

N° 95

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2007-2008

Annexe au procès-verbal de la séance du 22 novembre 2007

AVIS

PRÉSENTÉ

au nom de la commission des Affaires sociales (1) sur le projet de loi de finances pour 2008, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE,

TOME IV

SANTÉ

Par M. Alain MILON,

Sénateur.

(1) Cette commission est composée de : M. Nicolas About, *président* ; MM. Alain Gournac, Louis Souvet, Gérard Dériot, Jean-Pierre Godefroy, Mme Claire-Lise Campion, MM. Bernard Seillier, Jean-Marie Vanlerenberghe, Mme Annie David, *vice-présidents* ; MM. François Autain, Paul Blanc, Jean-Marc Juilhard, Mmes Anne-Marie Payet, Gisèle Printz, *secrétaires* ; Mme Jacqueline Alquier, MM. Jean-Paul Amoudry, Gilbert Barbier, Pierre Bernard-Reymond, Mme Brigitte Bout, MM. Jean-Pierre Cantegrit, Bernard Cazeau, Mmes Isabelle Debré, Christiane Demontès, Sylvie Desmarescaux, Muguette Dini, M. Claude Domeizel, Mme Bernadette Dupont, MM. Michel Esneu, Jean-Claude Etienne, Guy Fischer, Jacques Gillot, Francis Giraud, Mmes Françoise Henneron, Marie-Thérèse Hermange, Gérita Hoarau, Annie Jarraud-Vergnolle, Christiane Kammermann, MM. Marc Laménie, Serge Larcher, André Lardeux, Dominique Leclerc, Mme Raymonde Le Texier, MM. Roger Madec, Jean-Pierre Michel, Alain Milon, Georges Mouly, Mmes Catherine Procaccia, Janine Rozier, Michèle San Vicente-Baudrin, Patricia Schillinger, Esther Sittler, MM. Alain Vasselle, François Vendasi.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (13^{ème} législ.) : 189, 276 à 281 et T.A. 49

Sénat : 90 et 91 (annexe n° 27) (2007-2008)

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
AVANT-PROPOS	7
I. DES MOYENS CONSTANTS POUR LES ACTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE ET DE PRÉVENTION	9
A. UNE SOUS-DOTATION CHRONIQUE POUR LE PILOTAGE DE LA POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE	10
1. <i>Des moyens systématiquement insuffisants</i>	10
2. <i>Une politique qui repose sur deux opérateurs majeurs</i>	14
a) L'Inpes au service de la prévention	14
b) L'INCa sur la voie de la bonne gouvernance	17
B. LES DÉTERMINANTS DE SANTÉ : AGIR EN AMONT	19
1. <i>Poursuivre la lutte contre les pratiques à risque</i>	19
a) L'alcool et le tabac, des drogues légales	20
b) Le volet sanitaire de la lutte contre la toxicomanie en perte de vitesse	21
c) La prévention des risques liés à une mauvaise alimentation	22
2. <i>Limiter les agressions extérieures</i>	24
a) Le plan national de santé environnementale	24
b) Le plan « violence et santé »	25
C. LES PATHOLOGIES À FORTE MORBIDITÉ/MORTALITÉ AU CŒUR DE LA POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE	26
1. <i>Vers un second plan cancer ?</i>	26
2. <i>Un effort louable pour la lutte contre les maladies infectieuses</i>	29
a) Des actions ciblées contre le Sida et les infections sexuellement transmissibles	29
b) Une dotation toujours insuffisante pour le programme de lutte contre les hépatites	31
c) Des crédits en progression pour la prévention des maladies infectieuses	32
3. <i>Un saupoudrage des moyens pour les autres pathologies</i>	32
a) Un plan santé mentale très en deçà des enjeux	32
b) Une dotation symbolique pour les autres plans	34
D. L'ACTION « QUALITÉ DE LA VIE ET HANDICAPS » PORTÉE PAR LE PLAN ALZHEIMER	34
1. <i>Les pathologies de l'enfance et de la périnatalité</i>	35
2. <i>Les pathologies de l'âge adulte</i>	36
3. <i>Les pathologies liées au vieillissement et à la fin de vie</i>	36
II. UN RECENTRAGE DES ACTIONS EN FAVEUR DE L'OFFRE ET DE LA QUALITÉ DES SOINS	39
A. PROMOUVOIR L'ACCÈS DE TOUS À UNE PRISE EN CHARGE SANITAIRE DE QUALITÉ	39
1. <i>Des professionnels bien formés, gages d'une offre de soins de haut niveau</i>	39
2. <i>Inciter les professionnels de santé à recevoir tous les patients</i>	42

B. VERS UN DÉSENGAGEMENT PROGRESSIF DE L'ETAT ?	44
1. <i>Une enveloppe budgétaire resserrée sur les actions prioritaires</i>	44
2. <i>La régionalisation de l'organisation des soins se poursuit</i>	45
a) Le développement des agences régionales	45
b) Des opérateurs nationaux de moindre envergure.....	47
III. LA MIDLT SE CONCENTRE SUR LA COORDINATION DE LA POLITIQUE DE LUTTE CONTRE LA DROGUE ET LA TOXICOMANIE.	51
A. UNE CLARIFICATION BIENVENUE DU RÔLE DES DIFFÉRENTS ACTEURS	51
1. <i>Un retour au positionnement originel de la Mildt</i>	51
2. <i>Une traduction budgétaire qui intervient dès 2008</i>	53
a) Une diminution sensible des crédits.....	53
b) La coordination interministérielle au cœur du programme	54
c) Des moyens très limités pour l'expérimentation	56
3. <i>Un recadrage des autres opérateurs</i>	57
B. UNE POLITIQUE À POURSUIVRE.....	59
1. <i>Une consommation encore élevée de substances psychoactives</i>	59
a) La consommation de drogues en France.....	59
b) Des conséquences dramatiques	61
2. <i>Une réponse internationale indispensable</i>	62
TRAVAUX DE LA COMMISSION	65
I. AUDITION DU MINISTRE	65
II. EXAMEN DE L'AVIS	71

Les crédits de la mission « Santé » pour 2008

Programmes	Crédits de paiement (en euros)	Variation 2008/2007 (en %)
Santé publique et prévention	290 272 040	+ 0,6
Pilotage de la politique de santé publique	30 941 738	- 1,3
Déterminants de santé	34 761 624	+ 10,5
Pathologies à forte morbidité/mortalité	214 471 534	- 2,0
Qualité de la vie et handicaps	10 097 144	+ 47,0
Offre de soins et qualité du système de soins	113 497 131	+ 9,3
Niveau et qualité de l'offre de soins	72 838 463	+ 9,4
Modernisation du système de soins	40 658 668	+ 14,0
Drogue et toxicomanie	26 581 715	- 26,7
Coordination interministérielle des volets préventif, sanitaire et répressif	24 581 715	- 22,5
Expérimentation de nouveaux dispositifs partenariaux de prévention, de prise en charge et d'application de la loi	500 000	- 83,6
Coopération internationale	1 500 000	0
Total mission « Santé »	430 350 886	+ 0,4

Mesdames, Messieurs,

La mission « Santé » assure le financement, par l'Etat, des grands objectifs de santé publique tels que définis par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique : **la prévention et la prise en charge des pathologies, la gestion de l'offre de soins et le pilotage de la lutte contre la drogue et la toxicomanie**. A chacun correspond un programme : « santé publique et prévention », « offre de soins et qualité du système de soins » et « drogue et toxicomanie », dont le poids varie au sein de la mission.

Toutefois, cette mission ne représente qu'**une part mineure des moyens affectés par les pouvoirs publics à la politique de santé**, puisque de nombreuses dépenses fiscales y sont affectées, que l'assurance maladie assure les dépenses de prise en charge médicale, que la mission « Sécurité sanitaire » finance les actions de prévention du risque sanitaire et que les frais de personnels sont imputés sur la mission « Solidarité, insertion et égalité des chances ».

Après deux exercices budgétaires d'augmentation des crédits (10 % en 2006, puis 7,5 % en 2007), le projet de budget pour 2008 prévoit pour la mission « Santé » une **dotation stable de 430 millions d'euros** de crédits de paiement.

2008 sera, en effet, une **année de transition** : de nombreux plans de santé publique sont arrivés ou arriveront à échéance dans les prochains mois et il conviendra d'en établir le bilan avant, le cas échéant, de mettre en œuvre de nouveaux projets.

Deux changements notables méritent cependant d'être mentionnés : le **lancement du nouveau plan Alzheimer 2008-2012**, qui bénéficie d'un effort budgétaire important de la part de l'Etat et de nouvelles sources de financement de l'assurance maladie, et le **recentrage**, longtemps réclamé par votre commission, **du rôle de la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie** (Mildt) comme coordonnateur des politiques menées dans ce domaine.

I. DES MOYENS CONSTANTS POUR LES ACTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE ET DE PRÉVENTION

Le programme « santé publique et prévention » est, de très loin, le plus important de la mission « Santé ». De fait, il a pour finalité de concevoir et piloter la politique de santé publique, selon les **cent objectifs fixés par la loi du 9 août 2004**, de promouvoir l'éducation pour la santé, de diminuer la mortalité et la morbidité évitables, d'améliorer la qualité de vie des personnes malades et de réduire les inégalités de santé et d'accès à la prévention.

Il sera doté, en 2008, de **290,3 millions d'euros**, soit près de **70 % des crédits** affectés à la mission. Ces moyens, constants par rapport à 2007 (+ 0,6 %), sont inégalement répartis entre **quatre actions** : « pilotage de la politique de santé publique », « déterminants de santé », « pathologies à forte morbidité/mortalité » et « qualité de la vie et handicaps ».

Le maintien global du niveau des crédits du programme « santé publique et prévention » ne doit pas obérer l'**effort produit en faveur des maladies neurodégénératives**, financé sur l'action « qualité de la vie et handicap » qui enregistre, à ce titre, une augmentation de près de 50 %.

Les crédits du programme « santé publique et prévention » en 2008

Actions	Crédits de paiement (en millions d'euros)	Variation 2008/2007 (en %)
Pilotage de la politique de santé publique	30,9	-1,4
Déterminants de santé	34,8	+10,5
Pathologies à forte morbidité/mortalité	214,5	-2
Qualité de la vie et handicaps	10,1	+46,9
Total	290,3	+0,6

Source : direction générale de la santé

Toutefois, ce programme ne retrace que partiellement les moyens engagés par les autorités sanitaires pour le pilotage et la mise en œuvre de la politique de santé publique. Il convient en effet de prendre en compte les dotations suivantes :

- **58,2 millions d'euros de crédits de personnels** inscrits sur la mission « Solidarité et intégration » pour le financement d'un millier d'emplois équivalents temps plein ;

- **225 millions de dépenses fiscales**, notamment 180 millions d'euros provenant de l'exonération des indemnités journalières de sécurité sociale servies au titre des maladies « longues et coûteuses ». Votre commission

observe que les 500 millions correspondant à l'exonération des indemnités et prestations servies aux victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles ne sont plus, cette année, rattachés à la mission « Santé » ;

- enfin, la **participation de l'assurance maladie** aux plans de santé publique, *via* le fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS) et les budgets hospitaliers pour les mesures qui nécessitent le recours aux structures de soins.

La mise en œuvre du programme est placée sous la responsabilité de la direction générale de la santé, qui s'appuie, pour une large part, sur **deux opérateurs**, l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) et l'institut national du cancer (INCa) financés sur le budget opérationnel de programme (Bop), mais aussi sur les **groupements régionaux de santé publique** (GRSP) subventionnés à partir des vingt-six Bop régionaux.

A. UNE SOUS-DOTATION CHRONIQUE POUR LE PILOTAGE DE LA POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE

1. Des moyens systématiquement insuffisants

L'action « pilotage de la politique de santé publique », qui rassemble 10,7 % des crédits du programme, vise à structurer, rationaliser et piloter les actions conduites dans le cadre de l'application de la loi du 9 août 2004. A ce titre, elle recouvre **l'ensemble des fonctions de direction de la politique de santé** : la conception des lois et règlements, la détermination des objectifs de santé publique et le suivi des indicateurs associés, l'évaluation des plans de santé, la recherche et la formation.

Les partenaires de la DGS pour la mise en œuvre de ces missions sont l'assurance maladie, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP), l'Inpes, l'INCa, les ministères concernés (éducation nationale et travail, notamment), l'institut national de la santé et de la recherche (Inserm), l'institut national de veille sanitaire (InVS), l'agence nationale pour la recherche (ANR), les ordres et syndicats professionnels, les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et les associations de malades.

La participation de ces dernières à la conception et à la mise en œuvre des politiques de santé publique revêt une importance particulière puisque l'accroissement de **l'implication des citoyens** dans ce domaine a été choisi comme **premier objectif de performance** du programme avec, comme indicateur, le taux de participation des associations aux instances dont elles sont membres, qui doit atteindre 80 % en 2008, hors instances hospitalières, contre 70 % en 2007.

Malgré son champ de compétences, **l'action « pilotage de la politique de santé publique » ne reçoit pas les crédits correspondant aux besoins des opérateurs**. Ainsi, en 2006, alors que la loi de finances initiale

l'avait dotée d'environ 28 millions d'euros de crédits de paiement, l'exécution budgétaire fait état de 42,3 millions dépensés, soit un taux de consommation des crédits de l'action de plus de 150 %. Ce constat se confirme en 2007, puisqu'à la date du 1^{er} août, 67,6 millions avaient été consommés alors que les crédits ouverts en loi de finances initiale s'élèvent à 31,4 millions. Ce différentiel chronique est dû au financement des instances de pilotage de la politique de santé, notamment au niveau régional, qui ont déjà mobilisé 44 millions en 2007, soit plus que la dotation initiale de l'action.

Or, cette situation revient, compte tenu de la fongibilité des crédits entre les actions du programme, à **réduire à due concurrence les moyens consacrés aux autres dispositifs**. A ce jour, c'est surtout l'action 3, destinée à la lutte contre les pathologies à forte morbidité/mortalité, qui en a fait les frais, ce que votre commission regrette, d'autant plus que **le constat devrait être identique en 2008**.

En effet, le présent projet de budget alloue **30,9 millions d'euros** à l'action « pilotage de la politique de santé publique », soit **1,4 % de moins qu'en 2007**.

- Sur ce total, **5,4 millions** correspondent à des **dépenses de fonctionnement**.

Dans le cadre des subventions pour charges de service public, il est prévu, outre une **subvention de 3,4 millions à l'Inpes**, de verser 500 000 euros à l'office national d'indemnisation des accidents médicaux (Oniam). Depuis le 1^{er} janvier 2006, l'Oniam assure en effet, pour le compte de l'Etat, l'indemnisation des accidents vaccinaux. L'indemnisation des accidents antérieurs à cette date est prise en charge sur les dépenses d'intervention de l'action.

A cet égard, **votre commission souhaite qu'un mécanisme analogue soit mis en place pour les contentieux transfusionnels** antérieurs à la création de l'établissement français du sang (EFS) en 2000, qui aujourd'hui supporte injustement la charge de l'ensemble de ces contentieux.

Les dépenses de fonctionnement courant (**1,5 million d'euros**) sont consacrées, pour leur part, au financement des **structures de pilotage** de la politique de santé créées par la loi du 9 août 2004 :

- la conférence nationale de santé (CNS) pour 100 000 euros et les conférences régionales de santé (CRS), pendant de la CNS en région, pour 520 000 euros. Ces instances, installées à la fin de l'année 2006, ont pour mission de développer la concertation entre les différents acteurs de santé. Elles produisent également chaque année un rapport sur les droits des usagers ;

- le HCSP, mis en place le 14 mars 2007, qui réalisera, en 2008, l'évaluation des plans cancer, violence et maladies rares. A cet effet, il disposera de 150 000 euros pour ses frais de fonctionnement, dont l'édition de ses travaux et l'organisation d'une journée d'information au moment de la

sortie de son rapport annuel, et de 80 000 euros pour financer des études complémentaires nécessaires à son travail d'évaluation ;

- l'évaluation des PRSP et le développement des systèmes d'information des PRSP et des GRSP grâce, notamment, à l'installation d'outils de gestion de procédures, pour 390 000 euros. Ce poste bénéficiait, pour 2007, d'un million d'euros. Cette diminution sensible des crédits augure du désengagement de l'Etat de structures dont le fonctionnement laisse à désirer et qui, d'ici à 2009, seront remplacées par les **nouvelles agences régionales de santé (ARS)** ;

- enfin, les actions de communication de la DGS (insertions dans la presse médicale, marché pour la rédaction de dossiers scientifiques sur Internet, frais d'impression divers) pour 90 800 euros et les actions support de la direction (formation du personnel, marché d'audit des associations subventionnées, etc.) pour 170 000 euros. Les moyens destinés à la DGS sur ces deux lignes ont été divisés par deux par rapport à 2007.

• Les **dépenses d'intervention (25,5 millions d'euros)** se partagent entre :

- le paiement des **frais de justice** dus par l'Etat pour des condamnations touchant le ministère de la santé (accidents vaccinaux antérieurs au 1^{er} janvier 2006, contamination VIH des professionnels de santé dans l'exercice de leur fonction, maladie de Creutzfeldt Jacob) pour **5,9 millions** ;

- le **soutien aux associations d'usagers** pour 1,5 million. A cet effet, une convention pluriannuelle d'objectifs a été signée en 2005 pour trois ans, puis prolongée d'un an par un avenant, avec le collectif inter-associatif sur la santé (CISS). Sont organisées dans ce cadre des actions de formation des représentants des usagers, de soutien aux regroupements régionaux inter-associatifs et de suivi des politiques de santé. Ces crédits servent également à financer les dix-neuf collectifs régionaux d'associations, en application des conclusions des Etats généraux de la prévention qui se sont tenus en 2007 ;

- le **soutien aux associations de professionnels de santé** (423 000 euros). Il s'agit de partenariats avec des associations de promotion de la santé (la société française de santé publique, l'union internationale de promotion et d'éducation pour la santé) et de correspondants en épidémiologie (association pour le développement de l'épidémiologie de terrain, association des épidémiologistes de langue française) ;

- le renforcement de la **territorialisation des politiques de santé publique** pour 4,3 millions d'euros. Cette enveloppe comprend l'animation des politiques régionales de santé par les GRSP (1,7 million) et le financement des ateliers santé-ville, ainsi que le soutien, dans ce cadre, de l'association « Elus santé publique et territoires » (2,6 millions) ;

- la convention avec la fédération nationale des observatoires nationaux de santé (Fnors) afin de fédérer les travaux des ORS et de disposer ainsi de données sanitaires et sociales pour chaque territoire (4 millions) ;

- le **financement des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (Praps)** pour un total de **7,3 millions**. Créés en 2000, ces programmes, destinés aux publics en difficulté, sont portés le plus souvent par des associations. Leur contenu est défini à partir d'une évaluation des besoins effectuée au niveau départemental. Il s'agit essentiellement ici de financer des actions d'accompagnement des publics précaires pour l'ouverture des droits et l'accès aux soins, d'information et de formation des personnels sanitaires et sociaux, et d'éducation à la santé, ainsi que d'études sur les besoins et l'état de santé des populations ;

Actions menées par les Praps

Types d'actions	% sur la base de 1 500 actions	% des crédits correspondants
Information, sensibilisation, éducation à la santé	37 %	34 %
Lieu d'accueil, d'écoute, d'orientation prenant en compte la santé	28 %	21 %
Vacations dans les lieux d'accueil ou d'hébergement d'urgence	10 %	6 %
Réseaux (coordination, aide à la mise en place ou soutien)	8 %	9 %
Autre type d'action	6 %	5 %
Formation de professionnels	6 %	2 %
Aide à l'accès aux soins (CMU)	2 %	5 %
Accueil médical ou social à l'hôpital	2 %	15 %
Lits d'hébergement pour soins	1 %	3 %

Source : direction générale de la santé

- enfin, des **programmes d'études et de recherche** pour 2 millions d'euros. 400 000 euros seront destinés à la poursuite des études en cours : la cohorte des consultants des centres d'examen de santé (CONSTANCES) pour suivre différents déterminants de santé (déterminants professionnels et sociaux, maladies chroniques, vieillissement) et les travaux de la commission AERAS « *s'assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé* ». Un programme de recherche adossé à l'institut de recherche en santé publique (IReSP), qui regroupe les agences de sécurité sanitaire, l'Inserm et la DGS, bénéficiera de 800 000 euros pour contribuer à l'émergence de nouvelles équipes de recherche sur les thèmes de la santé publique. Le partenariat Avenir Inserm, qui soutient les travaux de jeunes chercheurs en santé publique, sera en outre doté de 600 000 euros. Enfin, plusieurs études post-AMM seront lancées pour un total de 252 000 euros.

Si votre commission approuve largement le principe de ces études, dont elle avait jugé le nombre insuffisant¹, elle s'étonne de voir leur financement inscrit sur la mission « Santé », alors qu'il devrait retourner des crédits de la DGS sur la **mission « Sécurité sanitaire »**, sur laquelle sont imputées les dépenses relatives à la réglementation des médicaments et à la subvention de l'agence française de sécurité sanitaire et des produits de santé (Afssaps).

2. Une politique qui repose sur deux opérateurs majeurs

En 2008, le programme « santé publique et prévention » contribuera pour **73,7 millions d'euros** au financement de deux opérateurs, l'Inpes et l'INCa, chargés respectivement des actions d'information et de prévention en matière de santé publique et de la mise en œuvre du plan Cancer.

a) L'Inpes au service de la prévention

L'Inpes est un établissement public administratif créé par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé.

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a précisé et renforcé ses missions : il participe à la mise en œuvre des programmes de santé publique, est chargé d'un rôle d'expertise et de conseil en matière de **prévention et de promotion de la santé**, concourt au développement de l'éducation à la santé.

De fait, les actions menées par l'Inpes s'inscrivent majoritairement dans sa mission d'**accompagnement des plans de santé publique** (périnatalité, PNSE, PNNS, maladies rares et hépatites notamment). Elles représentent **85 % du budget de l'institut**, les 15 % restants étant destinés aux dépenses de fonctionnement, et peuvent prendre des formes diverses, comme l'édition et la diffusion de documents auprès du grand public et des professionnels, l'élaboration et la diffusion de campagnes de communication dans les médias, des études et recherches sur des thématiques de santé publique, la téléphonie santé (sida info service, tabac info service et, à partir de 2008, drogue alcool tabac info service - Datis), le développement des infrastructures de la prévention et de l'éducation pour la santé, le soutien aux acteurs de terrain et l'acquisition de matériel de prévention (préservatifs, kits drogues) distribués gratuitement.

L'achat d'espaces publicitaires représente ainsi plus de 35 % du budget de l'institut (il faut compter un million d'euros pour une campagne radiophonique et 4 à 5 millions d'euros pour une campagne télévisée), les

¹ Cf. rapport d'information n° 382 (2005-2006) fait au nom de la commission des affaires sociales par Anne-Marie Payet et Marie-Thérèse Hermange : « Médicament : restaurer la confiance ».

subventions et appels à projets 12 %, les publications 12 %, la téléphonie santé 10 % et les études 4 %.

A ces programmes vient s'ajouter une **mission de sécurité sanitaire**. Dans ce cadre, l'Inpes réalise des supports destinés à la formation de la population, afin de permettre à celle-ci de faire face au mieux à l'éventualité d'une crise sanitaire, mais aussi aux cas d'urgence, le ministre de la santé réquisitionnant alors des espaces publicitaires. A ce jour, l'institut est intervenu sur la grippe aviaire, la canicule, les froids extrêmes, les inondations et le SRAS.

Les actions menées par l'Inpes en 2007

- **Prévention du tabagisme**

Au second semestre 2007, après une campagne télévisée destinée à dénoncer le marketing de l'industrie du tabac auprès des jeunes, une campagne média et hors média sera diffusée à la fin de l'année afin d'accompagner l'entrée en application de l'interdiction de fumer dans les lieux de restauration et de loisirs, en rappelant les risques du tabagisme passif. Le développement de la plate-forme téléphonique et du site Internet Tabac info service a été poursuivi.

- **Nutrition**

Une campagne destinée à promouvoir un guide alimentaire pour les femmes enceintes, ainsi qu'une campagne pédagogique sur les repères du PNNS ont été lancées. Le site Internet mangerbouger.fr a par ailleurs fait l'objet d'une refonte pour devenir un outil d'informations pratiques, de valorisation d'actions locales et d'animation de réseau.

- **Prévention du VIH et des IST**

Une campagne de promotion du préservatif et d'incitation au dépistage, à destination notamment des homosexuels et des migrants, a été diffusée. Un site portail Internet a également été créé à destination des jeunes.

- **Prévention de la consommation excessive d'alcool**

Les principaux axes de la communication visent à influencer sur les représentations sociales de l'alcool, de donner les moyens à chacun de mieux estimer et gérer sa consommation et de favoriser la non-consommation d'alcool pendant la grossesse.

- **Santé-environnement et accidents de la vie courante**

Les actions d'information sur ces thèmes ont été poursuivies et la campagne radio de prévention des intoxications au monoxyde de carbone rediffusée.

- **Maladies infectieuses**

L'Inpes poursuit, au second semestre 2007, la communication relative à la prévention des virus respiratoires. Dans cette perspective, la campagne télévisée sur la propagation de ces virus et les moyens de la limiter par la promotion de gestes comme l'utilisation d'un mouchoir à usage unique, le lavage des mains ou encore le port du masque, fait l'objet d'une nouvelle diffusion.

- **Contraception**

Afin de favoriser un meilleur usage de la contraception pour limiter le nombre de grossesses non désirées, l'Inpes a démarré l'été dernier un programme de communication sur la sexualité et la contraception. Il s'agit de promouvoir les différentes méthodes contraceptives et d'informer sur les lieux d'information et de délivrance des produits pour favoriser leur accès aux personnes les plus vulnérables (adolescents et jeunes adultes sortis du système scolaire, personnes précaires, etc.).

Après une phase de sensibilisation des médias avec notamment la présentation des résultats d'une étude en juin, la communication se déroule de septembre à décembre avec une campagne télévisée et radio, accompagnée de la diffusion d'une brochure d'information pour présenter l'offre contraceptive, un partenariat avec Skyrock et la diffusion d'un livret en direction des adolescents, la sensibilisation des professionnels de santé et la mobilisation des différents réseaux partenaires pour relayer l'information (réseaux institutionnels, associatifs, privés). Tous les supports de communication renvoient vers un site Internet (www.choisirsacontraception.fr) et une plate-forme téléphonique.

- **Troubles dépressifs**

L'Inpes met en place un dispositif d'information sur les troubles dépressifs visant à améliorer les connaissances du grand public sur les symptômes, les traitements, ainsi que sur les filières de soins, les professionnels et les structures adaptées. Cette action, qui s'inscrit dans le cadre du plan de santé mentale, s'appuie sur deux supports : un guide et un site Internet.

Les ressources de l'établissement sont constituées par une subvention de l'Etat, qui représente un tiers des recettes de l'établissement, une dotation de l'assurance maladie de 66,2 millions d'euros aux termes de la convention d'objectifs et de gestion (Cog) signée entre l'Etat et la Cnam pour la période 2006-2009, de taxes prévues à son bénéfice - l'article 29 de la loi du 9 août 2004 prévoit le versement d'une taxe par les annonceurs qui n'intégreraient pas, dans le cadre de leurs messages publicitaires en faveur de produits gras et sucrés, une information à caractère sanitaire -, de redevances pour services rendus, de produits divers (dons et legs, inscriptions à la journée de la prévention, vente d'ouvrages) et par des emprunts.

S'agissant de la **taxe sur les produits sucrés**, votre commission salue la création, bien que tardive, du dispositif avec la parution du décret correspondant le 27 février 2007. Elle souhaite que cette taxe soit rapidement levée, afin que l'Inpes bénéficie dès 2008 de ressources supplémentaires pour ses actions de communication en faveur d'une alimentation saine. Le rendement de cette taxe est estimé entre **3 et 4 millions d'euros**, dans l'hypothèse où, comme c'est le cas aujourd'hui, 15 % des publicités ne contiendront toujours pas de message de prévention.

Par ailleurs, l'établissement a bénéficié d'une dotation spécifique de 6,5 millions en 2006 et de 7,5 millions en 2007 pour les missions de sécurité sanitaire (prévention de la grippe aviaire et de la canicule notamment). Toutefois, cette dotation n'est, à ce stade, pas reconduite en 2008. Votre commission souhaite que la négociation en cours entre la DGS et l'Inpes sur

ce point aboutisse à sa reconduction, y compris *via* un versement du nouvel établissement de préparation et de réponse.

Ces recettes représentent chaque année un total d'**environ 115 millions**. En 2008, la subvention de l'Etat s'élèvera à **24,1 millions**, soit un niveau sensiblement équivalent à celui de 2007, répartis sur les quatre actions du programme « santé publique et prévention » : 3,4 millions au titre du pilotage de la politique de santé publique, 10,1 millions pour les déterminants de santé, 7,9 millions au profit de la lutte contre les pathologies à forte morbidité/mortalité et 2,7 millions pour les actions relevant de la qualité de vie et du handicap. Cette subvention devrait augmenter sensiblement en 2009, avant l'épuisement du fonds de roulement à la fin de l'année prochaine.

Ces crédits permettront de maintenir le niveau d'emploi à **140 ETP** et de développer de nouvelles priorités : l'accompagnement du nouveau plan Alzheimer, le lancement de campagnes d'information sur la santé des femmes, le dopage et la consommation d'alcool chez les jeunes, ainsi que la préparation du contrat de performance 2008-2011, qui devrait être signé avec l'Etat à la fin du premier semestre de l'année 2008.

b) L'INCa sur la voie de la bonne gouvernance

Institué par la loi du 9 août 2004, l'InCA est une **instance d'expertise** dans le domaine du cancer. Il est notamment chargé de la définition de référentiels de bonnes pratiques en cancérologie et de critères d'agrément des établissements de santé dans ce domaine, de l'information des professionnels et du public et du développement de l'effort de recherche sur le cancer.

Sa mise en place s'est faite par étapes au cours de l'année 2005. Dans un premier temps, un GIP de préfiguration a été constitué entre l'Etat et la Caisse des dépôts et consignations pour une durée d'un an à compter de l'arrêté interministériel du 7 juillet 2004, afin de préparer les dispositions juridiques, financières et logistiques du futur institut et d'en assurer temporairement les missions.

La convention constitutive du 30 mai 2005 signée entre les différents partenaires de la lutte contre le cancer - ministères de la recherche et de la santé, Inserm, CNRS, Cnam, MSA, ligue nationale contre le cancer, associations pour la recherche sur le cancer, fédération hospitalière de France, fédération de l'hospitalisation privée, fédération nationale des centres de lutte contre le cancer et fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif - a été approuvée par l'arrêté du 22 juin 2005. Au cours de l'été, ont ensuite été désignés les membres du conseil d'administration et du conseil scientifique, ainsi que l'équipe dirigeante. L'INCa a démarré ainsi son activité dans la seconde moitié de l'année 2005, grâce à une dotation de 70,2 millions d'euros, apportée par moitié par le ministère de la recherche et le ministère de la santé.

En 2006, l'institut a bénéficié de 90 millions d'euros, dont 45,2 millions de subvention du ministère de la santé, qui lui ont permis de

poursuivre sa montée en charge. Celle-ci n'a toutefois pas été exempte de critiques, s'agissant notamment de la **gestion des personnels de l'institut et de ses coûts de fonctionnement**, qui ont amené les pouvoirs publics à intervenir.

Le fonctionnement de l'INCa a en effet été mis en cause dès le mois de mars 2006 par plusieurs cancérologues, ainsi que par notre ancien collègue Claude Huriet, président de l'institut Curie. A la suite de ces accusations largement médiatisées, un audit du conseil général économique et financier de Bercy a été lancé. Dans les conclusions rendues en juin dernier, il apparaît notamment que *« la croissance considérable des effectifs, passant de dix-sept équivalents temps plein en décembre 2004 à 140 en décembre 2005, privilégiait les contrats de droit privé plus que les mises à disposition, en disponibilité ou détachements habituels dans les services de l'Etat »*.

A la suite de cet audit, son président, David Khayat, a présenté sa démission le 1^{er} août 2006 et a été remplacé par Dominique Maraninchi, président du conseil scientifique. Une nouvelle feuille de route a été adoptée par le conseil d'administration le 21 décembre 2006.

Après deux années chaotiques, l'année 2007 a donc constitué une **année de transition** pour relancer l'INCa sur des bases assainies. Une nouvelle directrice générale, Pascale Flamant, a été nommée au mois de février. L'organigramme a été réorganisé en **quatre grandes directions** (santé publique, qualité des soins, recherche et information du public), au lieu de quinze départements cloisonnés, et cinquante départs ont été enregistrés sur un total de 207 collaborateurs, ce qui a permis d'économiser temporairement 2 millions d'euros sur les dépenses de personnel. En outre, le conseil d'administration du 23 mai 2007 a approuvé la **création de deux instances de suivi et de contrôle interne**.

En 2007, le budget de l'INCa s'est élevé à 112,9 millions d'euros, dont 50,6 millions en provenance de la DGS, 45 millions de l'ANR, 500 000 euros de la Cnam et un million des laboratoires. Toutefois, compte tenu de la réorganisation entreprise, **l'institut n'a pas dépensé l'ensemble de ses crédits**. Ainsi, seuls 74 millions d'euros ont été engagés au 1^{er} octobre 2007, dont 45 millions pour de nouveaux projets. Cette sous-consommation explique l'absence de problème de trésorerie de l'INCa, alors même que l'ensemble de ses recettes ne lui a pas été versé (seulement 40 millions pour le ministère de la santé et 22,5 millions pour l'ANR). Prenant acte de ce **différentiel entre les prévisions et la réalité budgétaire**, votre commission souhaite qu'une telle situation ne se reproduise pas en 2008.

L'activité de l'INCa devrait, en effet, être plus soutenue en 2008 avec le renforcement du **dépistage organisé des cancers colorectaux et du sein**, en partenariat avec la DGS, et la fixation, en lien avec la HAS, de **critères d'agrément des établissements de santé qui pratiquent des traitements anti-cancéreux**. Ces établissements devront être agréés sur cette base d'ici à 2010. L'INCa sera également en charge de l'élaboration d'une feuille **de route**

sur l'usage de la radiothérapie, à la suite des accidents récents, et du soutien à la **structuration des services de cancérologie pédiatrique**. Enfin, il est prévu de créer des équipes mobiles de recherche clinique et de développer des plates-formes hospitalières de génétique moléculaire des cancers.

L'INCa sera doté, en 2008, d'un budget légèrement inférieur à celui de 2007. La subvention de la DGS s'élèvera ainsi à 49,2 millions d'euros, soit une baisse de 2,8 %. Cette diminution limitée de ses moyens devrait toutefois être **sans conséquence sur l'activité** de l'institut, compte tenu des reports de crédits de 2007 qui devraient logiquement intervenir.

B. LES DÉTERMINANTS DE SANTÉ : AGIR EN AMONT

L'action « déterminants de santé »¹ rassemble les **politiques d'information et d'éducation sur les risques de santé « évitables »**, car liés à des comportements ou à un environnement à risque. L'Inpes, la Mildt, la Cnam, les professionnels de santé, mais aussi les associations de prévention et de lutte contre les conduites addictives sont associés à leur mise en œuvre.

Cette action bénéficie de 12 % des crédits du programme « santé publique et prévention ». En 2008, elle sera ainsi dotée de **34,8 millions d'euros**, soit une progression de plus de 10 % par rapport à 2007. Cette augmentation ne reflète toutefois que le **transfert du GIP de téléphonie Datis** de la Mildt à la DGS. Sur cette enveloppe, 13,8 millions d'euros sont versés à l'Inpes et au Gip Datis, le reste étant destiné à des dépenses d'intervention sur les différents déterminants de santé.

1. Poursuivre la lutte contre les pratiques à risque

Le **plan de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool** ne recouvre qu'une partie des actions menées contre ces trois risques sanitaires pour la période 2004-2008. En effet, le plan cancer finance également, pour un total de 3,2 millions d'euros en 2008, des associations de lutte contre le tabac et l'alcoolisme, ainsi que l'accompagnement en région de la seconde phase de l'interdiction de fumer. Votre commission estime à cet égard que la ventilation des crédits destinés à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme entre deux plans nuit à lisibilité des actions menées dans ce domaine.

La réduction des consommations à risque constitue le **deuxième objectif** fixé par le projet annuel de performances au programme « santé publique et prévention ». Ainsi, selon les indicateurs proposés, la consommation d'alcool par habitant de plus de quinze ans devra s'établir, en 2008, à 11,5 litres, contre 12,2 litres en 2007. La prévalence du tabagisme

¹ Fixés à six par le rapport annexé à la loi relative à la politique de santé publique : le tabac, l'alcool, les traumatismes par accidents et violences, la toxicomanie, la nutrition et l'environnement.

chez les 15-75 ans devra atteindre 24,3 % (25 % en 2007). Enfin, les campagnes de prévention devront être identifiées par 70 % de la population.

a) L'alcool et le tabac, des drogues légales

- Si la consommation d'alcool diminue régulièrement depuis plusieurs décennies, parallèlement à la mise en œuvre des premières actions de prévention à partir des années cinquante, son niveau global élevé demeure une caractéristique française. La France se situe aujourd'hui au sixième rang mondial pour la consommation par habitant, mais la **consommation addictive** (supérieure à trois verres par jour pour les hommes et à deux pour les femmes, selon l'OMS) touche encore **18 % des hommes et 6 % des femmes**. Les décès liés à l'alcool (cirrhoses du foie, cancers des voies aérodigestives supérieures, accidents de la route) s'élèvent à 45 000 par an. De fait, en France, la surmortalité masculine liée à l'alcool est de 30 % supérieure à la moyenne européenne.

Dans ce domaine, le plan quinquennal 2004-2008 fixe **deux objectifs** : ramener les consommations régulières aux seuils définis par l'OMS et faire évoluer et respecter la législation. A cet effet, la politique de lutte contre l'alcoolisme dispose de deux moyens d'action : le renforcement du dispositif législatif et réglementaire et améliorer la prévention par des campagnes de communication.

Les Etats généraux de l'alcool de septembre 2006 ont également fait apparaître cinq orientations prioritaires : améliorer la connaissance des effets de l'alcool sur la santé, protéger les jeunes d'une consommation excessive, lutter contre la consommation d'alcool au travail, développer l'information des consommateurs sur les dangers encourus et sensibiliser les médecins au repérage et à la prise en charge précoce des conduites addictives. Ces pistes ont été retenues dans le cadre de l'élaboration du plan addictions 2007-2011.

En 2008, la participation de l'Etat à ces actions se limite à **2 millions d'euros pour financer sept associations** de lutte contre l'alcoolisme ; deux d'entre elles interviennent auprès des jeunes et cinq sont des mouvements d'entraide aux anciens buveurs. Cette dotation est extrêmement limitée, comparée aux 70 millions que l'assurance maladie consacre chaque année à la lutte contre l'alcoolisme avec, notamment, le financement des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).

- Pour ce qui concerne la lutte contre le tabagisme, le plan de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool vise à atteindre les objectifs fixés par la loi relative à la politique de santé publique : abaisser la prévalence du tabagisme de 33 % à 25 % chez les hommes et de 26 % à 20 % chez les femmes d'ici à 2008 et réduire le tabagisme passif dans les établissements scolaires, les lieux de loisirs et l'environnement professionnel.

Si le tabac constitue toujours la **première cause de mortalité évitable**, avec 66 000 décès par an, dont 5 000 personnes qui ne fument pas, les résultats des politiques menées à ce jour sont encourageants, notamment chez les jeunes et les femmes, populations les plus visées par les campagnes de prévention.

Cette baisse serait essentiellement due aux **mesures fiscales** mises en œuvre, notamment s'agissant de la consommation des adolescents. Les ventes de cigarettes ont ainsi chuté de près de 25 % depuis 2003. Parallèlement, les ventes de médicaments pour l'aide à l'arrêt du tabac ont augmenté de moitié et une progression du nombre de consultations de tabacologie a été observée.

Les **restrictions réglementaires**, notamment l'interdiction de fumer dans les lieux publics mise en œuvre par le décret du 15 novembre 2006, ont également joué un rôle majeur. L'application de cette obligation par l'ensemble des établissements à partir du 1^{er} janvier 2008 devrait conforter ce constat.

Au regard des ambitions du plan 2004-2008 et de l'ampleur des actions menées en matière réglementaire et fiscale, les crédits d'intervention directe de l'Etat paraissent bien modestes. Ils se limiteront, en 2008, à **907 000 euros de subventions à trois associations** de prévention du risque tabagique chez les jeunes et les femmes enceintes. Des expertises seront également financées pour améliorer les connaissances sur la composition du tabac.

b) Le volet sanitaire de la lutte contre la toxicomanie en perte de vitesse

Enfin, **10,7 millions d'euros** sont destinés au volet du plan consacré à la lutte contre la toxicomanie et au nouveau plan de prévention et de prise en charge des addictions 2007-2011. Cette dotation servira à financer des actions de prévention et de prise en charge des toxicomanes, ainsi que de réduction des risques. Toutefois, le nouveau plan, qui privilégie la prise en charge sanitaire, a vocation à être très majoritairement financé par l'assurance maladie.

Malgré le transfert à la DGS des subventions à l'ensemble des associations, auparavant imputées sur le programme « drogue et toxicomanie » car versées par la Mildt, et la mise en œuvre du plan addictions, votre commission s'étonne de constater une **diminution de 5,3 %** des crédits consacrés à cette politique en 2008.

Seront financées, pour 1,3 million d'euros, plus de trois millions de **trousses d'injection stérile** distribuées aux usagers de drogues, en application de la politique de réduction des risques définie par le décret du 7 juin 1996.

Les **structures locales de prévention et d'information** sur la toxicomanie bénéficieront de 8,6 millions d'euros. Il s'agit ici du financement, par l'Etat, de trois cents programmes d'échange de seringues, de quarante

réseaux ville-hôpital, d'une vingtaine d'ateliers d'aide à l'insertion, de six unités pour les personnes sortant de prison, de cinq structures d'accueil pour toxicomanes et de trois équipes mobiles de proximité.

Les **associations** qui remplissent une mission de tête de réseaux - cinq dans le domaine de la réduction des risques et deux en matière de lutte contre la toxicomanie - seront enfin dotées de près de 760 000 euros.

c) La prévention des risques liés à une mauvaise alimentation

Le second volet du programme national nutrition santé, le PNNS 2 2006-2010 s'inscrit dans la continuité du PNNS 2001-2005. Comme lui, il est axé sur **la prévention primaire, le dépistage et la prise en charge précoce des difficultés de santé liées à l'alimentation**. Dans ce cadre, plusieurs actions ont déjà été menées depuis 2006 et seront poursuivies ; d'autres verront le jour en 2008.

Les mesures prises et les actions en cours dans le cadre du PNNS 2

• **Les chartes d'engagement des acteurs économiques**

Le comité chargé, en décembre 2006, de rédiger le cahier des charges définissant les critères que devront respecter les entreprises pour proposer des engagements volontaires en faveur d'une meilleure alimentation a rendu ses conclusions le 14 février 2007. Le 26 février 2007, neuf entreprises des secteurs de l'industrie, de la restauration et de la distribution ont proposé une série de mesures. Toutefois, aucune n'a été retenue. Plusieurs réunions se sont tenues à partir du mois d'octobre 2007 entre les pouvoirs publics et ces entreprises pour aboutir, en 2008, à la signature de chartes d'engagement.

• **Les travaux des groupes thématiques**

Le groupe de travail centré sur la question des glucides, créé en septembre 2005, a rendu son rapport début 2007. Des orientations pour des engagements volontaires des différents acteurs concernés ont été suggérées et pourront être utilisées dans le cadre des futures chartes d'engagement. Sur un schéma semblable, un groupe se réunit, depuis le mois de septembre 2007, sur les lipides. Enfin, le groupe « accessibilité des fruits et légumes » devrait remettre son rapport à la fin de l'année 2007.

• **La réglementation des messages publicitaires**

Après de longues discussions avec l'ensemble des secteurs concernés, le décret du 27 février 2007 relatif aux messages publicitaires et promotionnels en faveur de certains aliments et boissons a été publié, de même que l'arrêté fixant les conditions relatives aux informations à caractère sanitaire devant accompagner les messages publicitaires ou promotionnels en faveur de certains aliments ou boissons. Les annonceurs peuvent choisir de ne pas apposer ces informations et de payer une taxe correspondant à 1,5 % de l'investissement publicitaire au profit de l'Inpes. Une évaluation par l'Inpes de l'impact de ces messages auprès de la population est prévue au dernier trimestre 2007.

- **Les chartes pour les collectivités territoriales**

La charte « ville active du PNNS » avait été élaborée en novembre 2004. En septembre 2007, plus de 90 villes et communautés de communes y ont adhéré. Le réseau des Ecomaires, soutenu par plusieurs associations d'élus et par le comité national olympique français, a permis l'organisation d'une semaine « nutrition et municipalité » du 12 au 18 novembre 2007.

Une charte « département actif du PNNS » a également été élaborée, en lien avec quelques conseils généraux. Elle doit être rendue publique à l'automne 2007 et les premières signatures sont attendues avant la fin de l'année.

- **Les actions d'information et de communication**

Ces actions sont menées par l'Inpes sur différents supports. Ainsi, la campagne télévisée de promotion de l'activité physique, déjà mise en œuvre en 2004, a été relancée en avril 2007. Des programmes courts, visant à faciliter la mise en pratique des repères de consommation du PNNS, ont également été diffusés sur les chaînes publiques en octobre et novembre 2007.

La mise en œuvre du décret relatif aux messages publicitaires a, par ailleurs, permis de faire connaître au grand public le site www.mangerbouger.fr. Sa consultation a considérablement augmenté, avec plus de 400 000 visites mensuelles. L'Inpes a également publié et diffusé différents guides sur l'alimentation aux professionnels de santé qui, pour 2 000 d'entre eux reçoivent la lettre électronique du PNNS, et au grand public.

- **La prise en charge par le système de santé**

Le ministère de la santé s'est engagé et a réservé les crédits nécessaires pour l'équipement de l'ensemble des CHU en matériel permettant l'accueil des personnes souffrant d'obésité morbide (lits, chaises, balances, matériel permettant les examens complémentaires, etc.).

La HAS doit prochainement émettre des recommandations de pratique professionnelles sur la prise en charge de l'obésité et un référentiel national, fixant les éléments utiles pour la création et le fonctionnement de réseaux ville-hôpital traitant la question de l'obésité de l'enfant comme de l'adulte, doit être élaboré par un groupe de travail qui devrait se réunir à partir du quatrième trimestre 2007.

- **L'évaluation de l'état de santé nutritionnel des Français**

Deux enquêtes nationales sur des échantillons nationaux représentatifs de la population ont été menées en 2006 et en 2007 : l'enquête nationale nutrition santé (ENNS) coordonnée par l'InVS et l'enquête individuelle nationale de consommation alimentaire coordonnée par l'Afssa. Un colloque sera organisé le 12 décembre 2007 afin de faire connaître les résultats majeurs de ces études.

- **La recherche**

La DGS contribue au financement de la grande étude épidémiologique en nutrition, Suvimax (supplémentation en vitamines et minéraux antioxydants), qui suit plus de 11 000 personnes depuis 1994 pour leur consommation alimentaire et la survenance d'épisodes pathologiques, y compris l'obésité.

En 2008, le PNNS 2 sera doté, par l'Etat, de **3 millions d'euros**, soit un montant équivalent à celui perçu en 2007. Cette enveloppe se partage entre :

- **280 000 euros pour la création d'un observatoire de la qualité alimentaire.** Cette nouvelle structure aura pour mission d'assurer le suivi de l'offre alimentaire, notamment la qualité nutritionnelle des produits. En décembre 2006, l'Inra et l'Afssa ont été chargés de la réalisation d'une étude de faisabilité pour la mise en place de cet observatoire. Il s'agit de réfléchir aux mécanismes techniques permettant de collecter les informations indispensables au fonctionnement de cette structure, de déterminer les indicateurs réalistes et utiles résultant du traitement des données réalisé par l'observatoire, d'estimer les compétences humaines nécessaires et de déterminer la structure juridique d'un tel organisme. Les conclusions de ce rapport seront connues à la fin de l'année 2007 ;

- **800 000 euros pour le financement, par l'administration centrale, des actions préalablement engagées, leur extension ainsi que le développement de nouveaux projets,** notamment le développement de la consommation de pain, la réduction de la consommation de sel, les études relatives à l'image du corps, les outils utilisés par les médecins dans le cadre de la prévention et du dépistage des problèmes alimentaires ;

- **1,9 million d'euros pour les actions menées au niveau local** par les services déconcentrés.

En outre, le **plan cancer** prévoit un budget de **1,4 million d'euros** pour des études et expérimentations relatives aux liens entre nutrition et cancer.

2. Limiter les agressions extérieures

a) Le plan national de santé environnementale

Le PNSE, piloté par les ministères de l'environnement, de la santé, du travail et de la recherche, poursuit trois objectifs déclinés en quarante-cinq actions pour la période 2004-2008 : garantir un air et une eau de bonne qualité, prévenir les pathologies d'origine environnementale, notamment les cancers, mieux informer le public et protéger les populations sensibles (enfants, femmes enceintes et personnes âgées). Il a ensuite été complété par le **plan santé au travail 2005-2009**. Ces deux plans se sont accompagnés de la mise en place de l'agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (Afsset) et du renforcement des activités de l'InVS dans le domaine de la santé au travail.

Le PNSE a fait l'objet d'une **évaluation à mi-parcours**, qui indique qu'au 1^{er} janvier 2007, l'état d'avancement de 60 % des actions du plan est conforme aux prévisions. En revanche, sept actions accusent un léger retard,

huit un retard significatif et les deux dernières un retard préoccupant. Au total, il n'apparaît pas que l'un des trois objectifs soit plus avancé qu'un autre.

En 2008, les actions mises en œuvre concerneront :

- dans le domaine de la prévention des pathologies d'origine environnementale : le renforcement du plan d'action sur le chlordécone aux Antilles, notamment en direction des auto-consommateurs, l'adaptation de la réglementation relative à l'amiante et l'organisation de la semaine du son pour la prévention des risques auditifs ;

- pour garantir la qualité de l'air et de l'eau : la transposition réglementaire de la directive européenne relative aux eaux de baignade, sur la base des conclusions de l'expertise confiée à l'Afsset sur ce sujet, l'élaboration d'un plan d'amélioration de la qualité de l'air intérieur et plusieurs expertises sur les risques liés au monoxyde de carbone et au plomb ;

- concernant la protection des populations sensibles : la refonte de la réglementation relative à la toxicovigilance et la mise en place d'un programme d'information par l'Inpes sur la base des conclusions du baromètre santé-environnement.

En outre, un **PNSE 2** devrait être élaboré l'année prochaine en intégrant les priorités issues de l'atelier 3 du Grenelle de l'environnement « *instaurer un environnement respectueux de la santé* ».

La mission « Santé » participera à hauteur de **1,7 million d'euros** à ces projets. Les missions « Sécurité sanitaire », « Travail et emploi » et « Ecologie, développement et aménagement durables » contribuent en effet à l'essentiel du financement du plan (environ 15 millions d'euros par an).

A ces actions est d'ailleurs attaché l'un des cinq objectifs de performance du programme, « réduire l'exposition des populations à certains risques environnementaux ». Deux indicateurs y sont associés : le rendement du dépistage du saturnisme chez les enfants, dont la surveillance est assurée par l'InVS, et le nombre d'intoxications au monoxyde de carbone, qui doit diminuer de 20 % d'ici à 2008.

b) Le plan « violence et santé »

Le plan national pour limiter l'impact sur la santé de la violence répond aux **recommandations formulées par l'OMS** dans son rapport sur la violence et la santé, qui constate que le coût de la violence est considérable du fait des répercussions sur la santé des victimes et de leur prise en charge par les établissements de santé, et qui invite les Etats à élaborer et mettre en œuvre un plan d'action national pour la prévention de la violence.

Les actions menées dans ce cadre visent à mieux connaître l'impact de la violence sur la santé, notamment chez les personnes les plus vulnérables (enfants et adolescents, femmes, personnes âgées, personnes handicapées), et promouvoir les pratiques de bienveillance auprès des professionnels de santé.

Depuis ses débuts laborieux en 2006, on assiste à une montée en puissance du plan violence et santé. Ainsi, alors que la dotation du ministère de la santé pour 2007 s'élevait à 1,8 million d'euros, il bénéficiera de **2,5 millions d'euros en 2008, soit une augmentation de près de 40 %**.

Ces crédits permettront de financer :

- des actions expérimentales au niveau local concernant les réseaux de prise en charge des victimes, la formation des professionnels et l'information du public (1,1 million d'euros) ;

- au niveau central, des actions de formation des professionnels de santé en matière de prévention et de prise en charge des victimes et des auteurs de violences, la promotion des pratiques de bientraitance auprès de ces professionnels et des études sur l'impact de la violence sur la santé (900 000 euros) ;

- l'achat de kits de prélèvement sanguin à destination des forces de l'ordre, dans le cadre de leur mission de sécurité routière (500 000 euros).

Votre commission salue la montée en charge de cette politique, même si elle observe que ce plan ne traite qu'une partie réduite des problématiques liées à la violence et ne dispose que de moyens d'actions limités. Un **plan interministériel** sur ce thème serait, selon elle, plus efficace.

C. LES PATHOLOGIES À FORTE MORBIDITÉ/MORTALITÉ AU CŒUR DE LA POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE

L'action « pathologies à forte morbidité/mortalité » concentre près de **75 % des crédits du programme**, soit, en 2008, **214,5 millions d'euros** (- 2 % par rapport à 2007).

Elle constitue, en effet, l'outil budgétaire de mise en œuvre des principaux **plans stratégiques de santé publique** consacrés à des priorités sanitaires identifiées : le cancer, de loin le plan le plus abouti et le mieux doté, la santé mentale, les maladies rares, les maladies cardio-vasculaires et infectieuses, ainsi que les mesures prises dans le cadre de la lutte contre le VIH/Sida et les infections sexuellement transmissibles.

L'Inpes, l'INCa, mais aussi l'agence nationale de recherche contre le Sida (ANRS), le conseil national du Sida (CNS) et diverses associations nationales contribuent à la mise en œuvre de cette action. 57 millions d'euros seront en conséquence versés aux principaux opérateurs, dont 50,6 millions à l'INCa.

1. Vers un second plan cancer ?

Un effort important avait été fait, dans le précédent budget, au profit du plan cancer, dont 2007 constitue la dernière année de mise en œuvre et ce, au détriment des actions de lutte contre les autres pathologies. En 2008, si des

moyens élevés resteront mobilisés pour le cancer, ce poste enregistre toutefois une **diminution de 10,3 %**, dans l'attente d'un probable prochain plan.

De toutes les pathologies, le cancer est de loin la maladie la plus meurtrière dans notre pays : c'est, depuis 1989, la première cause de mortalité chez les hommes (32 % des décès) et la deuxième chez les femmes (23 % des décès).

Le plan cancer 2003-2007, qui fera l'objet d'une **évaluation complète en 2008**, a contribué à une mobilisation de l'ensemble des acteurs pour prévenir les facteurs de risque (tabac, alcool, facteurs environnementaux), améliorer le dépistage et la prise en charge, renforcer l'accompagnement des malades et des familles, moderniser la formation des professionnels et soutenir la recherche. L'Etat y a consacré près de **380 millions d'euros** au cours de cinq derniers exercices budgétaires.

Les actions menées dans le cadre du plan cancer 2003-2007

- **Prévention : une évolution des comportements**

Le plan cancer a contribué au recul du tabagisme, diminution qui devrait se poursuivre avec la mise en œuvre de l'interdiction de fumer dans les cafés, les restaurants et les discothèques le 1^{er} janvier 2008.

Dans les domaines de la nutrition, de la consommation excessive d'alcool et de l'exposition prolongée au soleil, les campagnes d'information de l'Inpes ont développé dans la population les comportements favorables à la santé.

- **Dépistage et prise en charge : des avancées pour donner toutes ses chances au patient**

Le dépistage organisé du cancer du sein a été généralisé à toutes les femmes de cinquante à soixante-quatorze ans en 2004. Un processus identique a été engagé en 2007 pour le cancer colorectal chez les personnes de cette même tranche d'âge.

Dans le domaine des soins, le progrès majeur a été de **placer le patient au cœur du dispositif**. Il se voit proposer un programme personnalisé de soins. Le plan cancer a également permis de renforcer le traitement de la douleur avec la mise en place d'au moins une consultation dans chaque département, le recrutement de 127 psycho-oncologues et le développement des soins palliatifs, y compris à domicile.

L'accès des patients aux essais cliniques et aux traitements innovants a été facilité et le parc d'équipements diagnostiques et thérapeutiques a été modernisé et renforcé. Les établissements de soins ont aussi reçu des moyens nouveaux pour recruter des personnels médicaux et paramédicaux, dont 250 médecins.

Enfin, le nombre d'internes en radiothérapie et en oncologie médicale a augmenté de 38 % entre 2003 et 2007. Sur la même période, plus de quarante postes de professeur des universités-praticien hospitalier (PU-PH) et maître de conférences ont été créés, ainsi que vingt-deux postes de chef de clinique assistant dans les services de cancérologie.

- **Un accompagnement social renforcé**

Une campagne « 2 millions de héros ordinaires » pour modifier le regard porté sur les personnes atteintes de cancer a été lancée en 2007. L'accès à l'information a été facilité grâce à la création de kiosques « accueil cancer » dans les villes et d'« espaces rencontre information » dans les établissements de soins.

Pour accompagner le retour à une vie normale, des avancées ont été apportées à la convention Belorgey par la signature d'une nouvelle convention AERAS « *s'assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé* », inscrite dans la loi du 31 janvier 2007.

- **Des recherches coordonnées**

Un appel à projet national a permis, dès 2003, la structuration de **sept cancéropôles** couvrant l'ensemble du territoire et permettant aux équipes de recherches biologiques et cliniques de travailler conjointement. Plusieurs projets ont été menés par ces structures et deux réseaux de recherche nationaux sur le cancer du poumon et sur le cancer du rein ont été constitués. Des partenariats ont également été engagés avec des organismes de recherches européens. Une première évaluation de l'activité scientifique des cancéropôles a eu lieu en 2007, qui a confirmé leur compétitivité au niveau international.

Malgré l'arrivée à échéance du plan cancer, les actions se poursuivront en 2008 dans ces différents domaines, pour un total de **56,4 millions d'euros** :

- en matière de **prévention**, les programmes de dépistage organisés des cancers seront développés avec comme objectifs l'augmentation des taux de participation aux programmes de dépistage du cancer du sein et la généralisation sur tout le territoire du dépistage du cancer colorectal (40 millions d'euros). Dans le domaine du cancer du col de l'utérus, l'information, la promotion et le développement des connaissances seront renforcés grâce des expérimentations de dépistage (900 000 euros).

Il convient de rappeler, à cet égard, que l'amélioration du dépistage des cancers constitue le **cinquième objectif du programme**. Deux indicateurs de performance le précisent : il s'agit, en 2008, que 65 % des femmes concernées participent au dépistage organisé du cancer du sein et que le coût unitaire moyen de cet acte ne dépasse pas 40 euros ;

- dans le domaine des **soins**, sont prévus la consolidation des centres de cancérologie pédiatrique, le lancement d'un plan dédié à la radiothérapie pour la mise en œuvre des décrets du 21 mars 2007 relatifs aux conditions d'implantation et aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de traitement du cancer, ainsi que le financement d'actions expérimentales dans le domaine du maintien à domicile, de la lutte contre la douleur et des soins palliatifs (2,3 millions d'euros) ;

- s'agissant enfin de la **recherche**, il s'agit de poursuivre les programmes sur les cancers environnementaux, les cancers professionnels et les liens entre l'alimentation et le cancer (2,3 millions d'euros), et de diffuser

les innovations avec la création d'équipes mobiles de recherche clinique assurant des missions de proximité.

Votre commission salue l'aboutissement de l'effort sans précédent engagé contre le cancer et souhaite qu'il se poursuive par un nouveau plan, sous l'égide d'un INCa désormais rénové.

2. Un effort louable pour la lutte contre les maladies infectieuses

a) Des actions ciblées contre le Sida et les infections sexuellement transmissibles

Après un relatif succès des politiques de prévention dans les années quatre-vingt-dix, l'apparition de nouveaux cas de Sida en nombre non négligeable chez les populations à risque constitue depuis quelques années une source d'inquiétude pour les professionnels de santé et les associations qui oeuvrent dans ce domaine.

La situation est particulièrement préoccupante pour deux catégories de personnes : pour **les homosexuels** car plus de deux mille cas ont été découverts depuis la mise en place de la notification obligatoire et anonyme en 2003, soit 28 % de l'ensemble des nouveaux cas, et pour **les migrants originaires d'Afrique sub-saharienne**, qui se caractérisent par un accès tardif aux soins et une situation sociale précaire et qui représentent désormais plus du quart des malades, contre moins de 15 % en 1998.

En l'absence de vaccin et de traitement éradiquant l'infection, la politique de lutte contre le VIH/Sida vise à réduire sa transmission et à optimiser la prise en charge des malades et des personnes séropositives. Dans cette optique, le **programme national 2005-2008**, poursuit quatre objectifs, afin de **réduire de 20 % l'incidence des cas de Sida** comme le prévoit la loi du 9 août 2004 :

- lutter contre les discriminations à l'encontre des personnes séropositives, notamment en matière d'accès à l'assurance et à l'emprunt ;

- encourager les comportements de prévention par la multiplication des campagnes de prévention. Cet objectif est repris par le projet annuel de performances, qui lui attache deux indicateurs : le taux de reconnaissance des campagnes de prévention par les publics cibles, qui doit être supérieur à 60%, et le nombre de contaminations récentes chez les hommes parmi les nouveaux diagnostics d'infection (2 000 en 2008, contre 2 250 en 2007) ;

- faciliter et accroître le recours au dépistage ;

- soutenir et encourager la recherche sur les microbicides.

En 2008, l'Etat consacrera **37,3 millions d'euros** à cette politique. C'est un million de plus qu'en 2007. Ces crédits, dont plus de 80 % sont déconcentrés, sont essentiellement destinés à la prise en charge des malades à domicile, aux réseaux ville-hôpital, au soutien aux associations, et à des

actions de prévention, notamment en direction des personnes à risque (homosexuels, migrants, habitants des Antilles).

Ainsi, 67 % des crédits sont versés à 1 050 associations pour mettre en œuvre 1 300 actions de proximité. Il est toutefois regrettable que seules 23 % de ces associations soient spécialisées dans le champ du Sida, ce qui conduit à un **saupoudrage des moyens** de ce plan sur un très grand nombre d'acteurs.

Les actions de lutte contre le VIH Sida en 2008

Estimation de la répartition 2008 (<i>en euros</i>)	Crédits centraux	Crédits déconcentrés	% par rapport à l'ensemble des crédits Sida
Soutien aux associations nationales de lutte contre le VIH/Sida (dont Aides pour 56 %)	3 691 466		9,9
Programme en direction de la population générale	330 000	5 630 000 pour 569 actions	16,0
Programme en direction des populations prioritaires	1 300 000	5 650 000 pour 208 actions	18,6
Programme des personnes atteintes	160 000	18 500 000 pour 466 actions	50,1
Outils structurels, recherches actions et bilans	1 016 000	802 670 pour 6 actions	4,7
Délégation spécifiques Guyane, Wallis et Futuna, Polynésie et Nouvelle-Calédonie	176 000		0,4
Fonctionnement du Conseil national du Sida	30 000		0,3

Source : direction générale de la santé

Ces crédits ne constituent toutefois qu'une part minoritaire des moyens alloués par la puissance publique à la lutte contre le VIH. Ainsi, l'Inpes consacre une partie importante de son budget (23 millions d'euros) à des campagnes de prévention et d'information sur ce thème. L'assurance maladie contribue pour sa part à la prise en charge sanitaire des malades, mais aussi au financement des appartements thérapeutiques et des centres de dépistage (56,3 millions d'euros en 2007). Enfin, l'agence nationale de recherche sur le Sida et les hépatites virales (ANRS) reçoit chaque année une dotation de l'Etat (45 millions d'euros en 2007).

Par ailleurs, la lutte contre les **infections sexuellement transmissibles** disposera, en 2008, d'un budget de **8,3 millions d'euros**, équivalent à celui de 2007. Cette enveloppe correspond au financement, par l'Etat, des structures de prise en charge de ces pathologies dans les cinquante-sept départements qui ont renoncé à cette compétence, conformément à la possibilité ouverte par la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et aux responsabilités locales.

Cette politique fait aujourd'hui l'objet d'une attention particulière. En effet, alors que jusqu'à la fin des années quatre-vingt-dix, les IST semblaient avoir disparu du paysage sanitaire français, les professionnels de santé assistent à une **augmentation importante du nombre de cas dépistés** (gonocoques, syphilis, lymphogranulomatoses vénériennes), notamment chez les homosexuels. Ce phénomène s'accompagne d'une dégradation de l'impact des campagnes de prévention auprès de cette population, qui conduit à des comportements à risque plus fréquents.

b) Une dotation toujours insuffisante pour le programme de lutte contre les hépatites

En France, 500 000 personnes sont aujourd'hui infectées par l'hépatite C et 150 000 par l'hépatite B, qui sont la cause de multiples complications (cirrhose et cancer notamment) et de plusieurs milliers de décès chaque année.

Pour tenter d'en diminuer la prévalence, un **programme national « hépatites virales B et C » a été mis en place pour la période 2006-2009**. Il comprend la mise en œuvre de campagnes d'information pour le dépistage et d'actions de prévention des contaminations dans les activités de soins et pour le soutien aux réseaux de prise en charge des malades. Il s'agit d'améliorer les délais de prise en charge afin de prévenir les complications, de renforcer la prévention et d'inciter à la vaccination contre l'hépatite B des personnes les plus exposées.

A cet égard, l'office parlementaire d'évaluation des politiques de santé (Opeps) s'est récemment inquiété du **retard pris par la France en matière de vaccination contre l'hépatite B**, après l'arrêt brutal, en 1998, de la campagne d'injection lancée en 1994, en raison des soupçons, non confirmés, d'un lien entre le vaccin et l'apparition de scléroses en plaques. La couverture vaccinale des Français contre l'hépatite B n'atteint ainsi que 30 %, contre 85 % pour les Allemands.¹

Malgré les besoins dans ce domaine et les objectifs affichés, ce programme ne bénéficiera que d'**1,8 million d'euros en 2008**, soit autant qu'en 2007, année où votre commission avait dénoncé la diminution de 45 % opérée sur ce poste. Ces crédits limités sont destinés au soutien aux associations (304 500 euros), à l'appui aux réseaux de prise en charge (154 000 euros), à des actions d'audit et de conseil dans des structures médicosociales (65 000 euros), à la formation des professionnels (181 000 euros), au dépistage chez les jeunes et les personnes précaires (74 000 euros), ainsi qu'à différentes études sur les greffes et les nouvelles techniques de dépistage (104 700 euros). Par ailleurs, 892 400 euros serviront à la déclinaison du programme en région.

¹ Cf. rapport n° 476 Sénat (2006-2007) fait au nom de l'Opeps par Paul Blanc : « Vaccins : convaincre et innover pour mieux protéger ».

c) Des crédits en progression pour la prévention des maladies infectieuses

Outre une subvention de 15 000 euros versée à une association de prise en charge de victimes de la maladie de Creutzfeld-Jakob, l'essentiel de l'enveloppe destinée aux maladies non infectieuses se répartit entre :

- **la lutte contre la tuberculose (28,5 millions d'euros)**, selon les orientations du nouveau **programme de lutte contre la tuberculose 2007-2011** présenté le 11 juillet 2007. Il s'agit, pour la quasi-totalité, de crédits déconcentrés pour le financement de structures - soixante-dix établissements publics de santé et neuf centres de santé - dans les cinquante et un départements ayant renoncé à cette compétence. Ces établissements procèdent au dépistage de la maladie, à des consultations individuelles, à la réalisation de radiographies pulmonaires, à la délivrance gratuite de médicaments et à la notification des cas de tuberculose. 180 000 euros seront par ailleurs alloués au financement d'actions de formation des professionnels de santé et au comité de suivi du programme.

Votre commission salue la mise en place de ce programme et souhaite que les pouvoirs publics soient particulièrement mobilisés pour son application. En effet, le risque infectieux est aujourd'hui préoccupant chez les publics les plus précaires, comme les personnes sans domicile et les migrants, notamment en Ile-de-France et dans les Bouches-du-Rhône. Il convient donc d'être particulièrement attentif à la **recrudescence de cette pathologie**, à l'heure où **l'obligation vaccinale du BCG a été levée** par décret du 17 juillet 2007. Sans remettre en cause le bien-fondé de cette décision, votre commission aurait souhaité qu'elle s'accompagne du maintien de l'obligation vaccinale par le BCG dans les zones précédemment mentionnées et pour les personnes arrivant de pays endémiques ;

- **les vaccinations (17,7 millions d'euros)**. Sur ce total, 17,4 millions d'euros permettront le financement de trente-deux établissements de santé et de quarante-quatre centres de santé, qui réalisent des vaccinations et des actions de formation dans les départements qui ont renoncé à cette compétence. En outre, 200 000 euros sont prévus pour l'organisation de la semaine de la prévention au mois d'avril 2008, en partenariat avec l'Inpes.

3. Un saupoudrage des moyens pour les autres pathologies

a) Un plan santé mentale très en deçà des enjeux

Chaque année, 160 000 de nos compatriotes font une tentative de suicide et 11 000 en décèdent, ce qui place la France parmi les cinq pays européens qui ont le taux de décès par suicide le plus élevé. C'est la première cause de mortalité chez les 25-34 ans et la seconde chez les 15-24 ans, après les accidents de la route.

Ce constat a conduit le précédent gouvernement à lancer le plan « Psychiatrie et santé mentale » 2005-2008, qui vise à mettre en œuvre les objectifs de santé mentale fixés par la loi du 9 août 2004. Ils concernent la prévention, la réorganisation et le décloisonnement des prises en charge sanitaire et sociale, l'amélioration de la formation et de la qualité des pratiques ainsi que les domaines de l'évaluation et de la recherche.

Il intervient, de ce fait, au niveau sanitaire, médicosocial et dans les domaines de la prévention, de la recherche et de la formation, ce qui explique que son financement relève de l'Ondam hospitalier, de crédits médicosociaux (Ondam médicosocial et crédits de la CNSA) et de la mission « Santé ». Sur la durée du plan, l'effort financier total devrait s'établir à **288 millions d'euros**, dont seulement 17 millions de crédits d'Etat.

Sur cette enveloppe, **6 millions d'euros seront versés en 2008**, soit une augmentation de 7,1 % par rapport à l'exercice précédent. Ces crédits seront utilisés à 85 % par les services déconcentrés pour des actions d'aide à la personne et d'accès au droit, d'éducation à la santé et d'information. Au niveau national, l'Etat participera au soutien financier des associations de familles, de la formation des professionnels et des études en épidémiologie, notamment sur la dépression des sujets âgés.

Les moyens supplémentaires enregistrés l'année prochaine seront alloués à deux actions spécifiques :

- le lancement d'une nouvelle stratégie de **prévention du suicide**, comprenant des actions de formation pluridisciplinaires au repérage de la crise suicidaire et des études permettant d'approfondir les connaissances sur ce sujet ;

- l'accompagnement de la **mise en œuvre de la loi du 26 juillet 2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs**, qui systématisé l'injonction de soins au bénéfice des auteurs des infractions les plus graves. Ce dispositif repose sur un médecin coordonnateur, qui assure l'interface entre le médecin traitant et le juge d'application des peines. Des crédits sont donc destinés à la formation de ces professionnels.

Votre commission, si elle salue l'effort des pouvoirs publics dans le cadre de ce plan, rappelle que **la santé mentale demeure encore le parent pauvre de l'offre de soins** dans notre pays, alors que les besoins, notamment en matière de prise en charge de la dépression (les Français détiennent le record de consommation de médicaments psychotropes en Europe)¹ et de prévention du suicide sont considérables.

Elle sera, à cet égard, attentive aux travaux que mènera l'Opeps en 2008 sur la prise en charge des maladies psychiatriques en France et des propositions qui en seront tirées pour améliorer cette politique.

¹ Cf. *Rapports n° 3187 (Assemblée nationale) de Maryvonne Briot et n° 422 (Sénat) faits au nom de l'Opeps (2005-2006) : « Le bon usage des médicaments psychotropes ».*

b) Une dotation symbolique pour les autres plans

Enfin, les autres plans rattachés à l'action « pathologies à forte morbidité/mortalité » se partageront un peu plus de **1,5 million d'euros**, soit :

- **590 000 euros** pour le dépistage, la recherche et l'information du public et des professionnels de santé sur les **maladies cardio-vasculaires** (mort subite et AVC). Ces pathologies bénéficieront de 400 000 euros supplémentaires, effort que votre commission souligne, compte tenu du problème de santé publique majeur qu'elles constituent. Elles sont en effet la cause de 180 000 décès par an, dont 25 % concernent des personnes de moins de soixante-quinze ans¹ ;

- **627 500 euros** pour soutenir les structures associées à la mise en œuvre du **plan « maladies rares »**, notamment le serveur d'information Orphanet ;

- **246 000 euros** au profit de la promotion de la **santé bucco-dentaire**, notamment auprès des personnes handicapées et des personnes en situation de précarité.

Cette somme paraît très insuffisante à votre commission comparée à l'ensemble des mesures à mettre en œuvre dans le cadre de ces programmes, notamment pour ce qui concerne les sept mille maladies rares, dont l'étude, le dépistage et la prise en charge méritent d'être améliorés, et les maladies cardio-vasculaires. Une fois de plus, c'est à l'assurance maladie, *via* le fonds national de prévention, d'éducation et d'informations sanitaires (FNPEIS), que revient l'essentiel de la charge financière des actions décidées par le Gouvernement.

D. L'ACTION « QUALITÉ DE LA VIE ET HANDICAPS » PORTÉE PAR LE PLAN ALZHEIMER

Enfin, l'action « qualité de la vie et handicaps » s'attache à réduire les risques de survenance d'un handicap et à en limiter les conséquences par des actions de prévention et une meilleure prise en charge.

Si elle reste l'action la moins dotée du programme « santé publique et prévention », avec **3,5 % seulement des crédits**, elle fait cependant l'objet d'une progression non négligeable de ses moyens en 2008 (**10,1 millions d'euros soit une hausse de plus de 50 % par rapport à 2007**).

¹ Cf. Rapport n° 236 AN (treizième législature) fait au nom de l'Opeps par Jean Bardet : « La prise en charge précoce des accidents vasculaires cérébraux ».

1. Les pathologies de l'enfance et de la périnatalité

Le **plan périnatalité 2005-2007** visait à améliorer la santé des femmes enceintes et celle du fœtus et à réduire le nombre de grossesses non désirées. Ses objectifs étaient de renforcer la connaissance de l'état de santé de la femme enceinte et de l'enfant, de prévenir les conduites à risque et les expositions nocives chez la femme enceinte par une meilleure information, d'améliorer les pratiques professionnelles en matière de diagnostic prénatal, de fœtopathologie, d'échographie obstétricale et de suivi prénatal et de faciliter l'accès à la contraception et à l'interruption volontaire de grossesse (IVG).

Sur ce dernier point, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 comporte d'ailleurs une mesure forte, en **autorisant les centres de planning familial à pratiquer des IVG médicamenteuses**.

274 millions d'euros ont été consacrés à ce plan, dont 271 millions par l'assurance maladie, sur sa durée de mise en œuvre. Il a permis de sécuriser les maternités, d'améliorer le transport des mères et des nouveau-nés, de renforcer les services de réanimation pédiatrique, de mettre en place un nouveau carnet de santé pour la grossesse et de former les professionnels à l'entretien du quatrième mois. Ces deux dernières mesures ont été financées par le budget de l'Etat.

Avec l'arrivée du plan à échéance, les actions dans ce domaine n'en sont pas moins poursuivies, afin d'atteindre, à l'horizon 2008, les objectifs de la loi de santé publique : ramener la mortalité maternelle au niveau de la moyenne des pays de l'Union européenne en passant d'un taux de 10/100 000 à un taux de 5/100 000, réduire la mortalité périnatale de 15 % et limiter les handicaps liés à la naissance.

Comme en 2007, **1,8 million d'euros** seront donc consacrés à cette politique en 2008. Sur cette enveloppe, 1,3 million sont destinés aux services déconcentrés pour le fonctionnement des commissions régionales de la naissance, l'organisation de l'entretien du quatrième mois, ainsi que des actions d'éducation à la santé, notamment sur la prévention des conduites addictives pendant la grossesse.

Les actions en faveur de la contraception et de l'accès à l'IVG bénéficieront, pour leur part, de 340 000 euros sur le budget de l'administration centrale. 150 000 euros sont enfin prévus pour l'évaluation du plan périnatalité et le soutien du ministère de la santé aux associations.

S'agissant par ailleurs de **la santé des enfants et des troubles de l'apprentissage**, **485 000 euros** seront consacrés à l'élaboration, par la HAS, de référentiels de dépistage pour les professionnels de santé, en application des recommandations du rapport Sommelet rendues publiques en mars 2007, mais aussi à des actions d'information sur les troubles sensoriels et au financement d'associations œuvrant dans le domaine de la prise en charge de la douleur et l'accompagnement des enfants hospitalisés.

2. Les pathologies de l'âge adulte

Des actions seront également mises en œuvre en 2008, dans le cadre du **nouveau plan national pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques**, en matière de prévention, de dépistage et de prise en charge de ces affections.

277 000 euros seront ainsi consacrés au **diabète, aux maladies endocriniennes, rénales et du sang** (hors cancer) pour des actions d'éducation thérapeutique sur les complications du diabète, l'organisation de la semaine et des actions d'information sur les troubles musculo-squelettiques en lien avec l'Inpes. En outre, les **maladies aérorespiratoires et chroniques** bénéficieront de **900 000 euros**, soit une augmentation de 50 % des moyens qui leur sont alloués, destinés à des expérimentations de coordination médicosociale et de parcours de soins personnalisés, à la réalisation et à la diffusion d'outils d'éducation thérapeutique pour les professionnels de santé et au soutien aux associations.

Votre commission se réjouit du lancement de ce plan, dont elle souhaite qu'il améliore rapidement le dépistage et la prise en charge des maladies chroniques et qu'il renforce la prévention dans ce domaine. En effet, le diabète touche aujourd'hui 3 millions de personnes (800 000 cas seraient encore méconnus) et l'insuffisance rénale chronique 2,5 millions de personnes, dont 45 000 sont dialysées.

3. Les pathologies liées au vieillissement et à la fin de vie

Le plan Alzheimer 2004-2007 visait à améliorer la qualité de vie des 860 000 malades et de leurs proches, en investissant dans le dépistage avec la mise en place d'une évaluation cognitive à soixante-dix ans, la prise en charge médicale, l'accompagnement des familles au travers d'un numéro vert Alzheimer et la recherche.

A l'occasion de la journée mondiale de la maladie d'Alzheimer, le 21 septembre 2007, les grandes lignes du plan qui lui succèdera pour la période 2008-2012 ont été dévoilées par le professeur Joël Ménard, président de la commission installée le 3 septembre par le Président de la République pour dégager les axes d'action prioritaires sur cette question.

Les orientations du plan Alzheimer 2008-2012

- favoriser la prise en charge personnalisée et respectueuse de la dignité des personnes atteintes de la maladie ;
- créer une structure de recherche en neurosciences dédiée à la maladie d'Alzheimer ;
- renforcer le rôle du médecin traitant auprès du malade ;
- permettre un libre choix entre l'hébergement en établissement et le maintien à domicile grâce au renforcement de l'offre de soins en établissement ;
- enfin, développer un diagnostic et une prise en charge spécifique des malades précoces.

En 2008, le budget de l'Etat contribuera pour **3,4 millions d'euros** au lancement de ce plan, dont les mesures seront plus précisément connues à la fin de l'année. Cette somme correspond à plus de la moitié de celle consacrée par l'Etat au plan précédent sur les quatre exercices budgétaires de sa mise en œuvre.

Toutefois, c'est à l'assurance maladie qu'il reviendra, comme pour les autres plans de santé publique, d'en financer l'essentiel. A cet effet, des recettes nouvelles seront issues de la mise en place des **franchises** par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008.

Votre commission approuve le choix de la maladie d'Alzheimer comme priorité de santé publique du prochain quinquennat. Avec **225 000 nouveaux malades chaque année**, les enjeux sont en effet de taille.

Le plan « **bien vieillir** » bénéficiera également de quelques subsides (**291 000 euros**) pour soutenir des appels à projets en lien avec la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et réaliser des outils d'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements pour personnes âgées dépendantes. Il s'agit de répondre aux enjeux du vieillissement de la population et aux problèmes de santé qui en constituent le corollaire (ostéoporose, troubles ostéo-articulaires, problèmes de vision et d'audition), en cherchant à augmenter l'espérance de vie en bonne santé et à prévenir la perte d'autonomie.

Enfin, une enveloppe de **253 000 euros** sera consacrée à la prise en charge de la douleur, dans le cadre du **plan Douleur 2006-2010**, et aux **soins palliatifs**. Ces crédits permettront de financer des projets de recherche sur de nouveaux modes de prise en charge de la douleur et de soutenir les associations d'accompagnement des personnes en fin de vie.

Si votre commission salue l'engagement présidentiel en faveur de la lutte contre la maladie d'Alzheimer, elle rappelle que **les besoins sont également considérables en matière de prise en charge de la douleur et de développement des soins palliatifs**, dans un contexte de vieillissement de la population. Des crédits plus importants doivent d'urgence être débloqués pour créer des lits supplémentaires en unités de soins palliatifs (USP). Au total, sur les 550 000 décès qui interviennent chaque année, seules 50 000 personnes bénéficient de ce type d'accompagnement. On estime les besoins à 150 000 malades.

II. UN RECENTRAGE DES ACTIONS EN FAVEUR DE L'OFFRE ET DE LA QUALITÉ DES SOINS

Le **pilotage stratégique de l'offre de soins** sur le territoire national dépend du programme « offre de soins et qualité du système de soins ». La finalité est, pour la direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins (Dhos) qui en assure la mise en œuvre, de répondre aux besoins sanitaires de la population en mettant à sa disposition une **offre accessible et de qualité**, dans le respect des objectifs de dépenses fixés par le législateur.

Deux actions se partagent la tâche d'atteindre cet objectif : l'action « niveau et qualité de l'offre de soins » vise à garantir la qualité de la formation des professionnels de santé, tandis que l'action « modernisation du système de soins » assure aux opérateurs les moyens d'assurer leur mission en matière d'accessibilité des soins.

Pour réaliser ses ambitions, le programme « offre de soins et qualité du système de soins » bénéficiera, en 2008, d'une dotation de **113,5 millions d'euros**. C'est 9,25 % de plus qu'en 2007 et un effort budgétaire qui marque la volonté des pouvoirs publics de renforcer cette politique.

Les crédits du programme « offre de soins et qualité du système de soins » en 2008

Actions	Crédits de paiement (en euros)	Variation 2008/2007 (en %)
Niveau et qualité de l'offre de soins	72 838 463	+ 9,39
Modernisation du système de soins	40 658 668	+ 14,01
Total	113 497 131	+ 9,25

Source : direction générale de la santé

A. PROMOUVOIR L'ACCÈS DE TOUS À UNE PRISE EN CHARGE SANITAIRE DE QUALITÉ

1. Des professionnels bien formés, gages d'une offre de soins de haut niveau

L'action « niveau et qualité de l'offre de soins » est dotée de **72,8 millions d'euros pour 2008, soit près de 10 % de plus qu'en 2007**. Près des deux tiers des crédits du programme sont donc destinés à garantir la sécurité, la qualité et l'adaptation de la prise en charge sanitaire grâce à l'amélioration constante des performances de soins et à la diffusion des innovations diagnostiques et thérapeutiques.

Pour répondre à cet objectif, **quatre axes de travail** ont été définis : la promotion de la bonne gouvernance des établissements de santé, l'amélioration de la gestion des risques et celle des ressources humaines, enfin l'optimisation de l'organisation et de la qualité des soins.

Tous quatre nécessitent des moyens humains de qualité. C'est pourquoi l'essentiel des crédits attachés à l'action est consacré à la formation des professionnels de santé, soit :

- 59,6 millions d'euros pour la formation médicale initiale des internes en médecine. Cette enveloppe correspond au remboursement, aux CHU, des rémunérations versées aux internes en médecine générale pendant leur stage obligatoire de six mois dans un organisme extrahospitalier ou dans un cabinet de ville, et des indemnités dues aux maîtres de stage praticiens libéraux. En effet, le CHU dont relève l'interne continue, pendant le stage, à verser les émoluments forfaitaires et à payer les charges sociales correspondantes. La rémunération des maîtres de stages et des internes sera en outre revalorisée lorsque le stage aura lieu dans une zone sous-médicalisée.

Ces crédits permettent également le financement des **stages de sensibilisation à la médecine générale** pour les externes en deuxième et troisième années du deuxième cycle des études médicales. Cette mesure, prévue par le plan de démographie médicale du 25 janvier 2006, n'était pas financée en 2007. Votre commission se félicite donc que les pouvoirs publics se soient donné les moyens de la mettre en œuvre, convaincue qu'elle contribuera à créer des vocations en médecine générale.

Les 3 millions supplémentaires affectés à ce poste en 2008 ne permettront pas, compte tenu de cette nouvelle charge, d'apurer la dette de l'Etat aux CHU au titre de la formation des internes, dette accumulée par une sous-dotation chronique de cette enveloppe et ce, malgré des rallonges systématiques en loi de finances rectificative. A la fin de l'année 2007, son montant devrait atteindre 17,3 millions d'euros.

- 5,5 millions d'euros pour l'année de recherche dont bénéficient les étudiants les mieux classés de l'internat de médecine, de pharmacie et d'odontologie. Il s'agit d'une année de recherche médicale ou biomédicale dans le cadre d'un master à l'université.

Là encore, les crédits annoncés pour 2008 ne suffiront pas à apurer la dette de l'Etat, estimée à 1,96 million sur ce poste.

Les autres dépenses d'intervention concernent la **subvention de l'Etat à la HAS pour 2,5 millions d'euros en 2008.** Après la diminution drastique dont elle a été l'objet en 2007, où elle s'est établie à 1 million d'euros seulement contre 9,6 millions en 2006, cette augmentation soulagera le budget de la HAS, dont le fonds de roulement a été considérablement ponctionné en 2007 (33 millions).

En 2008, la HAS bénéficiera également d'une dotation de 5 millions d'euros de l'assurance maladie, c'est 3 millions de plus qu'en 2007 mais le niveau de la subvention de 2006 (19,3 millions) est loin d'être rétabli. Enfin, ses ressources propres - la taxe sur les dépenses de promotion des laboratoires pharmaceutiques, la redevance des industries et la contribution des établissements pour leur certification - devraient représenter 32,7 millions, soit un budget total de la HAS de **40,2 millions en 2008**.

Toutefois, votre commission estime que la **HAS se trouvera dans une situation financière délicate en 2008**. L'augmentation de la dotation du ministère de la santé ne compensera en effet pas la moindre mobilisation du fonds de roulement, dont le niveau ne s'établira qu'à 13,3 millions à la fin de l'année 2007. Or, **ses missions sont sans cesse renforcées**, ce qui conduit la HAS à effectuer de nouveaux recrutements.

Les missions de la Haute Autorité de santé

La HAS est une **autorité publique indépendante à caractère scientifique** chargée d'apporter son expertise aux décideurs politiques en matière de santé, dans l'objectif d'amélioration de la qualité des soins par l'évaluation des actes et des produits de santé et l'élaboration de référentiels de bonnes pratiques professionnelles.

Elle a ainsi pour missions d'évaluer régulièrement le service médical rendu par les actes, les prestations et les produits de santé, d'élaborer des recommandations de bon usage, d'évaluer les pratiques professionnelles, d'accréditer et de certifier les établissements de santé.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 a étendu les compétences de la HAS, qui doit désormais rendre un avis sur les textes législatifs et réglementaires relatifs aux soins curatifs et préventifs.

L'article 29 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 envisage par ailleurs de permettre à la HAS d'émettre, si nécessaire, des **avis médico-économiques sur les stratégies de soins, de prescription et de prise en charge les plus efficaces**, à l'instar des compétences de ses homologues britannique (le Nice) et allemand (IQWiG).

Si votre commission est favorable à la mobilisation du fonds de roulement des agences et des établissements publics, qui n'ont pas vocation à faire fructifier leur argent, elle constate une fois de plus qu'il ne s'agit que d'une **mesure d'économie ponctuelle**. Dès lors que le fonds de roulement atteint son niveau de réserve prudentielle, équivalent à un mois de fonctionnement, l'Etat doit augmenter sa participation à due concurrence, sous peine de se désengager du financement de structures qui mettent en œuvre des politiques publiques.

L'action « niveau et qualité de l'offre de soins » comprend également quelques crédits de fonctionnement. Le conseil national de l'Ordre des médecins recevra ainsi **3,7 millions d'euros au titre du dispositif de formation médicale continue (FMC)** et 1,5 million seront consacrés à la réalisation d'études par des intervenants extérieurs, concernant notamment l'évaluation des politiques publiques, mais aussi à la passation de conventions et à l'achat de prestations diverses, comme la publication au bulletin officiel des annonces de marchés publics.

Le projet annuel de performance attache **trois objectifs** à la mise en œuvre de cette action :

- l'objectif n° 2 vise l'amélioration de l'impact de l'évaluation du système de santé. L'indicateur qui y est associé mesure le taux de mise en œuvre des prescriptions obligatoires de la HAS par les établissements en vue de leur certification. Ce taux doit atteindre 88 % en 2008, contre 87 % en 2007, ce qui ne constitue pas, loin s'en faut, un effort remarquable demandé aux établissements ;

- l'objectif n° 3 concerne la promotion de la recherche médicale. En 2008, il est ainsi prévu que 25 % des internes ayant effectué l'année-recherche participent encore à des fonctions de recherche dans un délai d'un an puis de cinq ans après la fin de cette formation. Il s'agit d'un nouvel indicateur ; de fait, les résultats des années précédentes ne sont pas connus, ce qui ne permet pas de juger de la pertinence du taux retenu ;

- enfin, l'objectif n° 4 évalue l'adaptation de la formation des étudiants en médecine aux besoins de santé. Deux indicateurs ont été choisis dans ce cadre : le taux de satisfaction des étudiants un an puis cinq ans après leur stage extrahospitalier (84 % en 2008) et le pourcentage des étudiants qui s'orientent vers la médecine générale (48 % en 2008). Votre commission s'interroge sur le bien-fondé de ce choix : le pourcentage des étudiants satisfaits de leur stage n'a pas de réelle signification au-delà d'un certain niveau, dans la mesure où toute expérience entraîne des mécontentements. En outre, la proportion d'étudiants en médecine générale dépend aussi du nombre de places offertes dans les différentes spécialités à l'examen classant national.

2. Inciter les professionnels de santé à recevoir tous les patients

Votre commission s'était émue, l'année passée, de la **persistance des inégalités d'accès aux soins**, qui conduit à un constat paradoxal de l'offre de soins : les plus défavorisés sont, en France, dans un état sanitaire moins favorable que la moyenne de la population et ils n'accèdent pas aux soins dans des conditions satisfaisantes au regard de leurs pathologies.

L'une des raisons réside dans le fait que les bénéficiaires de la CMU et de l'aide médicale d'Etat (AME) se heurtent trop souvent au **refus des professionnels de santé** pour obtenir une consultation.

Au début de l'année 2006, l'association Médecins du monde a réalisé une enquête téléphonique auprès de 725 généralistes installés dans une dizaine de villes. Dans ce cadre, près de quatre médecins sur dix, essentiellement en secteur 2, ont refusé de recevoir un patient bénéficiaire de l'AME, le taux de refus de soins atteignant 10 % pour les ressortissants de la CMU. Ces chiffres sont supérieurs à 40 % dans l'étude du fonds de financement de la CMU rendue publique le 22 juin 2006.

La Haute Autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (Halde) a rendu deux délibérations sur ce sujet : le 6 novembre 2006 pour la CMU à la suite de sa saisine par le comité des médecins généralistes pour l'accès aux soins (CoMéGa) et le 5 mars 2007 concernant l'AME en réponse à la saisine de l'observatoire du droit à la santé des étrangers. Dans les deux cas, **elle a condamné les refus de soins**, au motif qu'« *aucune personne ne peut faire l'objet de discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins* » (article L. 1110-3 du code de la santé publique).

Le ministère de la santé s'est également saisi de cette question et a confié une mission à Jean-François Chadelat, qui a remis ses conclusions le 30 novembre 2006. Un comité de suivi des refus de soins de bénéficiaires de la CMU a été créé, mais aucune sanction disciplinaire n'a été envisagée pour les médecins contrevenants.

Votre commission s'étonne, à cet égard, que **les mesures prises ne concernent que l'amélioration de l'accueil des bénéficiaires de la CMU sans se préoccuper de ceux de l'AME**. Ainsi, le comité de suivi de l'AME est, à ce jour, une structure fantôme et la brochure informative sur les droits et les devoirs des médecins et des patients, éditée au début de l'année 2007, ne mentionne pas l'AME.

En novembre 2006, Médecins du monde a lancé une seconde enquête après des praticiens ayant participé au *testing* précédent, afin de connaître les motivations de leur décision s'agissant des ressortissants de l'AME. Quatre motifs de refus de consultation ressortent des réponses reçues par l'association : la complexité administrative des formulaires de l'AME, la barrière linguistique, la longueur des délais de remboursement et le manque d'information sur le fonctionnement du dispositif.

Il semble donc à votre commission que **l'information des médecins sur l'AME, dans le cadre de la formation continue, et la simplification des procédures administratives permettraient, assez facilement, de limiter le taux de refus de soins à l'égard de ces patients**.

B. VERS UN DÉSENGAGEMENT PROGRESSIF DE L'ETAT ?

1. Une enveloppe budgétaire resserrée sur les actions prioritaires

Le présent projet de budget procède à une **modification du périmètre** du programme « offre de soins et qualité du système de soins ». L'action « accessibilité de l'offre de soins » est en effet supprimée, faute de crédits pour financer la conférence nationale des réseaux (CNR) et les actions de développement de la télémédecine en régions.

Cette action disposait, en 2007, de moyens budgétaires extrêmement réduits, à hauteur d'1,35 million d'euros. L'essentiel de ces crédits était versé, dans le cadre des contrats de plan entre l'Etat et les conseils régionaux, aux neuf régions - Bourgogne, Champagne-Ardenne, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Basse-Normandie, Haute-Normandie, Midi-Pyrénées, Nord-Pas-de-Calais, Pays de la Loire et Poitou-Charentes - qui mènent des actions de **développement de la télémédecine**.

L'essor des réseaux de télésanté nécessite, en effet, de financer des études de faisabilité, d'aider à leur implantation technique, de former les personnels à leur utilisation et d'en évaluer l'efficacité. Des conventions ont été établies chaque année à cet effet entre l'Etat et les directeurs d'établissements de santé concernés. Plus d'un millier d'établissements télétransmettent aujourd'hui des informations multimédias dans des domaines aussi variés que la cancérologie, la périnatalité ou la psychiatrie.

Toutefois, les contrats de plan Etat-régions étant arrivés à échéance et les réseaux de télémédecine désormais implantés, **le financement de leur fonctionnement revient à l'assurance maladie**, ce qui explique l'extinction des crédits du ministère de la santé sur ce poste.

En outre, une subvention de 50 000 euros était versée à la CNR, chargée de soutenir les promoteurs de réseaux et de promouvoir ces dispositifs auprès des professionnels de santé. La participation de l'Etat à cette instance était symbolique au regard de celle de l'assurance maladie, qui s'élève à 300 millions d'euros par le biais de la dotation nationale de développement des réseaux (DNDR) et du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FaqsV). Elle est désormais nulle.

Cette évolution du périmètre du programme traduit le **recentrage de l'action du ministère sur ses missions prioritaires** : la formation des médecins et le pilotage de l'offre de soins. De fait, l'essentiel de l'offre de soins est financé par l'assurance maladie et les dépenses fiscales, la dotation du programme « offre de soins et qualité du système de soins » ne représentent que **1 % du total des moyens affectés à cette politique**.

Ainsi, l'assurance maladie prend en charge la quasi-totalité du coût des politiques conduites dans ce domaine *via* l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam). En outre, plusieurs dépenses fiscales y sont

affectées : 1,1 milliard d'euros pour le taux de 2,1 % applicable aux médicaments remboursables ou soumis à autorisation temporaire d'utilisation et aux produits sanguins ; 50 millions d'euros pour le taux de 5,5 % accordé aux prestations de soins dispensées par les établissements thermaux autorisés ; 20 millions d'euros pour la déduction forfaitaire au titre du groupe III pour les médecins conventionnés et 2 millions d'euros pour l'exonération d'impôt sur le revenu de la rémunération perçue au titre de la permanence des soins par les médecins installés dans certaines zones.

Enfin, il convient de rappeler que les **dépenses de personnels** sont affectées au programme « conduite et soutien des politiques sanitaires et sociales » de la mission « Solidarité et intégration », pour un total de **195,3 millions d'euros**.

2. La régionalisation de l'organisation des soins se poursuit

L'action « modernisation du système de soins » représente, pour sa part, près de 40 % des crédits du programme, soit **40,7 millions d'euros de crédits de paiement en 2008**. Elle recouvre, pour **28,9 millions, les subventions aux différents opérateurs**.

Outre ce poste, très largement majoritaire, **7 millions de dépenses de fonctionnement courant** seront affectés à l'organisation des élections de l'ordre national des infirmiers (1,5 million), à des actions de formation des personnels des agences régionales de l'hospitalisation (ARH) (1,5 million) et aux charges de frais de justice et de réparations civiles (4 millions). Il s'agit essentiellement de contentieux liés aux autorisations d'ouverture de pharmacies et de laboratoires, ainsi qu'à la sectorisation psychiatrique. Cette enveloppe est toutefois régulièrement inférieure aux besoins s'agissant des contentieux psychiatriques : la dette cumulée de l'Etat aux établissements de santé à ce titre est ainsi estimée à 37,2 millions.

Enfin, l'action comprend **4,7 millions d'euros de crédits d'intervention**, en augmentation, pour la réhabilitation d'établissements de santé et l'édification de nouveaux bâtiments **dans les collectivités d'outre-mer** (Nouvelle-Calédonie, Polynésie française, Wallis-et-Futuna), dans le cadre de contrats de développement.

a) Le développement des agences régionales

La quasi-totalité de la subvention de l'Etat aux opérateurs est versée aux vingt-six ARH, qui se partageront **22,1 millions d'euros en 2008**, soit une dotation équivalente à celle de 2007.

Les ARH sont des **GIP constitués en 1997 entre l'Etat et l'assurance maladie**. Elles ont la charge de définir et de mettre en œuvre la politique régionale d'offre de soins hospitaliers, de coordonner l'activité des établissements de santé, de contrôler leur fonctionnement et de déterminer leurs ressources.

Depuis leur mise en place, elles ont permis, sur la base des besoins de la population, d'engager une action concertée de recomposition de l'offre de soins. Conformément aux directives nationales, elles ont procédé à une politique différenciée de subvention des établissements allant dans le sens d'une réduction des inégalités, en cohérence avec les objectifs définis par chaque schéma régional d'organisation sanitaire (Sros).

Elles veillent désormais à ce que les établissements publics et privés s'engagent activement dans la mise en œuvre de la réforme de la tarification à l'activité, permettant une meilleure prise en compte de l'activité médicale et du service rendu au patient.

Elles disposent, pour mener à bien l'ensemble de leurs missions, de **408 emplois équivalents temps plein (ETP)**, dont 58 mis à disposition par l'assurance maladie, soit entre 50 et 130 emplois par agence.

L'objectif n° 1 du projet annuel de performances évalue d'ailleurs leur action en matière de pilotage de l'offre de soins. L'indicateur qui lui est associé est le taux d'atteinte des objectifs nationaux quantifiés qui figurent dans les contrats triennaux passés entre l'Etat et les ARH. Ce taux doit atteindre 50 % en 2008, soit une progression importante par rapport à 2007 (25 %), et passe par le respect de plusieurs sous-indicateurs : assurer la régulation régionale de l'offre de soins, veiller aux équilibres financiers des établissements de santé, optimiser l'organisation et la gestion interne des établissements, favoriser l'efficacité des pratiques hospitalières et développer le dialogue social en région.

Si, grâce aux ARH, de réels progrès ont été accomplis en matière d'organisation régionale de l'offre de soins, **la coordination avec les soins de ville et les actions de prévention demeure encore insuffisante**. Deux initiatives lancées en 2004 dans ce domaine se sont soldées par un échec : les missions régionales de santé (MRS), regroupant les ARH et les unions régionales des caisses d'assurance maladie (Urcam), et les groupements régionaux de santé publique (GRSP), chargés de mettre en œuvre les plans régionaux de santé publique (PRSP).

En effet, si l'élaboration des PRSP a permis de mobiliser les acteurs régionaux autour d'un diagnostic partagé de l'état de santé de la population et des moyens de l'améliorer, les spécificités sanitaires régionales n'ont pas suffisamment été prises en compte dans l'application effective des plans. En outre, les GRSP, mis en place tardivement (en juin 2007 pour celui de Bretagne), n'ont pas réussi à fédérer les actions des différents partenaires.

C'est pourquoi votre commission souhaite que **la politique de santé publique entre dans le champ de compétence des futures agences régionales de santé (ARS)**. En effet, la même structure piloterait l'offre de soins et les objectifs régionaux de santé publique.

Votre commission sera donc attentive aux résultats de l'expérimentation des ARS, dont elle attend le lancement, afin que ces agences puissent être créées aussi rapidement que possible en vue de consolider le dispositif régional de santé.

b) Des opérateurs nationaux de moindre envergure

Outre les ARH, trois opérateurs participent à la mise en œuvre de ce programme : l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), le GIP « carte de professionnel de santé » (GIP-CPS) et le nouveau centre national de gestion.

- L'**ATIH** est un établissement public à caractère administratif créé en 2000 pour traiter les informations issues du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Son champ de compétences s'est progressivement étendu avec la mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A) et le développement du recueil de données dans d'autres activités (l'hospitalisation à domicile, les soins de suite et de réadaptation, par exemple).

L'agence contribue à **la modernisation des établissements de santé et à l'évaluation de leurs performances** en organisant la collecte de leurs données d'activité et de coût, mais aussi en concevant et en produisant des systèmes d'information utiles à la gestion du système de soins. Elle participe en outre à la détermination des moyens financiers des établissements en fonction de leur activité et à la réforme de la T2A.

La subvention de l'Etat à l'ATIH s'élèvera, en 2008, à **2,4 millions d'euros**, soit 600 000 euros de plus qu'en 2007. Conformément à l'article 4 de la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002, l'assurance maladie versera le double de cette somme à l'opérateur. Enfin, ses ressources propres - essentiellement le produit de la vente de logiciels aux établissements de santé - devraient s'élever à un million d'euros et son fonds de concours sera prélevé à hauteur de 640 000 euros.

Cette augmentation des moyens de l'ATIH permettra le recrutement de dix-huit emplois équivalent temps plein (ETP), portant les effectifs à soixante-dix-huit ETP en 2008. Ces emplois supplémentaires sont destinés à répondre au développement des activités de l'agence, en application du contrat d'objectifs et de moyens pour la période 2007-2010.

- Le **GIP-CPS** a été créé en 1993 pour une durée de quinze ans. Il rassemble l'Etat, l'assurance maladie, les ordres professionnels, ainsi que des représentants des mutuelles et des syndicats professionnels. Il est chargé de mettre au point et de diffuser la carte individuelle de professionnel de santé SESAM-Vitale, qui permet la télétransmission sécurisée des documents liés à des actes ou des prestations remboursables par l'assurance maladie. En outre, il a pour mission, depuis 2004, de mettre en œuvre le répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS).

La carte SESAM-Vitale

Il s'agit d'une carte électronique individuelle protégée par un code confidentiel, qui contient des informations portant sur l'identité du professionnel, sa qualification, ses différents modes d'exercice, ainsi que des données de facturation pour l'établissement des feuilles de soins électroniques.

Au 1^{er} août 2006, 585 000 cartes étaient en circulation, dont 85 % auprès des professionnels de santé du secteur privé. Chez les libéraux, 88 % des médecins, 100 % des pharmaciens titulaires d'officines, 94 % des orthophonistes, 88 % des masseurs-kinésithérapeutes, 87 % des chirurgiens-dentistes et 79 % des infirmiers sont aujourd'hui détenteurs d'une carte.

Comme les années précédentes, le GIP-CSP recevra, en 2008, **une subvention de 768 500 euros**. L'assurance maladie participera au financement de l'opérateur à hauteur d'un million d'euros, l'essentiel du budget du GIP étant constitué par les abonnements des professionnels.

Votre commission observe que 2008 constitue normalement la dernière année d'existence du GIP, année qu'il convient de mettre à profit pour **accroître encore le nombre de cartes en circulation**, en application des recommandations de la Cour des comptes dans son rapport sur la sécurité sociale de septembre 2007. Un décret du 15 mai 2007 rend d'ailleurs cette carte obligatoire pour accéder aux données individuelles de santé au sein des établissements, ce qui devrait en développer l'usage en milieu hospitalier.

- Enfin, le **centre national de gestion (CNG)**, dont la création était prévue par l'ordonnance du 1^{er} septembre 2005 portant diverses dispositions relatives aux établissements de santé et à certains personnels de la fonction publique hospitalière, sera mis en place à la fin de l'année 2007.

Il sera l'opérateur de la DHOS en matière de gestion du personnel hospitalier (directeur d'hôpital, d'établissement sanitaire et social, d'établissement social et médicosocial, directeur de soins, praticien hospitalier, attaché d'administration hospitalière, etc.), soit 40 000 personnes dont 35 000 praticiens, et d'organisation des concours d'entrée dans ces professions, hormis celui de l'internat et l'examen classant national.

L'Etat lui versera, à cet effet, une subvention de **3,7 millions d'euros en 2008**, dont 2 millions d'euros destinés aux concours, qui constituaient auparavant des dépenses de fonctionnement courant de la DHOS. Il bénéficiera également d'une dotation de l'assurance maladie et d'une contribution des établissements de santé d'environ 15 millions chacune.

Votre commission s'était légitimement étonnée, l'année passée, de l'absence de crédits destinés au financement du **GIP « institut des données de santé » (GIP-IDS)**, au motif que cette structure annoncée depuis 2005 n'était toujours pas créée. Elle observe donc avec satisfaction que l'arrêté du 30 avril 2007 a permis la mise en place effective du GIP, constitué entre l'Etat, l'assurance maladie, l'union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (Unocam) et l'union nationale des professionnels de santé, pour assurer la cohérence et veiller à la qualité des systèmes d'information utilisés pour la gestion du risque maladie.

En revanche, la subvention de 180 000 euros qui lui sera versée par l'Etat en 2008 ne figure curieusement pas dans l'action « Santé » mais au programme « conduite et soutien des politiques sanitaires et sociales » de l'action « Solidarité, insertion et égalité des chances ».

Enfin, votre commission déplore que, l'an prochain encore, **l'Etat ne participera pas au financement du GIP « dossier médical personnel » (GIP-DMP)**, constitué en 2006 par le ministère de la santé, l'assurance maladie et la Caisse des dépôts et consignations. L'assurance maladie en assure la quasi-totalité par le biais du Faqsv.

Cet opérateur a pour mission de préparer les dispositions juridiques, organisationnelles, financières et logistiques du DMP et d'en assurer la réalisation. Il a notamment la charge d'informer les représentants des professions de santé et les associations de patients, de définir les données de santé à caractère personnel relatives à la prévention, au diagnostic ou aux soins qui pourront figurer dans le DMP, d'encadrer les conditions d'hébergement, d'accès et de transmission de ces données et de piloter la généralisation du projet.

Le DMP doit rassembler, pour les assurés sociaux de plus de seize ans, l'ensemble des éléments diagnostiques et thérapeutiques reportés par les professionnels de santé en ville et à l'hôpital.

Un premier appel d'offre a été lancé en septembre 2004 pour tester le DMP sur dix-sept sites pilotes au premier semestre 2005. Il a ensuite été progressivement étendu en 2006. Toutefois, **sa mise en place définitive, annoncée pour le 1^{er} janvier 2007, ne pourra vraisemblablement intervenir avant 2010, voire 2012.** C'est la conclusion du rapport très critique de l'Igas et du conseil général des technologies de l'information (CGTI) sur le DMP.

Pour les auteurs du rapport, la mise en place de ce projet, dont ils estiment le coût à 1,1 milliard d'euros sur cinq ans, est *« un antimodèle de gestion publique, le parfait exemple de tout ce qu'il faut faire pour conduire à l'échec d'un projet de portée nationale »*. En effet, *« la création d'un DMP pour tous les Français est une démarche d'au moins une dizaine d'années dont le coût dépassera largement celui annoncé aujourd'hui »*, alors que *« le projet DMP s'est vu attribuer dès l'origine une série d'objectifs à l'évidence hors d'atteinte »*.

Sans remettre en cause ce constat, **vo**tre **commission appelle de ses vœux la poursuite du projet de mise en place du DMP**, dans un délai plus réaliste. A cet égard, elle souhaite que l'Etat s'investisse dans le financement du GIP, tant pour lui donner les moyens de sa mission que pour prouver l'engagement des pouvoirs publics sur cette question.

III. LA MILDT SE CONCENTRE SUR LA COORDINATION DE LA POLITIQUE DE LUTTE CONTRE LA DROGUE ET LA TOXICOMANIE

Le troisième programme de la mission « Santé », de loin le plus modeste de la mission, rassemble les mesures prises, dans un **cadre interministériel**, en matière de lutte contre la drogue et la toxicomanie. Il se décline en **trois actions** d'inégale importance : « coordination interministérielle des volets préventif, sanitaire et répressif », qui reçoit la très grande majorité des crédits du programme, « expérimentation de nouveaux dispositifs partenariaux de prévention, de prise en charge et d'application de la loi » et « coopération internationale ». Leur pilotage est assuré par la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt).

Ce programme constitue la **traduction budgétaire du plan quinquennal de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008**, qui poursuit plusieurs objectifs : proposer une véritable politique de prévention, faire respecter et évoluer la législation, communiquer sur les risques de consommation, lutter contre le trafic local et international et les nouvelles formes de criminalité organisée, mobiliser les dispositifs d'observation et de recherche, enfin, recadrer l'action extérieure de la France dans une approche équilibrée de réduction de l'offre et de la demande de drogue.

A. UNE CLARIFICATION BIENVENUE DU RÔLE DES DIFFÉRENTS ACTEURS

1. Un retour au positionnement originel de la Mildt

Le décret du 15 septembre 1999 a confié à la Mildt la mission d'animer et de coordonner les actions des vingt ministères concernés par la politique de lutte contre la drogue et la toxicomanie (santé, éducation nationale, intérieur, justice, défense, finances, etc.) et de mobiliser les collectivités territoriales et les associations sur ces problématiques. **Elle n'intervient donc pas directement dans la mise en œuvre des politiques menées** mais doit éviter que des mesures isolées ou des approches contradictoires ne portent préjudice à l'efficacité et à la lisibilité de l'action publique dans ce domaine.

Cette stratégie de pilotage interministériel s'applique également au niveau déconcentré, où la Mildt s'appuie sur un sous-préfet chef de projet « drogues » et sur un coordinateur technique issu le plus souvent de la Ddass. Au niveau régional, un chef de projet attaché à la préfecture de région assure la cohérence avec les schémas départementaux en s'appuyant sur les centres d'information et de ressources, qui rassemblent les outils méthodologiques et les données d'observation. Il s'agit d'inscrire la lutte contre la drogue comme un objectif prioritaire des plans d'action des services territoriaux de l'Etat.

En pratique, l'autorité de la Mildt comme coordonnateur de l'action publique est encore loin d'être assise au niveau interministériel comme auprès des différents acteurs de la lutte contre la drogue et la toxicomanie, qui peinent parfois à reconnaître et à comprendre le rôle de cet **opérateur hybride**.

Votre commission estime que son rattachement budgétaire à la mission « Santé » fragilise encore cette position et ce, pour deux raisons majeures :

- d'une part, la DGS a parfois tendance à considérer que la Mildt se trouve placée sous son autorité, comme l'ont mis en lumière, en 2006, l'initiative sénatoriale consistant à transférer 18 millions d'euros destinés aux subventions aux associations du programme « santé publique et prévention » au programme « drogue et toxicomanie » et les difficultés de gestion qui en ont résulté ;

- d'autre part, les autres ministères chargés de cette politique rechignent à reconnaître le rôle de pilotage confié à la Mildt, dans la mesure où celle-ci semble dépendre quasi exclusivement du ministère de la santé et des solidarités. Cette réticence s'est notamment traduite, en 2005, par les menaces que le ministère de l'économie et des finances a fait peser sur l'attribution du fonds de concours.

Ce constat faisait dire l'an passé à votre rapporteur : *« le risque est grand de voir le rôle spécifique de la Mildt et son influence se diluer au profit de la seule politique de santé »*.

Votre commission se réjouit donc de constater que le présent projet de budget clarifie le rôle des différents acteurs de la politique de lutte contre la drogue et la toxicomanie.

Le rôle de coordinateur de la Mildt est, en effet, réaffirmé par **trois opérations budgétaires** concomitantes :

- le programme « drogue et toxicomanie » consacrera, en 2008, plus de **90 % de ses moyens aux missions de pilotage** de la Mildt ;

- **les subventions aux associations seront versées par la DGS**. De fait, ces structures interviennent le plus souvent pour des actions de prévention et de prise en charge, notamment par le biais des appels à projets pour des expérimentations, qui relèvent de la politique sanitaire ;

- enfin, **Drogues alcool tabac info service** (Datis), le GIP interministériel de téléphonie créé en 1990 pour conseiller et prévenir les consommations de produits psychoactifs et orienter les usagers vers une prise en charge adaptée, **est rattaché à la DGS**, via l'Inpes qui gère déjà les autres opérateurs de téléphonie sanitaire et sociale. Avec plus de 2 500 structures recensées et 1 200 appels par jour en moyenne, il constitue l'un des principaux outils pour l'information du grand public et des professionnels. La subvention de 4,7 millions d'euros qui lui était accordée par la Mildt est donc transférée sur le programme « santé publique et prévention » de la mission.

La clarification opérée par le projet de budget initial de la mission « Santé » a été confortée à l'initiative du Gouvernement par l'Assemblée nationale, avec un amendement transférant de la mission « Solidarité, insertion et égalité des chances » vers les services généraux du Premier ministre 4,5 millions d'euros correspondant aux fonctions support de la Mildt, soit 25 ETP.

2. Une traduction budgétaire qui intervient dès 2008

a) Une diminution sensible des crédits

Le repositionnement de la Mildt entraîne assez logiquement une baisse des crédits qui lui sont alloués pour l'année 2008. De 36,5 millions d'euros en 2007, le programme « drogue et toxicomanie » passe à **26,6 millions, soit une diminution de 26,7 %** de ses moyens.

Les crédits du programme « drogue et toxicomanie » en 2008

Actions	Crédits de paiement (en euros)	Variation 2008/2007 (en%)
Coordination interministérielle des volets préventif, sanitaire et répressif	24 600.000	-22,4
Expérimentation de nouveaux dispositifs partenariaux de prévention, de prise en charge et d'application de la loi	500 000	-83,4
Coopération internationale	1 500.000	0
Total	26 600 000	-26,7
<i>Fonds de concours</i>	<i>2 000 000</i>	<i>+33,3</i>

Source : direction générale de la santé

A ces crédits s'ajoute le produit d'un **fonds de concours de 2 millions d'euros**, rattaché à l'action « coordination interministérielle des volets préventif, sanitaire et répressif » du programme.

Le fonds de concours de la Mildt, créé en 1994, est abondé par la valeur des biens et du numéraire saisis lors de l'interpellation de trafiquants par la police et la gendarmerie. Son montant est en augmentation continue, du fait de la mise en place progressive du dispositif. Il atteignait 70 000 euros en 2004, 600 000 euros en 2005 et 1,5 million en 2006 et en 2007.

Ce fonds de concours est affecté à la Mildt, qui a ensuite la charge d'en ventiler le contenu entre les différents ministères concernés par la lutte contre la drogue et la toxicomanie, notamment ceux qui ont effectué les saisies, en fonction d'un programme chiffré d'actions ou d'achat de matériel en rapport avec cette politique et validé par la Mildt. On notera que, singulièrement, les douanes, qui ne versent pas leurs saisies au fonds de concours dans la mesure où elles disposent d'un fonds particulier, bénéficient de 30 % de ses recettes.

Toutefois, ce système, qui pose par ailleurs un problème d'inscription budgétaire du fait de la suppression théorique des fonds de concours par la Lolf, est **menacé chaque année d'être récupéré par le ministère de l'économie et des finances**, qui souhaiterait effectuer lui-même la répartition des crédits, avec le risque d'une utilisation mal contrôlée ou, à tout le moins, moins ciblée sur la lutte contre la drogue.

Votre commission constate avec satisfaction que ce fonds de concours est, cette année à nouveau, affecté à la Mildt. **Elle souhaite qu'une solution comptable soit rapidement trouvée** pour donner à ces crédits un statut légal leur permettant d'être ventilée par la Mildt au profit des ministères qui œuvrent dans ce domaine.

b) La coordination interministérielle au cœur du programme

La diminution générale des crédits du programme affecte, par une baisse de 22,4 %, les moyens dont la Mildt dispose pour assurer sa mission de pilotage. Toutefois, les modifications de périmètre budgétaires précitées placent plus que jamais l'action « coordination interministérielle des volets préventif, sanitaire et répressif », au cœur du programme : **avec 24,6 millions en 2008**, elle sera en effet destinataire de **plus de 90 % de ses crédits**.

Outre des subventions pour charges de service public à hauteur de 3,9 millions, ces crédits se partagent entre :

- **des dépenses de fonctionnement courant pour 3,8 millions**

Ces moyens permettent à la Mildt d'assurer, au niveau national, **l'animation et la coordination des actions menées par les ministères** concernés par la lutte contre la drogue et la toxicomanie. L'objectif est d'encourager la mise en œuvre des actions gouvernementales présentées et validées lors du conseil interministériel annuel de la Mildt, en veillant à la cohérence des mesures prises à ce titre par les administrations. Il s'agit essentiellement d'**actions de formation commune, de prévention et de dotation en moyens matériels et pédagogiques innovants pour les personnels**, décidées en application du plan quinquennal 2004-2008 dans les domaines de la prévention, de la prise en charge et de la répression.

- **des crédits d'intervention, pour 14,9 millions**

Les **chefs de projets départementaux** seront bénéficiaires de **11,2 millions d'euros** pour mener à bien leur mission : coordonner la réflexion des acteurs publics et susciter l'engagement et les cofinancements des administrations déconcentrées, des collectivités territoriales et des autres partenaires dans la mise en œuvre de la politique de lutte contre la drogue et la toxicomanie. Il s'agit d'une délégation de crédits non fléchée, destinée aux conventions départementales d'objectifs justice/santé pour offrir une prise en charge sanitaire et sociale des usagers sous main de justice, à des actions de formation, de communication et de diffusion d'outils de prévention, et à des actions expérimentales, notamment la mise en place des consultations « cannabis » au niveau local.

Ces crédits sont répartis sur la base de critères épidémiologiques et en fonction des objectifs définis par **les plans départementaux de lutte contre les drogues illicites**, qui constituent l'échelon local du plan quinquennal. Ces plans sont, comme le plan quinquennal, assortis d'indicateurs de résultats et d'une programmation annuelle d'actions dont les chefs de projet doivent rendre compte. Ils prévoient une stratégie de prévention structurée, concernant en particulier le cannabis, en privilégiant les actions en milieu scolaire et dans les lieux de vie des jeunes. Ils doivent, en outre, soutenir les actions visant à renforcer l'application de la loi Evin dans les lieux publics et la prévention en matière de sécurité routière.

En outre, **3,9 millions d'euros** seront versés au bénéfice du **réseau régional de documentation**. Ce poste budgétaire est l'un des rares du programme « drogue et toxicomanie à augmenter en 2008. L'objectif est de labelliser cinq nouveaux centres d'informations et de ressources sur les drogues et dépendances (CIRDD), pour porter leur nombre à quatorze.

Les CIRDD, un outil au service des chefs de projet et des décideurs locaux

Après l'évaluation du dispositif expérimental des CIRDD en 2002, la Mildt a procédé à la création d'un réseau régional interministériel de lieux d'échanges et de débats ouverts à tous les professionnels, spécialisés ou non.

Les CIRDD sont organisés autour de **trois fonctions** : l'observation des consommations et du trafic, la formation des décideurs locaux dans ce domaine et la mise à disposition d'une documentation complète. Ils ont vocation à offrir aux autorités les outils de diagnostic et de programmation nécessaires à la mise en place d'une politique publique cohérente et lisible pour l'ensemble des citoyens.

Chaque CIRDD, adossé à une structure associative existante ou constitué en association nouvelle, emploie en moyenne entre 3,5 et 4 ETP, pour un **budget annuel d'environ 300 000 euros**.

Le dispositif prévoyait initialement un financement de la Mildt à hauteur de 75 % la première année, puis de 50% à partir de la troisième année, les 50 % restants relevant essentiellement des collectivités locales. Les cofinancements attendus n'ont toutefois pas atteint les niveaux envisagés et **les CIRDD demeurent financés à 80 % par les crédits de la Mildt**. Cette situation n'a pas permis de redéployer aussi rapidement que prévu les crédits nécessaires à la labellisation de nouveaux centres.

A ce jour, onze en CIRDD ont été créés. Les capitales régionales, à l'exception de Bordeaux, Lille et Nantes, en bénéficient d'ores et déjà. D'ici la fin de l'année 2008, cinq autres régions, dont celles des trois villes citées auxquelles il convient d'ajouter Orléans et Caen, pourraient être dotées d'un CIRDD, soit un taux de couverture du territoire de 77 %.

L'évaluation du dispositif sera réalisée en 2008 afin de permettre la rationalisation et l'optimisation du dispositif, l'objectif étant de privilégier, auprès des chefs de projets régionaux, un appui en termes d'observation du phénomène et de conseil méthodologique.

Enfin, **1,8 million d'euros seront dédiés à un programme de recherches** piloté par la Mildt, dont les priorités sont définies par un conseil scientifique. Des appels d'offre seront lancés dans ce cadre auprès des établissements publics de recherche, afin de permettre aux ministères de disposer d'informations actualisées sur les effets des produits, les types de consommation, les marchés des substances illicites ou encore les déterminants socio-économiques des conduites à risque. Sur cette enveloppe, un million d'euros sera directement versé aux ministères concernés pour des projets interministériels validés par le comité de pilotage de la Mildt.

Le projet annuel de performance associe deux objectifs à la mise en œuvre de l'action « coordination interministérielle des volets préventif, sanitaire et répressif » :

- **l'objectif n°1** relate la mobilisation des administrations et des partenaires de la Mildt autour des objectifs du plan quinquennal. L'indicateur associé mesure la prise en compte des soixante objectifs du plan quinquennal dans les stratégies de chaque ministère et de leurs services déconcentrés. Ce taux doit atteindre de 60 % en 2008 ;

- **l'objectif n°2** vise le renforcement de la cohérence des actions de lutte contre la drogue et la toxicomanie au niveau central et territorial. Deux indicateurs lui sont rattachés : le degré d'articulation des plans départementaux et des CIRDD avec les autres dispositifs locaux (santé publique, prévention de la délinquance, politique de la ville, etc.), pour lequel il est prévu de formaliser 500 coopérations en 2008 contre 350 en 2007, et la part des crédits de la Mildt dans le financement des plans territoriaux (60 % en 2008) et des CIRDD (30 % en 2008).

c) Des moyens très limités pour l'expérimentation

Compte tenu du recentrage des missions de la Mildt sur la coordination interministérielle, le présent projet de budget prévoit une diminution massive des crédits destinés à l'action « expérimentation de nouveaux dispositifs partenariaux de prévention, de prise en charge et d'application de la loi », qui correspondent en réalité aux moyens d'intervention directe de la Mildt.

Cette action bénéficiera ainsi de **500 000 euros en 2008, soit moins de 2 % des crédits du programme**. Déjà, en 2007, ce poste avait fait l'objet d'une mesure d'économie de 42,5 %, considérant que la Mildt n'avait pas vocation à pérenniser, sur son programme, les dépenses de fonctionnement des dispositifs qui relevant de la compétence des ministères.

La Mildt se contente donc d'expérimenter, dans certains domaines, sur quelques territoires et pendant un temps donné, de **nouveaux modes de prévention, de prise en charge sanitaire et sociale et de respect de la loi** pour le compte des ministères concernés. Ces programmes peuvent être cofinancés par des associations, des organisations professionnelles, des collectivités territoriales ou encore par l'assurance maladie. Ils font ensuite

l'objet d'une évaluation par l'OFDT pour décider de leur pérennisation ou non sur les crédits ministériels.

En conséquence, l'objectif n°3 associé à cette action porte sur **l'amélioration de la pertinence des dispositifs expérimentaux**. Il s'agit de renseigner le législateur sur l'efficacité et la capacité d'innovation des projets mis en œuvre par la Mildt. L'indicateur de performance correspondant est le nombre de dispositifs repris *in fine* par les ministères ou par d'autres partenaires de la politique de lutte contre la drogue. Ce nombre devrait être maintenu à six en 2008.

L'assurance maladie a ainsi repris à son compte les consultations « cannabis », qui ont pour mission d'accueillir et de soutenir les jeunes consommateurs et leur famille et de répondre aux difficultés rencontrées pour mesurer l'impact réel du produit et évaluer leur propre consommation. Cela a également été le cas du dispositif « lycée sans tabac » par le ministère de l'éducation nationale. En 2007, plusieurs projets lancés en 2006 ont été pérennisés, à l'instar du programme de prévention des accidents du travail liés à la consommation de substances psycho-actives et des nouveaux dispositifs de repérage précoce et de prise en charge diversifiée (programmes sans substitution par exemple), ainsi que le plan « crack » à Paris et aux Antilles.

En 2007, les programmes expérimentaux financés sur cette action ont concerné la prévention dans les entreprises, la formation des enseignants en lien avec l'institut universitaire de formation des maîtres (IUFM) de Clermont-Ferrand, la mise en œuvre d'actions dans les zones urbaines sensibles et les prisons. En 2008, ces actions seront poursuivies - hormis celle concernant la formation des enseignants du Puy-de-Dôme - par la Mildt et ses partenaires. Elles ne feront toutefois plus l'objet d'appels à projets associatifs, les subventions aux associations étant, rappelons-le, déléguées à la DGS. C'est d'ailleurs ce qui motive la **diminution de 83,4 % des crédits** de cette action en 2008.

Si votre commission est favorable à ce transfert entre la Mildt et la DGS, elle s'inquiète qu'il réduise presque à néant les capacités d'expérimentation de la Mildt. En effet, **certaines projets innovants ne concernent pas la prévention et la prise en charge sanitaire**, projets que la DGS peut effectivement confier à des associations, mais la lutte contre le trafic ou l'amélioration de l'application de la loi. Compte tenu de la dotation désormais allouée à l'action 2, ce type d'expérimentations sera sans doute limité.

3. Un recadrage des autres opérateurs

La Mildt n'est pas l'unique opérateur du programme, qui s'appuie également sur deux GIP financés sur les crédits de l'action « coordination interministérielle des volets préventif, sanitaire et répressif » pour un total de

3,9 millions d'euros en 2008. Ces structures, dont la Mildt assure la direction, emploient trente-deux personnes en équivalent temps plein.

La subvention aux opérateurs a fait l'objet d'une **double opération de clarification** budgétaire :

- en 2007, l'association Toxibase, exclusivement financée par la Mildt à hauteur d'environ 450 000 euros, a été intégrée au département de documentation de l'OFDT. Cette structure était chargée, depuis 1986, du pilotage du volet documentaire des CIRDD ;

- en 2008, le GIP Datis sera financé par la DGS, qui prend déjà en charge les opérateurs de téléphonie sanitaires et sociale. Son fonctionnement avait coûté 4,7 millions d'euros à la Mildt en 2007.

Votre commission approuve ces mesures, qui contribuent à **simplifier le paysage institutionnel de la politique de lutte contre la drogue et la toxicomanie et à recentrer la Mildt sur sa mission de pilotage de cette politique.** La Mildt se limite donc à financer :

- l'**OFDT**, qui assure depuis 1995, sous l'autorité de la Mildt, les fonctions d'observation des consommations et de diffusion des données et contribue, à ce titre, à la réflexion sur les politiques conduites. Dans ce cadre, il publie régulièrement un état complet de la situation des drogues en France, ainsi que des enquêtes périodiques sur les consommations (Baromètre santé, Eropp, Escapad, etc.). Il réalise également une dizaine d'études chaque année à la demande de la Mildt ou des ministères concernées. Il constitue enfin l'organisme relais, pour la France, du réseau européen d'information sur les drogues et les toxicomanies (Reitox), mis en place par l'observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT).

Il emploie **trente-deux équivalents temps plein**, dont quatre postes de documentalistes précédemment employés par Toxibase. **3,35 millions lui seront alloués par l'Etat en 2008**, auxquels s'ajoute une subvention du Reitox à hauteur de 100 000 euros ;

- le **centre interministériel de formation antidrogue** (Cifad), basé à Fort-de-France, qui propose depuis 2003 des formations aux professionnels de la lutte contre le trafic de drogue dans la zone des Caraïbes. Elles portent sur la surveillance du fret et des passagers et sur le blanchiment de capitaux et s'adressent aux personnels civils et militaires de l'Etat et aux agents des collectivités territoriales et des hôpitaux en poste dans ces départements d'outre-mer, mais aussi à certains fonctionnaires des Etats de cette zone.

La subvention de l'Etat est fixée à **518 100 euros pour 2008**, que complètent les fonds de coopération régionaux à hauteur de 75 000 euros. Si le Cifad emploie **12,1 équivalent temps-plein**, le ministère de la santé n'en finance toutefois aucun.

B. UNE POLITIQUE À POURSUIVRE

1. Une consommation encore élevée de substances psychoactives

Les derniers chiffres diffusés par l'OEDT¹ confirment que la consommation de substances psychoactives constitue, en France, un phénomène massif et multifactoriel, dont les dommages sanitaires et sociaux sont considérables. Ce constat ne doit toutefois pas masquer les évolutions en matière de consommation, auxquelles il convient d'adapter sans cesse la politique de lutte contre la toxicomanie.

a) La consommation de drogues en France

Quatre niveaux sont généralement retenus par les organismes d'études nationaux et internationaux pour qualifier l'ampleur des consommations, établis :

- l'expérimentation, qui correspond au fait d'avoir utilisé au moins une fois le produit au cours de sa vie ;
- l'usage occasionnel au moins une fois dans l'année ;
- l'usage régulier, soit une consommation intervenant au moins dix fois dans les trente derniers jours ;
- l'usage quotidien.

Plusieurs organismes étudient le niveau et les habitudes de consommation de drogues de la population française. Pour la population adulte, il s'agit essentiellement du Baromètre Santé de l'Inpes et de l'enquête sur les représentations, opinions et perceptions relatives aux psychotropes (Eropp) réalisée tous les trois ans par l'OFDT. Les données connues pour les mineurs proviennent de l'*European school survey project on alcohol and other drugs* (Espad), réalisée tous les quatre ans par l'Inserm et l'OFDT, et de l'enquête annuelle sur la santé et les comportements lors de la journée d'appel et de préparation à la défense (Escapad).

Il ressort de ces études plusieurs constatations :

- la consommation de « drogues licites » (**tabac et alcool**) est en **phase décroissante**. Le phénomène est plus récent pour le tabac, pour lequel on peut fixer à 2003 le début du mouvement de baisse de consommation avec la montée en charge des mesures - notamment tarifaires - mises en œuvre par Jean-François Mattei.

Concernant l'alcool, dont la consommation a considérablement baissé, toutes catégories de la population confondues, votre commission s'inquiète toutefois d'un phénomène inquiétant : l'**alcoolisation répétée et**

¹ *Rapport Reitox-OEDT. France : new development, trends and in-depth information on selected issues. 2007.*

précoce des jeunes en fin de semaine, même si la France est encore loin de connaître la situation observée dans les pays anglo-saxons.

- **Le cannabis est la substance illicite la plus consommée en France et sa consommation a augmenté de façon significative au cours des dix dernières années.** En 2005, un tiers des 15-64 ans l'avaient déjà expérimenté et un sur dix en faisaient un usage occasionnel ou régulier.

La consommation de cannabis concerne globalement tous les milieux sociaux et professionnels, même si certaines nuances peuvent être relevées : son usage est ainsi plus fréquent chez les élèves du secondaire, les étudiants et les chômeurs et, parmi les actifs, les professions intermédiaires.

- **Les expérimentations déclarées de drogues illicites autres que le cannabis restent marginales :** si on dénombre plus de douze millions d'expérimentateurs de cannabis, ce chiffre tombe à 1,1 million de personnes pour la cocaïne, 900 000 pour l'ecstasy et seulement 360 000 s'agissant de l'héroïne.

Cependant, la légère augmentation des niveaux d'expérimentation chez les 18-44 ans de la cocaïne, des champignons hallucinogènes et de l'ecstasy depuis 2002 témoignent d'une diffusion croissante de ces produits.

L'évolution majeure en termes de consommation concerne la **cocaïne** (+ 17 %), en raison de la diminution de son prix (divisé par trois du fait de la pression des narcotrafiquants sur le marché européen) et d'un effet de mode dans l'environnement festif et professionnel. Elle touche surtout les trentenaires et les milieux socio-économiques favorisés. Au total, l'expérimentation concerne aujourd'hui 2,6 % des moins de vingt-cinq ans, contre 1,9 % au début des années 2000.

La consommation de cocaïne pose essentiellement, outre la question de la répression du trafic, un problème de prise en charge sanitaire. Celle-ci est, en effet, quasi inexistante en France où aucun protocole de soins visant à stabiliser l'humeur n'a été mis en place, à la différence des Pays-Bas et de l'Allemagne, par exemple. Les études sur l'usage de ce produit sont, en outre, trop limitées : les consommateurs étant identifiés dans des milieux privilégiés, le sujet a, de fait, longtemps été tabou.

L'usage du **crack**, s'il reste encore marginal (environ deux mille personnes en métropole) et circonscrit aux arrondissements du nord-est de Paris, à la Seine-Saint-Denis et aux Antilles, poursuit son augmentation. Cette évolution est particulièrement inquiétante du fait de la dangerosité du produit et de la violence des comportements qui en accompagne souvent la consommation.

Seule la consommation d'**héroïne** et des opiacés en général - produits à 87 % en Afghanistan - a diminué ces dernières années, grâce aux moyens mis en œuvre pour développer les traitements de substitution. La consommation addictive, qui s'accompagne en général d'une grande exclusion

sociale, ne touche que 150 000 à 180 000 personnes, même si les derniers chiffres font état d'une légère augmentation.

Le principal enjeu en la matière concerne désormais la **lutte contre le trafic de Subutex**, aujourd'hui prescrit à 85 000 patients. A la différence de la méthadone, qui concerne 15 000 personnes et doit être prise en présence d'un professionnel de santé, le Subutex peut être délivré par les pharmacies. Si ce régime libéral a, sans conteste, contribué au succès de la politique de réduction des risques depuis une vingtaine d'années (division par cinq du nombre de décès par overdose et quasi-disparition des contaminations au VIH par voie intraveineuse), il a aussi engendré un trafic d'un genre nouveau. Ainsi, on estime à 20 % la proportion des pilules qui sont injectées ou sniffées sous forme de poudre par les patients et à 4 % celles qui sont revendues dans la rue au prix moyen de 15 euros par comprimé.

Vote commission souhaite enfin attirer l'attention sur le problème de **la consommation de drogues en milieu professionnel**. Bien que la connaissance épidémiologique des toxicomanies dans ce cadre soit freinée par des obstacles d'ordres divers (éthique, technique, financier, temporel, réglementaire, culturel, pratique, etc.), quelques éléments d'appréciation sont disponibles. Ainsi, une étude portant sur les urines anonymisées de deux mille salariés du Nord-Pas-de-Calais a démontré que près de 20 % d'entre eux consommaient au moins une substance psychoactive et jusqu'à 40 % des salariés aux postes de sécurité/sûreté. Ce problème touche également les cadres, qui sont de plus en plus nombreux à consulter pour des addictions à des produits psychoactifs. Il serait souhaitable que les autorités sanitaires et, tout particulièrement la médecine du travail, améliorent la prévention, le dépistage et la prise en charge de la toxicomanie en milieu professionnel.

b) Des conséquences dramatiques

L'usage de drogues peut avoir des conséquences sanitaires diverses, qui justifie la mobilisation constante du ministère de la santé sur cette question :

- le **décès** du toxicomane d'abord, par surdose du produit le plus souvent. Le nombre de décès constatés par les forces de l'ordre est en décroissance continue - 90 % depuis 1995 - avec cinquante-sept cas enregistrés en 2005. La réduction du nombre de surdoses en France résulte de la conjonction de plusieurs facteurs : l'introduction des traitements de substitution, l'existence de structures et dispositifs de réduction des risques, la modification des produits consommés et de leurs modalités de consommation parmi les usagers. La majorité des décès par surdose est liée à l'héroïne, même si les produits de substitution occupent une place de plus en plus importante depuis 2000 (jusqu'à près du tiers en 2004) et qu'une forte croissance de cas dus à la cocaïne est observée (un cinquième des décès).

Selon l'InVS, les décès liés au SIDA chez les usagers de drogues par voie intraveineuse sont en baisse depuis 1994. Leur part dans l'ensemble des décès dus aux VIH s'est stabilisée, depuis 1998, à environ 25 % ;

- l'apparition de **maladies infectieuses**, notamment le VIH et les hépatites B et C. Ainsi, la prévalence du VIH parmi les patients ayant déjà utilisé l'injection et pour lesquels la sérologie est connue s'élève à près de 9 % et celle de l'hépatite C à 52 %. Toutefois, le nombre de nouveaux cas de sida liés aux drogues injectables est en baisse continue depuis 1994 (1 377 en 1994 contre 98 en 2005) ;

- la possibilité de **comorbidités psychiatriques** (schizophrénie liée au cannabis par exemple), même si les quelques travaux existants en France ne permettent pas de tirer des conclusions certaines sur les prévalences de diverses pathologies psychiatriques chez les usagers de drogues.

2. Une réponse internationale indispensable

Malgré les efforts de la Mildt et des ministères concernés pour prévenir la consommation de drogues, prendre en charge les toxicomanes et punir les trafiquants, la lutte contre la drogue et la toxicomanie ne peut être menée indépendamment d'une coopération internationale forte.

La troisième action du programme y est consacrée, conformément aux orientations du **plan quinquennal 2004-2008, qui a prévu de renforcer l'action extérieure de la France** au travers de quatre objectifs : le rapprochement des politiques des Etats membres de l'Union européenne, la participation active aux travaux des enceintes internationales (conseil exécutif de l'OMS et commission des stupéfiants de l'ONU notamment), l'intensification des contacts bilatéraux et le développement des actions d'assistance technique.

Cette politique respecte les orientations définies respectivement par l'Union européenne dans le cadre de sa stratégie antidrogue pour la période 2005-2012 et des quarante-six objectifs du plan d'action 2005-2008, ainsi que par les Nations Unies.

En 2008, **5,6 % des crédits du programme, soit 1,5 million d'euros**, seront consacrés à la coopération internationale. Cette somme, constante par rapport à 2007, correspondent au montant des contributions volontaires de la France aux organismes européens et internationaux et au financement de projets d'assistance technique directe ou bilatérale, avec les ministères de l'intérieur et des affaires étrangères, en direction des pays qui n'ont pas encore adopté de dispositifs antidrogue ou qui sont confrontés à des problèmes spécifiques, en particulier dans les zones de trafic.

Différents projets sont menés dans ce cadre. En Europe, la France participe à des actions de coopération avec les nouveaux Etats membres, notamment la Roumanie, pour permettre à leurs administrations d'intégrer les

bonnes pratiques en matière de prévention, de traitement et de répression. Elle aide également les Etats de la CEI dans la mise en œuvre de programmes de réduction de l'offre et de la demande de drogue. Dans les zones de trafic, le GIP Cifad a organisé en 2007, pour des fonctionnaires français et étrangers, des formations aux techniques de fouille et des séminaires de sensibilisation au trafic de précurseurs chimiques. En 2007, la France a particulièrement contribué à la création du centre européen d'analyse et d'opération contre le narco-traffic maritime (MAOC-N) et a participé à une coopération avec la gendarmerie d'Azerbaïdjan et avec l'Iran.

L'**objectif n° 4** du programme « drogue et toxicomanie » est associé à cette action. Il vise à améliorer la pertinence des échanges internationaux en la matière. L'indicateur de performance associé est la proportion de projets arrivés à échéance dans les zones prioritaires (CEI et Europe centrale, Afrique, Amérique latine, Caraïbes) et faisant l'objet d'une reprise par le pays bénéficiaire ou par une organisation internationale. Cette proportion devrait atteindre 50 % en 2008, contre 30 % en 2007.

Afin d'améliorer les résultats attendus des actions d'assistance technique internationales, un comité de pilotage définit en outre, pour trois ans, les zones prioritaires dans lesquelles ses actions sont nécessaires. Les protocoles techniques mis en œuvre dans ce cadre font l'objet d'une évaluation au terme de cette période.

*

* *

Au vu des observations formulées dans le présent avis, **votre commission a donné un avis favorable à l'adoption des crédits de la mission « Santé » pour l'année 2008.**

TRAVAUX DE LA COMMISSION

I. AUDITION DU MINISTRE

Réunie le mercredi 7 novembre 2007, sous la présidence de M. Nicolas About, président, la commission a procédé à l'audition de Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé, de la jeunesse et des sports sur le projet de budget de son ministère pour 2008 (mission « Santé »).

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé, de la jeunesse et des sports, a indiqué quelles sont les trois priorités de la politique sanitaire du Gouvernement : assurer l'amélioration de l'efficacité du système de soins, engager une politique de prévention innovante et ambitieuse et améliorer la prise en charge des maladies neurodégénératives.

Le budget qui y est consacré est réaliste, car ciblé sur le financement d'actions prioritaires, mais aussi ambitieux, car il dégage les marges de manœuvre nécessaires au financement de nouveaux besoins.

La première priorité gouvernementale vise à garantir une offre de soins de qualité tout en améliorant l'efficacité du système de santé.

Cet objectif passe par une répartition plus harmonieuse et sécurisée de l'offre de soins sur le territoire national, en assurant une permanence effective des soins de proximité, mais également en améliorant la coordination entre les soins de ville, l'hôpital et le secteur médicosocial.

Comment piloter la réorganisation de l'offre de soins ? La création des agences régionales de santé (ARS) permettra de répondre plus efficacement aux besoins de santé et d'organiser le système de soins en fonction d'eux. Les premiers éléments d'arbitrage du périmètre des futures ARS seront connus à la fin de l'année 2007, en vue de leur mise en place dès 2009.

Cette réforme suppose la participation active et l'engagement responsable des personnels. A cet effet, il est essentiel de rendre plus attractifs les métiers de l'hôpital et de soutenir les vocations. Dans le même esprit, il conviendra de dégager les moyens nécessaires pour inciter les jeunes médecins libéraux à exercer leurs fonctions dans les zones sous-médicalisées.

Enfin, un effort significatif sera fait en 2008 pour la formation des professionnels de santé : les crédits atteindront 69 millions d'euros et permettront de réévaluer la rémunération des maîtres de stage qui, en tant que praticiens agréés, accueillent les internes de médecine générale.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé, de la jeunesse et des sports, a ensuite abordé les actions de prévention qui doivent satisfaire la double exigence de protection des populations contre le risque et de responsabilisation des individus. L'objectif est d'offrir à chaque citoyen les moyens d'opérer des choix éclairés en matière de santé. A cet égard, la réflexion engagée sur les programmes patients, conçus pour permettre l'accompagnement des personnes atteintes de maladies chroniques, ouvre des perspectives particulièrement intéressantes.

La politique de prévention doit évoluer pour répondre aux nouvelles attentes des patients. Par exemple, des médicaments dits « d'automédication » seront mis à la disposition du public et sera valorisé parallèlement le conseil pharmaceutique.

Les actions de prévention et d'information concerneront plus particulièrement la santé des femmes, notamment des plus vulnérables. Il s'agit d'assurer un accès universel aux soins gynécologiques et de poursuivre le dépistage précoce du cancer du sein pour atteindre le taux de 70 % de femmes de cinquante à soixante-quatorze ans dépistées dans l'objectif de réduire la mortalité de 35 %. A cet effet, la mammographie réalisée dans le cadre du dépistage organisé bénéficiera de la technologie numérique, au même titre que celle pratiquée dans le cadre du dépistage individuel. En 2008, 3 milliards d'euros seront consacrés à la généralisation du dépistage du cancer du sein et la mise en place du dépistage du cancer colorectal.

La politique de prévention sera également plus offensive en direction des jeunes : lutte contre les addictions, prévention des conduites à risque, en collaboration avec les ministères de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur, prévention du suicide qui constitue une des premières causes de mortalité chez les dix-huit-vingt-cinq ans, notamment chez les jeunes homosexuels, par la constitution d'un groupe de travail. En outre, un rééquilibrage sera opéré en faveur de la psychiatrie infanto-juvénile, dans le cadre du plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008.

La prévention sera enfin renforcée en matière de lutte contre le sida vers les populations et les territoires prioritaires, du fait de la recrudescence des conduites à risque, notamment chez les plus jeunes. Le ministère continuera à soutenir les structures de prise en charge des personnes malades et d'aide à domicile, gérées localement par les associations. Les crédits VIH/sida ont ainsi été revalorisés à 37,3 milliards d'euros, soit une augmentation de 2 % par rapport à 2007.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé, de la jeunesse et des sports, a enfin évoqué le renforcement des moyens de lutte contre les maladies neuro-végétatives, notamment la maladie d'Alzheimer qui pourrait toucher deux millions de personnes en 2040. Un nouveau plan Alzheimer, priorité présidentielle, sera mis en place en 2008 : 3,4 millions d'euros sont destinés au financement des premières mesures proposées par le comité de préparation du plan qui rendra son rapport au dernier trimestre 2007. Les grandes orientations en ont été présentées par le Président de la République, lors de la journée mondiale Alzheimer.

Les progrès de la recherche fondamentale, appliquée et épidémiologique dans ce domaine devront être activement soutenus. L'amélioration du parcours du malade passe notamment par le médecin traitant pour éviter les diagnostics trop tardifs. Le maillage du territoire par les consultations mémoires constitue un élément clef du dispositif, de même que la formation des intervenants professionnels et des aidants. En outre, les malades jeunes doivent bénéficier de mesures spécifiques et une mission nationale devrait être confiée à un centre de référence, sur le modèle de ce qui a été fait pour les maladies rares.

M. Alain Milon, rapporteur pour avis de la mission « Santé », a demandé comment seront financées les actions en faveur de la télémédecine en 2008 alors que les crédits pour 2007 ne sont pas reconduits.

Il s'est interrogé sur l'action de la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt) dans le cadre d'un recentrage de son budget et, plus largement, sur les projets du Gouvernement en matière de lutte contre la drogue et la toxicomanie.

Il a souhaité connaître les mesures prises pour améliorer l'accueil, par les professionnels de santé, des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) et de l'aide médicale d'Etat (AME), à la suite des observations de la Haute Autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (Halde) de novembre 2006 et des travaux de la mission Chadelat sur ce thème.

Considérant que les groupements régionaux de santé publique (GRSP), créés par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, n'ont pas permis d'adapter la politique de santé aux besoins de chaque région, il s'est interrogé sur les moyens dont disposeront les ARS pour y parvenir.

Il a également demandé des informations complémentaires sur les mesures mises en œuvre pour inciter les médecins généralistes exerçant en milieu rural à accueillir des stagiaires, pour lutter contre la recrudescence de la coqueluche et de la tuberculose et pour revaloriser le statut des médecins inspecteurs de santé publique.

Il s'est enfin enquis de l'option de la ministre sur l'avenir de l'organisation hospitalière sur le territoire national.

M. Jean-Pierre Godefroy a souhaité connaître les actions menées dans le cadre de la lutte contre l'obésité, notamment auprès des plus jeunes. En effet, les messages de prévention institués par la loi du 9 août 2004 sont illisibles et incompréhensibles pour les enfants et il serait plus judicieux d'interdire les publicités pour les produits gras et sucrés sur les chaînes destinées aux enfants et de mettre en place une taxe sur ces aliments.

Mme Gisèle Printz a douté de la capacité des 1 200 médecins scolaires à assurer les visites médicales obligatoires et le suivi de plus de douze millions d'élèves.

M. Guy Fischer a fait valoir l'état sanitaire très dégradé de la population dans les quartiers sensibles, en ce qui concerne notamment l'obésité et les soins dentaires ou ophtalmologistes. La situation appelle la mise en œuvre par l'Etat d'une politique de prévention ambitieuse et de renforcement de l'offre de soins, dans un contexte de pénurie de médecins scolaires et de difficulté de fonctionnement des maisons médicales de garde.

M. Jean-Claude Etienne a souhaité que les mesures incitatives pour les maîtres de stage et les étudiants en médecine en milieu rural soient aussi applicables dans les banlieues sous-médicalisées.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé, de la jeunesse et des sports, a indiqué que la suppression des crédits destinés à la télémédecine résulte de l'arrivée à échéance des contrats de plan Etat-régions d'expérimentation de la télémédecine dans neuf régions pilotes. Elle ne traduit aucun désintérêt du Gouvernement : désormais, ces mesures, étendues à l'ensemble du territoire, seront financées par l'assurance maladie.

La diminution des moyens de la Milt en 2008 est le fruit d'un recentrage de ses missions sur la coordination de la politique de lutte contre la drogue et la toxicomanie. Les crédits destinés au GIP Datis et aux subventions aux associations sont en effet transférés à la DGS. Depuis 1995, la politique de lutte contre la drogue a déjà porté ses fruits : le nombre de cas de contamination au VIH chez les usagers de drogues a été divisé par quatre, le nombre de décès par overdose par cinq et le nombre d'usagers de drogues par injection a sensiblement diminué. En revanche, on observe une augmentation des cas d'hépatites B et C, un mésusage des produits de substitution et une consommation de stupéfiants chez un public de plus en plus jeune et précaire. Des mesures pour poursuivre les efforts dans ce domaine seront mises en œuvre dans le cadre du plan addiction 2007-2011.

Concernant l'accès aux soins des bénéficiaires de l'AME et de la CMU-c, il est exact que la complexité administrative du dispositif et les délais de remboursement constituent un frein pour de nombreux médecins. Ces délais se sont toutefois réduits : dans 90 % des cas, ils sont aujourd'hui inférieurs à sept jours. Une plaquette informative sur le dispositif CMU-c sera prochainement distribuée aux médecins et l'AME sera le dossier central de la prochaine lettre mensuelle de la Cnam.

La lutte contre la coqueluche a été renforcée une première fois en 1998 avec l'instauration d'un rappel vaccinal entre onze et treize ans après la primo-vaccination des nourrissons, puis en 2004 avec la recommandation vaccinale pour les professionnels de santé en contact avec les nourrissons et pour les futurs parents. Un centre national de référence a été dédié à cette maladie et chaque épidémie doit être signalée aux Ddass.

Si l'incidence de la tuberculose dans la population française diminue de 3 % par an depuis 1997, la surveillance du bacille est maintenue, notamment dans les zones urbaines à risques et pour les populations les plus touchées (personnes âgées, migrants, SDF). La lutte contre la tuberculose est liée à la question de la diminution des disparités sociales et régionales.

Puis Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé, de la jeunesse et des sports, a insisté sur la nécessité d'une meilleure reconnaissance de la médecine générale pour y attirer de jeunes diplômés. C'est l'objectif de la réforme du cursus, avec la création d'une filière universitaire spécifique. De même, la revalorisation de l'indemnisation des médecins généralistes et des étudiants dans le cadre d'un stage effectué chez un professionnel en milieu rural devrait limiter la diminution des effectifs dans ces régions.

Elle a rappelé que la France dispose du plus grand nombre d'établissements de santé par rapport au nombre d'habitants : personne n'habite à plus de trente kilomètres d'une structure de soins. Pourtant, toutes n'offrent pas un niveau de technologie et de qualité suffisant. A titre d'exemple, 75 % des hôpitaux qui opèrent le cancer de la prostate pratiquent moins de cinquante actes par an. La question de l'organisation des soins sur le territoire ne doit toutefois pas être posée en termes d'emploi local car il s'agit moins de fermer des établissements que de réorienter leur activité vers une structure d'aval, un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) ou l'hospitalisation à domicile.

Elle a reconnu que les GRSP se sont, à l'usage, révélés complexes et peu opérationnels. Les ARS devraient permettre la régionalisation de la politique de santé publique.

Concernant l'obésité, qui touche 12 % de la population et notamment sa frange la plus précaire, l'Inpes consacrera 10 millions d'euros en 2008 à des campagnes informatives sur l'alimentation. Dans le cadre du plan national nutrition santé 2 (PNNS2), le dépistage précoce de l'obésité est renforcé et une charte a été signée entre l'Etat et les entreprises de restauration collective pour proposer des mesures équilibrées. L'instauration d'une taxe sur les produits gras et sucrés peut constituer un moyen d'action à une double condition : d'une part que, comme les autres recettes nouvelles de la sécurité sociales, elle soit affectée à de nouvelles dépenses - les dépenses socialisées de santé notamment - et n'empêche pas la restructuration du système de soins ; d'autre part, qu'elle intervienne plus largement sur tous les troubles liés à la nutrition, notamment l'anorexie.

Elle a rappelé que la médecine scolaire dépend de l'éducation nationale, même si le ministère de la santé, via l'Inpes, mène aussi de nombreuses actions de prévention à destination des enfants et des adolescents.

S'agissant des actions en faveur des quartiers en difficulté, elle a indiqué que les ateliers ville-santé seront poursuivis.

Elle a enfin annoncé plusieurs mesures en faveur des médecins inspecteurs de santé publique : une valorisation des primes de 10 %, un effort de recrutement pour stabiliser les effectifs et le lancement d'une réflexion sur la mutualisation des fonctions médicales au niveau régional suivant les préconisations de l'Igas.

II. EXAMEN DE L'AVIS

Réunie le **mercredi 28 novembre 2007**, sous la **présidence de M. Nicolas About, président**, la commission a procédé à l'examen du rapport pour avis de **M. Alain Milon**, sur le **projet de loi de finances pour 2008** (mission « Santé »).

M. Alain Milon, rapporteur pour avis, a d'abord rappelé que les 430 millions d'euros affectés, en 2008, à la mission « Santé » ne représentent qu'une part mineure de l'effort des pouvoirs publics dans ce domaine : les dépenses fiscales qui concourent aux actions de santé publique s'élèvent à 1,2 milliard d'euros, l'assurance maladie assure le financement du volet sanitaire des mesures et les frais de personnels sont imputés sur la mission « Solidarité, insertion et égalité des chances ».

Après deux années d'augmentation des crédits, la dotation sera stable en 2008, car plusieurs plans de santé publique sont ou vont arriver à échéance dans les prochains mois. Un bilan en sera dressé avant de mettre en œuvre de nouveaux projets.

On note toutefois deux avancées : le lancement du nouveau plan Alzheimer 2008-2012, qui bénéficie d'un effort budgétaire important de la part de l'Etat et de nouvelles sources de financement de l'assurance maladie, et le recentrage du rôle de la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt) comme coordonnateur des politiques menées dans ce domaine.

M. Alain Milon, rapporteur pour avis, a ensuite présenté le programme « santé publique et prévention », qui poursuit quatre objectifs : concevoir et piloter la politique de santé, promouvoir l'éducation pour la santé, diminuer la mortalité et la morbidité évitables et améliorer la qualité de vie des malades. Deux opérateurs sont associés à leur mise en œuvre : l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) et l'institut national du cancer (INCa).

L'action « pilotage de la politique de santé publique » sera dotée d'environ 31 millions d'euros, destinés notamment aux structures régionales de mise en œuvre de la politique de santé. Or, cette action est systématiquement sous-dotée, d'au moins 50 % chaque année. Compte tenu de la fongibilité des crédits au sein d'un programme, il en résulte une réduction à due concurrence des moyens consacrés à d'autres dispositifs, en particulier à la lutte contre les pathologies à forte morbidité et mortalité.

L'action « déterminants de santé » rassemble les politiques d'information sur les risques de santé liés à des comportements ou à un environnement à risque. La majorité des crédits est destinée à des plans de santé publique : le plan de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool sera doté de 3 millions d'euros pour la lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme et de 10,7 millions pour son volet toxicomanie ; le programme national nutrition 2 santé (PNNS) bénéficiera également de 3 millions, consacrés pour partie à la création d'un observatoire de la qualité alimentaire ; 1,7 million seront versés au plan national santé environnement, dont un second volet devrait être élaboré en 2008 en intégrant les priorités issues du Grenelle de l'environnement ; enfin, le plan national pour limiter l'impact sur la santé de la violence bénéficiera de 2,5 millions d'euros.

***M. Alain Milon, rapporteur pour avis,** a ensuite abordé l'action « pathologies à forte morbidité/mortalité » qui concentre les trois quarts des crédits du programme, soit 214,5 millions d'euros destinés à des priorités sanitaires identifiées.*

Un effort important avait été accompli dans le précédent budget sur le plan « Cancer », qui est désormais arrivé à échéance. En 2008, des moyens resteront disponibles - plus de 56 millions d'euros -, mais en diminution de 10,3 %, dans l'attente d'un probable prochain plan. Dans cette attente, les principales actions de dépistage organisé, de consolidation des centres de cancérologie pédiatrique et de recherche sur les cancers environnementaux et professionnels seront poursuivies.

L'Etat consacrera en outre 37,3 millions à la lutte contre le VIH, 8,3 millions à la lutte contre les infections sexuellement transmissibles, pour la prise en charge de ces pathologies dans les départements qui ont renoncé à cette compétence, et 1,8 million au programme de lutte contre les hépatites. Le programme de lutte contre la tuberculose 2007-2011 bénéficiera de 28,8 millions d'euros car le risque infectieux est réel chez les populations en situation très précaire, ce qui doit inciter les pouvoirs publics à une grande vigilance, sachant que l'obligation vaccinale du BCG a été levée.

Enfin, 17,7 millions d'euros seront consacrés à la vaccination dans les départements qui ont renoncé à cette compétence et 6 millions d'euros au plan de santé mentale. Les crédits de ce dernier plan sont en augmentation de 7,1 % pour financer une nouvelle stratégie de prévention du suicide et l'accompagnement de la mise en œuvre de la loi du 26 juillet 2007 sur la lutte contre la récidive, qui systématise l'injonction de soins à l'égard des auteurs d'infractions graves.

L'action « qualité de la vie et handicaps », qui ne dispose que de 3,5 % des crédits du programme, augmentera de 50 % pour dépasser 10 millions en 2008. Elle est destinée aux pathologies de l'enfance et de la périnatalité, à la prévention et au dépistage des maladies chroniques, au développement des soins palliatifs, mais surtout au lancement du nouveau

plan Alzheimer. En 2008, le budget de l'Etat y contribuera pour 3,4 millions d'euros, soit deux fois plus que sa participation totale au plan précédent.

M. Alain Milon, rapporteur pour avis, a présenté, dans un second temps, le programme « offre de soins et qualité du système de soins » qui mobilisera 113,5 millions d'euros, soit une augmentation de près de 10 %. Ceci étant, ce chiffre n'a guère de signification car l'Etat n'intervient qu'à hauteur de 1 % du total des dépenses de l'offre de soins.

Après avoir rappelé que les réseaux de télémédecine sont désormais financés exclusivement par l'assurance maladie, il a indiqué que les deux tiers des crédits sont inscrits sur l'action « niveau et qualité de l'offre de soins », qui a pour objet d'optimiser la formation et la répartition des professionnels de santé. Sur ce total, 60 millions seront consacrés à la formation des internes, ce qui est faible quand on sait que la sous-dotation chronique de cette enveloppe conduit à une dette cumulée de l'Etat de 17,3 millions d'euros en 2007. Les autres dépenses concernent la subvention de l'Etat à la Haute Autorité de santé (HAS), dont on peut estimer qu'elle se trouvera dans une situation financière délicate en 2008 car son fonds de roulement, ponctionné à hauteur de 33 millions en 2007, ne sera plus que de 13,3 millions à la fin de l'année. Or, les missions de la HAS sont sans cesse alourdies, ce qui la conduit à renforcer ses effectifs.

L'action « modernisation du système de soins » mobilisera, pour sa part, 40,7 millions d'euros. Les trois quarts de ces crédits sont des subventions aux différents opérateurs, notamment les agences régionales de l'hospitalisation (ARH).

M. Alain Milon, rapporteur pour avis, a enfin évoqué le programme de la mission qui rassemble les mesures prises, dans un cadre interministériel, en matière de lutte contre la drogue et la toxicomanie. Le rôle de coordinateur de la Mildt y est réaffirmé par trois opérations budgétaires concomitantes : premièrement, les subventions aux associations, pour des actions de prévention et de prise en charge qui relèvent de la politique sanitaire, seront versées par le ministère de la santé ; deuxièmement, le groupement d'intérêt public (GIP) drogue, alcool, tabac, Info service (Datis) sera rattaché à l'Inpes qui gère déjà les autres opérateurs de téléphonie sanitaire et sociale ; enfin, l'Assemblée nationale a transféré, de la mission « Solidarité, insertion et égalité des chances » vers les services généraux du Premier ministre, 4,5 millions d'euros correspondant aux vingt-cinq emplois de la Mildt.

Le repositionnement de la Mildt entraîne une baisse logique de ses crédits : de 36,5 millions d'euros en 2007, le programme « drogue et toxicomanie » passe à 26,6 millions, soit une diminution de 26,7 %. Cette réduction affecte les moyens dont la Mildt dispose pour assurer sa mission de pilotage. Toutefois, l'action « coordination interministérielle des volets préventif, sanitaire et répressif » demeure le centre du programme, dont elle absorbe plus de 90 % des crédits. Le budget prévoit en revanche une diminution massive des crédits destinés aux moyens d'intervention directe de

la Mildt. En 2008, les programmes expérimentaux financés sur cette action concerneront la prévention dans les entreprises et la mise en œuvre d'actions dans les zones urbaines sensibles et les prisons. Favorable au repositionnement de la Mildt, M. Alain Milon, rapporteur pour avis, s'est toutefois inquiété qu'il réduise presque à néant ses capacités d'expérimentation. En effet, certains projets innovants ne concernent pas la prévention et la prise en charge sanitaire, mais la lutte contre le trafic ou l'amélioration de l'application de la loi, dont la DGS ne se préoccupe pas.

Enfin, la troisième action du programme est consacrée à la coopération internationale en matière de lutte contre la drogue. Elle bénéficiera de 1,5 million d'euros destinés à des contributions aux organismes européens et internationaux et au financement de projets de coopération bilatérale dans les zones de trafic.

M. Alain Milon, rapporteur pour avis, a, en conclusion, invité la commission à donner un avis favorable aux crédits de la mission « Santé » pour 2008.

Mme Isabelle Debré a demandé combien de départements ont renoncé à leur compétence en matière de vaccination et a souhaité savoir si ceux qui l'ont conservée disposent de moyens pour mettre en œuvre cette politique.

M. Paul Blanc s'est interrogé sur le contenu des actions financées par la mission « Santé » dans le domaine de la gestion des établissements. Il a également souhaité connaître la liste des régions qui ont installé des réseaux de télémédecine.

Mme Marie-Thérèse Hermange a estimé fâcheux que le présent projet de budget prévoie 1,5 million d'euros pour l'organisation des élections du nouvel ordre des infirmiers mais n'accorde aux actions en faveur de la périnatalité que 2 millions d'euros. Pourtant, 1,7 % des enfants naissent avec un handicap et de nombreuses familles sont adressées chaque année à l'aide sociale à l'enfance. Ces situations dramatiques pourraient parfois être évitées grâce à une politique plus efficace de périnatalité.

M. François Autain a dénoncé la complexité des mécanismes de financement des différents plans de santé publique entre l'Etat et l'assurance maladie. Par exemple, concernant le nouveau plan Alzheimer, il semble que les franchises médicales concourent à son financement mais nul ne sait à quelle hauteur. Il a estimé, qu'en tout état de cause, les 3,4 millions d'euros alloués en 2008 à ce plan par l'Etat sont bien en deçà des besoins. Il a souhaité connaître la situation des établissements de santé en matière de soins palliatifs, domaine dans lequel la France accuse un retard considérable. Il a enfin déploré la diminution des moyens alloués à la HAS, au moment où son champ de compétences est élargi par la dernière loi de financement de la sécurité sociale.

M. Alain Vasselle a estimé regrettable que l'assurance maladie soit systématiquement considérée comme la variable d'ajustement du financement des plans de santé publique, pour lesquels l'Etat modifie le niveau de sa participation au fil des exercices budgétaires. Il a demandé si une évaluation de ces plans sera effectuée à échéance. A titre d'exemple, il a cité le faible impact qu'ont, à son sens, les messages de prévention diffusés dans les publicités pour les produits gras et sucrés, mis en place dans le cadre du PNNS. Il a également jugé regrettable de ne pas donner à la HAS les moyens de remplir sa mission. Ainsi, la commission mixte paritaire sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a renoncé à la constitution d'une base de données, en raison de l'incapacité, pour la HAS, d'en assurer la gestion.

M. Dominique Leclerc a souhaité obtenir des précisions sur la réévaluation annoncée de la rémunération des internes qui effectuent leur stage extrahospitalier en zone sous-médicalisée.

M. Marc Laménie s'est étonné de ce que le budget consacré par l'Etat à la santé, qui constitue une politique prioritaire, ne s'élève qu'à 430 millions d'euros. Il s'est inquiété de la responsabilité des maires qui doivent désormais accepter dans les crèches et les écoles, des enfants non vaccinés par le BCG, puisque celui-ci n'est plus obligatoire.

M. Nicolas About, président, a rappelé que le budget de la mission « Santé » ne représente qu'1/1000^e de celui de l'assurance maladie, à laquelle incombent les dépenses de soins. Comme dans le cadre de la sécurité sanitaire - le plan Biotox par exemple -, l'Etat donne son orientation à la politique de santé et se charge du financement des actions d'information et de prévention.

M. François Autain s'est interrogé sur les conséquences du repositionnement de la Mildt sur la diminution des moyens du troisième programme.

M. Alain Milon, rapporteur pour avis, a précisé que les crédits relatifs aux dépenses sanitaires autrefois effectuées par la Mildt - les subventions aux associations et le fonctionnement du GIP Datis essentiellement - ont été transférées à la DGS, ce qui conduit à une réduction à due concurrence du programme de la Mildt.

Mme Jacqueline Alquier a souhaité que le prochain PNSE tire les leçons des erreurs commises en matière d'utilisation des pesticides. Elle a demandé combien de régions, outre la région Midi-Pyrénées, ont mis en place des réseaux de télémédecine et si cette mesure a fait l'objet d'une évaluation.

En réponse aux différents intervenants, **M. Alain Milon, rapporteur pour avis**, a confirmé que la mission « Santé » est une mission de pilotage de la politique de santé, que l'assurance maladie est ensuite amenée à financer. Malgré les critiques permanentes de cette politique et le déficit chronique de l'assurance maladie, le niveau de santé des Français reste satisfaisant grâce au travail des chercheurs et des médecins. Par exemple, les mesures prises

pour éviter les infections nosocomiales ont considérablement réduit leur niveau de prévalence dans les établissements de santé.

Il a précisé qu'une cinquantaine de départements ont renoncé à exercer leur compétence dans le domaine de la vaccination. Pour les autres, une dotation équivalente leur est versée par l'Etat. Il a ensuite donné la liste des neuf régions qui ont mis en place des réseaux de télé-médecine dans le cadre des contrats de plan avec l'Etat.

Il a fait valoir à Mme Marie-Thérèse Hermange qu'outre les crédits du plan périnatalité, l'Inpes consacre plusieurs millions d'euros à des campagnes d'information sur la contraception.

Il a également précisé à M. François Autain que, selon l'association France Alzheimer, les besoins s'établissent à 12 milliards d'euros pour cette pathologie. Si le nouveau plan n'a pas encore fait l'objet d'un chiffrage, on sait toutefois que les franchises devraient rapporter environ 850 millions par an et que l'Etat y contribue à hauteur de 3,4 millions en 2008. Il a enfin reconnu que les besoins sont considérables en matière de soins palliatifs : sur 550 000 décès annuels, seules 50 000 personnes bénéficient de cet accompagnement alors qu'on estime que 150 000 malades seraient concernés.

M. Nicolas About, président, a estimé que l'organisation des soins palliatifs soulève une question de fond : faut-il créer des unités spécialisées au sein des établissements de santé, au risque de détruire psychologiquement les patients lorsqu'ils comprennent la raison de leur transfert dans ce service, ou réserver quelques lits à cet effet dans les unités qui ont précédemment assuré leur traitement ? Il est, pour sa part, plutôt partisan de la seconde solution.

M. François Autain a précisé qu'il ne demande pas forcément la création d'unités spécifiques mais la formation de professionnels en soins palliatifs. Or, ce n'est, par exemple, pas le cas à l'institut Gustave Roussy, qui est pourtant le premier centre européen de traitement du cancer.

M. Nicolas About, président, a déclaré savoir personnellement que tel n'est pas le cas. Il a notamment indiqué que plusieurs psychologues y travaillent pour assurer l'accompagnement du malade en fin de vie.

M. Alain Milon, rapporteur pour avis, a fait valoir que, lors d'une conférence récente sur ce sujet, les associations se sont déclarées satisfaites des progrès réalisés dans le domaine des soins palliatifs. Concernant la réglementation relative aux publicités sur les produits gras et sucrés, il a indiqué qu'un sondage a fait état de 80 % de Français réceptifs aux messages de prévention qui les accompagnent.

M. Nicolas About, président, a souhaité savoir si un contrôle est exercé sur le contenu et la lisibilité de ces messages nutritionnels.

M. Alain Milon, rapporteur pour avis, a indiqué que l'Inpes demeure vigilant et contrôle systématiquement les messages diffusés.

M. Alain Vasselle a remarqué que, malgré les PNNS 1 et 2, l'obésité et le diabète continuent de se développer dans la population. A cet égard, il a estimé que la seule reconduction des mesures d'une année sur l'autre ne permet pas d'endiguer cette évolution. Une politique plus contraignante, comme l'instauration d'une taxe sur les boissons sucrées, serait, selon lui, plus efficace.

M. Alain Milon, rapporteur pour avis, a considéré que les industriels de l'agroalimentaire prennent de plus en plus conscience de l'importance de proposer aux clients des produits de qualité. Par ailleurs, l'augmentation des cas de diabète est due davantage au vieillissement de la population, l'alimentation n'étant pas, à son sens, le facteur le plus décisif. Il a également fait part de son inquiétude, en tant que maire, devant le risque que des enfants non vaccinés par le BCG puissent être des vecteurs de contamination dans les écoles ou les crèches.

Enfin, la commission a émis un avis favorable à l'adoption des crédits de la mission « Santé » pour 2008.