

N° 83

—  
**SÉNAT**

PREMIÈRE SESSION ORDINAIRE DE 1994-1995

---

---

Annexe au procès verbal de la séance du 22 novembre 1994

**AVIS**

PRÉSENTÉ

*au nom de la commission des Affaires sociales (1) sur le projet de loi de finances pour 1995, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE*

TOME II

**SANTÉ ET POLITIQUE HOSPITALIÈRE**

Par M. Louis BOYER,

Sénateur.

---

(1) Cette commission est composée de MM Jean-Pierre Fourcade, président ; Jacques Bimbenet, Claude Huriet, Franck Sérusclat, Louis Souvet, vice-présidents ; Mme Marie-Claude Beaudou, M Charles Descours, Mme Marie-Madeleine Dieulangard, MM Roger Lise, secrétaires ; Louis Althape, José Balarello, Henri Belcour, Jacques Bialski, Paul Blanc, Eric Boyer, Louis Boyer, Louis Brives, Jean-Pierre Cantegrit, Francis Cavalier-Bénézet, Jean Chérioux, François Delga, Mme Michelle Demessine, MM André Diligent, Jean Dumont, Mme Joëlle Dusseau, MM Léon Fatous, Alfred Foy, Mme Jacqueline Fraysson-Cazalis, MM Jean-Paul Hammann, Roland Huguet, André Jourdain, Philippe Labeyrie, Henri Le Breton, Marcel Lesbros, Simon Loueckhote, François Louisy, Pierre Louvot, Jacques Machet, Jean Madelain, Max Marest, Charles Metzinger, Mme Hélène Missoffe, MM Georges Mouly, Lucien Neuwirth, Louis Philibert, Guy Robert, Mme Nelly Rodi, MM Gérard Roujas, Bernard Seillier, Pierre-Christian Taittinger, Martial Taugourdeau, Alain Vasselle

Voir les numéros

Assemblée nationale (10ème législ.) 1530, 1560 à 1565 et T A 282.

Sénat 78 et 79 (annexe n°2) (1994-1995)

---

Lois de finances.

## SOMMAIRE

---

	Pages
<b>PRESENTATION GENERALE DES CREDITS CONSACRES A LA POLITIQUE DE LA SANTE DANS LE PROJET DE LOI DE FINANCES POUR 1995</b> .....	4
<b>INTRODUCTION</b> .....	7
<b>I - LE BUDGET DE LA SANTE, EN AUGMENTATION, COMPORTE DEUX VOLETS PRIORITAIRES</b> .....	9
<b>A. LA LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME, LA TOXICOMANIE ET LE SIDA</b>	9
1. La lutte contre la toxicomanie .....	9
2. La lutte contre le Sida .....	11
3. La lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme .....	16
<b>B. LA VEILLE ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET LA SÉCURITÉ SANITAIRE</b> .....	17
a) <i>L'Agence du médicament</i> .....	17
b) <i>L'Agence française du sang et le Laboratoire français du fractionnement</i> .....	19
c) <i>Le réseau national de santé publique (RNSP)</i> .....	23
d) <i>L'établissement français des greffes</i> .....	24
e) <i>Les principales actions pour 1995</i> .....	25
<b>II - LES RESULTATS TRES ENCOURAGEANTS DE LA POLITIQUE DE MAÎTRISE MEDICALISÉE DES DÉPENSES DE SANTE</b> .....	27
<b>A. LA NOUVELLE CONVENTION MEDICALE</b> .....	28
1. Les références médicales opposables .....	29
2. Le codage des actes .....	30
3. Le dossier médical .....	31
<b>B. LES CONVENTIONS CONCLUES AVEC LES AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTE, LES AUXILIAIRES MÉDICAUX, LES DIRECTEURS DE LABORATOIRES ET DE CLINIQUES PRIVÉES</b> .....	32
1. Les chirurgiens-dentistes .....	32
2. Les sages-femmes .....	33
3. Les infirmières .....	33
4. Les masseurs-kinesithérapeutes .....	33
5. Les autres auxiliaires médicaux .....	34
6. Les établissements de santé privés .....	34
7. Les laboratoires d'analyses de biologie médicale .....	35
<b>C. LE SECTEUR PHARMACEUTIQUE</b> .....	36

	Pages
<b>III - LA POLITIQUE HOSPITALIERE DU GOUVERNEMENT : UNE POLITIQUE COURAGEUSE, QUI ROMPT AVEC DES ANNEES D'IMMOBILISME .....</b>	<b>39</b>
<b>A. LE TAUX DIRECTEUR POUR 1995 A ETE FIXE A UN     NIVEAU RAISONNABLE .....</b>	<b>39</b>
<b>B. UNE POLITIQUE DE REDEPLOIEMENT HOSPITALIER     COMPATIBLE AVEC LES EXIGENCES DE L'AMENAGEMENT     DU TERRITOIRE .....</b>	<b>41</b>
<b>C. UNE POLITIQUE DES PERSONNELS TENDANT A     RENFORCER LA MEDICALISATION DE L'HOPITAL PUBLIC .....</b>	<b>44</b>
<b>TRAVAUX DE LA COMMISSION .....</b>	<b>47</b>
<b>1. Audition du ministre .....</b>	<b>47</b>
<b>2. Examen de l'avis .....</b>	<b>52</b>

## **PRÉSENTATION GÉNÉRALE DES CRÉDITS CONSACRÉS A LA POLITIQUE DE LA SANTÉ DANS LE PROJET DE LOI DE FINANCES POUR 1995**

Le niveau des crédits consacrés à la santé pour 1995 est satisfaisant: il représente **2.863 millions de francs**, soit une progression de **2.19%** par rapport à ceux qui étaient prévus par la loi de finances pour 1994. Ce taux de progression est supérieur au taux d'inflation prévisionnel qui a servi de base aux estimations de la loi de finances, et supérieur au taux d'évolution des autres dépenses de l'Etat, qui sont simplement reconduites en volume. Il convient cependant d'observer que si les crédits de fonctionnement progressent de **5.45%**, les crédits d'investissement de l'Etat en matière de santé régressent de **13.2%**.

**I - La répartition de ces crédits laisse apparaître deux priorités de l'action du ministère :**

### *1. la lutte contre les dépendances et le Sida*

Depuis son entrée en fonctions, le gouvernement a entrepris un effort très significatif en matière de lutte contre la toxicomanie. Alors que 453 millions de francs avaient été dégagés à ce titre en 1992, il a en effet porté le volume de ces crédits à 553 millions de francs en 1993 (lois de finances rectificatives), puis à 474 millions de francs en 1994 et, enfin, **678 millions de francs en 1995**. L'importance de cet effort, qui place désormais les crédits de lutte contre la toxicomanie à un niveau voisin du quart des crédits du ministère de la santé, traduit la prise de conscience de l'importance de cette politique, au regard, non seulement de l'objectif de réduction des dépendances, mais aussi de la lutte contre le sida.

La lutte contre le sida bénéficie elle aussi d'un effort particulier depuis deux ans. En 1994, les crédits qui lui sont affectés représentaient une somme de **267 millions de francs**, en progression de plus du quart par rapport à l'année précédente; cette année, **23 millions de francs** viendront renforcer les moyens du ministère au titre de cette politique. Ils permettront notamment la création de 100 emplois nouveaux. Il convient d'observer que la lutte contre le sida a été "réintégrée" cette année au sein du ministère: les compétences de l'Agence française de lutte contre le sida, aujourd'hui supprimée, ont été transférées à la DGS.

Les crédits de lutte contre l'alcoolisme progressent sensiblement cette année. Cette progression vient cependant compenser la relative stagnation constatée l'année dernière, qui avait été dénoncée par votre rapporteur.

### *2. Le renforcement de la veille et de la sécurité sanitaires*

La veille et la sécurité sanitaires ont constitué une priorité de l'action du ministère de la santé depuis deux ans. Les actions prévues pour 1995 comportent notamment l'accroissement des moyens mis à la disposition de l'Agence du médicament (en vue notamment de lui permettre d'installer un bureau à Londres dans la perspective de l'ouverture de l'Agence européenne du médicament) ou de l'Agence française du sang et la création de l'Établissement français des greffes.

**II - La politique de maîtrise des dépenses de santé entreprise par le gouvernement connaît des résultats très encourageants :**

Malgré une conjoncture très déprimée en matière de recettes, les actions impulsées par le gouvernement en vue de contenir la progression des dépenses de santé ont permis de stabiliser le déficit de l'assurance maladie.

*1. Le gouvernement a favorisé la conclusion de nouvelles conventions ou accords :* il en est ainsi des chirurgiens-dentistes ou des masseurs-kinésithérapeutes qui bénéficient depuis cette année d'un dispositif de maîtrise de dépenses de santé, mais aussi de l'industrie pharmaceutique dont les représentants ont conclu avec l'Etat un accord cadre tendant à lui accorder, sur la base d'accords individuels triennaux conclus entre les laboratoires et le comité économique du médicament, une plus grande flexibilité des prix des médicaments en échange de la promotion de leur bon usage et d'engagements concernant les volumes.

2. Il a incité les partenaires conventionnels à effectuer des choix cohérents et responsables : ainsi, les objectifs prévisionnels d'évolution des dépenses ont été fixés, pour 1994, à un même taux de 3,4% pour les médecins, les laboratoires d'analyse et l'industrie du médicament.

3. Les premiers résultats sont encourageants : les efforts accomplis par les assurés sociaux au titre des mesures du plan de redressement de l'assurance maladie ont permis de générer des économies à hauteur de 10,8 milliards de francs en année pleine. S'il est difficile de chiffrer les économies réalisées par les professionnels de santé grâce aux dispositifs conventionnels de maîtrise, il faut bien observer que les taux de progression des dépenses qui sont en rapport avec leur activité sont en rupture avec ceux qui étaient constatés auparavant.

### **III - Une politique hospitalière qui rompt avec des années d'immobilisme :**

Le gouvernement a entrepris une politique hospitalière qui repose sur trois éléments principaux :

- la fixation d'un taux directeur à un niveau raisonnable (3,8 points au lieu de 3,35 l'année dernière) ; il permettra aux hôpitaux d'absorber les conséquences des accords salariaux dans la fonction publique et des protocoles Durieux et Durafour qui pèseront encore cette année de manière très sensible sur l'évolution des dépenses hospitalières. Elle intervient alors que le gouvernement souhaite mettre fin au long débat sur le financement de l'hôpital en fondant l'allocation de la dotation globale sur une estimation de l'activité des établissements.

- l'adaptation de notre système hospitalier aux besoins de la population d'une manière compatible avec les exigences de l'aménagement du territoire ;

- le renforcement de la médicalisation de l'hôpital public, avec les négociations sur le statut des praticiens hospitaliers et l'affectation de 200 millions de francs à la médicalisation de l'accueil des urgences et de nouveaux moyens au recrutement de personnels médicaux ; cette politique se traduit déjà par une plus grande attractivité du concours de praticien hospitalier pour les médecins, le taux postes publiés au concours / postes pourvus ayant augmenté cette année de 3,5%. Il se situe désormais à un niveau de 61%.

Mesdames, Messieurs,

En cette fin d'année, l'examen des crédits consacrés à la politique de la santé par le projet de loi de finances pour 1995 est l'occasion, non seulement de définir les priorités de l'action sanitaire pour l'année à venir, mais aussi de dresser le bilan de la politique de santé menée par le Gouvernement depuis bientôt deux ans.

A cet égard, trois constats peuvent être effectués : la santé a constitué une des priorités de l'action gouvernementale, la veille et la sécurité sanitaires sont désormais mieux garanties et la configuration de notre système de santé, en ville comme à l'hôpital, évolue sous l'effet d'une meilleure évaluation et d'un appel à l'esprit de responsabilité des professions de santé.

D'abord, la santé a constitué une des priorités de l'action gouvernementale. Dans les projets de loi de finances initiales ou rectificatives, les crédits consacrés à la santé ont toujours progressé plus vite que ceux des autres départements ministériels. Cette appréciation quantitative vaut aussi sur le plan qualitatif avec le profond renouveau qui a marqué, par exemple, la politique de lutte contre la toxicomanie et le Sida. Le Ministre d'Etat, ministre des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville et le Ministre délégué à la santé ont, dans ce domaine, entrepris une action courageuse tendant à cerner les vrais problèmes et à faire évoluer les mentalités : le renforcement des possibilités de traitement des toxicomanes par la prescription de produits de substitution en constitue probablement l'exemple le plus révélateur.

Ensuite, la veille et la sécurité sanitaires sont désormais mieux garanties dans notre pays. L'action du Gouvernement a consisté à se doter d'organismes disposant d'un "droit d'alerte sanitaire", tels que le réseau national de santé publique ou d'établissements publics chargés de la régulation d'un secteur

sanitaire donné (Agence du médicament, Agence française du sang, Etablissement français des greffes...). Le Gouvernement a également élaboré des programmes de sécurité sanitaire en matière de périnatalité, d'urgences médicales ou d'infections nosocomiales.

Enfin, la configuration de notre système de santé est en train d'évoluer très rapidement, par la promotion de l'évaluation des pratiques et de la responsabilité des acteurs.

Il en est ainsi en médecine ambulatoire où le tissu conventionnel comprend désormais de nombreux accords de maîtrise médicalisée qui mettent l'accent sur l'autodiscipline des professions dans des conditions visant à garantir la qualité des soins et à freiner la progression des dépenses de l'assurance maladie.

Ceci est également le cas à l'hôpital, dont le Gouvernement entend prochainement réformer le financement en mettant en place des mécanismes de répartition de la dotation globale qui ne fonctionnent plus "à l'aveugle", mais en prenant en considération l'activité médicale des établissements.

Bien entendu, il reste beaucoup à faire. Ces efforts devront être poursuivis, dans les années qui viennent, en vue d'améliorer l'accès aux soins des plus démunis, d'intensifier la lutte contre les grands fléaux et de contenir l'évolution des dépenses de santé.

Bien entendu aussi, ce projet de budget n'est pas irréprochable et votre commission regrette particulièrement l'évolution défavorable des subventions d'équipement sanitaire.

Votre commission estime toutefois que, compte tenu des contraintes budgétaires que s'est imposées, à bon escient, le Gouvernement, ce dernier pouvait difficilement faire mieux.

## **I - LE BUDGET DE LA SANTÉ, EN AUGMENTATION, COMPORTE DEUX VOILETS PRIORITAIRES**

Alors que les dépenses publiques seront simplement reconduites en volume pour l'année 1995, progressant en valeur d'un taux équivalent à celui de l'inflation (1,9 %), les crédits consacrés à la santé connaîtront l'année prochaine une augmentation de 61 millions de francs, soit 2,19 % de plus que l'année dernière : ils s'élèveront ainsi à 2.863 millions de francs.

Cette augmentation est particulièrement forte pour les trois actions prioritaires du ministère en 1995, à savoir la lutte contre l'alcoolisme, la toxicomanie et le Sida et la veilles et la sécurité sanitaires. Elle est également sensible pour les crédits de fonctionnement, qui progressent de 5,45 % et qui permettront notamment la création de 82 postes nouveaux. Elle est cependant inexistante en ce qui concerne les dépenses en capital qui régressent cette année.

### **A. LA LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME, LA TOXICOMANIE ET LE SIDA**

Les crédits consacrés à la lutte contre ces trois fléaux connaissent une forte progression, qui s'élève globalement à 13 %.

#### **1. La lutte contre la toxicomanie**

Les crédits de lutte contre la toxicomanie sont en augmentation de 27 % pour 1995, augmentation qui consacre le caractère prioritaire de la lutte contre les dépendances en poursuivant l'effort entrepris par le Gouvernement depuis deux ans.

Il convient en effet de rappeler que l'on évalue à 150.000 le nombre de toxicomanes en France, que la moitié d'entre eux est en pratique exclue du système de soins et que le tiers des toxicomanes par voie intraveineuse sont atteints du Sida.

Cette situation d'urgence sanitaire a été appréciée à sa juste mesure par le Gouvernement, le Premier ministre ayant



demandé qu'une réflexion soit entreprise sur ce sujet dès son entrée en fonction.

Dès le 21 septembre 1993, des décisions importantes ont été prises par le comité interministériel de lutte contre la toxicomanie, tant en matière sanitaire (amélioration de la prévention et de la prise en charge sanitaire) qu'en vue d'accroître la lutte contre le trafic aux plans national et international.

La loi de finances rectificative pour 1993 a alors procédé à l'ouverture de crédits supplémentaires à hauteur de 59 millions de francs.

Ces crédits ont notamment permis de créer 447 places d'hébergement pour toxicomanes, 450 possibilités supplémentaires de traitement de substitution par la méthadone, deux réseaux ville/toxicomanie/hôpital utilisant les compétences de médecins généralistes plus particulièrement formés à la prise en charge des toxicomanes, de praticiens hospitaliers et de personnels de centres spécialisés de soins aux toxicomanes. Six lieux de contact avec les toxicomanes les plus marginalisés ont enfin été mis en place afin de rendre plus aisé leur accès aux soins. Dans ces lieux, les toxicomanes trouvent ainsi un refuge, une aide à la vie quotidienne (premiers soins infirmiers, cuisine, douche) et une orientation vers le système sanitaire et social.

En 1994, les capacités de traitement par la méthadone ont été encore accrues ; elle ont ainsi été portées à 1.645, soit un triplement en deux ans. Dix nouveaux réseaux ville/toxicomanie/hôpital ont été créés, ainsi que trois nouveaux lieux de contact avec les toxicomanes les plus marginalisés.

Il est par ailleurs fait obligation aux hôpitaux des villes grandes et moyennes (de plus de 50.000 habitants) de réserver en permanence au moins trois lits au sevrage des toxicomanes. Cette mesure concerne aujourd'hui 1.000 lits d'hôpital.

Enfin, des programmes d'échange de seringues ont été mis en place, multipliant par 8 les capacités existantes au moment de l'entrée en fonction du Gouvernement.

En 1995, l'effort sera poursuivi, le retard accumulé dans la lutte contre la toxicomanie depuis des années ne permettant aucun relâchement de son intensité.

Trois priorités ont été dégagées par le ministre délégué à la santé.

Trois mesures nouvelles sont donc inscrites aux chapitres 47-15 et 47-16. La première concerne l'ouverture de places supplémentaires de post-cure dans le cadre de la mise en oeuvre du plan triennal de lutte contre la toxicomanie, qui prévoyait leur doublement en trois ans ; 111 millions de francs y seront consacrés. La seconde, à hauteur de 10,22 milliards de francs, vise à étendre les capacités de traitement par la prescription de méthadone. La troisième vise au renforcement des actions menées au niveau interministériel.

Il s'agit de développer les capacités de prise en charge et les structures d'hébergement des toxicomanes et les possibilités offertes par les traitements de substitution par la méthadone et d'améliorer l'accès aux soins des toxicomanes. Cette politique permettra de lutter contre la marginalisation croissante d'une fraction importante de la population des toxicomanes et le recours à la méthadone et la création de lieux de contact permettant, à terme, de favoriser leur réinsertion sociale.

## **2. La lutte contre le Sida**

Les crédits consacrés à la lutte contre le Sida, en progression de 9 %, atteindront, en 1995, près de trois cents millions de francs.

Cette augmentation fait suite à celle qui avait été constatée en 1994 (+ 25 %), 100 millions de francs ayant de plus été programmés par le Premier ministre à la suite de l'organisation du programme "Sidaction" et 60 millions ayant été ouverts par décret d'avance à la suite des propositions du Professeur Montagnier.

Eu égard à l'importance des actions auprès des toxicomanes dans la politique de lutte contre le Sida, elle ne peut être considérée indépendamment de la progression de 27 % des crédits consacrés à la lutte contre la toxicomanie.

Notre pays comptait en 1992 entre 77 000 et 145.000 séropositifs, 5.478 cas de Sida ayant été déclarés en 1993 et 2.791 au cours du premier semestre 1994 en France métropolitaine.

Les actions de dépistage de la population ont été renforcées, avec la création de nouveaux centres de dépistage anonyme et gratuit. Alors que 187 centres fonctionnaient à la fin de l'année 1993, une vingtaine de nouveaux lieux ont ainsi été ouverts au cours du premier semestre 1994.

La fréquentation de ces centres, en vue d'une demande d'information ou d'un dépistage, a progressé de 42 % entre 1992 et 1993. Certains centres de dépistages anonymes et gratuits (28 en 1993) interviennent également dans les établissements pénitentiaires, où près de 12.000 détenus ont bénéficié d'une information ou d'un dépistage.

La politique de lutte contre le Sida a fait l'objet d'un rapport rédigé par le Professeur Luc Montagnier, qui a été remis au Premier ministre le 1er décembre 1993.

Conformément aux conclusions de ce rapport, plusieurs décisions importantes ont été prises le 17 février 1994, au premier rang desquelles figure la création d'un comité interministériel présidé par le Premier ministre, la dissolution de l'Agence française de lutte contre le Sida (AFLS) dont les missions seront désormais exercées par la Direction générale de la Santé (dont le Directeur devient également délégué interministériel à la lutte contre le Sida), la création d'un comité des directeurs des administrations centrales concernées et le renforcement des services déconcentrés du ministère de la santé par la création de 50 postes supplémentaires de médecins inspecteurs de la santé publique, d'inspecteurs des affaires sanitaires et sociales et d'infirmières de santé publique.

Ces décisions ont fait l'objet de mesures réglementaires publiées ultérieurement (décret n° 94-419 et arrêté du 26 mai 1994).

Le Gouvernement a posé le principe du reclassement de tous les agents de l'AFLS ; ils se sont vus proposer, soit une situation contractuelle au sein du ministère de la santé, soit un reclassement dans une structure assurant une mission de service public telle que Sida Infoservice. Tous les agents de l'AFLS ont ainsi été reclassés en fonction des vœux qu'ils avaient émis.

Il est prévu, pour 1995, de renforcer la déconcentration des actions de lutte contre le Sida, notamment à travers la création de 50 nouveaux postes et le renforcement du rôle des préfets. Seront également confortés les moyens des réseaux ville-hôpital, auxquels la Direction générale de la santé a consacré 82 millions de francs en 1994. Une circulaire du 4 juin 1995 a ainsi institué la création de tels réseaux, non seulement pour les médecins, mais également pour les personnels para-médicaux ou sociaux. Ces structures disposent de crédits de fonctionnement accordés par l'Etat et de crédits destinés à la formation des médecins généralistes au sein de l'hôpital public qui sont pris en charge par l'assurance maladie.

**Mise en oeuvre du rapport du Professeur Montagnier  
Point d'avancement au 10 octobre 1994**

Proposition	Libellé/Sommaire	Etat d'avancement
1	créer une structure interministérielle	réalisée par le décret 94-419 et l'arrêté du 26 mai 1994
2	- intégrer les missions de prévention assurées par l'AFLS au sein de la DGS  - renforcer les services déconcentrés	- reclassement des agents de l'AFLS pratiquement terminé ; nouvel organigramme de la DGS présenté en CTP le 6 juillet. Arrêtés d'organisation de la DGS en cours de signature  - création de 50 postes supplémentaires dans les services déconcentrés ; les affectations des agents sont en cours
3	- intégrer le ministère de la santé dans le GIP-ANRS  - réserver un financement de 10 millions de francs pour les actions d'urgence	En cours  En cours
4	- renforcer le rôle du Conseil national du Sida	Nomination du Président et des membres par les décrets du 17 mai 1994 (JO 18)
5	Proposition non retenue	
6	Proposition non retenue	
7	Pérenniser le statut de moniteur d'études cliniques	Groupe de travail en cours, solutions trouvées pour les personnels en fin de contrat qui souhaitent poursuivre leur activité
8	Améliorer la mise à disposition des médicaments en pré-AMM	Mesure mise en oeuvre par le décret 94-568 du 8 juillet 1994 relatif aux autorisations temporaires d'utilisation de certains médicaments à usage humain et modifiant le code de la santé publique (2ème partie : décret en Conseil d'Etat)
9	Créer un fichier national des essais thérapeutiques	Proposition réalisée (fichier national des essais thérapeutiques tenu par l'association APOCAT SIDA, suivi par des experts et revu par la direction des hôpitaux et l'ANRS)
10	Diligenter une enquête de l'IGAS concernant les essais thérapeutiques menés hors cadre légal	Mission demandée à l'IGAS le 25 avril 1994 (en cours)
11	Renforcer la recherche épidémiologique	Proposition réalisée (l'épidémiologie descriptive relève du réseau national de santé publique (RNSP) en coordination avec l'ANRS ; la recherche épidémiologique se réalise correctement, tous les projets de qualité soumis à l'ANRS sont financés).
12	Conduire des études épidémiologiques au niveau régional	Proposition réalisée (les principales études épidémiologiques sont réalisées dans les deux régions les plus atteintes : Région Ile-de-France et PACA, à l'initiative du RNSP).

Proposition	Libellé/Sommaire	Etat d'avancement
13	Renforcer la recherche en sciences sociales sur le Sida	Proposition en cours de réalisation (le CNRS et l'ANRS s'efforcent d'attirer des équipes du domaine des sciences sociales de bonne qualité vers la recherche sur le Sida ; les analyses de comportement servent de base à l'élaboration des politiques de prévention ; un système de suivi pérennise les enquêtes de comportement).
14	Favoriser une structure de recherche pharmaceutique, française ou européenne	Proposition en cours de réalisation (le CNRS et l'ANRS s'efforcent d'attirer des équipes du domaine des sciences sociales de bonne qualité vers la recherche sur le Sida ; les analyses de comportement servent de base à l'élaboration des politiques de prévention ; un système de suivi pérennise les enquêtes de comportement).
15	Promouvoir la démarche volontaire de dépistage	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Augmentation des lieux de consultation et de dépistage anonyme et/ou gratuit du VIH</li> <li>- Développement de la formation du conseil de prévention, de l'accessibilité et de la qualité de l'accueil (réunion des associations du 25 juillet 19954)</li> <li>- Le débat à l'Assemblée nationale du 31 mai dernier a montré un consensus sur cette démarche</li> </ul>
16	Garantir la qualité des réactifs de laboratoire et leurs conditions	Garanties actuellement satisfaisantes (Communication du recteur général de l'Agence du médicament, comité des directeurs du 6 mai 1994)
17	Réaliser la programmation des lits hospitaliers nécessaires	Programmation réalisée par la direction des hôpitaux (comité des directeurs du 12 juillet 1994)
18	Développer les solutions alternatives à l'hospitalisation	Développement en cours par la direction des hôpitaux (comité des directeurs du 12 juillet 1994)
19	Développer les soins palliatifs	Développement en cours par la direction des hôpitaux (comité des directeurs du 12 juillet 1994 et réunion des associations du 25 juillet)
20	Développer les liens entre l'hôpital et les centres d'accueil pour toxicomanes	Développement en cours par la direction des hôpitaux et la direction générale de la santé (comité des directeurs du 12 juillet 1994)
21	Accélérer la procédure d'AMM et l'accessibilité à ces nouveaux médicaments	Un projet de décret est en concertation (comité des directeurs du 10 juin 1994)
22	Prendre en compte les aspects psychologiques de la prise en charge	Mise en oeuvre en cours (comité des directeurs du 12 juillet 1994)
23	Renforcer le soutien au milieu associatif	Action en cours
24	Développer et déconcentrer les actions ciblées de prévention	Réalisé dès la campagne d'été 1994 (comité des directeurs du 12 juillet 1994)

Proposition	Libellé/Sommaire	Etat d'avancement
25	Tenir compte des enquêtes de comportements dans l'élaboration des campagnes de prévention	Réalisé dès la campagne d'été 1994 mais encore à développer
26	Intégrer l'éducation au sujet du Sida et des MST en milieu scolaire et universitaire	Examinées lors du comité des directeurs du 10 juin 1994, les orientations en milieu scolaire ont été confirmées lors de celui du 20 septembre 1994. Celles en milieu universitaire seront examinées le 11 octobre 1994
27	Développer de façon ciblée l'incitation au dépistage	Renforcement quantitatif et qualitatif des consultations de dépistage gratuit des VIH aujourd'hui au nombre de 20) (réunion des associations du 25 juillet 1994)
28	Associer le réseau officiel aux actions de prévention	Une charte entre le Président du Conseil de l'Ordre national des pharmaciens et le Directeur général de la Santé (DGS) a été signée le 21 juillet 1994
29	Associer les grands médias aux campagnes de prévention	Un rapport du ministère de la communication est prévu lors du comité des directeurs du 11 octobre 1994
30	Evaluer les actions de prévention et leurs effets	Réalisé mais encore à développer, notamment au sein de la division Sida renforcée, en collaboration avec l'ANRS notamment, avec le souci que les responsables des actions de prévention s'approprient pleinement les résultats des recherches
31	Assurer la sécurité maximale au regard du risque transfusionnel	Sécurité actuellement satisfaisante (Communication du président de l'Agence française du sang au comité des directeurs du 6 mai 1994)
32	Intensifier la formation initiale et continue des professionnels	- Création d'un comité de pilotage inter-ministériel à l'initiative de la DGS - Renforcement de la formation des professionnels 30 millions supplémentaires sont disponibles au titre de l'année 1994
33	Prévoir les moyens nécessaires à la formation des formateurs	Voir 32
34 à 38	Développer la politique en matière de lutte contre la toxicomanie	Propositions prises en compte dans le programme gouvernemental du 21 septembre 1993 et ses prolongements (point fait lors des comités des directeurs des 6 mai et 10 juin 1994)
39	Faire un rapport sur psychiatrie, toxicomanie et Sida	La DGS et la DH préparent ce rapport
40 à 44	Développer la santé en milieu pénitentiaire	Le ministère de la justice a fait le bilan des actions découlant de la mise en oeuvre de la loi 94-42 du 18 janvier 1994 (comité des directeurs du 20 septembre 1994)

Proposition	Libellé/Sommaire	Etat d'avancement
45 et 46	Adapter les mesures aux DOM TOM	Le ministère des DOM TOM anime un groupe de travail en collaboration avec le ministère de la Santé. Il en a fait rapport lors du comité des directeurs du 20 septembre 1994. Un cadrage financier des 30 millions de francs dégagés au titre de 1994 est établi et en cours d'approbation
47	Renforcer les actions de la France dans les pays africains	Réunion des 17 et 18 juin des ministres de la Santé et préparation du sommet du 1er décembre 1994
48	Renforcer la présence de la France dans les instances internationales	Réunions des 17 et 18 juin des ministres de la Santé et préparation du sommet du 1er décembre 1994
49	Accroître les avantages fiscaux aux dons faits aux associations s'occupant du Sida	Le service de législation fiscale du ministère du budget examine cette proposition

Source : Ministère de la Santé

Une cinquantaine de réseaux ont ainsi été mis en place à ce jour. Ils contribuent à la coordination des actions des médecins de ville, de l'hôpital, des intervenants sociaux et associatifs afin de permettre une prise en charge globale et continue des malades.

Enfin, la politique de lutte contre le Sida en 1995 sera particulièrement marquée par un renforcement de la dynamique interministérielle à travers l'action du comité des directeurs des administrations centrales plus particulièrement concernées.

### 3. La lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme

L'année dernière, votre rapporteur n'avait pas manqué de regretter qu'un effort plus important ne soit pas accompli en matière de lutte contre l'alcoolisme.

Il constate avec satisfaction que les crédits inscrits au chapitre 47-17 représentent cette année 18<sup>9</sup> millions de francs, soit 15,7 millions de francs supplémentaires et une augmentation de 9,4 % ; ils permettront notamment aux centres d'alcoologie d'assumer leur mission dans de meilleures conditions.

## B. LA VEILLE ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET LA SÉCURITÉ SANITAIRE

La veille épidémiologique et la sécurité sanitaire ont constitué une priorité du Gouvernement depuis son entrée en fonctions. Ce qu'il est convenu d'appeler "l'affaire" du sang contaminé a en effet montré qu'il était indispensable que l'Etat se dote, dans ses propres services ou des services décentralisés, des moyens d'assurer dans les meilleures conditions une indispensable sécurité sanitaire. Elle a surtout enseigné aux pouvoirs publics qu'ils doivent se doter d'outils ou de méthodes qui leur permettent de réagir rapidement en cas d'urgence sanitaire.

L'Agence du médicament et l'Agence française du sang ont ainsi été mises en place en 1993, la convention institutive du Laboratoire français du fractionnement et des biotechnologies ayant été conclue le 20 janvier 1994. L'Établissement français des greffes a été créé par la loi du 18 janvier 1994 et le service de protection contre les radiations ionisantes transformé en établissement public au cours de la même année.

Parallèlement ont été mis en œuvre des plans d'amélioration de la sécurité périnatale, du réseau des urgences et de lutte contre les infections nosocomiales.

Enfin, le réseau national de santé publique et les observatoires régionaux de la santé ont bénéficié d'un effort financier très important dans la loi de finances pour 1994.

### *a) L'Agence du médicament*

Créé à l'initiative du Sénat afin de garantir l'indépendance et la compétence des choix sanitaires publics en matière de médicaments et d'assurer la couverture des Français au meilleur coût, un établissement public dénommé "Agence du médicament" a succédé aux services de la Direction de la pharmacie et du médicament et au Laboratoire national de la santé qui ont été supprimés par le décret du 26 mars 1993.

L'Agence exerce des compétences exclusivement sanitaires dans des conditions qui ont été précisées par un décret du 5 août 1994, les décisions tarifaires relevant du comité économique du médicament. Grâce au concours de l'industrie pharmaceutique, dont les taxes et redevances versées contribuent à lui contenter un budget supérieur de 35 % aux ressources cumulées des deux anciens services



de l'Etat (CPHM et LNS) et aux subventions publiques qui lui sont accordées, (la loi du 18 janvier 1994 a élargi aux collectivités locales la faculté de subventionner l'Agence au même titre que l'Etat), l'Agence du médicament s'est d'ores et déjà employée, non seulement à délivrer des autorisations correspondant à des nouveaux dossiers, mais aussi à traiter le stock de dossiers qui avaient été laissés en souffrance au cours des années 1992-1993.

Le nombre d'autorisations de mises sur le marché s'élevait annuellement à 458 en 1991, 565 en 1992 et 417 en 1993 ; au cours des sept premiers mois de l'année 1994, 320 autorisations ont déjà été accordées.

L'Agence du médicament s'est dotée d'une direction générale et d'une direction de l'administration générale (15 mars 1993), puis d'une direction des études et de l'information pharmaco-économique (30 avril 1993) et d'une direction de l'évaluation (4 juin 1993). La direction des laboratoires et des contrôles est actuellement en voie d'installation.

Outre le service de l'inspection et des établissements pharmaceutiques, une mission des Affaires européennes et internationales et une mission communication, l'Agence comprend désormais quatre directions :

- une direction de l'administration générale ;
- une direction des études et de l'information pharmaco-économiques, qui regroupe les unités transparence, observatoire de la prescription, publicité et bon usage, communication scientifique, études statistiques et économiques, assistance aux entreprises ;
- une direction de l'évaluation du médicament qui rassemble, outre une unité logistique et une unité évaluation et procédures communautaires, un département de l'enregistrement et des études chimiques et un département de l'évaluation et de l'information thérapeutique ;
- enfin, une direction des laboratoires et des contrôles, répartie entre les sites de Montpellier, Lyon et Paris, et qui regroupe, dans cette dernière, les unités biotechnologies, produits dérivés du sang, contrôle physicochimique des eaux, produits sanguins et biotechnologiques, hydrologie et thermalisme, contrôle national de qualité, enregistrement et contrôle des réactifs et pharmacopée.

Disposant d'un budget de 215 millions de francs, l'Agence dispose désormais d'un effectif de 410 salariés, dont 347 à titre permanent et 63 à titre non permanent (internes, CES, occasionnels). Au sein des personnels permanents, les effectifs occupés à des tâches

scientifiques (54) et techniques (72) sont plus nombreux que les personnels administratifs (83).

Le projet de loi portant diverses dispositions d'ordre social, actuellement en discussion, prévoit d'augmenter les ressources de l'Agence afin de lui permettre d'accroître son activité et de la mettre en situation de compétitivité, non seulement par rapport à ses homologues européennes, mais aussi par rapport à l'Agence européenne du médicament, située à Londres, qui entrera en activité au 1er janvier 1995.

Celle-ci recevra obligatoirement les demandes d'autorisation de mise sur le marché des médicaments issus des biotechnologies et, à titre facultatif, celles concernant des médicaments innovants (procédure centralisée). Pour les autres médicaments, l'accès au marché européen se fera selon une procédure décentralisée fondée sur la reconnaissance mutuelle des autorisations de mise sur le marché délivrées par les Etats-membres. L'Agence européenne n'intervenant que pour l'arbitrage des désaccords entre Etats.

Les agences ou administrations nationales compétentes en matière de médicament ressentiront nécessairement, sur le plan financier, les conséquences de la création de l'Agence européenne. En effet, les Etats-membres ne percevront plus de taxes ou droits d'enregistrement pour les médicaments autorisés selon la procédure centralisée et la commission européenne estime que le montant des redevances perçues au niveau national pour les médicaments autorisés selon la procédure décentralisée devrait diminuer de moitié. En outre, l'Agence européenne percevrait des redevances d'arbitrage d'un niveau élevé.

En vue de mieux tirer les conséquences de la création de l'Agence européenne et d'accroître les performances de l'Agence française du médicament, cette dernière ouvrira en 1995 un bureau à Londres.

Pour la même année, le projet de loi de finances prévoit d'accorder à l'Agence du médicament 63,8 millions de francs, auxquels s'ajoutent 800.000 francs au titre de la recherche.

*b) L'Agence française du sang et le Laboratoire français du fractionnement*

La loi n° 93-5 du 4 janvier 1993, qui a créé l'Agence du médicament, a aussi procédé à une réforme de l'organisation de la transfusion sanguine en vue d'assurer à la fois le respect de la

sécurité sanitaire et celui des principes éthiques attachés au don du sang.

Les activités de régulation de la transfusion sanguine et de production des médicaments dérivés du sang ont été séparées et confiées à deux organismes distincts, la première revenant à l'Agence française du sang et la seconde au Laboratoire français du fractionnement et des biotechnologies.

Si le conseil d'administration de l'Agence, qui comprend dix représentants de l'Etat, neuf personnalités qualifiées et un représentant de l'Agence, fonctionne depuis le 22 juillet 1993, le Conseil scientifique placé sous la présidence du Professeur Jean Rosa ne s'est réuni qu'à partir du 16 février 1994. En revanche, le comité d'orientation de l'Agence et les commissions d'organisation de la transfusion sanguine qui devront intervenir au niveau régional n'ont pas été installées à ce jour.

L'Agence française du sang, qui s'est vu conférer le statut d'établissement public de l'Etat, comprend, d'une part, une direction médicale et scientifique qui prépare les normes médico-techniques et assure l'expertise scientifique et technique de tous les aspects de la réforme de la transfusion et, d'autre part, une direction de l'organisation et de la gestion des établissements qui assure le suivi financier de la transfusion sanguine et conçoit les outils de gestion destinés aux établissements.

Un service de l'inspection sera constitué avant la fin de la présente année.

Les ressources de l'Agence française du sang sont constituées par une subvention de l'Etat et une dotation des régimes d'assurance maladie ; représentant 98,5 millions en 1993, elles ont progressé en 1994 pour atteindre la somme de 101,79 millions de francs.

Pour 1995, le projet de loi de finances prévoit de doter l'Agence de 35,5 millions de francs, qui s'ajoutent à une subvention de 34,8 millions de francs l'année dernière.

L'Agence gère également le fonds d'orientation de la transfusion sanguine, financé par un prélèvement sur le montant des cessions des produits sanguins labiles et destiné à subventionner les établissements de transfusion pour les actions de recherche, de formation et de mise en place des schémas d'orientation de la transfusion sanguine. Ce fonds, qui comprend 100 millions de francs en 1994, a déjà permis de financer des actions de recherche et de

formation, ainsi que des investissements destinés à faciliter l'application de bonnes pratiques de transfusion.

Compte tenu de la dégradation des conditions de financement de la transfusion sanguine depuis deux ans et en raison du fléchissement de la consommation des produits labiles, l'Etat a été amené à prendre cette année des mesures conservatoires, au premier rang desquelles figure une revalorisation tarifaire intervenue au 1er janvier 1994.

Le bilan d'activité de l'Agence pour l'année 1994 s'articule autour de trois types d'actions : élaboration de normes médico-techniques, mise en place d'un dispositif d'hémovigilance et définition des nouveaux statuts des établissements.

L'Agence a élaboré une série de normes techniques visant à assurer un fonctionnement homogène des centres de transfusion. Elles ont été publiées sous forme de règlements homologués par le Min.stre. Ont ainsi été édictées des bonnes pratiques de prélèvement (23 septembre 1993), de préparation (23 février 1994) et de distribution (26 août 1994). Les règlements déterminant les bonnes pratiques de qualification du don et les caractéristiques des produits sanguins labiles seront publiés avant la fin de l'année. Le contrôle de l'application de ces dispositions est assuré par des programmes d'inspection qui ont d'ores et déjà concerné soixante établissements et se sont traduits par des demandes de mise en conformité et des mises en demeure.

Un décret du 10 janvier 1994 a mis en place un dispositif d'hémovigilance ; il permet de suivre en temps réel tous les incidents résultant d'effets indésirables des transfusions et, le cas échéant, de prendre toute mesure de nature à le faire cesser. A cet égard, l'Agence a notamment mené des actions de veille sanitaire concernant, en particulier, la maladie de Creutzfeldt-Jacob.

Un décret du 10 mai 1994 a enfin défini les nouveaux statuts des établissements de transfusion, les modalités de l'agrément des nouvelles structures devant être précisées par un décret qui sera publié avant la fin de l'année.

En raison notamment des modalités conventionnelles de sa constitution, la mise en place du laboratoire français du fractionnement a été beaucoup plus tardive que celle de l'Agence française du sang. Aux termes de la loi n° 93-5 du 4 janvier 1993 relative à la sécurité en matière de transfusion sanguine et de médicament qui a prévu sa création, le Laboratoire du fractionnement devait regrouper l'activité de fractionnement des centres de transfusion sanguine.

Après qu'un décret n° 93 372 du 18 mars 1993 relatif au LFB a défini son organisation et décrit son fonctionnement et qu'un arrêté de la même date a déterminé les modalités de son contrôle économique et financier, une convention institutive a été conclue le 20 janvier 1994. Signée par ses huit membres (l'Etat, qui participe à hauteur de 51 %, l'Agence française du sang (1 %), et les six centres de transfusion de Bordeaux, Lille, Lyon, Montpellier, Strasbourg et les Ulis (48 %)), elle prévoit, notamment qu'ils assureront la mise à disposition de personnels et des immobilisations que le LFB supportera l'intégralité des charges et bénéficiera de l'intégralité des produits résultant de l'activité de fractionnement.

Cette convention a été approuvée par des arrêtés du Ministre des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville en date des 19 et 31 mai 1994.

Le LFB a déjà pris d'importantes décisions en matière de fractionnement.

Il a interrompu la fabrication de produits par les sites de Lyon et de Montpellier, les investissements nécessaires pour mettre ces sites en conformité avec les exigences de la législation sur la pharmacie ayant été considérés comme trop importants.

Il a souscrit auprès d'un groupe de banques françaises deux crédits à moyen terme d'un montant de 500 millions de francs (crédit garanti par l'Etat), puis 250 millions de francs, en vue de financer la constitution des stocks, l'acquisition d'équipements et actifs industriels et le financement de l'exploitation courante.

On ne peut évoquer la sécurité sanitaire et la réforme de la transfusion sanguine sans dresser un bilan de l'activité du fonds d'indemnisation des hémophiles et transfusés institué par l'article 47 de la loi n° 91-1406 du 31 décembre 1991.

A la fin du mois de juillet 1994, 3.881 personnes avaient présenté une demande d'indemnisation (dont 377 au cours de la période juillet 1993-juillet 1994) ; 1.313 dossiers ont été déposés par des personnes atteintes d'hémophilie, et 2.569 par des personnes ayant subi une transfusion.

La Commission d'indemnisation a déjà adressé 3.112 offres d'indemnisation aux victimes et 7.443 offres aux membres de leur entourage ; seuls 199 dossiers ont fait l'objet d'une décision de rejet.

Le montant moyen de ces offres est d'environ 1,5 millions de francs. Pour déterminer chacune d'entre elles, la commission prend notamment en considération l'âge du demandeur au moment de la

contamination, l'existence d'un préjudice économique, le nombre et la qualité des proches ayant droit à indemnisation.

Les engagements du fonds, depuis sa création, s'élèvent à 4,7 milliards de francs, dont 980 millions de francs au titre de l'année dernière. Les indemnités déjà versées représentent 3,9 milliards de francs.

### *c) Le réseau national de santé publique (RNSP)*

Le réseau national de santé publique, constitué entre l'Etat (Direction générale de la santé et Direction des hôpitaux), l'INSERM et l'Ecole nationale de la santé publique, a été créé par un arrêté du 17 juin 1992 en vue de mettre en place un "état major" de surveillance et de connaissance épidémiologique. Il a pour mission de coordonner l'action des services de l'administration et des établissements publics, d'exercer un "droit d'alerte sanitaire" en cas de risque pour la santé publique et de participer à la coopération scientifique internationale dans les domaines des maladies transmissibles et des problèmes de santé liés à l'environnement.

Le RNSP s'est mis en place à partir du mois d'octobre 1992. Disposant à l'origine de deux personnes mises à disposition, il comprend désormais vingt-cinq personnes, dont quinze sont mises à disposition.

Il est actuellement composé d'un centre de coordination situé à Saint Maurice, d'un réseau de professionnels de santé des services du Ministère de la santé et d'un réseau de correspondants. Le centre de coordination est constitué d'une équipe permanente d'épidémiologistes qui ont été mis à disposition par les membres du Groupement d'intérêt public. Il dispose d'un système informatisé reposant sur le Réseau national télématique des maladies transmissibles qui a été mis en place depuis 1984 dans l'unité 263 de l'INSERM.

Le réseau de professionnels de santé des services déconcentrés du ministère de la santé comprend des médecins-inspecteurs de santé publique, des ingénieurs du génie sanitaire, des techniciens et informaticiens. Ils assurent sur le terrain une mission de surveillance et peuvent à tout moment saisir le centre de coordination de Saint Maurice.

Enfin, le RNSP a constitué un réseau de correspondants extérieurs auquel participent notamment des médecins généralistes, des praticiens hospitaliers, les observatoires régionaux de la santé, des services de santé des collectivités territoriales. Ils apportent une

expertise spécifique ou gèrent une base données épidémiologiques dans l'un des domaines de compétences du RNSP.

Au cours de l'année prochaine seront créées dix cellules interrégionales d'épidémiologie d'intervention qui seront placées auprès des Directions régionales des Affaires sanitaires et sociales. Elles auront pour mission d'apporter un concours aux services de l'Etat et des collectivités locales en matière de surveillance et d'intervention en cas de pollution faisant courir un risque pour la santé des populations.

#### *d) L'établissement français des greffes*

Précédant de quelques mois l'adoption des lois relatives aux questions d'éthique biomédicale qui ont réformé le régime des prélèvements et des greffes, la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale a créé un établissement public dénommé "Etablissement français des greffes" dont un décret n° 94-870 du 10 octobre 1994 a précisé les missions et l'organisation.

L'établissement français des greffes est chargé de gérer la liste des patients en attente de greffe et de veiller à la bonne application des règles relatives à la répartition et à l'attribution de greffons.

A cette fin, il coordonne les activités de prélèvement et de greffe d'organes, de moelle osseuse, de tissus et cellules issues du corps humain et il recueille les informations nécessaires à l'évaluation des activités de prélèvement et de greffe. Il communique toute information et réalise toute étude qui lui sont demandées par le ministre chargé de la santé. Surtout, il signale au ministre tout manquement aux règles applicables en matière de prélèvement, de conservation, de transformation, de transport, de répartition de greffons et lui propose les mesures qu'il juge utiles pour y remédier.

Il est administré par un conseil d'administration qui comprend notamment, outre son président, des représentants de l'Etat, le président de l'Agence française du sang, le directeur général de l'INSERM, une personnalité désignée par le Comité consultatif national d'éthique et un représentant des associations de malades. Un conseil médical et scientifique, défini comme une "instance d'expertise, de conseil et de proposition" est consulté par le directeur général sur les questions de nature médicale, scientifique, technique ou éthique et peut faire toute recommandation qu'il estime propre à favoriser la bonne application de la réglementation en vigueur.

L'Etablissement français des greffes est notamment financé par une dotation globale versée par l'assurance maladie dont le montant est fixé par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et du budget, ainsi que par des subventions de collectivités publiques et d'organismes publics et privés, des rémunérations des services rendus, des taxes fiscales et redevances instituées à son profit.

Pour l'année 1994, un arrêté du 16 novembre 1994 a fixé à 3,97 millions de francs le montant de la dotation globale de l'Etablissement français des greffes.

*e) Les principales actions pour 1995*

La politique de veille et de sécurité sanitaires entreprise par le Gouvernement ne se résume pas en la mise en place d'institutions nouvelles chargées d'assurer la régulation d'un secteur sanitaire donné ; elle consiste aussi en plusieurs plans ou programmes qui ont été annoncés cette année ; la réforme des structures d'urgence, à la suite des rapports Barrier et Steg, le plan de sécurité périnatale ou le plan de lutte contre les infections nosocomiales en sont les exemples les plus marquants.

Président de la Commission nationale de restructuration des urgences, le Professeur Steg a proposé dans un rapport remis en septembre 1993 la différenciation de deux sortes de services, les "services d'accueil des urgences" (SAU), situés dans des établissements de référence et les "antennes d'accueil et d'orientation" (ANACOR) dans les hôpitaux ayant une vocation de proximité.

Les premiers prendraient en charge les situations nécessitant un plateau technique important et les cas d'urgence vitale, les seconds ayant pour vocation de traiter les autres patients et, le cas échéant, de les orienter vers un établissement apte à dispenser des soins plus spécialisés dans le cadre d'un SAU.

Le Gouvernement a décidé de mettre en application ces propositions à l'occasion de l'élaboration des schémas d'organisation sanitaire et sociale engagée cette année. Il a affecté à cette fin une enveloppe de 200 millions de francs au renforcement de la médicalisation des urgences dans les établissements qui auront vocation à disposer de services d'accueil des urgences et a donné instruction aux préfets, dans une circulaire du 1er août 1994, de préparer une liste d'établissements qui recevront en priorité cette aide de l'Etat.



Deux décrets actuellement en préparation définiront les critères de l'activité d'accueil et de traitement des urgences et les conditions techniques de fonctionnement auxquelles devront satisfaire les établissements de santé pour prétendre l'assumer.

Ces mesures visent à adapter notre appareil de soins aux besoins des patients et à garantir la meilleure sécurité sanitaire.

Un même souci a guidé le Gouvernement dans la réflexion qui l'a amené à proposer un "plan périnatalité", dont l'ambition est de hisser la France au-dessus des dixième et douzième rangs des pays industrialisés où elle se situe actuellement pour les indicateurs de mortalité et de morbidité maternelle et infantile. Le Gouvernement s'est ainsi fixé pour objectif de réduire de 50 % le taux de femmes bénéficiant d'un suivi médical insuffisant en cours de grossesse, de 30 % le taux de mortalité maternelle et de 20 % le taux de mortalité périnatale.

Un décret actuellement en préparation devrait préciser à cette fin les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement que devront respecter les maternités publiques et privées ; elles feront notamment référence aux obligations de présence des gynécologues obstétriciens, des anesthésistes réanimateurs et des pédiatres et elles fixeront un seuil de sécurité minimal d'activité fixé à 300 accouchements par an. Seuls pourraient continuer à fonctionner les établissements dont l'activité est supérieure à ce seuil, étant entendu que des dérogations devront être apportées à ce principe, la sécurité s'appréciant à l'intérieur de l'établissement mais aussi en fonction de l'importance des distances que les parturientes doivent parcourir pour être prises en charge dans un établissement.

Troisième illustration des programmes de sécurité sanitaire qui seront mis en place en 1995, un plan de réduction du nombre d'infections nosocomiales a été annoncé par le ministre le 3 novembre dernier : les infections que contractent 9 à 10 % des malades accueillis dans les établissements de santé sont en effet à l'origine d'environ 10.000 décès chaque année.

La mise en oeuvre de ce plan passera par un renforcement des comités de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN), de l'information et de la formation et par la création d'une cellule nationale de coordination.

## **II - LES RÉSULTATS TRÈS ENCOURAGEANTS DE LA POLITIQUE DE MAÎTRISE MÉDICALISÉE DES DÉPENSES DE SANTÉ**

Depuis son entrée en fonctions, le Gouvernement a mis en place un dispositif de maîtrise médicalisée des dépenses de santé : un plan de sauvegarde de l'assurance maladie, annoncé dès la fin du mois de juin 1993, a proposé des mesures tendant à générer des économies d'un montant de 32,2 milliards de francs, dont 25,8 milliards pour la seule branche maladie du régime général, en demandant un effort identique aux assurés sociaux et aux professionnels de santé.

Les mesures concernant les assurés étaient au nombre de trois.

La première, mise en oeuvre par le décret n° 93-965 du 29 juillet 1993, consistait en la diminution de 5 points du taux de remboursement par la sécurité sociale des dépenses liées à l'ensemble des actes et prescriptions ambulatoires, y compris les consultations externes en milieu hospitalier. Prenant effet au 1er août 1993, cette mesure a concerné tous les assurés du régime général et des régimes qui lui sont rattachés ou alignés, à l'exception, d'une part des personnes exonérées du ticket modérateur qui ont continué à bénéficier de la prise en charge à 100 % de leurs dépenses, et d'autre part des personnes relevant de l'aide médicale, notamment les bénéficiaires du RMI.

La deuxième, qui a fait l'objet du décret n° 93-1021 du 26 août 1993 et d'un arrêté du 30 septembre 1993, a institué un ordonnancier "bi-zone" pour les malades reconnus atteints d'une affection de longue durée et qui bénéficient à ce titre d'une prise en charge totale de leurs dépenses par l'assurance maladie. L'objectif de cette mesure, qui a pris effet au 1er octobre 1993, était de distinguer les prescriptions rendues nécessaires par le traitement de cette affection, qui sont prises en charge à 100 %, et celles qui sont sans rapport avec son traitement, et pour lesquelles les patients acquittent désormais un ticket modérateur.

La troisième mesure a consisté en une majoration du forfait journalier qui est versé par les personnes hospitalisées au titre de leur participation aux frais d'hébergement. Cette mesure ne concernait pas les pensionnés militaires d'invalidité, les bénéficiaires de l'assurance maternité ou d'une rente d'accident du travail avec incapacité supérieure ou égale aux 2/3, ou les enfants ou adolescents handicapés qui sont exonérés du forfait journalier.

Ces mesures ont généré un rendement correspondant aux prévisions initiales (10,8 milliards de francs).

Les autres volets du plan de sauvegarde de l'assurance maladie annoncé à la fin du mois de juin 1993 concernaient les professions de santé et auxiliaires médicaux, l'industrie pharmaceutique et l'hôpital ; ils ont reposé, pour les deux premières catégories, sur des accords de maîtrise médicalisée des dépenses de santé et pour l'hôpital, sur la fixation à un niveau très bas du taux directeur pour 1994. Le bilan de ces différents volets sera examiné ci-après.

Grâce à l'impulsion donnée par le Gouvernement, mais aussi grâce à la responsabilisation croissante de tous les acteurs du système de santé face aux enjeux représentés par la maîtrise des dépenses de santé, le tissu conventionnel entre ces acteurs, l'assurance maladie et, le cas échéant, l'Etat, devient de plus en plus dense et exigeant ; il a permis de négocier, en fonction de critères médicalisés, des objectifs d'évolution des dépenses dont le respect a généré des économies importantes.

#### **A. LA NOUVELLE CONVENTION MÉDICALE**

La convention médicale conclue le 21 octobre 1993 et approuvée par un arrêté du 25 novembre 1993 constitue une pièce essentielle du dispositif de maîtrise médicalisée des dépenses de santé : elle est également, pour les médecins, un premier pas vers un profond changement des mentalités dans leur rapport avec leur exercice et l'assurance maladie.

Les partenaires conventionnels sont convenus de fixer, dès la première année d'application de la convention, un objectif prévisionnel d'évolution des dépenses médicales de 3,4 %. Le respect de ce taux et de celui qui sera déterminé pour l'an prochain repose sur de nouveaux instruments : les références médicales opposables, le codage des actes et le dossier médical.

## **1. Les références médicales opposables**

Un avenant n° 1 à la convention médicale, approuvé le 22 mars 1994, a défini 65 références médicales opposables concernant 15 secteurs de l'activité médicale. Ces références constitueront, selon la convention médicale, à la fois des critères scientifiques reconnus permettant notamment de définir les soins et prescriptions utiles, et des fréquences d'utilisation par patient de certains soins et prescriptions.

Elles sont donc des normes scientifiques applicables à l'activité médicale dont le respect garantira à la fois la qualité des soins et leur moindre coût, le caractère scientifique de ces normes résultant des conditions de leur élaboration par des experts médicaux et de leur validation par l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale.

A ces références ont été associés, d'une part, un indice de gravité sanitaire, d'autre part un indice de gravité financière, la méconnaissance d'une référence n'ayant pas nécessairement le même impact sur la qualité des soins et sur les dépenses de l'assurance maladie.

Dans l'attente de la mise en place d'un codage des actes et des prescriptions qui sera évoquée plus loin, les partenaires conventionnels ont décidé l'insitution d'un codage provisoire que doivent respecter les médecins.

Ceux-ci sont en effet tenus de signaler sur leur ordonnance et sur la feuille de soins les actes effectués auxquels s'applique une référence, "RT" pour une thérapeutique médicamenteuse, "RB" pour la biologie, "RE" pour des actes de diagnostic et "RX" pour les actes d'imagerie. Lorsqu'aucune référence n'est applicable, les médecins le signalent en inscrivant la mention "HR".

Les partenaires conventionnels sont convenus de rendre les références médicales opposables, c'est-à-dire de sanctionner les médecins qui ne les respecteraient pas dans leur exercice quotidien. Les sanctions financières applicables aux médecins seront calculées en fonction du nombre d'infractions et de la gravité financière et sanitaire de la méconnaissance des références.

Ne seront sanctionnés que les médecins qui ne respectent pas, par deux fois, des références dont la méconnaissance est affectée d'un indice de gravité sanitaire égal à 1,5, par huit fois des références dont cet indice est égal à 1 et par douze fois des références dont l'indice est égal à 0,5.

La sanction consistera en une retenue sur le montant de cotisations sociales des médecins normalement prises en charge par l'assurance maladie ; elle sera calculée en fonction du nombre d'infractions et de leur gravité sur le plan sanitaire et financier.

Bien entendu, elle ne sera prononcée qu'au terme d'une procédure contradictoire au cours de laquelle le médecin sera amené à s'expliquer : les références ne constituent en effet en aucun cas des normes de prescription applicables à tous les médecins pour tous leurs patients, mais des références que le médecin est tenu de respecter dans son activité, la situation individuelle d'un patient, pouvant, le cas échéant, justifier un écart non sanctionné.

## 2. Le codage des actes

Afin de garantir l'application, par les médecins, des références médicales opposables, mais aussi en vue de donner aux acteurs du système de santé les instruments d'une véritable politique sanitaire, un codage des actes et des prescriptions a été institué par la loi du 4 janvier 1993 relative aux relations entre les professionnels de santé et l'assurance maladie.

L'article 5, paragraphe 3 de la convention a ensuite stipulé que "lors de chaque acte médical, le médecin porte sur la feuille de soins toutes indications utiles correspondant à cet acte telles que prévues par les articles L. 162-52 et R. 321-1 du code de la sécurité sociale et la nomenclature générale des actes professionnels et notamment le code correspondant à l'acte et à la pathologie dans les conditions fixées par la législation et la réglementation en vigueur." Les données codées sont transmises aux organismes d'assurance maladie ainsi qu'aux organismes de traitement créés ou agréés par la profession médicale. Les données issues du codage, qu'elles soient agréées ou individuelles, sont transmises aux unions professionnelles par les organismes d'assurance maladie ; celles-ci, lorsqu'elles concernent les patients, sont obligatoirement non nominatives.

Des négociations, actuellement en cours, détermineront les modalités du codage ainsi que de la transmission des données qui en sont issues. Leur proche aboutissement est nécessaire au succès de l'application de la Convention médicale ; il est également indispensable à la mise en oeuvre d'une politique de santé reposant sur les données épidémiologiques fiables.

### 3. Le dossier médical

La loi du 18 janvier 1991 relative à la santé publique et à la protection sociale a donné les bases législatives utiles à l'institution d'un dossier médical qui avait été envisagée par les partenaires conventionnels. Le dossier médical constituera un instrument d'amélioration de la qualité des soins ainsi qu'un outil indispensable de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. L'amélioration de la qualité des soins sera la conséquence de leur meilleure coordination : le dossier médical, propriété du malade mais géré par un médecin généraliste, comprendra toutes les informations médicales utiles qui seront portées à sa connaissance par les médecins, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les établissements de santé publics et privés. Le malade conservera un carnet médical comportant les informations indispensables à la continuité des soins délivrés à un patient. La présentation de ce carnet conditionnera la prise en charge des dépenses par l'assurance maladie : cette disposition devrait contribuer à lutter plus efficacement contre le "nomadisme" médical et entraîner une réduction du nombre des examens redondants, contribuant ainsi à limiter la progression des dépenses de santé.

Le dossier médical, qui sera mis en place au 1er janvier 1995 pour les patients de plus de soixante dix ans souffrant de deux pathologies, sera prochainement généralisé.

Les sanctions pour non présentation du dossier seront applicables au 1er janvier 1996.

Dans un souci de continuité des soins et de renforcement des politiques de prévention, le médecin gérant le dossier médical d'un patient effectuera chaque année une consultation dite "de synthèse", qui sera rémunérée au tarif applicable pour deux consultations.

Le premier bilan de l'application de la convention médicale est très positif :

**Montant des dépenses de janvier à juillet 1994/  
Montant des dépenses de janvier à juillet 1993**

	Régime général	Tous régimes
Honoraires	1 %	0,7 %
Prescriptions	0	0,2 %
TOTAL	0,3 %	0,1 %

Certes, l'impact des revalorisations tarifaires intervenues au 1er juillet 1994, évalué à 0,6 %, comme des épidémies de l'hiver, devraient affecter à la hausse les dépenses du second trimestre ; le

taux d'évolution des dépenses médicales pour 1994 demeurera cependant en-deçà de l'objectif des 3,4 % qui avait été fixé par les partenaires conventionnels.

Un tel succès ne doit pas conduire à un relâchement des efforts qui doivent être accomplis par les médecins comme par les malades.

Il ne serait donc pas opportun que le taux prévisionnel d'évolution des dépenses pour 1994 soit fixé à un taux qui consacre l'abandon de la politique de maîtrise médicalisée, qui est une politique de moyen terme. Il conviendrait également que ceux des médecins qui refusent encore de signaler, sur les ordonnances et les feuilles de soins, la correspondance de leurs actes avec les références médicales opposables, soient invités à manifester un plus grand sens des responsabilités.

## **B. LES CONVENTIONS CONCLUES AVEC LES AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTÉ, LES AUXILIAIRES MÉDICAUX, LES DIRECTEURS DE LABORATOIRES ET DE CLINIQUES PRIVÉES**

### **1. Les chirurgiens-dentistes**

Une convention conclue en 1991 entre les représentants des chirurgiens dentistes et ceux de l'assurance maladie n'avait pas été approuvée par les pouvoirs publics : acceptant d'importantes revalorisations tarifaires, elle ne comportait pas en effet de dispositif de maîtrise des dépenses de santé.

Des négociations, engagées l'année dernière, ont permis d'ajouter un tel dispositif au texte conventionnel existant. Il repose, d'une part, sur l'institution de références médicales opposables qui seront prochainement édictées, d'autre part sur la définition d'un tarif opposable pour certaines prothèses et, enfin, sur la dissociation des actes effectués par les chirurgiens-dentistes en plusieurs catégories : les actes de soins conservateurs, qui font l'objet d'une revalorisation tarifaire, les actes de soins prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale dont la tarification demeure inchangée. Votre commission se félicite de la conclusion, puis de l'approbation par le Gouvernement, le 27 octobre dernier, de cette convention qui permettra à la profession de bénéficier de légitimes revalorisations tarifaires sans porter préjudice à la situation financière de l'assurance maladie.

## **2. Les sages-femmes**

Les sages-femmes, dont la convention qui avait été approuvée par arrêté interministériel en date du 12 janvier 1988 est arrivée à échéance le 28 avril 1992, sont actuellement en cours de négociation avec l'assurance maladie en vue d'aboutir à la conclusion d'une nouvelle convention.

Les dernières revalorisations tarifaires applicables à la profession sont intervenues le 20 juillet 1988.

## **3. Les infirmières**

La sixième convention nationale des infirmiers signée le 5 janvier 1994 par les partenaires conventionnels a été approuvée le 28 janvier 1994 pour une durée de quatre ans, les dernières revalorisations tarifaires étant intervenues à effet du 1er octobre 1992. Pour 1993, alors que l'objectif d'évolution des dépenses en soins infirmiers avait été fixé à 7,5 %, l'évolution constatée a été de 7,37 %. En 1994, cependant, alors que l'objectif était de 4,5 %, l'évolution constatée au cours des quatre premiers mois de l'année 1994 est de 6,2 %.

## **4. Les masseurs-kinésithérapeutes**

La loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale a donné les bases législatives utiles à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes qui a été approuvée par un arrêté du 17 mai 1994.

Cette convention institue, au profit des masseurs-kinésithérapeutes, un dispositif de maîtrise médicalisée des dépenses de santé, reposant à la fois sur la définition d'un objectif annuel d'évolution des dépenses de santé et sur l'élaboration de références opposables en masso-kinésithérapie.

Les masseurs devront respecter un plafond d'efficience individuel destiné à garantir la qualité des soins.

L'objectif d'évolution des dépenses pour l'année 1994 a été fixé à 5 % et le plafond d'efficience à 47.000 AMK/AMC.

En échange de l'engagement des masseurs-kinésithérapeutes à participer au processus de maîtrise des dépenses,



la profession s'est vue reconnaître d'importantes revalorisations tarifaires.

### **5. Les autres auxiliaires médicaux**

Pour les autres auxiliaires médicaux, les conventions, arrivées à échéance, sont en cours de négociation.

Il en est ainsi pour la troisième convention nationale des orthophonistes, qui avait été approuvée par arrêté interministériel le 4 décembre 1987 pour une durée de cinq ans et qui est arrivée à échéance le 8 décembre 1992. La négociation d'un nouveau texte conventionnel entre les caisses d'assurance maladie et les syndicats représentatifs de la profession est pratiquement achevée et la signature de la convention imminente.

La quatrième convention nationale des orthoptistes, qui avait été approuvée par arrêté du 28 août 1990 pour une durée de quatre ans, est en cours de renégociation.

### **6. Les établissements de santé privés**

En application de la loi n° 91-738 du 31 juillet 1991, un dispositif de maîtrise des dépenses liées aux soins dispensés par les établissements de santé privés est inclus dans la convention qui régit leurs relations avec l'assurance maladie.

Un objectif quantifié national d'évolution des dépenses remboursées est fixé chaque semestre, pour cinq disciplines, au terme d'une négociation avec l'assurance maladie et l'Etat : médecine, chirurgie, gynécologie-obstétrique, moyen séjour en psychiatrie. L'accord entre partenaires conventionnels prévoit notamment que le dépassement de cet objectif sera sanctionné par un ajustement à la baisse des tarifs des cliniques, un meilleur résultat que celui fixé comme objectif entraînant une revalorisation de ces tarifs. L'ajustement, à la hausse ou à la baisse des tarifs, est réalisé avec un décalage de six mois, représentant le temps nécessaire à la collation des résultats nationaux et à la mise en oeuvre de la régulation des tarifs par les caisses primaires d'assurance maladie.

La mise en place de ce dispositif de maîtrise a permis d'observer un ralentissement sensible des dépenses de l'assurance maladie dans ce secteur par rapport aux tendances antérieures.

Ce succès ne s'est cependant pas traduit par le respect des objectifs fixés.

Ainsi, en 1992, l'objectif avait été très nettement dépassé, sans que les tarifs en subissent les conséquences, les partenaires conventionnels ayant estimé que ce dépassement était la conséquence des délais de mise en application de la convention.

Au premier semestre de l'année 1993, un nouveau dépassement a été constaté ; il a entraîné, pendant six mois, une baisse de 4 % des tarifs des établissements privés.

Depuis, les cliniques privées ont bénéficié de la revalorisation annuelle des tarifs de 1,76 % au 1er avril 1994 et d'un ajustement de 2,97 % au 1er juillet 1994, conséquence de la sous-consommation de l'objectif fixé pour le second semestre 1993.

## **7. Les laboratoires d'analyses de biologie médicale**

Dans le cadre de la même loi n° 91-738 du 31 juillet 1991, une convention nationale des directeurs de laboratoires d'analyses de biologie médicale a été signée le 26 juillet 1994 ; elle reprend dans une large mesure les dispositions de la précédente convention de juillet 1992 qui instituent un mécanisme de régulation des dépenses de biologie.

Un objectif quantifié national est déterminé annuellement au terme d'une négociation entre les directeurs de laboratoires, l'assurance maladie et l'Etat, le dispositif de maîtrise consistant en un reversement au profit de l'assurance maladie en cas de dépassement de l'objectif et au profit de la profession lorsque celui-ci n'est pas atteint.

En 1992, c'est ce dernier mécanisme qui a fonctionné, les dépenses remboursées n'ayant progressé de 4,6 % alors que l'objectif avait été fixé à 7 %. Les laboratoires ont donc bénéficié d'un reversement d'un montant de 230 millions de francs.

En 1993, l'objectif prévisionnel a été fixé à 6,2 % puis ramené à 4,82 % afin de tenir compte de la baisse du ticket modérateur incluse dans le plan de sauvegarde de l'assurance maladie annoncé à la fin du mois de juin.

Pour 1994, l'objectif d'évolution a été fixé à un niveau identique à celui des médecins, à savoir 3,4 %.

## C. LE SECTEUR PHARMACEUTIQUE

L'année 1994 a été marquée par la conclusion, le 25 janvier dernier, d'un accord cadre entre l'Etat et les représentants de l'industrie pharmaceutique sur la politique conventionnelle du médicament.

Cet accord a pour objectif de maîtriser l'évolution de la dépense de médicament ; à cet effet, il prévoit que l'Etat fixe chaque année un objectif national d'évolution de cette dépense, compte tenu des besoins sanitaires de la population, des innovations thérapeutiques, des données économiques et de la situation financière de l'assurance maladie. Ce taux est porté à la connaissance des représentants de l'industrie pharmaceutique qui en assurent la diffusion auprès des entreprises.

Pour 1994, il a été fixé, comme pour les médecins et les laboratoires, à 3,4 %.

Pour permettre le respect de cet objectif, les signataires de l'accord se sont engagés à promouvoir un bon usage du médicament en adaptant les volumes de médicaments consommés aux besoins médicalement justifiés, en favorisant l'application de bonnes pratiques de promotion, en facilitant l'accès des administrations aux informations professionnelles et en développant une politique des prix plus flexible.

L'accord cadre permet également la contractualisation des relations entre l'Etat et les laboratoires, les industriels pouvant ainsi obtenir, au terme de négociations avec le Comité Economique du Médicament, une plus grande marge de manoeuvre pour fixer leurs prix en contrepartie d'engagements sur les volumes de médicament vendus.

De tels accords, plus satisfaisants pour les industriels qu'un mécanisme de fixation administrative des prix et plus profitables à l'assurance maladie, qu'un système dépourvu de mécanisme de contrôle des volumes, ont déjà été conclus avec certains laboratoires. A la fin de cette année, ils devraient concerner un nombre de laboratoires représentant le quart du chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique.

La mission de négociation de ces accords a été confiée au comité économique du médicament, dont les moyens en personnel ne sont peut-être pas à la hauteur de l'ampleur de la tâche à accomplir.

Leur application nécessitera également une bonne collaboration avec l'Agence du médicament qui assure le fonctionnement de la "commission de contrôle de la publicité et de la diffusion de recommandations sur le bon usage du médicament" qui sera consultée s'il apparaît que le volume des ventes d'un médicament remboursable n'a pas été obtenu dans des conditions conformes aux recommandations de bon usage. La commission de transparence sera également consultée lorsque le non respect des recommandations sur le bon usage amènera les pouvoirs publics à radier certains médicaments de la liste des spécialités remboursables.

La mise en oeuvre de l'accord cadre et des conventions triennales devrait contribuer à améliorer les résultats des entreprises pharmaceutiques, qui ont sensiblement progressé au cours des dernières années.

Ainsi, selon le ministère de l'Industrie, le ratio "résultat net/chiffre d'affaires hors taxes" de ce secteur s'est élevé en 1993 à 4,4 % contre 4,5 % en 1992, 3,9 % en 1991, 3,1 % en 1990 et 1,9 % en 1985.

Elle devrait également contribuer à la maîtrise des dépenses pharmaceutiques de l'assurance maladie grâce à une politique des prix plus adaptée et la promotion du bon usage du médicament.

### **Bilan du plan de sauvegarde de l'assurance maladie**

Le plan de sauvegarde de l'assurance maladie, courageusement annoncé par le Gouvernement dès le mois de juin 1993, a permis de stabiliser en 1994 le déficit de l'assurance maladie malgré la dégradation de l'évolution des recettes cette année, l'assiette déplafonnée des cotisations sociales s'étant contractée en 1993 pour la première fois depuis la création de la sécurité sociale en 1945.

Tous les acteurs du système de santé ont contribué à l'important infléchissement de l'évolution des dépenses constaté cette année.

Les assurés sociaux ont consenti un effort important qui a généré une économie de 10,8 milliards de francs.

L'hôpital public, dont la situation sera examinée plus loin, a vu sa dotation globale progresser de 4,5 points alors qu'elle avait augmenté de 6,4 % en 1993 et de 6,8 % en 1992.

L'importance de la différence entre les objectifs d'évolution fixés par les professions médicales, les auxiliaires médicaux, les cliniques privées et les laboratoires d'analyse et les tendances de progression des dépenses constatées dans les années qui ont précédé la conclusion des conventions révèlent également le sérieux effort qui a été accompli par les professions, même s'il est difficile de chiffrer celui-ci.

Le changement de comportement de ces professions face à la situation financière de l'assurance maladie doit être salué ; il doit être poursuivi, dans l'intérêt des malades comme des professionnels de santé.

**Croissance des prestations d'assurance maladie hors hospitalisation (Commission des Comptes d'octobre 1994)**

	1993	%	1994	%
Prestations hors DOM	400	5,7	412	2,8
Honoraires privés	63	2,8	62,5	- 1
médicaux	52	3,6	51,8	0,4
dentaires	11	0,7	10,5	3,9
Prescriptions	87,5	5,6	87	- 0,6
Auxiliaires médicaux	17,5	3,6	17,6	1,3
Pharmacie	55	7,5	54,5	0,1
Analyses	10	0,8	9	- 10,8
Optique	0,5	0,3	0,5	- 3,7
Orthopédie	4,5	3	5	9,5
Indemnités journalières	23	0,7	23	0,1

Source : Direction de la Sécurité sociale

### **III - LA POLITIQUE HOSPITALIERE DU GOUVERNEMENT : UNE POLITIQUE COURAGEUSE, QUI ROMPT AVEC DES ANNEES D'IMMOBILISME**

La politique hospitalière du Gouvernement, pour l'année 1994 et l'année 1995 comporte trois volets indissociables : fixation d'un taux directeur pour 1995 à un niveau raisonnable et mise en oeuvre d'expérimentations préalables à une réforme du financement de l'hôpital, politique de redéploiement hospitalier compatible avec l'objectif d'aménagement du territoire, politique des personnels visant à remédier à une progressive sous-médicalisation de l'hôpital public.

Les quatre volets de cette politique visent à mettre un terme à une tendance à l'immobilisme très marquée au cours des années récentes ; elle veut adapter l'hôpital aux besoins de la population, tant sur le plan quantitatif que qualitatif, d'une manière compatible avec l'objectif de maîtrise des dépenses de santé.

#### **A. LE TAUX DIRECTEUR POUR 1995 A ETE FIXE A UN NIVEAU RAISONNABLE**

Votre rapporteur avait souligné, l'année dernière, le caractère insuffisant et assez peu réaliste du niveau du taux directeur hospitalier, qui avait été fixé pour l'année 1994 à 3,35 % : ce taux ne pouvait malheureusement pas garantir en particulier l'application de certaines mesures prises par le précédent Gouvernement sans qu'ait été prévu leur financement (revalorisation des gardes et astreintes, protocoles Durieux...).

Le taux directeur pour l'année 1995 a été fixé à un niveau raisonnable de 3,8 %.

#### **Evolution du taux directeur :**

1992 :	5,00
1993 :	5,15
1994 :	3,35
1995 :	3,80

L'application de ce taux permettra aux hôpitaux de disposer des moyens nécessaires au financement des mesures prises en faveur des personnels hospitaliers, notamment celles qui sont incluses dans les accords salariaux pour la fonction publique et les

protocoles Durafour et Durieux. Ce taux comporte des enveloppes spécifiques affectées au financement de certaines priorités de la politique hospitalière, telles que la lutte contre le Sida, la sécurité transfusionnelle, les restructurations et le renforcement de la médicalisation des urgences ou l'évaluation des stratégies diagnostiques et thérapeutiques.

Si le taux directeur pour 1995 se situe à un niveau raisonnable, il ne remet pas en cause la politique de maîtrise de l'évolution des dépenses hospitalières initiée avec l'institution de la dotation globale, qui a permis sa très nette décélération depuis 1985.

En effet, alors que le taux d'évolution de la consommation de soins hospitaliers était, en moyenne, de 12,6 % entre les années 1980 et 1985, il a régressé pour atteindre un niveau de 5,6 % de 1985 à 1990, soit une diminution de moitié. Ce ralentissement a été moins net ces dernières années, notamment en raison du montant très élevé du coût de l'application des protocoles Evin, Durafour et Durieux, qui ont pesé de l'ordre de 1 point chaque année -et même 2 points en 1992- sur la consommation de soins hospitaliers. Pour 1995, le taux d'évolution de la masse salariale, telle qu'elle résultera des accords salariaux pour la fonction publique, devrait représenter 2,51 points.

L'évolution de la consommation de soins hospitaliers a ainsi représenté un taux de 5,6 % en 1991, de 7 % en 1992 et de 6,3 % en 1993.

Si le mécanisme de la dotation globale a permis d'assurer une utile décélération de l'évolution de la dépense hospitalière, il doit être réformé afin que l'allocation des ressources soit désormais effectuée selon des critères d'activité et de qualité des soins.

Dans cette perspective, le Gouvernement souhaite parvenir dans de brefs délais à la généralisation du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) qui constitue un utile instrument d'évaluation de l'activité hospitalière.

Le recueil d'information et son traitement au sein des hôpitaux sont quasiment généralisés dans les établissements, et le processus de traitement des données au sein des services extérieurs est en cours de mise en oeuvre, tant sur le plan réglementaire avec la publication du décret du 27 juillet 1994 relatif aux systèmes d'informations médicales qu'au niveau informatique, avec la diffusion auprès des DRASS d'un logiciel de traitement des données.

En vue de mettre en place un processus de négociation et d'allocation budgétaire s'appuyant sur les données d'activité fournies

grâce au PMSI, une expérimentation a été menée en région Languedoc-Roussillon.

Elle a eu pour finalité d'étudier la faisabilité de l'institution d'un financement des établissements publics de santé et des établissements privés participant au service public hospitalier à partir d'un budget global partiellement ajusté à l'activité médicale définie à partir de groupes homogènes de malades et d'en mesurer l'impact sur le chiffre d'affaires par rapport au mode de détermination actuel, mais aussi de faciliter une meilleure comparaison entre établissements publics et privés.

Cette expérimentation concerne tous les établissements de santé soumis au budget global ainsi que les établissements privés conventionnés ; elle est pilotée par une commission nationale associant les représentants des acteurs concernés, Etat, caisses d'assurance maladie et établissements de santé.

Ayant débuté au mois de janvier 1994, elle s'achèvera au cours du premier semestre 1995 avec la remise d'un rapport final d'évaluation permettant d'arrêter les modalités de la généralisation des méthodes expérimentées.

Depuis l'institution de la dotation globale hospitalière, le débat sur la réforme du financement de l'hôpital public a été constant. Il a mis en lumière les défauts d'une allocation de ressources effectuée "à l'aveugle", sans appréciation du niveau d'activité et de l'efficacité de la gestion des établissements. Seul, le Gouvernement d'Edouard Balladur a eu le courage de s'attaquer à cette tâche difficile dans l'intérêt de notre système hospitalier et des malades. Votre commission s'en réjouit.

## **B. UNE POLITIQUE DE REDEPLOIEMENT HOSPITALIER COMPATIBLE AVEC LES EXIGENCES DE L'AMENAGEMENT DU TERRITOIRE**

Le Gouvernement s'est également engagé dans une courageuse politique d'adaptation de notre système hospitalier, aux besoins de la population. Là aussi, le débat était ancien : la loi d'approbation du Xème plan, adoptée en 1989, estimait le nombre de lits autorisés excédentaires à 49.000 sur un total de 300.000 lits en médecine, chirurgie et obstétrique.

Des "restructurations silencieuses" ont eu lieu depuis plusieurs années, le nombre total de lits étant passé de 340.000 lits



plus 14.000 places d'hospitalisation à temps partiel, de chirurgie ambulatoire et d'hospitalisation à domicile en 1980, soit 354.000 lits, à 300.000 aujourd'hui. Et, si 49.000 lits sont encore considérés comme excédentaires, c'est en raison de la révision à la baisse du "nombre de lits théoriques" qui correspondaient aux besoins de la population.

La loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière et la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale ont institué de nouveaux instruments de planification sanitaire que le Gouvernement a décidé d'utiliser en vue de poursuivre le mouvement d'adaptation de l'appareil sanitaire aux besoins de notre pays de manière non arbitraire et compatible avec les exigences de l'aménagement du territoire, méthode qui, il faut bien le dire, n'a pas toujours été celle qui a été retenue dans le passé.

La réforme hospitalière a ainsi créé les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) qui, aux termes de l'article L. 712-3 du code de la santé publique détermineront la "répartition géographique des installations et activités de soins (...) qui permettrait d'assurer une satisfaction optimale des besoins de la population". De tels schémas sont établis pour chaque région sanitaire, des schémas nationaux ou interrégionaux pouvant être élaborés pour certaines de ces installations ou activités de soins.

Le contenu de ces schémas a été précisé par un arrêté ministériel du 31 mars 1992 : ils devront obligatoirement concerner la médecine, la chirurgie et l'obstétrique ainsi que les activités d'urgence et de réanimation et certains appareils et équipements lourds d'imagerie médicale.

Préalablement à la négociation des SROS, le Gouvernement a entrepris ce que le ministère de la santé qualifie "d'opération vérité". Menée au cours des années 1993 et 1994, elle a consisté à faire coïncider les notions de lits autorisés, de lits installés et de lits occupés en déclarant caduques les autorisations non mises en oeuvre, en fermant les capacités hospitalières installées sans autorisation, en révisant à la baisse les projets d'établissements, chaque fois que les taux d'occupation observés s'écartaient sensiblement de taux d'occupation cibles et en fermant aussi les unités dans lesquelles les normes de sécurité ne sont pas respectées. Pour ce faire, le Gouvernement a notamment utilisé les nouveaux instruments qui ont été institués par la loi du 18 janvier 1994.

Ainsi, du 1er avril 1993 au 1er juin 1994, 5.419 lits de court séjour ont été supprimés, dont :

- 740 à la suite d'un constat de caducité,

- 2 880 à l'occasion de révisions de programmes d'établissement.

- 340 pour raisons de sécurité.

Aux termes de l'article L. 712 5 du code de la santé publique, les SROS sont arrêtés par le représentant de l'Etat dans la région après avis du comité régional de l'organisation sanitaire et sociale, qui comprend des représentants de l'Etat, des collectivités territoriales et des organismes de sécurité sociale, des établissements de santé et des établissements sociaux, ainsi que des représentants des personnels, des usagers et des professions de santé.

En métropole, 18 SROS sur 22 ont déjà été arrêtés, les derniers devant être prêts à la fin de l'année. Selon le ministère de la santé, les opérations projetées pour mettre en oeuvre ces schémas correspondent :

" à des fermetures de lits, ces opérations étant réalisées à l'occasion de la révision des projets d'établissements afin d'ajuster la capacité autorisée à l'activité réelle des établissements ;

" à des réorganisations de services dans les centres hospitaliers régionaux, les hospices civils de Lyon et l'Assistance publique de Paris ;

" à des reconversions d'activité pour motifs de sécurité ou de faible activité ;

" à des reconversions d'activité par requalification des lits de médecine en lits de soins de suite ou de réadaptation ;

" à la recherche de coopération entre établissements.

Ces restructurations seront menées dans le souci de respecter les exigences de l'aménagement du territoire.

Une circulaire du 3 juin 1993, signée par le ministre des Affaires sociales, de la santé et de la ville, le ministre de l'Intérieur et de l'aménagement du territoire et le ministre délégué à la santé est ainsi venue préciser les conditions dans lesquelles peuvent être conduits de pair les politiques de restructuration hospitalière et d'aménagement du territoire ; les instructions de cette circulaire ont été portées à la connaissance des préfets qui ont dû les prendre en considération pour l'élaboration des SROS. Nous avons vu précédemment, en ce qui concerne l'activité des petites maternités que, si un seuil minimal d'activité allait être bientôt défini, la

distance maximale separant les parturientes de la maternité la plus proche sera également prise en consideration.

### **C. UNE POLITIQUE DES PERSONNELS TENDANT A RENFORCER LA MEDICALISATION DE L'HÔPITAL PUBLIC**

Depuis plusieurs années, votre commission a dénoncé les dangers d'une progressive sous médicalisation de l'hôpital public rendue possible par l'importance du nombre de postes de praticiens hospitaliers demeurant vacants en raison d'une faible attractivité des carrières hospitalières auprès des médecins.

Un indicateur du nombre de postes vacants est constitué par le rapport entre les postes de praticiens hospitaliers publiés et ceux qui sont effectivement demandés aux termes des procédures de recrutement. En 1994, sur 2.635 postes mis au concours (premier tour de recrutement), 1.603 seulement ont été pourvus, soit un taux de 60,8 %. Ce taux est en progression par rapport à l'année dernière : il se situait alors à 53 %. Il demeure préoccupant dans les petits hôpitaux et dans certaines disciplines.

Ainsi, alors que plus de 90 % des postes publiés sont pourvus dans les CHU, ils ne sont que 55,7 % dans les établissements non CHU. En radiologie, 43 % seulement des postes demandés sont pourvus ; ce taux chute à 39 % pour l'anesthésiologie.

Il faut cependant observer que, cette année, ce sont essentiellement les établissements non universitaires qui voient leur taux de postes demandés progresser de manière significative (+ 3,5 %). En outre, les taux postes publiés/postes pourvus sont bien meilleurs cette année que l'an dernier pour certaines disciplines habituellement difficiles à pourvoir ; il en est ainsi de la radiologie pour laquelle ce taux progresse de dix points, en chirurgie (amélioration de 11 points), en gynéco-obstétrique (16 points) ou, en chirurgie polyvalente (18 points). Seule l'anesthésie reste à l'écart de ce mouvement, probablement en raison des contraintes particulières liées à cette activité.

La politique du Gouvernement en la matière s'est traduite par trois initiatives fortes.

D'abord, il a annoncé, le 29 avril dernier, qu'un effort sera accompli en vue de renforcer le nombre de praticiens titulaires au sein des établissements publics de santé. Il a notamment consisté, pour

l'année 1994, en l'attribution de 200 millions de francs afin d'améliorer la médicalisation de l'accueil des urgences à travers la création de postes supplémentaires.

Ensuite, il a engagé, le 9 octobre dernier une négociation globale sur le statut et la carrière des praticiens hospitaliers. Votre commission a maintes fois souligné le caractère indispensable d'une telle négociation, dont les résultats, qu'elle espère positifs permettront de renforcer l'attractivité des postes de praticiens hospitaliers auprès des médecins. Enfin, il a proposé dans le cadre du projet de loi portant diverses dispositions d'ordre social actuellement en navette, une mesure tendant à intégrer comme adjoints hospitaliers des personnes qui, sans posséder la nationalité ou les diplômes exigés pour l'exercice de la médecine en France, ceux des personnels actuellement employés par les établissements de santé qui auront satisfait à des épreuves nationales d'aptitude.

Votre commission se félicite que le Gouvernement ait ainsi engagé une politique courageuse sur tous les fronts : fixation du taux directeur à un niveau raisonnable et projet de réforme du financement de l'hôpital, adaptation de l'appareil hospitalier aux besoins et politique de renforcement de la médicalisation du service public hospitalier. Cette politique a déjà commencé à porter des fruits avec la généralisation de la mesure de l'activité médicale ou le plus grand nombre de postes de praticiens hospitaliers pourvus au concours qui ont été constatés cette année.

Elle souhaite cependant formuler deux remarques qui viennent un peu tempérer une appréciation très favorable de l'évolution du budget de la santé.

D'une part, votre commission souhaiterait que soit mieux prise en considération par le Gouvernement, notamment à l'occasion des négociations internationales, la situation financière délicate de certains établissements de santé qui résulte de l'importance des créances irrécouvrées liées au "tourisme médical".

D'autre part, elle souhaite attirer l'attention du Gouvernement sur les difficultés que rencontreront certains établissements en conséquence de la diminution des crédits consacrés aux subventions d'équipement sanitaire. Consciente de la nécessité de brider l'évolution de la dépense publique, elle estime cependant qu'il en va de la qualité de notre système hospitalier qui ne peut laisser indifférents tous ceux qui se préoccupent de sécurité sanitaire.

**Souhaitant encourager le Gouvernement dans cette voie et sous le bénéfice des observations formulées par le présent rapport, votre commission a émis un avis favorable à l'adoption des crédits consacrés à la santé par le projet de loi de finances pour 1995.**

## TRAVAUX DE LA COMMISSION

### I. AUDITION DU MINISTRE D'ETAT

*Le mardi 22 novembre 1994, sous la présidence de M. Jean-Pierre Fourcade, président, la commission a procédé à l'audition de Mme Simone Veil, ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville, et de M. Philippe Douste-Blazy, ministre délégué à la santé, sur les crédits de leurs départements ministériels pour 1995.*

*Mme Simone Veil a précisé que le projet de budget de son ministère pour 1995 s'élevait à 61,2 milliards de francs, soit une augmentation d'environ 6 % par rapport à l'an dernier et de 18 % par rapport à la loi de finances initiale pour 1993.*

*Puis elle a indiqué les quatre priorités de son budget : lutter contre les exclusions, moderniser notre système de santé, approfondir la politique de la ville et remotiver l'administration sanitaire et sociale.*

*En ce qui concerne la modernisation du système de santé, Mme Simone Veil a seulement évoqué quelques orientations, laissant au ministre délégué à la santé le soin de donner de plus amples détails.*

*La première priorité reste la lutte contre le Sida. Les crédits qui lui seront consacrés progresseront de 23 millions de francs et 80 emplois seront créés pour y participer.*

*La lutte contre l'alcoolisme bénéficiera de crédits en progression de presque 10 %.*

*Pour conforter le dispositif de santé des populations et de veilles sanitaires, le réseau national de la santé publique sera renforcé et en partie décentralisé. L'Etablissement français des greffes, récemment créé, recevra des dotations dans le cadre du collectif budgétaire et l'amélioration de la sécurité périnatale et du réseau des urgences fera l'objet d'un effort particulier.*

*Elle a rappelé que la maîtrise des dépenses de santé serait abordée lors du débat spécifique organisé devant la Haute Assemblée le 8 décembre.*

*Enfin, Mme Simone Veil a indiqué que l'administration des affaires sociales, de la santé et de la ville avait fait l'objet d'une réflexion approfondie portant notamment sur son organisation et sa modernisation.*

*Un comité de réorganisation et de déconcentration de l'administration a été mis en place en 1994. Parallèlement, la réorganisation des services déconcentrés du ministère a donné lieu à un projet de décret qui, s'inspirant de l'expérience des Directions régionales des institutions sanitaires et sociales (DRISS) sans*

toutefois la généraliser, a pour première ambition d'améliorer la coordination entre les Directions régionales d'action sanitaire et sociale (DRASS) et les Directions départementales d'action sanitaire et sociale (DDASS). Un plan triennal de modernisation des services déconcentrés accompagnera cette réforme.

S'agissant des moyens humains du ministère, elle a précisé qu'outre 80 créations de postes destinés à renforcer la lutte contre le Sida, elle a obtenu que 100 recrutements supplémentaires soient opérés en 1995. Ces recrutements de catégorie A et B concerneront avant tout les services déconcentrés. Ils contribueront notamment à améliorer la tutelle hospitalière et à renforcer les services "santé-environnement". En administration centrale, un bureau de radioprotection sera créé et la direction de l'action sociale sera renforcée, de même que la direction de la sécurité sociale. Un effort a également été fait en faveur du régime indemnitaire de certaines catégories d'agents.

Enfin, elle a estimé que les moyens de fonctionnement matériel du ministère avaient été préservés. Dans le projet de budget pour 1995, les moyens de l'administration centrale -hors personnel- connaissent une très faible baisse tandis qu'ils progressent de 3 % dans les services déconcentrés.

M. Philippe Douste-Blazy, ministre délégué à la santé, a ensuite présenté les crédits de son ministère pour 1995 qui, malgré un contexte budgétaire très tendu, sont en augmentation et atteignent 2,863 milliards de francs.

Cet effort soutenu est la traduction concrète de la priorité que le Gouvernement accorde, depuis plus d'un an et demi maintenant, à la santé publique dans toutes ses dimensions.

Le budget de la santé comportera trois priorités : la lutte contre le Sida, la lutte contre la toxicomanie ainsi que la veille et la sécurité sanitaires.

La lutte contre le Sida restera en 1995 une priorité absolue, notre pays affrontant à cet égard une véritable situation d'urgence sanitaire.

Face à cette situation, des moyens exceptionnels ont été dégagés : aux crédits ouverts en loi de finances pour 1994, qui atteignaient 267 millions de francs, soit une augmentation de 26 %, il faut ajouter les moyens supplémentaires dégagés en cours d'année : 60 millions de francs par décret d'avance, à la suite des recommandations du professeur Montagnier, et 100 millions de francs annoncés par le Premier ministre à la suite de l'opération Sidaction.

En 1995, cet effort sera poursuivi : 23 millions de francs de mesures nouvelles permettront de renforcer les programmes existants -qu'il s'agisse de prévention ou de prise en charge des malades- en particulier afin d'aménager des appartements thérapeutiques ou de mettre en oeuvre des dispositifs d'aide à la vie quotidienne pour les malades.

*D'importantes réformes ont été conduites au cours de l'année écoulée. Toutes vont dans le sens d'une meilleure coordination interministérielle et d'une rationalisation des moyens de lutte contre l'épidémie.*

*M. Philippe Douste-Blazy, ministre délégué à santé, a estimé qu'il conviendra de continuer à mieux articuler et à déconcentrer les actions de prévention et les actions de prise en charge extra-hospitalière des malades.*

*Les actions de prévention -et en particulier tout ce qui touche à l'information du public- seront renforcées : aux campagnes de prévention grand public s'ajouteront les actions de proximité, notamment en direction des jeunes, en étroite coordination avec le ministère de l'éducation nationale, mais aussi des populations particulièrement exposées et qui sont aussi les plus difficiles à atteindre.*

*La deuxième priorité du budget de la santé est la lutte contre la toxicomanie.*

*Notre pays compte en effet près de 150.000 héroïnomanes, qui constituent aussi l'une des populations les plus exposées aux risques de contamination par le virus du Sida.*

*Le Gouvernement s'est fixé un programme ambitieux sur trois ans : doublement des places de post-cure, développement de programmes d'échange de seringues, élargissement des possibilités de traitement par la méthadone à plusieurs centaines de toxicomanes.*

*En 1995, les crédits affectés à la lutte contre la toxicomanie connaîtront une croissance exceptionnelle de + 27,5 % et atteindront 678 millions de francs.*

*Ces moyens importants permettront de mieux satisfaire trois séries de priorités.*

*Il s'agit, tout d'abord, de développer simultanément les capacités de prise en charge et les structures d'hébergement des toxicomanes.*

*En deux ans, le nombre de places d'hébergement est ainsi passé de 650 à 1.100.*

*Il faut, ensuite, diversifier les modes de prise en charge des toxicomanes, notamment grâce aux possibilités offertes par la prescription de méthadone : la méthadone favorise, en effet, dans des proportions importantes la stabilisation affective et sociale des personnes ainsi traitées, et ce traitement constitue une étape essentielle de leur réinsertion.*

*Il faut, enfin, tout mettre en oeuvre pour que l'accès aux soins des toxicomanes soit chaque jour plus facile.*

*Le renforcement de notre dispositif de veille et de sécurité sanitaires constitue la troisième priorité du ministère de la santé pour 1995.*



*L'attention portée aux exigences de veille et de sécurité sanitaires constitue l'un des changements les plus marquants des dix dernières années. Il s'agit sans doute aussi de l'un des défis majeurs que la puissance publique aura à relever au cours des années qui viennent.*

*Ici encore, le drame du sang contaminé a été le révélateur des carences de notre système de santé.*

*Un effort important a été accompli l'an dernier. Il a permis de renforcer considérablement le réseau national de santé publique et d'améliorer la coordination entre les différentes structures chargées de la veille sanitaire et de l'épidémiologie.*

*Beaucoup a été fait pour renforcer nos capacités en matière de veille et de sécurité sanitaires : la création de l'Établissement français des greffes, la transformation du service de protection contre les radiations ionisantes en établissement public ou l'amélioration de la sécurité périnatale et du réseau des urgences en ont été les exemples les plus marquants.*

*Cet effort sera prolongé et amplifié en 1995.*

*Ainsi, le dispositif de lutte contre le cancer sera profondément réorganisé et amplifié, avec la création d'un conseil d'orientation stratégique de lutte contre le cancer pour coordonner l'action des différentes structures de lutte contre le cancer et la mise en oeuvre du programme de dépistage du cancer du sein.*

*Un effort de même ampleur sera engagé pour la prévention et la prise en charge des maladies cardio-vasculaires avec la création de plusieurs centres de prévention de l'artériosclérose.*

*M. Philippe Douste-Blazy, saluant l'action entreprise par M. Lucien Neuwirth en matière de lutte contre la douleur, a annoncé qu'un programme ambitieux serait engagé dans cette direction, avec la création de centres pilotes de lutte contre la douleur.*

*Après avoir souligné que l'effort du Gouvernement pour favoriser l'accès aux soins des plus démunis serait amplifié en 1995, notamment par la création de réseaux d'accès aux soins, une plus grande ouverture des consultations des médecins généralistes à l'hôpital aux plus démunis et le développement des réseaux ville*

*-hôpital, le ministre délégué a évoqué les problèmes hospitaliers.*

*Il a estimé que l'hôpital devait voir conforté son rôle pivot dans le système de soins et devait aussi garantir la sécurité et la qualité de l'offre de soins : 550 millions de francs sont ainsi prévus dans le cadre du taux directeur hospitalier pour le renforcement de la sécurité des malades.*

*Les investissements hospitaliers qui s'élèvent à plus de 20 milliards de francs chaque année y contribueraient également largement. Le ministère de la santé y apportera son concours par des subventions d'investissement (400 millions de francs sont prévus à cet effet) et par la prise en charge de surcoûts d'emprunt pour*

lesquels une enveloppe spécifique est prévue dans le cadre du taux directeur hospitalier pour 1995.

**M. Louis Boyer, rapporteur pour avis du budget de la santé, a interrogé le ministre délégué sur le bilan de l'élaboration des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) et sur ses projets de réforme du financement des établissements de santé, sur l'état d'avancement des négociations conventionnelles entre le comité économique du médicament et les laboratoires pharmaceutiques et des négociations sur le statut des praticiens hospitaliers. Il lui a également demandé quelles étaient les perspectives pour 1995 en matière de maîtrise médicalisée des dépenses de santé.**

**M. Philippe Douste-Blazy, ministre délégué à la santé, a indiqué à M. Louis Boyer, rapporteur pour avis que 18 SROS sur 22 ont déjà été conclus en métropole et 2 outre-mer. Il a fait part de son souhait de modifier rapidement les modalités d'allocation des ressources à l'hôpital public afin qu'elles prennent désormais en considération l'activité médicale des établissements.**

*Evoquant les négociations conventionnelles sur le médicament, il a précisé que 40 conventions avec des laboratoires représentant les deux tiers du chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique étaient en cours de négociation ; il a admis que les moyens humains dont disposait le comité économique du médicament ne seraient peut-être pas assez importants au regard de l'ampleur de la tâche à accomplir. Il a estimé que la maîtrise médicalisée des dépenses de soins ambulatoires avait été un succès, ces dépenses ayant progressé d'environ 2,5 % en 1994, alors que leur taux prévisionnel d'évolution avait été fixé par les partenaires conventionnels à 3,4 %. Il a souligné l'importance d'un aboutissement rapide des négociations en matière de codage des actes.*

*Il a enfin précisé qu'il avait bon espoir que les négociations en cours sur le statut des praticiens hospitaliers se soldent par un succès.*

**Mme Marie-Claude Beaudeau a demandé au ministre délégué si les suppressions des lits prévus par les SROS se feraient aux dépens des besoins en lits pour accueillir des malades du Sida et s'il serait possible d'instituer un principe de gratuité des soins pour les enfants de moins de six ans.**

**Mme Marie-Madeleine Dieulangard a estimé que la prise en charge médico-sociale des patients atteints du Sida rencontrait des difficultés dans la mesure où aucune institution n'était obligée d'en assumer le financement.**

*Elle a également évoqué le problème de la formation des personnels des services de soins à domicile, désormais appelés à s'occuper de ces malades alors qu'ils prenaient presque uniquement en charge, dans le passé, des personnes âgées. Elle a regretté que le ministre délégué n'ait pas assez parlé de la lutte contre l'alcoolisme et de la prévention de la toxicomanie dans les lycées.*

*Répondant aux orateurs, M. Philippe Douste-Blazy, ministre délégué, a indiqué qu'il n'était pas question de fermer des lits susceptibles d'accueillir des malades du Sida. Il s'est prononcé contre l'institution d'un principe de gratuité totale des soins délivrés aux enfants de moins de six ans sans considération des ressources de leurs parents, estimant à cet égard que le véritable enjeu pour les populations démunies était plutôt l'accès aux soins qu'une gratuité dont elles bénéficiaient déjà. Il a souligné l'effort accompli en faveur de la lutte contre l'alcoolisme, qui bénéficiera cette année de 15 millions de francs supplémentaires et a indiqué qu'une fraction du taux directeur d'évolution des budgets hospitaliers serait consacrée au suivi médico-social des personnes atteintes du Sida.*

## II. EXAMEN DE L'AVIS

*Réunie le mardi 29 novembre 1994 sous la présidence de M. Jean-Pierre Fourcade, président, la commission a procédé à l'examen du rapport de M. Louis Boyer, rapporteur pour avis, sur les crédits consacrés à la santé et la politique hospitalière par le projet de loi de finances pour 1995.*

*M. Louis Boyer, rapporteur pour avis, a d'abord observé qu'alors que les dépenses publiques, en 1995, seront simplement reconduites en volume, les crédits consacrés à la santé connaîtront une augmentation de 61 millions de francs, soit 2,19 % de plus que l'année dernière : ils s'élèveront ainsi à 2.863 millions de francs.*

*Il a indiqué que cette augmentation serait particulièrement forte pour les trois actions prioritaires du ministère en 1995, à savoir la lutte contre l'alcoolisme, la toxicomanie et le Sida, la veille et la sécurité sanitaires et la formation des professions médicales et paramédicales et qu'elle était sensible pour les crédits de fonctionnement, qui progressent de 5,45 % ; en revanche, elle est inexistante pour les dépenses en capital, qui régresseront.*

*Il a ensuite examiné successivement les priorités de l'action du ministère de la santé pour 1995, les résultats encourageants de la politique de maîtrise des dépenses de santé et le renouveau d'une politique hospitalière qui rompt avec des années d'immobilisme.*

*Présentant les crédits de lutte contre la toxicomanie, il a indiqué qu'ils étaient en augmentation de 27 % pour 1995, augmentation qui consacre le caractère prioritaire de la lutte contre les dépendances en poursuivant l'effort entrepris par le Gouvernement depuis deux ans.*

*Il a rappelé que l'on évaluait à 150.000 le nombre de toxicomanes en France, que la moitié d'entre eux était en pratique exclue du système de soins et que le tiers des toxicomanes par voie intraveineuse était atteint du Sida. Il avait estimé que cette situation d'urgence sanitaire avait été appréciée à sa juste mesure par le Gouvernement, le Premier ministre ayant demandé qu'une réflexion soit entreprise sur ce sujet dès son entrée en fonction.*

*Après avoir rappelé les mesures prises depuis deux ans, il a indiqué que l'effort serait poursuivi en 1995, le retard accumulé dans la lutte contre la toxicomanie depuis des années ne permettant aucun relâchement de son intensité.*

*Trois priorités seront mises en oeuvre : développer les capacités de prise en charge et les structures d'hébergement des toxicomanes, accroître les possibilités de traitement de substitution par la méthadone et améliorer l'accès aux soins des toxicomanes. Cette politique permettra de lutter contre la marginalisation croissante d'une fraction importante de la population des toxicomanes, le recours à la méthadone et la création de lieux de contact permettant, à terme, de favoriser leur réinsertion sociale.*

*Examinant les crédits consacrés à la lutte contre le Sida, il a indiqué que ceux-ci, en progression de 9 %, atteindraient, en 1995, près de trois cents millions de francs. Il a observé que cette augmentation faisait suite à la progression d'un quart qui avait été constatée en 1994.*

*Il a précisé que notre pays comptait en 1992 entre 77.000 et 145.000 séropositifs, 5.478 cas de Sida ayant été déclarés en 1993 et 2.791 au cours du premier semestre de cette année en France métropolitaine.*

*Les actions de dépistage de la population ont été renforcées, avec la création de nouveaux centres de dépistage anonyme et gratuit. Alors que 187 centres fonctionnaient à la fin de l'année 1993, une vingtaine de nouveaux lieux ont ainsi été ouverts au cours du premier semestre 1994.*

*La politique de lutte contre le Sida a fait l'objet d'un rapport rédigé par le Professeur Luc Montagnier, qui a été remis au Premier ministre le 1er décembre 1993.*

*Conformément aux conclusions de ce rapport, plusieurs décisions importantes ont été prises le 17 février 1994, au premier rang desquelles figure la création d'un comité interministériel présidé par le Premier ministre et la dissolution de l'Agence française de lutte contre le Sida dont les missions seront désormais exercées par la Direction générale de la santé.*

*En 1995, les moyens des réseaux ville-hôpital, auxquels la Direction générale de la santé a consacré 82 millions de francs en 1994, seront confortés.*

*La politique de lutte contre le Sida en 1995 sera également particulièrement marquée par un renforcement de la dynamique interministérielle à travers l'action du comité des directeurs des administrations centrales plus particulièrement concernées.*

*Après avoir rappelé que, l'an dernier, il n'avait pas manqué de regretter qu'un effort plus important ne soit pas accompli en matière de lutte contre l'alcoolisme, M. Louis Boyer, rapporteur pour avis, a constaté avec satisfaction que les crédits inscrits au chapitre 47-17 représentaient cette année 183 millions de francs, soit 15,7 millions de francs supplémentaires et une augmentation de 9,4 % ; ces crédits permettront aux centres d'alcoologie d'assumer*

leur mission dans de meilleures conditions. Evoquant la veille et la sécurité sanitaires, il a rappelé que l'Agence du médicament et l'Agence française du sang avaient ainsi été mises en place en 1993, la convention institutive du Laboratoire français du fractionnement et des biotechnologies ayant été conclue le 20 janvier 1994. L'Établissement français des greffes a été créé par la loi du 18 janvier 1994 et le service de protection contre les radiations ionisantes a été transformé en établissement public au cours de la même année.

Parallèlement ont été mis en oeuvre des plans d'amélioration de la sécurité périnatale, du réseau des urgences et de lutte contre les infections nosocomiales.

Enfin, le réseau national de santé publique et les observatoires régionaux de la santé ont bénéficié, en 1994, d'un effort financier très important.

Dans la deuxième partie de son rapport, M. Louis Boyer, rapporteur pour avis, a examiné les résultats très encourageants de la politique de maîtrise des dépenses de santé. Depuis son entrée en fonctions, le Gouvernement s'est en effet engagé dans une politique vigoureuse de maîtrise des dépenses de santé. Dès la fin du mois de juin, constatant l'importance des déficits passés et prévisionnels de l'assurance maladie, il a annoncé un plan de sauvegarde de l'assurance maladie qui a demandé aux assurés sociaux et aux professionnels de santé des efforts d'une égale intensité. Un peu plus d'un an après, l'on constate que les objectifs que s'était assignés le Gouvernement sont atteints. Certes, l'assurance maladie connaîtra encore cette année un déficit important. Mais ce déficit résultera essentiellement de la situation très dégradée des recettes de l'assurance maladie, et non pas de l'évolution des dépenses.

Les efforts demandés aux assurés sociaux ont porté leurs fruits: grâce à la hausse de 5 points du ticket modérateur, à celle du forfait hospitalier et à la mise en place de l'ordonnancier "bi-zone" pour les personnes exonérées de ticket modérateur, 10 milliards de francs ont été économisés.

De nouvelles conventions ont été conclues avec les médecins, les chirurgiens dentistes et les masseurs-kinésithérapeutes ; un accord cadre a été signé entre l'État et les représentants de l'industrie pharmaceutique.

Ces accords ou conventions sont très importants, car le respect des mécanismes de maîtrise médicalisée des dépenses de santé qu'ils prévoient exige un profond changement des mentalités des professionnels de santé. Ils devraient, à terme, non seulement permettre le freinage de l'évolution des dépenses de l'assurance maladie, mais aussi modifier profondément la physionomie de notre système de santé dans un sens très positif pour la qualité des soins.

Au cours des négociations des avenants annuels, le Gouvernement a incité les partenaires conventionnels à retenir des objectifs prévisionnels d'évolution de dépenses cohérents et ambitieux. Ainsi, un même objectif de 3.4% a été fixé pour les

médecins, les laboratoires d'analyses de biologie médicale et l'industrie pharmaceutique. M. Louis Boyer, rapporteur pour avis, a estimé qu'il était très sain, comme le fait le Gouvernement, de demander à chacun d'accomplir le même effort.

Dans la troisième partie de son rapport, M. Louis Boyer, rapporteur pour avis, a examiné la politique hospitalière du Gouvernement.

Elle comporte trois volets indissociables : la fixation d'un taux directeur pour 1995 à un niveau raisonnable et la mise en oeuvre d'expérimentations préalables à une réforme du financement de l'hôpital, une politique de redéploiement hospitalier compatible avec l'objectif d'aménagement du territoire et une politique des personnels visant à remédier à une sous-médicalisation croissante de l'hôpital public.

Les trois volets de cette politique visent à mettre un terme à une tendance à l'immobilisme très marquée au cours des dix dernières années ; ils tendent à adapter l'hôpital aux besoins de la population, tant sur le plan quantitatif que qualitatif, d'une manière compatible avec l'objectif de maîtrise des dépenses de santé.

M. Louis Boyer, rapporteur pour avis, a rappelé qu'il avait souligné, l'année dernière, le caractère insuffisant et assez peu réaliste du niveau du taux directeur hospitalier, qui avait été fixé pour l'année 1994 à 3,35 %. Il a estimé que le taux directeur pour l'année 1995 avait été fixé à un niveau raisonnable de 3,8 % et qu'il ne remettait pas en cause la politique de maîtrise de l'évolution des dépenses hospitalières amorcée avec l'institution de la dotation globale, qui a permis sa très nette décélération depuis 1985.

Il a indiqué que le Gouvernement s'était engagé dans un processus de réforme du financement de l'hôpital public tendant à fonder, à l'avenir, la répartition de la dotation globale sur une appréciation de l'activité des établissements.

Dans cette perspective, il entend parvenir dans de brefs délais à la généralisation du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) qui constitue un utile instrument d'évaluation de l'activité hospitalière.

En outre, en vue de mettre en place un processus de négociation et d'allocation budgétaire s'appuyant sur les données d'activité fournies grâce au PMSI, il a mené une expérimentation en région Languedoc-Roussillon.

Ayant débuté au mois de janvier 1994, elle s'achèvera au cours du premier semestre 1995 avec la remise d'un rapport final d'évaluation permettant d'arrêter les modalités de la généralisation des méthodes expérimentées.

M. Louis Boyer, rapporteur pour avis, a rappelé que depuis l'institution de la dotation globale hospitalière, le débat sur la réforme du financement de l'hôpital public avait été constant. Il a mis en lumière les défauts d'une allocation de ressources effectuée "à l'aveugle", sans appréciation du niveau d'activité et de l'efficacité de la gestion des établissements. Mais il restait à s'attaquer à cette tâche

difficile dans l'intérêt de notre système hospitalier et des malades. C'est ce qu'a entrepris le Gouvernement, qui s'est également engagé dans une politique d'adaptation de notre système hospitalier aux besoins de la population. Là aussi, le débat était ancien : la loi d'approbation du Xe plan, adoptée en 1989, estimait déjà le nombre de lits excédentaires à 60.000.

Si, au cours des années récentes, le nombre de lits a été réduit, cette réduction s'est faite d'une manière trop arbitraire: elle a affecté tous les établissements, qu'ils soient performants ou non.

La nouvelle politique de restructuration hospitalière est plus ambitieuse: elle vise à restructurer notre appareil hospitalier en prenant en considération les niveaux d'activité, la sécurité sanitaire et l'aménagement du territoire. Ainsi, pour les maternités, le Gouvernement s'apprête à définir un seuil minimal d'activité en-deça duquel la sécurité sanitaire ne serait pas garantie. Il entend bien faire en sorte, aussi, que la durée du trajet que doivent parcourir les parturientes pour rejoindre la maternité ne soit pas trop long, faute de quoi, soit la sécurité sanitaire ne serait absolument pas garantie, soit seraient pratiquées des hospitalisations précoces, inutiles et coûteuses.

M. Louis Boyer, rapporteur pour avis, a rappelé qu'il avait maintes fois dénoncé, devant la commission et en son nom, la menace de sous-médicalisation qui affectait l'hôpital public. Elle se manifeste notamment par l'insuffisante attractivité des concours de praticien hospitalier auprès des jeunes médecins.

Le Gouvernement a entrepris, dans un souci de sécurité sanitaire, de renforcer cette médicalisation. Dès le 29 avril dernier, il s'est engagé à débloquer des moyens nouveaux, comme les 200 millions de francs destinés à la médicalisation des urgences. Il a également engagé, au mois d'octobre, des négociations globales sur le statut et la carrière des praticiens hospitaliers.

Cette politique commence déjà à porter des fruits. Ainsi, en 1994, le nombre de postes de praticiens hospitaliers mis au concours et pourvus est passé de 58% à 61%. Mieux, ce taux a progressé plus vite dans les petits hôpitaux que dans les CHU. Il a également progressé très fortement dans des disciplines qui étaient jusqu'ici très mal loties, telles que la radiologie, la chirurgie ou la gynécologie pour lesquelles le taux de postes pourvus au concours s'était amélioré de 10 points. Seule l'anesthésie reste à l'écart de ce mouvement : ceci semble dû aux contraintes particulières que connaît cette spécialité.

Compte tenu de ces observations, M. Louis Boyer, rapporteur pour avis, a proposé à la commission d'adopter les crédits consacrés à la politique de la santé dans le projet de loi de finances pour 1995.

M. Jean Chérioux a regretté que les campagnes de prévention ou d'information sur le Sida évoquent trop rarement le risque de contamination des autres et qu'elles se limitent à susciter des réflexes défensifs d'auto-protection.

*Il a également évoqué les difficultés financières rencontrées par les établissements de santé en raison de l'importance du "tourisme médical" pratiqué par les ressortissants de certains Etats proches de la France, par leur géographie ou par leur histoire.*

*M. Charles Descours s'est inquiété d'une récente décision de justice qualifiant la méthadone de stupéfiant ; il a estimé qu'elle était en contradiction avec le renforcement, souhaité par le Gouvernement, des possibilités de traitement des toxicomanes par substitution.*

*M. Franck Sérusclat a demandé à M. Louis Boyer, rapporteur pour avis, quels étaient les crédits consacrés par le budget de la santé à la recherche en matière de Sida.*

*Il s'est interrogé sur la réalité de la baisse des prescriptions en médecine ambulatoire.*

*Il a souligné les conséquences du développement des techniques de l'information et leur application à la médecine, en évoquant notamment la télé médecine et la téléchirurgie.*

*M. Claude Huriet a interrogé le rapporteur pour avis sur l'évolution des crédits d'investissement du ministère. Il a estimé que le programme de médicalisation de systèmes d'information (PMSI) constituait un outil d'analyse de l'activité de l'hôpital très grossier et peu adapté.*

*M. Henri Belcour a évoqué la réforme des urgences. Il a interrogé le rapporteur pour avis au sujet de l'application des protocoles Durieux et Durafour, en particulier en ce qui concernait l'uniformisation de la durée annuelle de congés des personnels hospitaliers.*

*M. Jean Madelain a évoqué la politique des prix des médicaments, estimant qu'il n'était pas normal que des spécialités ayant un effet thérapeutique équivalent soient commercialisées à des prix situés sur une échelle de un à dix.*

*M. Jean-Pierre Fourcade, président, a indiqué que le Gouvernement faisait fausse route en ne renforçant pas la décentralisation de la gestion de l'hôpital par l'augmentation des pouvoirs des conseils d'administration. M. Jacques Machet a enfin évoqué la situation des petites maternités.*

*M. Louis Boyer, rapporteur pour avis, a déclaré partager l'analyse de M. Jean Chérioux au sujet des campagnes d'information sur le Sida, observant toutefois que des efforts avaient été faits en vue de responsabiliser les français. Il a indiqué que le montant des créances irrécouvrées de l'Assistance Publique s'élevait à plusieurs milliards et que la moitié concernait des personnes de nationalité étrangère. M. Jean-Pierre Fourcade, président, a demandé à M. Louis Boyer, rapporteur pour avis, de faire référence à ce problème dans son rapport.*

*Répondant à M. Charles Descours, ce dernier a précisé qu'une autorisation de mise sur le marché serait probablement accordée à la méthadone au début de l'année prochaine.*



*Il a indiqué à M. Franck Sérusclat que les crédits de recherche sur le Sida n'étaient pas inscrits au budget de la santé et que la baisse des prescriptions en médecine ambulatoire avait été réelle. Il a déclaré partager son analyse sur les conséquences du développement de la télémédecine et de la téléchirurgie.*

*Répondant à M. Claude Huriet, M. Louis Boyer, rapporteur pour avis, a indiqué que, pour l'instant, le programme de médicalisation des systèmes d'information constituait le seul outil disponible pour analyser l'activité de l'hôpital. Il a observé que l'intérêt de l'expérience menée en région Languedoc-Roussillon était précisément de tester sa fiabilité. Il s'est associé aux regrets manifestés par M. Claude Huriet au sujet de l'évolution de crédits consacrés aux subventions d'équipement sanitaire. Il a également fait siennes les observations de MM. Jean Madelain et Jacques Machet et a indiqué qu'il interrogerait le ministère de la santé au sujet des congés des personnels hospitaliers.*

*La commission a émis un avis favorable à l'adoption des crédits consacrés à la politique de la santé par la loi de finances pour 1995.*