, notamment à l'occasion de la visite médicale scolaire.

**M. Alain Vasselle** s'est inquiété de l'absence de définition claire des périmètres d'action respectifs de l'État et de l'assurance maladie, en particulier dans les domaines de la prévention et, depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003, en matière de lutte contre la toxicomanie et d'interruption volontaire de grossesse. Il a déploré le caractère mouvant de ces périmètres, au gré des nécessités de la loi de finances, qui ne permettait pas une visibilité satisfaisante des actions menées en matière de santé publique et s'est interrogé sur la réflexion que le Sénat pourrait conduire sur cette question, en amont des conclusions du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie.

Il a ensuite demandé à M. Gilbert Barbier si les bourses en faveur des étudiants des formations paramédicales seraient prises en charge par les régions, dans le cadre de la décentralisation, et si la formation médicale continue ne tendait pas progressivement à être financée par l'assurance maladie.

Concernant la question des transferts de compétences, il a enfin souligné que tout transfert de charges devait être compensé par un transfert équivalent de ressources et que ce principe devait constituer un pilier essentiel de la future réforme de l'assurance maladie.

**M. Louis Souvet** s'est interrogé sur la définition de la « mortalité évitable », pour savoir si cette notion intégrait les décès liés à la canicule, ce

*qui aurait pour conséquence d'étudier l'organisation des institutions d'accueil des personnes âgées.*

***M. Serge Franchis** a estimé que les fumeurs qui souhaitaient arrêter leur consommation de tabac, notamment en raison de l'augmentation des prix, devaient être aidés à le faire, ce qui pourrait justifier le remboursement des produits de substitution.*

***M. Guy Fischer** a rappelé que si 59 millions d'euros étaient bien destinés, dans le présent projet de budget, au plan de lutte contre le cancer, l'assurance maladie y contribuait, pour sa part, à hauteur de 100 millions d'euros. Il a estimé que les transferts à l'assurance maladie constituaient une charge trop importante, compte tenu de ses difficultés financières actuelles.*

*Il a enfin déploré que le transfert de la médecine scolaire aux départements, dont le Gouvernement avait abandonné l'idée au printemps dernier, soit finalement opéré par la voie d'un amendement au projet de loi relatif aux responsabilités locales.*

***M. Bernard Cazeau** a abondé dans le sens des critiques portées aux transferts incessants de charges entre l'État et l'assurance maladie.*

*Concernant la prévention, il a déploré la faible participation financière de l'État à ces campagnes, alors que la prévention permettait des économies importantes, en dépistant en amont des cancers aux traitements coûteux, et qu'elle évitait aussi des drames humains.*

***M. Nicolas About, président,** a estimé, à cet égard, qu'il fallait rester prudent sur la question de la prévention. En effet, la prévention atteint sa limite lorsque, intervenant à un stade trop précoce, elle peut conduire à des interventions qui n'auraient pas été justifiées par l'évolution réelle de la maladie. Il a ainsi rappelé que, dans 50 % des cas, des cancers du sein étaient opérés sans justification médicale, correspondant ainsi à des « faux positifs » du dépistage.*

*Rappelant que le système de santé français produisait d'excellents résultats, bien qu'il consacre peu de moyens à la prévention, il a souhaité que celle-ci ne soit pas érigée en nouveau dogme de la santé publique. Sans méconnaître l'utilité de la prévention, il a estimé que les différentes actions menées dans ce domaine devaient impérativement faire l'objet d'une évaluation, en termes de résultats médicaux et de définition des groupes de patients à risque.*

**M. Gilbert Barbier, rapporteur pour avis, a affirmé qu'il ne devait pas y avoir de confusion entre la prévention, qui s'appliquait à des sujets sains et constituait une action de santé publique, par exemple en matière de lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, et le dépistage précoce, qui était un acte médical à l'égard de sujets potentiellement malades, et relevait donc de l'assurance maladie. Il a considéré que le projet de loi relatif à la santé publique et la future réforme de l'assurance maladie pourraient fixer plus clairement la limite entre les deux notions et qu'il convenait impérativement de préciser aussi les périmètres d'actions respectifs de l'État et de l'assurance maladie.**

*Il a ensuite indiqué que la notion de « mortalité évitable » pouvait s'appliquer aussi aux décès liés aux accidents de la route et à la consommation de drogues licites ou illicites, mais qu'elle ne concernait pas ceux consécutifs à la canicule.*

**M. Gilbert Barbier, rapporteur pour avis, a confirmé que les bourses d'étudiants en formations paramédicales seraient bien transférées à la charge des régions et a précisé que M. Jean-François Mattei, ministre de la santé, avait souhaité qu'une réflexion soit engagée sur l'opportunité du remboursement éventuel des substituts nicotiques aux jeunes souhaitant arrêter de fumer. Concernant le plan cancer, il a enfin indiqué que la part financée par l'État devrait normalement passer de 20 à 40 % à compter de 2006.**

**La commission a ensuite donné un avis favorable à l'adoption du projet de loi de finances pour 2004 pour les crédits consacrés à la santé.**

Au cours de sa réunion du **26 novembre 2003**, la commission des Affaires sociales a émis un **avis favorable à l'adoption des crédits de la santé pour 2004**.

Elle a émis un avis favorable à **l'adoption des articles 81 et 82 rattachés à ces crédits**.