



N° 1864

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

DOUZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 13 octobre 2004.

AVIS

PRÉSENTÉ

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES CULTURELLES, FAMILIALES ET SOCIALES SUR LE PROJET DE **loi de finances pour 2005** (n° 1800)

TOME XI

**SANTÉ, FAMILLE, PERSONNES ÂGÉES et
PERSONNES HANDICAPÉES**

SANTÉ

PAR MME BERENGERE POLETTI,

Députée.

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	5
I.- UN BUDGET DE RÉFORMES POUR LA SANTÉ	7
A. ÉVOLUTION GÉNÉRALE DES CRÉDITS DE LA SANTÉ	7
B. LA SANTÉ PUBLIQUE N'EST PLUS LE PARENT PAUVRE DU SYSTÈME DE SANTÉ FRANÇAIS	9
1. Le déploiement du plan cancer, une priorité nationale	9
<i>a) La création de l'Institut national du cancer</i>	10
<i>b) La poursuite de la lutte contre les principaux facteurs de risque</i>	10
<i>c) Les programmes de dépistage organisés</i>	11
2. Le renforcement de la lutte contre les toxicomanies	11
3. Le lancement de programmes stratégiques concernant l'impact de la violence sur la santé et les maladies chroniques et rares	12
C. LE DISPOSITIF DE VEILLE ET DE SÉCURITÉ SANITAIRE EST CONSOLIDÉ ET RATIONALISÉ	13
1. Une réactivité accrue face aux menaces sanitaires	13
<i>a) Le dispositif de surveillance et de gestion des crises et des situations exceptionnelles</i>	13
<i>b) Le plan national de santé environnementale</i>	14
2. Un maillage rationalisé des agences sanitaires	15
<i>a) L'Agence de la biomédecine</i>	15
<i>b) La Haute autorité de santé</i>	16
D. LE PROJET DE LOI DE FINANCES POUR 2005 ACCOMPAGNE LA MISE EN ŒUVRE DES RÉFORMES VISANT À AMÉLIORER LA QUALITÉ ET L'ÉGAL ACCÈS AUX SOINS	16
1. Vers une nouvelle gouvernance du système de santé	16
<i>a) L'amélioration de l'organisation et de la coordination des soins au niveau régional</i>	16
<i>b) La création de l'Institut des données de santé</i>	17
2. L'amélioration de l'accès aux soins et l'instauration d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé	17
3. De nouvelles compétences transférées aux régions en matière de santé	18

II.- POUR LUTTER CONTRE LES DÉSERTS MÉDICAUX : LES PROMESSES DE LA TÉLÉMÉDECINE	21
A. IL EST URGENT D'AGIR FACE A LA DÉSERTIFICATION MÉDICALE DE CERTAINS TERRITOIRES RURAUX.....	21
1. Les prodromes de pénuries localisées : des prévisions inquiétantes.....	21
2. Un préalable à l'action publique : la création d'un Observatoire national de la démographie médicale des professions de santé	23
3. La mise en place de dispositifs d'aides à l'installation	24
B. LA TÉLÉMÉDECINE PEUT CONSTITUER UN LEVIER D'ACTION SUPPLÉMENTAIRE POUR REMÉDIER AUX PROBLEMES LIÉS A LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE.....	26
1. La télémédecine représente un puissant vecteur d'équité dans l'accès aux soins	26
a) <i>Un intérêt certain en termes d'aménagement du territoire et d'égal accès à des soins de qualité</i>	26
b) <i>Une pratique encore émergente</i>	27
2. Des actions ont été mises en œuvre afin d'encourager le développement de la télémédecine.....	29
a) <i>Le ministère de la santé assure une fonction d'appui méthodologique et de recueil d'informations</i>	29
b) <i>Les agences régionales de l'hospitalisation sont chargées de définir la politique régionale en matière de télésanté</i>	30
c) <i>Le bilan des contrats de plan Etat-régions est encourageant</i>	31
C. QUELQUES PISTES DE RÉFLEXION POUR PROMOUVOIR DAVANTAGE L'INDISPENSABLE DÉPLOIEMENT DE LA TÉLÉMÉDECINE	33
1. Tirer les conséquences de la loi du 13 août 2004 qui a constitué une avancée historique	33
a) <i>La télémédecine dispose désormais d'un cadre légal</i>	33
b) <i>Les agences régionales de l'hospitalisation et les missions régionales de santé auront un rôle important d'impulsion et de coordination</i>	33
2. Créer un environnement propice au développement de la télémédecine	34
a) <i>Améliorer la formation continue des professionnels de santé</i>	34
b) <i>Envisager la reconnaissance et la rémunération des actes de télémédecine</i>	35
TRAVAUX DE LA COMMISSION	37
ANNEXE : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES	41

INTRODUCTION

« *L'année 2004 doit être une année de résultats dans le domaine de la santé* ». Tel fut le cadre d'action dessiné par le président de la République, lors de ses voeux aux « forces vives » de la Nation en janvier dernier : moins d'un an après, il ne s'agit déjà plus d'un engagement, mais d'une réalité.

En effet, quel gouvernement aura fait plus pour la santé que celui de M. Jean-Pierre Raffarin, qui peut se prévaloir en deux ans d'avoir rénové la politique de santé publique, et en particulier mis en œuvre un plan volontariste de lutte contre le cancer, actualisé la loi relative à la bioéthique, lancé le plan « Hôpital 2007 », réformé le régime des recherches biomédicales et modernisé notre système d'assurance maladie ?

Une partie du présent avis est consacrée à une brève analyse des crédits prévus par la loi de finances pour 2005, qui permettent d'accompagner la mise en œuvre de ces réformes.

Les problèmes liés à l'évolution de la démographie médicale ainsi que les solutions que pourrait y apporter la télémédecine, en particulier dans les zones rurales, font par ailleurs l'objet de plus larges développements dans la seconde partie de ce rapport.

Pour accompagner les actions engagées par l'assurance maladie afin de corriger les hétérogénéités présentées en matière d'offre de soins, il apparaît en effet nécessaire de créer un cadre propice au développement d'un outil innovant et efficace qui, loin d'être un gadget, permettrait de mieux répondre aux attentes des professionnels de santé mais surtout de garantir plus d'équité dans l'accès aux soins.

L'article 49 de la loi organique du 1^{er} août 2001 fixe une date butoir pour le retour des réponses aux questionnaires budgétaires : au plus tard huit jours francs à compter du dépôt du projet de loi de finances, soit le 9 octobre 2004. A cette date, **70 %** des réponses étaient parvenues à la rapporteure pour avis.

I.- UN BUDGET DE RÉFORMES POUR LA SANTÉ

A. ÉVOLUTION GÉNÉRALE DES CRÉDITS DE LA SANTÉ

Dans le projet de loi de finances pour 2005, la section II « *Santé, famille, personnes handicapées et cohésion sociale* », comporte plusieurs parties :

– les crédits relevant de la responsabilité du ministère de la santé et de la protection sociale (agrégats « santé publique et sécurité sanitaire » et « offre de soins et accès aux soins ») ;

– les crédits relevant de la responsabilité conjointe du ministère de la famille et de l'enfance et du ministère de la santé (agrégat « famille et personnes handicapées ») ;

– les crédits gérés par le ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale (agrégat « intégration et lutte contre les exclusions ») ;

– deux agrégats communs à l'ensemble des ministères (« développement social » et « gestion des politiques de santé et de solidarité »).

Pour 2005, le budget de la santé et de la protection sociale, y compris les crédits destinés à la gestion des politiques de santé et de solidarité, représente ainsi 8,63 milliards d'euros (soit 7,57 milliards d'euros sans comptabiliser cet agrégat), contre 8,94 milliards d'euros de crédits prévus en 2004 pour la santé, les personnes handicapées et les personnes âgées.

A périmètre constant, c'est-à-dire en prenant notamment en compte les transferts de compétences prévus par la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et aux responsabilités locales, le budget de la santé est quasiment stable, avec une légère diminution de 34 millions d'euros par rapport à 2004.

Crédits de la santé pour 2005

En millions d'euros

	LFI 2004	PLF 2005
<i>Crédits de la responsabilité du ministère de la santé et de la protection sociale</i>		
Santé publique et sécurité sanitaire	322	373
Offre de soins et accès aux soins	1 154	789
<i>Crédits de la responsabilité des ministères de la santé et de la protection sociale, de la famille et de l'enfance, de l'emploi et de la cohésion sociale et de la parité et de l'égalité professionnelle</i>		
Gestion des politiques de santé et de solidarité	1 011	1 026

NB : Ne sont ici présentés que les crédits du ministère de la santé et de la protection sociale entrant dans le champ du présent avis.

Source : Ministère de la santé et de la protection sociale

Le présent avis porte sur les deux agrégats « santé publique et sécurité sanitaire » et « offre de soins et accès aux soins », ainsi que sur la partie de l'agrégat « gestion des politiques de santé et de solidarité » consacrée au secteur de la santé.

Ce projet de loi de finances est le dernier à être présenté et voté selon l'ordonnance n° 59-2 du 2 janvier 1959, qui était restée pratiquement inchangée depuis plus de quarante ans. La mise en œuvre de la nouvelle loi organique relative aux lois de finances du 1^{er} août 2001 (LOLF) permettra ainsi de rénover le rôle budgétaire du Parlement, en restaurant toute sa portée à l'autorisation budgétaire et en accroissant la lisibilité de la loi de finances. Le ministère de la santé et de la protection sociale s'est engagé résolument dans la préparation de cette réforme, qui marque le passage d'une culture de moyens à une culture de résultats. Le rythme des expérimentations réalisées s'est ainsi accéléré afin de préparer la mise en œuvre généralisée de la LOLF en janvier 2006 : quatre programmes seront ainsi expérimentés, dont ceux intitulés « santé publique et prévention » et « veille et sécurité sanitaires ». L'année 2005 est par ailleurs l'occasion d'une présentation « à blanc » des crédits de la santé en missions et en programmes, qui comportent la stratégie, les objectifs et les indicateurs de performance qui leur sont associés, comme l'illustre la mission ministérielle « santé » ⁽¹⁾, présentée ci-dessous.

Préfiguration des projets annuels de performances : la mission « santé » pour 2005

	LFI 2004	PLF 2005
Programme 1 - Santé publique et prévention	190 303 228	209 959 658
Action 1 - Politique de santé	26 060 979	22 226 998
Action 2 - Déterminants de santé	35 521 947	37 020 060
Action 3 - Pathologies à forte mortalité	125 319 683	146 835 191
Action 4 - Qualité de la vie et handicaps	3 400 619	3 877 409
Programme 2 - Offre de soins et qualité du système de soins	189 204 478	114 017 110
Action 1 - Niveau et qualité de l'offre de soins	154 550 434	80 986 367
Action 2 - Accessibilité de l'offre de soins	1 321 773	1 219 773
Action 3 - Soutien	33 332 271	31 810 970
Programme 3 - Drogue et toxicomanie	38 038 100	38 000 000
Action 1 - Coordination interministérielle des volets préventif, sanitaire et répressif	26 438 100	25 372 900
Action 2 - Expérimentation de nouveaux dispositifs partenariaux de prévention, de prise en charge et d'application de la loi	10 400 000	12 161 600
Action 3 - Coopération internationale	1 200 000	465 500
Programme 4 - Conception et gestion des politiques de santé	220 992 737	225 054 273
Action 1 - Conception et gestion du programme Santé publique et prévention	42 469 097	42 454 969
Action 2 - Conception et gestion du programme Veille et sécurité sanitaires	95 305 345	99 832 474
Action 3 - Conception et gestion du programme Offre de soins et qualité du système de soins	80 922 421	80 458 889
Action 4 - Conception et gestion du programme Drogue et toxicomanie	2 295 874	2 307 941

Source : Ministère de la santé et de la protection sociale

(1) Les crédits de la santé seront également présentés au sein d'une mission interministérielle « sécurité sanitaire » avec le ministère de l'agriculture, de l'alimentation, de la pêche et des affaires rurales.

B. LA SANTÉ PUBLIQUE N'EST PLUS LE PARENT PAUVRE DU SYSTÈME DE SANTÉ FRANÇAIS

Parce que la santé ne saurait se résumer à une approche curative individuelle, la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a consacré le rôle de l'Etat en la matière et placé sous objectifs le système de santé publique sur un horizon de cinq ans.

Des plans d'actions stratégiques pour 2004-2008 s'inscrivent également dans cette perspective nouvelle de programmation.

Cette démarche de transparence et de lisibilité traduit la volonté du gouvernement d'offrir à nos concitoyens la meilleure protection sanitaire possible.

Le budget 2005 est à la mesure de cet objectif ambitieux, puisque les crédits consacrés à la mise en œuvre des politiques de santé publique s'élèvent à 209 millions d'euros en 2005, contre 190 millions d'euros prévus pour 2004.

Au sein de ces crédits, la lutte contre les pathologies à forte mortalité telles que le cancer et le sida, qui mobilise près de 57 millions d'euros en 2005, ainsi que les actions sur les déterminants de santé, en particulier l'alcool et le tabac, constituent les principaux postes de dépenses.

1. Le déploiement du plan cancer, une priorité nationale

Alors que 700 000 personnes sont atteintes d'une maladie cancéreuse et 250 000 nouveaux cas sont diagnostiqués chaque année, la lutte contre le cancer constitue la principale priorité du ministère en matière de santé publique, avec près de 81 millions de crédits inscrits au budget 2005.

Le plan de mobilisation nationale contre le cancer, annoncé par le Président de la République en mars 2003, prévoit de mobiliser l'ensemble des acteurs concernés autour de 70 mesures, depuis la prévention jusqu'à l'écoute et l'accompagnement des malades et de leurs familles, le renforcement de la recherche et l'amélioration des soins.

Le plan cancer sera significativement renforcé en 2005, avec 21 millions d'euros supplémentaires, qui permettront d'accompagner la montée en puissance de l'Institut national du cancer (INCa), de poursuivre les programmes de dépistage organisés et de lutter contre les principaux facteurs de risque.

Prévisions d'emploi des crédits du plan cancer pour 2005

En millions d'euros

Mise en place des programmes de dépistage	29
Soutien aux associations	0,6
Lutte contre le tabac et l'alcool	9,4
Téléphonie sociale et site internet	3
Formation des professionnels	0,6
Programmes d'évaluation	0,5
Elaboration des guides médicaux	0,4
Mission interministérielle	2
Registres du cancer (InVs)	3
Mise en œuvre de l'INCa	32
Total	80,5

Source : Ministère de la santé de la protection sociale

a) La création de l'Institut national du cancer

Créé par l'article 33 de la loi du 9 août précitée relative à la politique de santé publique, l'Institut national du cancer (INCa) est chargé de coordonner les actions de lutte contre le cancer.

A ce titre, il assure notamment l'observation et l'évaluation du dispositif de lutte contre le cancer, la définition de référentiels de bonnes pratiques et de prise en charge en cancérologie, la coordination et le suivi des actions engagées en matière de recherche et de prévention. Un groupement d'intérêt public de préfiguration de l'INCa a été constitué dès le mois de juillet dernier, ce qui lui a permis d'engager une campagne d'information grand public, par l'intermédiaire des grands médias (radios, TV, affiches), sur la prévention du mélanome.

L'institut bénéficiera de 32 millions d'euros de crédits en 2005.

b) La poursuite de la lutte contre les principaux facteurs de risque

Une politique ambitieuse de lutte contre le tabagisme a été engagée par le gouvernement reposant sur l'application plus stricte de la réglementation anti-tabac, l'action sur les prix, la mobilisation des associations, et la mise en place d'actions de communication et d'éducation à la santé.

Des résultats très positifs ont été observés au cours des deux dernières années : en 2003, la tendance à la baisse s'est sensiblement accentuée avec une chute des ventes de cigarettes de 13,5 % par rapport à 2002. Tous les indicateurs disponibles montrent qu'il s'agit d'un profond mouvement dans la consommation de tabac des Français. Cette évolution est encore plus sensible pour les

populations prioritaires, les femmes et les jeunes de 15 à 25 ans. L'année 2003 a par ailleurs été marquée par un mouvement sans précédent vers l'arrêt du tabac ⁽¹⁾. Enfin, les données de ventes pour le premier semestre 2004 laissent prévoir une poursuite, voire une amplification de la tendance observée l'an passé. Ainsi, les ventes de cigarettes ont chuté de 25,4 % pour les sept premiers mois de 2004 par rapport à la même période de 2003, d'après le centre d'information et de documentation sur le tabac.

S'agissant de l'alcool, les principales mesures concernent l'amélioration de l'information sanitaire des consommateurs, en particulier des femmes enceintes, le développement de l'aide à l'arrêt pour les consommateurs abusifs et la relance des campagnes médiatiques. Des actions de promotion de l'activité physique et d'hygiène alimentaire ont également été réalisées, à travers notamment le plan national nutrition santé.

c) Les programmes de dépistage organisés

L'article 71 de la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et aux responsabilités locales confie la responsabilité du dépistage à l'État, sans toutefois remettre en cause l'implication actuelle des conseils généraux actifs dans ce domaine, qui pourront poursuivre leurs actions par convention avec l'État.

Le budget du ministère prévoit en conséquence d'y consacrer 29 millions d'euros en 2005, afin notamment d'augmenter le taux de participation des femmes au programme de dépistage organisé du cancer du sein, dont la généralisation est désormais effective sur l'ensemble du territoire.

Il s'agit en effet du cancer le plus souvent responsable du décès chez la femme (10 955 décès en 2000), et dont le nombre a augmenté de près de 60 % entre 1980 et 2000, en raison notamment de diagnostic plus précoce. Le programme de dépistage permet ainsi à toutes les femmes de 50 à 74 ans de bénéficier tous les deux ans, d'une mammographie de dépistage, dans des conditions soumises à un contrôle de qualité rigoureux.

L'expérimentation et l'évaluation des programmes organisés de dépistage du cancer de l'utérus et du cancer colorectal sont par ailleurs engagées.

2. Le renforcement de la lutte contre les toxicomanies

Pour réduire l'impact des drogues licites et illicites et leurs conséquences néfastes, tant sanitaires (mortalité prématurée, maladies) que sociales (désinsertion, accidents, violence), le gouvernement a engagé une politique déterminée, utilisant tous les leviers de l'action publique et mobilisant l'ensemble des acteurs sociaux.

(1) Ainsi, la proportion de sevrages a été de 14,2 % en 2003 contre 9,2 % en 1999.

Le nouveau plan quinquennal pour 2004-2008, arrêté par le Premier ministre le 26 juillet dernier, définit ainsi des objectifs et des stratégies d'actions spécifiques, prenant en compte les conditions concrètes de consommation et de diffusion de chacune des substances entrant dans le champ des drogues et produits addictifs.

Ce plan accorde une place majeure à la prévention, à travers notamment la mise en œuvre d'un programme en direction des jeunes et des adolescents pour empêcher ou retarder l'expérimentation de différentes substances. A cet égard, M. Philippe Douste-Blazy, ministre de la santé et de la protection sociale, a annoncé que la France serait l'année prochaine le premier pays à organiser une grande campagne d'information tous publics sur les méfaits du cannabis.

Plusieurs actions ont d'ores et déjà été engagées par la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), dont les crédits sont maintenus à 38 millions d'euros pour 2005, afin de mettre en œuvre les priorités définies par le plan gouvernemental. En 2005, la MILT dirigera en particulier des actions de lutte contre le trafic illégal et une adaptation du dispositif actuel aux nouvelles formes de trafic organisées.

3. Le lancement de programmes stratégiques concernant l'impact de la violence sur la santé et les maladies chroniques et rares

Outre les plans nationaux de lutte contre le cancer et de santé environnementale (*cf. infra*), le projet de loi de finances pour 2005 prévoit la mise en œuvre des trois autres programmes stratégiques pour 2004-2008, prévus par la loi du 9 août 2004 de santé publique.

– Au sein du plan national visant à limiter l'impact sur la santé de la violence, des comportements à risques et des pratiques addictives de la population, doté de 3,2 millions d'euros de mesures nouvelles pour 2005, la violence routière fait l'objet d'une mobilisation prioritaire, qui doit être étendue à l'ensemble des phénomènes de violence (suicide, agressions). Il devra en conséquence s'articuler avec d'autres plans ou programmes nationaux tels que le plan santé mentale ou le programme sur les conduites addictives coordonné par la MILDT.

– 500 000 euros sont consacrés au démarrage du plan national visant à améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, dont le nombre augmente structurellement, compte tenu de l'allongement de l'espérance de vie. Il pourrait notamment permettre d'associer plus étroitement les médecins et les infirmières à des actions de santé publique.

– Enfin, le plan national pour améliorer la prise en charge des maladies rares, qui pourraient concerner environ 5 % de la population au cours de leur vie, bénéficiera de 0,3 million d'euros pour 2005.

C. LE DISPOSITIF DE VEILLE ET DE SÉCURITÉ SANITAIRE EST CONSOLIDÉ ET RATIONALISÉ

Face aux dysfonctionnements révélés par la canicule de l'été 2003 et l'émergence de crises sanitaires, liées notamment au SRAS, aux légionelloses ou aux infections nosocomiales, le gouvernement s'est attelé à réformer en profondeur le dispositif d'alerte et de sécurité sanitaire.

Il s'agit ainsi de disposer d'une meilleure évaluation des risques sanitaires, adossée à un système de veille efficace, et de mettre en place des programmes d'action et des structures adaptés afin d'améliorer la gestion des crises et mieux assurer l'information des professionnels et du public.

1. Une réactivité accrue face aux menaces sanitaires

a) Le dispositif de surveillance et de gestion des crises et des situations exceptionnelles

Les crédits destinés au programme de veille et de sécurité sanitaire sont présentés au sein d'un nouveau chapitre unique (39-02) et s'élèvent à 116 millions d'euros pour 2005, répartis de la façon suivante :

– 57,45 millions d'euros pour la veille, la surveillance, l'expertise et l'alerte ;

– 9,42 millions d'euros pour la gestion des urgences, des situations exceptionnelles et des crises ;

– 42,61 millions d'euros pour la production et la mise en œuvre de règles, recommandations et autres dispositifs ;

– 6,64 millions d'euros au titre de des actions d'information et de formation.

La loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a permis de renforcer et de clarifier les compétences de l'Institut national de veille sanitaire (InVS), chargé de surveiller l'état de santé de la population, s'agissant notamment des maladies infectieuses. Pour accomplir cette mission, il s'appuie sur des structures localisées au sein d'établissements publics et privés de soins, d'enseignement ou de recherche, les centres nationaux de référence (CNR), dont les moyens sont renforcés à hauteur de 5 millions d'euros pour 2005.

Le budget pour 2005 prévoit également de consacrer près de 3 millions d'euros de mesures nouvelles afin de prévenir les épidémies et lutter contre les actes de bioterrorisme.

Des efforts ont par ailleurs été engagés afin d'adapter l'organisation du ministère de la santé et de la protection sociale à la nécessité d'améliorer sa capacité de réponse dans des situations de crise. A titre d'exemple, un département

des situations d'urgence sanitaire a été créé en 2004 et comporte une équipe dont l'effectif cible est de 20 personnes et il est également prévu de mettre en place une plate-forme téléphonique d'information du public l'année prochaine (pour un montant de 2,2 millions d'euros).

b) Le plan national de santé environnementale

Le plan national santé environnement (PNSE), présenté par le gouvernement en juin dernier, constitue une étape fondatrice qui marque un tournant dans la lutte contre les pollutions ayant un impact sanitaire.

Pour la première fois dans l'histoire de la santé environnementale en France, l'ensemble de l'expertise publique dans ce domaine a en effet été réuni au sein d'une commission d'orientation afin de bâtir un diagnostic de l'état des risques sanitaires liés à l'environnement. Ce travail a permis d'identifier les principales actions à mettre en œuvre afin d'améliorer la santé des Français, dans une perspective de développement durable.

Le PNSE se fixe comme objectif de mener d'ici 2008 l'ensemble des 45 mesures nécessaires pour prévenir les pathologies d'origine environnementale, notamment les cancers, garantir un air et une eau de bonne qualité, mieux informer le public et protéger les populations sensibles.

Les douze actions prioritaires du plan national santé environnement

1. Réduire de 50 % l'incidence de la légionellose à l'horizon 2008
2. Réduire les émissions de particules diesel par les sources mobiles
3. Réduire les émissions aériennes d'origine industrielle
4. Améliorer la qualité de l'eau potable en préservant les captages d'eau potable des pollutions ponctuelles et diffuses
5. Mieux connaître les déterminants de la qualité de l'air intérieur et renforcer la réglementation
6. Mettre en place un étiquetage des caractéristiques sanitaires et environnementales des matériaux de construction
7. Renforcer les capacités d'évaluation des risques sanitaires des substances chimiques dangereuses
8. Réduire les expositions professionnelles aux agents cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques
9. Améliorer la prévention du saturnisme infantile, le dépistage et la prise en charge des enfants intoxiqués
10. Réaliser une étude épidémiologique sur l'exposition des enfants aux pollutions
11. Programme animé par l'INSERM et le CNRS sur les déterminants environnementaux et sociétaux de la santé des populations
12. Faciliter l'accès à l'information en santé-environnement et favoriser le débat public

Plus de 3,5 millions d'euros sont prévus par le budget pour 2005 afin de participer au financement de certaines actions du PNSE, relevant de la compétence du ministère de la santé et de la protection sociale, et notamment :

– la constitution et le suivi d'une cohorte de 10 000 enfants par l'InVS afin de mesurer l'évolution de leur exposition aux pollutions environnementales ainsi que leurs conséquences sur leur état de santé ;

– le renforcement des contrôles de la mise en œuvre de la réglementation par les services déconcentrés du ministère afin de prévenir les intoxications au plomb ou au monoxyde de carbone dans les habitats et la prolifération de légionnelles dans les canalisations et les tours aéroréfrigérantes.

2. Un maillage rationalisé des agences sanitaires

Les agences de veille et de sécurité sanitaire jouent un rôle essentiel dans le renforcement des actions de prévention et d'intervention de l'Etat. Ces agences sont actuellement au nombre de sept : l'Institut national de veille sanitaire (InVS), les Agences françaises de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA), de sécurité sanitaire environnementale (AFSSE) et des produits de santé (AFSSAPS), les Etablissements français des greffes (EFG) et du sang (EFS) et l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES).

Comme l'avait souligné à juste titre M. Michel Heinrich, dans son rapport pour avis sur les crédits de la santé pour 2004, le paysage des agences sanitaires exige une certaine rationalisation, afin notamment de concentrer les expertises et les moyens et donner plus d'efficacité au dispositif en évitant le saupoudrage. La rapporteure pour avis ne peut dès lors que se réjouir que le gouvernement ait poursuivi cet effort de rationalisation, à travers notamment la création de l'Agence de la biomédecine et la Haute autorité de santé.

a) L'Agence de la biomédecine

La loi n° 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique prévoit la création d'une Agence de la biomédecine, compétente dans les domaines de la greffe, de la reproduction, de l'embryologie et de la génétique et qui reprend les missions dévolues à l'Etablissement français des greffes et à la commission nationale de médecine et de biologie de la reproduction et du diagnostic prénatal (CNMBRDP). De plus, le fichier des donneurs volontaires de moelle osseuse lui sera transféré par l'Association France greffe de moelle.

L'agence, qui devrait être opérationnelle dès le début de l'année prochaine, sera principalement chargée des trois missions suivantes : l'expertise et la veille scientifique, la délivrance d'autorisations concernant les structures et les praticiens exerçant des activités relevant de son champ de compétences, s'agissant notamment des recherches sur l'embryons, et l'évaluation et le contrôle de ces activités.

Pour 2005, le projet de loi de finances prévoit de lui attribuer plus de 2,4 millions d'euros de mesures nouvelles (création de 4 emplois en année pleine et ajustement des crédits de l'établissement).

b) La Haute autorité de santé

Autorité publique indépendante à caractère scientifique, la Haute autorité de santé constitue une des avancées majeures prévues par la loi du 13 août dernier portant réforme de l'assurance maladie. Elle permettra en effet d'apporter une expertise scientifique indispensable à la prise de décision, en évaluant l'utilité médicale des actes, prestations et produits de santé, mais également d'améliorer l'information des professionnels de santé et des usagers afin de promouvoir la qualité des pratiques et des soins.

Elle se verra ainsi confier les compétences actuellement exercées par l'ANAES, le Fonds de promotion de l'information médicale et médico-économique (FOPIM), la commission de la transparence et la commission d'évaluation des produits et prestations au sein de l'AFSSAPS.

Les crédits prévus dans le projet de loi de finances sont à la hauteur de l'importance de ses missions, puisque avec 1,6 million d'euros de mesures nouvelles, dont la création de 5 emplois en année pleine, la Haute autorité de santé bénéficiera de plus de 11 millions d'euros de crédits pour 2005.

D. LE PROJET DE LOI DE FINANCES POUR 2005 ACCOMPAGNE LA MISE EN ŒUVRE DES RÉFORMES VISANT À AMÉLIORER LA QUALITÉ ET L'ÉGAL ACCÈS AUX SOINS

1. Vers une nouvelle gouvernance du système de santé

Outre la création de la Haute autorité de santé et la réforme du dispositif de définition et de mise en œuvre des politiques de santé publique au niveau national et régional, à travers notamment les groupements régionaux de santé publique (GRSP), le projet de loi de finances pour 2005 accompagne la mise en place de la nouvelle gouvernance du système de santé dans les deux domaines suivants.

a) L'amélioration de l'organisation et de la coordination des soins au niveau régional

Le projet de loi prévoit de maintenir à 19, 21 millions d'euros les crédits de fonctionnement alloués par l'Etat aux agences régionales de l'hospitalisation (ARH), afin notamment de veiller à la poursuite de la mise en œuvre du plan Hôpital 2007.

En outre, en application de la loi du 13 août dernier portant réforme de l'assurance maladie, un rapprochement sera effectué entre les ARH et les unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM), grâce à la mise en place de

missions régionales de santé. Celles-ci seront notamment chargées de déterminer un programme d'actions concernant la mise en œuvre et le financement des réseaux de santé et l'organisation de la permanence des soins. Des agences régionales de santé (ARS) seront également créées, à titre expérimental, en 2005.

b) La création de l'Institut des données de santé

Parce que, comme l'a fortement souligné le rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, « *la gestion du risque suppose une information partagée sur la pratique médicale* », nécessitant que des progrès importants soient réalisés en matière de collecte, de rapprochement et de partage des données relatives aux pratiques soignantes et aux parcours médicaux, la loi n° 2004-810 du 13 août dernier a prévu la constitution d'un Institut des données de santé.

Ce groupement d'intérêt public (GIP) est constitué notamment entre l'Etat, les caisses nationales d'assurance maladie, l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire et l'Union nationale des professionnels de santé. Il a pour double mission :

- d'assurer la cohérence et de veiller à la qualité des systèmes d'information utilisés pour la gestion du risque maladie ;

- de transmettre à ses membres et notamment à la Haute autorité de santé et aux unions régionales des médecins exerçant à titre libéral (URML), dans le cadre de la gestion du risque maladie ou pour des préoccupations de santé publique, des données issues des systèmes d'information, conformément aux règles relatives à la transmission et au traitement des données à caractère personnel.

Pour 2005, le projet de loi prévoit de fixer à 100 000 euros le montant de la contribution de l'Etat au fonctionnement de l'Institut des données de santé.

2. L'amélioration de l'accès aux soins et l'instauration d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé

La couverture maladie complémentaire (CMU) comporte les deux volets suivants :

- le premier prévoit l'obligation d'affiliation à un régime général d'assurance maladie, sous condition de résidence stable et régulière en France (1,69 million de bénéficiaires en mars 2004) ;

- le second porte sur la couverture complémentaire santé au profit des personnes dont les revenus mensuels sont inférieurs à 576,13 euros et permet d'assurer la prise en charge du ticket modérateur, du forfait journalier et de certains frais liés aux prothèses dentaires et frais optiques (4,81 millions de bénéficiaires en décembre 2003).

Les prestations de ce dernier volet sont financées par le Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie, qui est actuellement alimenté par une contribution des mutuelles, institutions et entreprises de prévoyance, et par une dotation budgétaire de l'Etat visant à équilibrer ce fonds.

En 2005, le fonds de financement de la CMU financera près de 200 millions d'euros de mesures nouvelles et en particulier la création du crédit d'impôt prévu par l'article 57 de la loi du 13 août dernier précitée. A ce titre, l'assurance maladie versera directement au fonds CMU une dotation de 100 millions d'euros en 2005. Par ailleurs, le fonds bénéficiera désormais de l'intégralité du rendement de la cotisation sur les boissons alcooliques de plus de 25 degrés, précédemment affectée à la caisse nationale d'assurance maladie.

L'ouverture d'un droit à un crédit d'impôt est en effet prévue pour les contrats d'assurance complémentaire de santé individuels souscrits auprès d'une mutuelle, d'une société d'assurance ou d'une institution de prévoyance par les personnes dont les ressources sont comprises entre le plafond en vigueur pour la CMU complémentaire et ce même plafond majoré de 15 %. Le montant du crédit d'impôt varie selon le nombre et l'âge des personnes composant le foyer. Il est fixé aux montants suivants :

- 150 euros par personne âgée de 25 à 59 ans ;
- 75 euros par personne âgée de moins de 25 ans ;
- 250 euros par personne âgée de 60 ans et plus.

Ce nouveau dispositif, qui répond à un engagement du président de la République lors du congrès de la mutualité française en juin 2003, pourrait concerner près de deux millions de personnes, pour un coût estimé à 140 millions d'euros pour 2005. Il permettra ainsi d'apporter une réponse aux Français qui, malgré des revenus modestes, sont exclus du système de solidarité, en raison d'un effet de seuil très pénalisant lié aux modalités d'application de la CMU complémentaire, et qui sont trop souvent contraints aujourd'hui de renoncer à des soins pour des raisons financières.

En outre, le projet de loi de finances pour 2005 prévoit la constitution d'une provision de 35 millions d'euros afin de permettre à 300 000 enfants supplémentaires de bénéficier de la couverture maladie complémentaire, comme l'a annoncé le Premier ministre en mai dernier.

3. De nouvelles compétences transférées aux régions en matière de santé

Les crédits de la santé pour 2005 permettent enfin d'accompagner la mise en œuvre du volet santé du « deuxième acte » de la décentralisation. L'article 73

de la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et aux responsabilités locales prévoit en effet de transférer les compétences suivantes aux régions.

– Gestion des écoles et instituts de formation des professions paramédicales et des sages-femmes

Les régions seront désormais chargées de l'agrément et de la gestion des écoles et instituts de formation des sages-femmes et des professionnels paramédicaux. Il s'agit notamment des infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, auxiliaires de puériculture, ambulanciers et aides-soignants.

Afin qu'il puisse se dérouler dans de bonnes conditions, ce transfert de compétences ne sera effectif qu'au 1^{er} juillet prochain. Ainsi, 12,78 millions d'euros sont inscrits au projet de loi de finances pour permettre de financer le fonctionnement des écoles pendant le premier semestre 2005.

A cet égard, il convient de rappeler que le nombre des étudiants admis à entreprendre des études pour les professions paramédicales concernées sera fixé au plan national par le ministre de la santé et, pour chaque région, après avis des conseils régionaux, qui devront tenir compte des besoins de la population. Les régions répartiront ensuite ce quota entre les instituts et les écoles de formation, sur la base du schéma régional des formations sanitaires.

– Attribution des bourses aux étudiants préparant des diplômes de sage-femme et de professions paramédicales

Les élèves et étudiants préparant des diplômes de sages-femmes et de professions paramédicales peuvent bénéficier de bourses d'études, qui sont actuellement versées par l'Etat, sur dossier et après avis de la commission départementale d'attribution. Pendant la scolarité 2003-2004, on comptait près de 110 000 étudiants dans les différents instituts de formation, dont 26 101 étaient titulaires d'une bourse.

Parallèlement au transfert de la gestion des écoles et instituts de formation, ces aides seront gérées par les régions à partir de janvier prochain.

Il convient enfin de souligner que les régions pourront désormais participer aux commissions exécutives des agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et, dès lors qu'elles le souhaitent et à titre expérimental, contribuer au financement des équipements sanitaires, ce qui leur permettra de participer plus activement à l'aménagement et au développement sanitaire de leur territoire.

II.- POUR LUTTER CONTRE LES DÉSERTS MÉDICAUX : LES PROMESSES DE LA TÉLÉMÉDECINE

Au terme d'un débat nourri, les principes fondateurs de l'assurance maladie ont été définis par l'article premier de la loi du 13 août 2004 précitée, qui prévoit que les régimes d'assurance maladie sont chargés de veiller « *à la continuité, à la coordination et à la qualité des soins offerts aux assurés, ainsi qu'à la répartition territoriale homogène de cette offre* », tout en rappelant que l'Etat, maître d'œuvre de la politique de santé publique, « *garantit l'accès effectif aux soins sur l'ensemble du territoire* ».

En matière de démographie médicale, tant libérale qu'hospitalière, il incombe dès lors à l'Etat, « *garant* » et non « *gérant* », d'accompagner les actions engagées par l'assurance maladie afin de lutter contre la désertification médicale de certains territoires, en particulier ruraux. Le gouvernement a pris toute la mesure de ce problème en annonçant notamment, en avril dernier, le relèvement du *numerus clausus* de 5 700 à 7 000 et en proposant la mise en place d'un dispositif d'aides à l'installation.

Parallèlement, il est urgent de promouvoir des actions qui puissent produire leurs effets rapidement et qui permettent de répondre à l'ensemble des attentes des professionnels concernés, concernant notamment leurs conditions de travail. Loin d'être un « gadget », la télémédecine pourrait à cet égard constituer un levier d'action supplémentaire dans la mesure où elle est incontestablement génératrice d'une meilleure efficacité collective et surtout d'une plus grande équité dans l'accès aux soins.

A. IL EST URGENT D'AGIR FACE A LA DÉSERTIFICATION MÉDICALE DE CERTAINS TERRITOIRES RURAUX

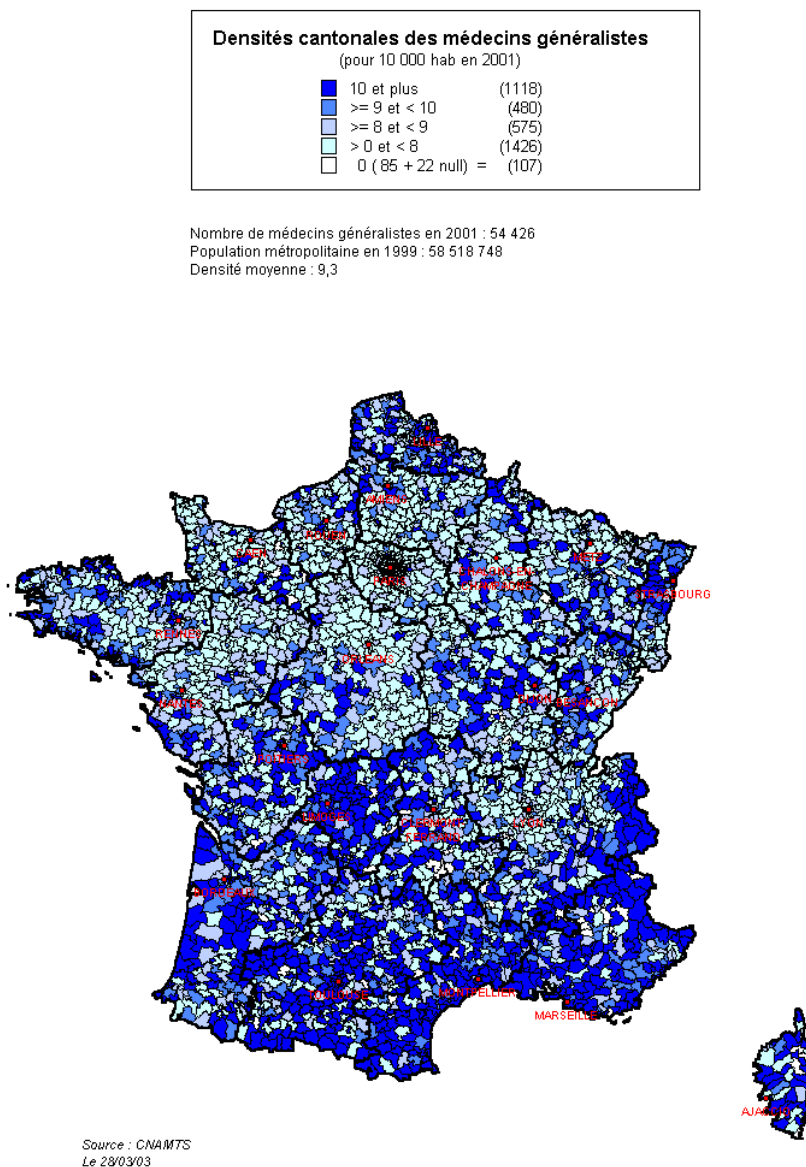
1. Les prodromes de pénuries localisées : des prévisions inquiétantes

Les perspectives démographiques des professionnels de santé font dès à présent apparaître un vieillissement et une diminution des effectifs entraînant l'apparition de phénomènes de pénurie dans certaines zones. Davantage que l'évolution du nombre global de ces professionnels, c'est en effet leur inégale répartition sur le territoire qui représente le principal défi à relever au cours des prochaines années.

L'exemple des médecins est à ce titre frappant. Ainsi, si leur densité nationale s'élevait à 332 médecins pour 100 000 habitants en 2002, contre 130 en 1970, elle dissimule une grande hétérogénéité au niveau départemental : la densité médicale varie en effet de un à quatre entre le département le plus faiblement doté, la Mayenne, avec 205 médecins et le département le mieux pourvu, Paris, avec

834 médecins pour 100 000 habitants. Au niveau départemental, il existe par ailleurs des écarts de densité allant de 1 à 5 pour le nombre de lits hospitaliers.

Une analyse plus fine par canton ou par bassin de vie montre que les inégalités de répartition sont aussi de nature infra-départementale. C'est ainsi que des départements, apparemment bien pourvus, tels que les Alpes-Maritimes, ont plusieurs cantons à faible densité médicale, comme l'illustre la carte présentée ci-dessous.



De manière générale, l'offre de soins est principalement concentrée dans les zones urbaines, tandis que certaines zones rurales et péri-urbaines sont sous-médicalisées. La faible attractivité de ces territoires s'explique pour partie par des conditions de vie plus contraignantes, en raison notamment de la nécessité

d'assurer la permanence des soins, et à des conditions d'exercice plus difficiles, liées à la crainte d'un isolement et l'éloignement des centres hospitaliers.

Or ces inégalités de répartition risquent de s'accroître au cours des prochaines années, en raison des départs en retraite de nombreux praticiens non compensés par l'entrée dans la vie active de nouveaux médecins issus des classes creuses du *numerus clausus*, mais également de la féminisation, la diminution du temps de travail disponible, et en particulier de la part de l'activité médicale consacrée aux soins, et la réduction légale du temps de travail. A comportements constants et en supposant que le *numerus clausus* soit fixé à 7 000 à partir de 2005, les projections démographiques indiquent en effet que les effectifs de généralistes et de spécialistes pourraient respectivement diminuer de 3,5 % et de 12 % entre 2003 et 2006, les diminutions les plus fortes étant attendues chez les ophtalmologistes (- 43 %), les psychiatres (- 36 %) et les ORL ⁽¹⁾. Or, dans le même temps, les besoins iront croissant du fait de l'augmentation et du vieillissement de la population.

Comme l'a fortement souligné M. Yvon Berland, actuel président de l'Observatoire de la démographie des professions de santé (*cf. infra*), dans son rapport de novembre 2002 ⁽²⁾, il est par conséquent urgent de prendre des mesures correctives afin d'empêcher une forte dégradation de l'offre de soins de premier recours dans ces zones sous médicalisées.

2. Un préalable à l'action publique : la création d'un Observatoire national de la démographie médicale des professions de santé

Nonobstant les remarques d'ordre général présentées ci-dessus, le problème de la démographie médicale des professions de santé demeure difficile à appréhender, en raison tout d'abord de l'absence de données fiables, c'est-à-dire résultant de sources d'information et de procédures de recensement harmonisées.

Pour pouvoir proposer des voies d'amélioration pertinentes et disposer d'un outil de pilotage efficace de la démographie médicale, le traitement de cette question doit, d'autre part, pouvoir s'appuyer sur des diagnostics locaux, en couplant notamment ces données avec celles concernant l'organisation locale des soins, les conditions de transport ou encore les données épidémiologiques des zones concernées. Les évolutions des comportements professionnels en matière de choix de lieu d'installation ou de spécialités doivent enfin être mieux étudiées.

Telles sont les raisons pour lesquelles un Observatoire de la démographie médicale des professions de santé a été créé par le décret n° 2003-529 du 19 juin 2003, ce qui a été qualifié à juste titre d'« *acte fondateur* » de la politique

(1) Selon les données de la direction des études, de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère de la santé et de la protection sociale.

(2) Rapport au ministre de la santé de M. Yvon Berland, doyen de la faculté de médecine de Marseille, sur la démographie médicale des professions de santé (novembre 2002).

démographique par M. Jean-François Mattei, alors ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.

L'observatoire est constitué d'un conseil d'orientation, qui était composé de représentants du ministère de la santé, et d'un réseau de 26 comités régionaux, présidés par le préfet et réunissant l'ensemble des acteurs concernés par cette question : directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS), unions régionales des médecins exerçant à titre libéral (URML) et des caisses d'assurances maladie (URCAM), observatoires régionaux de la santé (ORS), agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et universitaires. Ces comités permettront de dresser un état des lieux complet sur les questions de la démographie et des conditions d'exercice des métiers mais également un bilan des dispositifs de régulation mis en place sur le terrain. Depuis 2003, il n'a pas été prévu de crédits dédiés à son fonctionnement, les fonds utilisés ont été ceux de la DREES – article 20 du chapitre 34-94, *Statistiques et études générales* – qui assure le secrétariat général de l'Observatoire.

La loi du 13 août dernier relative à l'assurance maladie a permis de lui donner une reconnaissance législative, en créant un comité de la démographie médicale, dont la composition est élargie notamment aux représentants des régimes de l'assurance maladie, aux professionnels de santé et aux doyens des universités et qui est chargé de rendre des avis au ministre de la santé sur les évolutions à venir du *numerus clausus*. La rapporteure pour avis se félicite à cet égard que le décret d'application ait été publié dès le 12 octobre dernier ⁽¹⁾.

3. La mise en place de dispositifs d'aides à l'installation

Parce qu'elle semble aujourd'hui plus efficace et consensuelle, il est nécessaire, au moins dans un premier temps, de privilégier la voie de l'incitation pour corriger les hétérogénéités présentées en matière d'offre de soins, à travers des « *solutions locales, ponctuelles et adaptées* », comme l'a préconisé le sénateur Charles Descours ⁽²⁾, qui doivent se compléter pour produire toute leur efficacité, à l'image d'une « *fusée à plusieurs étages* ».

C'est précisément dans cette perspective que le gouvernement a proposé des mesures incitatives d'aides à l'installation et au maintien des professionnels de santé afin d'apporter un soutien aux actions engagées par l'assurance maladie ⁽³⁾. Ainsi, dans le prolongement du comité interministériel pour l'aménagement et le

(1) Décret n° 2004-1078 du 12 octobre 2004 fixant la composition et les modalités de fonctionnement du comité de la démographie médicale et modifiant le décret n° 2003-529 du 19 juin 2003 portant création de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé.

(2) Rapport du sénateur Charles Descours au ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, « Propositions en vue d'améliorer la répartition des professionnels de santé sur le territoire » (juin 2003).

(3) Il s'agit notamment des aides du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et du Fonds de réorientation et de modernisation de la médecine libérale (FORMMEL), prévues par l'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 et par l'article 39 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002.

développement du territoire (CIADT) de septembre 2003, les crédits inscrits au nouvel article 70 du chapitre 47-19 par la loi de finances rectificative pour 2003 ⁽¹⁾, à hauteur de 2 millions d'euros, visent à financer l'aide à l'installation des médecins en zone sous-médicalisée.

Le principe envisagé est d'attribuer une aide d'un montant de 10 000 euros par an et par médecin pendant cinq ans à compter de leur installation ou de leur regroupement. Afin de mener une politique cohérente avec l'assurance-maladie, l'aide à l'installation doit être attribuée, en complément des aides attribuées par celle-ci dans les mêmes zones et dans les conditions suivantes : la conclusion d'un contrat d'installation et/ou de regroupement signé entre l'Etat et chaque médecin et le versement de l'aide subordonné à l'exercice effectif du bénéficiaire dans une zone déficitaire pour une période minimale de cinq ans.

L'attribution des aides nécessite au préalable l'identification des zones déficitaires en matière d'offre de soins, qui a été confiée aux préfets de région dans les conditions et selon les critères prévus par le décret n° 2003-1140 du 28 novembre 2003 et la circulaire du 26 mars 2004. Pour ce faire, il était prévu que les préfets s'adjoignent la compétence technique du comité régional de l'Observatoire de la démographie des professions de santé. Les arrêtés préfectoraux correspondants n'ont pu cependant être pris à ce jour en raison notamment de la complexité des procédures de zonage et des nécessaires délais de consultations de l'ensemble des partenaires au niveau régional. Parallèlement, les crédits inscrits à l'article 70 par la loi de finances rectificative pour 2003 ont fait l'objet d'un report sur la gestion 2004 au mois de juin.

En outre, l'article 49 de la loi portant réforme de l'assurance maladie a ouvert la possibilité aux partenaires conventionnels de prévoir des dispositifs d'aide à l'installation au sein des zones sous-médicalisées, dont le découpage revient désormais conjointement à l'ARH et à l'URCAM. Il importe dès lors de préciser les modalités d'application de ces dispositifs et procéder au zonage des territoires afin de leur permettre de bénéficier rapidement de ces aides.

Il faut également souligner que le projet de loi sur le développement des territoires ruraux, actuellement en cours d'examen par le Parlement, vise à permettre aux collectivités locales qui le souhaitent de contribuer au financement de l'aide, aux côtés de l'Etat et de l'assurance maladie. En deuxième lecture, un amendement a également été adopté par l'Assemblée nationale afin d'exonérer de l'impôt sur le revenu, sous certaines conditions, les honoraires liés aux gardes médicales et aux remplacements dans les zones comportant majoritairement des communes de moins de 3 500 habitants.

Toutefois, parallèlement à la politique d'incitation engagée par le gouvernement, une régulation plus active de la démographie médicale nécessite la

(1) Loi n° 2003-1312 du 31 décembre 2003 rectificative pour 2003.

réorganisation des conditions de travail des professionnels de santé, qui pourrait utilement s'appuyer sur le développement de la télémédecine.

B. LA TÉLÉMÉDECINE PEUT CONSTITUER UN LEVIER D'ACTION SUPPLÉMENTAIRE POUR REMÉDIER AUX PROBLÈMES LIÉS À LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE

Comme l'a souligné le rapport très complet de l'OPECST de juin 2004 ⁽¹⁾, réalisé à la demande de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur les télécommunications à haut débit au service du système de santé, *« la télémédecine est un outil indispensable de l'aménagement du territoire car sa mise en place est la condition de survie des hôpitaux ruraux et le gage de la qualité de la médecine libérale. Les hôpitaux ruraux ne peuvent pas assurer la présence permanente de médecins et de spécialistes de la même façon qu'un hôpital général plus important. Cela n'est pas possible pour des raisons de démographie mais également parce que l'activité d'un hôpital de proximité ne justifie pas la présence à plein temps d'un spécialiste qui ne procéderait même pas à une consultation quotidienne »*. Il importe en conséquence de promouvoir le développement de la télémédecine.

1. La télémédecine représente un puissant vecteur d'équité dans l'accès aux soins

a) Un intérêt certain en termes d'aménagement du territoire et d'égal accès à des soins de qualité

Au croisement de deux mondes totalement différents, la médecine avec sa culture millénaire et les nouvelles technologies de l'information et de la communication, la télémédecine est une nouvelle forme de pratique médicale entre professionnels de santé distants, en temps réel ou asynchrone, qui implique une nouvelle organisation du travail en réseau, en passant d'un exercice médical isolé à une pratique collective, reposant sur le partage des connaissances médicales.

Si elle présente des intérêts évidents en termes d'organisation et de coordination des soins, à travers notamment un meilleur traitement des urgences, la mise de place de réseaux multidisciplinaires et le décloisonnement « ville-hôpital », la télémédecine présente également des enjeux importants en termes d'aménagement du territoire et d'égal accès aux soins. Elle permet en effet de faciliter l'accès des populations à des soins de proximité de qualité, de gérer les pénuries de personnels médicaux et de renforcer le rôle d'établissements parfois isolés, en particulier les hôpitaux locaux.

(1) Rapport de M. Jean Dionis du Séjour, député, et M. Jean Claude Etienne, sénateur, au nom de l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques (OPECST) sur les « Télécommunications à haut débit au service du système de santé – La nouvelle révolution médicale » (juin 2004).

Quelques exemples d'applications suffisent à illustrer son intérêt en la matière.

– La *téléconsultation* et la *téléexpertise* concernent les échanges et les télétransmissions réalisés entre professionnels de santé distants, en présence du patient à des fins diagnostiques, thérapeutiques ou de suivi. En Midi-Pyrénées, un outil de visioconférence (ordinateur et webcam) permet ainsi à des médecins généralistes, en maison de retraite, en cabinet ou en maison médicale, de télétransmettre des données au centre hospitalier universitaire (CHU) de Toulouse afin de bénéficier d'une expertise. Pour la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux, la télétransmission de scanners à des services de neurochirurgie permet également d'éviter des transferts de patients et d'améliorer la qualité de leur prise en charge⁽¹⁾. Depuis l'hôpital local de Tende (Alpes-Maritimes), des téléconsultations ont également lieu dans plusieurs domaines, notamment la psychiatrie et la dermatologie, avec des médecins du CHU de Nice.

– La *télésurveillance* désigne l'enregistrement de divers paramètres physiologiques sur un patient et transmis aux personnes ressources concernées (médecins, mais également sages-femmes ou infirmières). Entre l'hôpital local de l'île d'Yeu et le centre hospitalier de Challans (Vendée), environ 80 grossesses sont par exemple suivies par enregistrement du rythme cardiaque fœtal et des contractions utérines.

– La *téléchirurgie*, soit l'introduction des télécommunications et de la cybernétique dans la pratique chirurgicale, demeure encore une prouesse technologique⁽²⁾, mais des programmes de formation continue se développent actuellement autour de la notion de « télécompagnonnage ».

– S'agissant de la *téléformation* (« e-learning » dans les facultés et les hôpitaux), un développement très rapide de sessions de visioconférences multipoints a pu être observé dans les hôpitaux sur des thèmes très variés. Ainsi, dans le cadre du réseau des maternités du Nord-Pas-de-Calais, des réunions pluridisciplinaires se déroulent chaque semaine entre la maternité du CHU de Lille, référent, et plus de 20 maternités.

Il est incontestable que ces échanges entre professionnels distants apportent une réelle plus-value en termes de formation et participent ainsi à la rupture de l'isolement des professionnels de santé en milieu rural.

b) Une pratique encore émergente

Selon les données recueillies par le ministère de la santé, on constate depuis plusieurs une progression croissante à la fois du nombre d'acteurs

(1) Le CHU de Besançon a reçu 1778 transferts d'images (de novembre 2001 à avril 2004) et évité 362 transferts (économie budgétaire estimée par le CHU à 1,25 million d'euros).

(2) La meilleure illustration en est l'intervention chirurgicale réalisée à distance à l'aide d'un robot et de dispositifs télécommandés sur un patient à Strasbourg et un chirurgien à New-York.

concernés, en particulier les établissements de santé, et de celui des applications de télémédecine, s’agissant en particulier du partage d’informations médicales dans le cadre de réseaux « ville-hôpital » (par exemple pour les réseaux de cancérologie), de la visioconférence et du partage des équipements au sein des structures hospitalières.

En 2004, on dénombrait ainsi 426 applications (contre 398 en 2003 et 168 en 1998) et 1177 établissements télétransmettant des informations multimédia (contre 810 et 260 en 2000 et 1998).

Réseaux de télésanté en France

Région	Téléconsultation	Téléexpertise	Télesurveillance	Téléformation
Alsace	8	8		9
Aquitaine	9	8	1	5
Auvergne	8	8		3
Basse-Normandie	15	9		7
Bourgogne	7	6		3
Bretagne	18	15	1	11
Centre	16	18		5
Champagne-Ardenne	8	7		3
Corse	4	4		
Franche-Comté	10	13	1	7
Guadeloupe	3	3		2
Guyane	7	8		2
Haute-Normandie	12	12		9
Ile-de-France	41	30	6	24
La Réunion	7	6		3
Languedoc-Roussillon	18	17		16
Limousin	4	4	2	3
Lorraine	9	7	1	3
Martinique	6	6		4
Midi-Pyrénées	10	5	1	9
Nord-Pas-de-Calais	8	6		5
PACA	27	20	1	15
Pays de la Loire	15	7	1	10
Picardie	10	7		7
Poitou-Charentes	15	16		5
Rhône-Alpes	24	25	1	17

Source : Observatoire des réseaux de télésanté du ministère de la santé et de la protection sociale

Le développement de la télémédecine se heurte cependant à de nombreux obstacles, comme l’ont clairement souligné de nombreuses personnes auditionnées par la rapporteure ainsi que le rapport de l’OPECST précité.

Se posent en particulier les problèmes de l'absence de cadre légal et réglementaire, s'agissant notamment de la question de la responsabilité médicale, l'existence de freins psychologiques et d'un « cumul des handicaps » pour plusieurs territoires privés d'accès au haut débit.

Il a également été constaté un déficit d'organisation, lié notamment au cloisonnement ville-hôpital et au nombre par nature élevé d'acteurs concernés, et surtout des problèmes liés aux modes de financement hétérogènes et non pérennes des actes de télémedecine.

Comment s'étonner en effet que la télémedecine ne soit pas plus développée en France, alors que ni les investissements techniques, ni le temps consacré ne sont aujourd'hui valorisés et reposent en conséquence, le plus souvent, sur la seule bonne volonté des professionnels ?

2. Des actions ont été mises en œuvre afin d'encourager le développement de la télémedecine

a) Le ministère de la santé assure une fonction d'appui méthodologique et de recueil d'informations

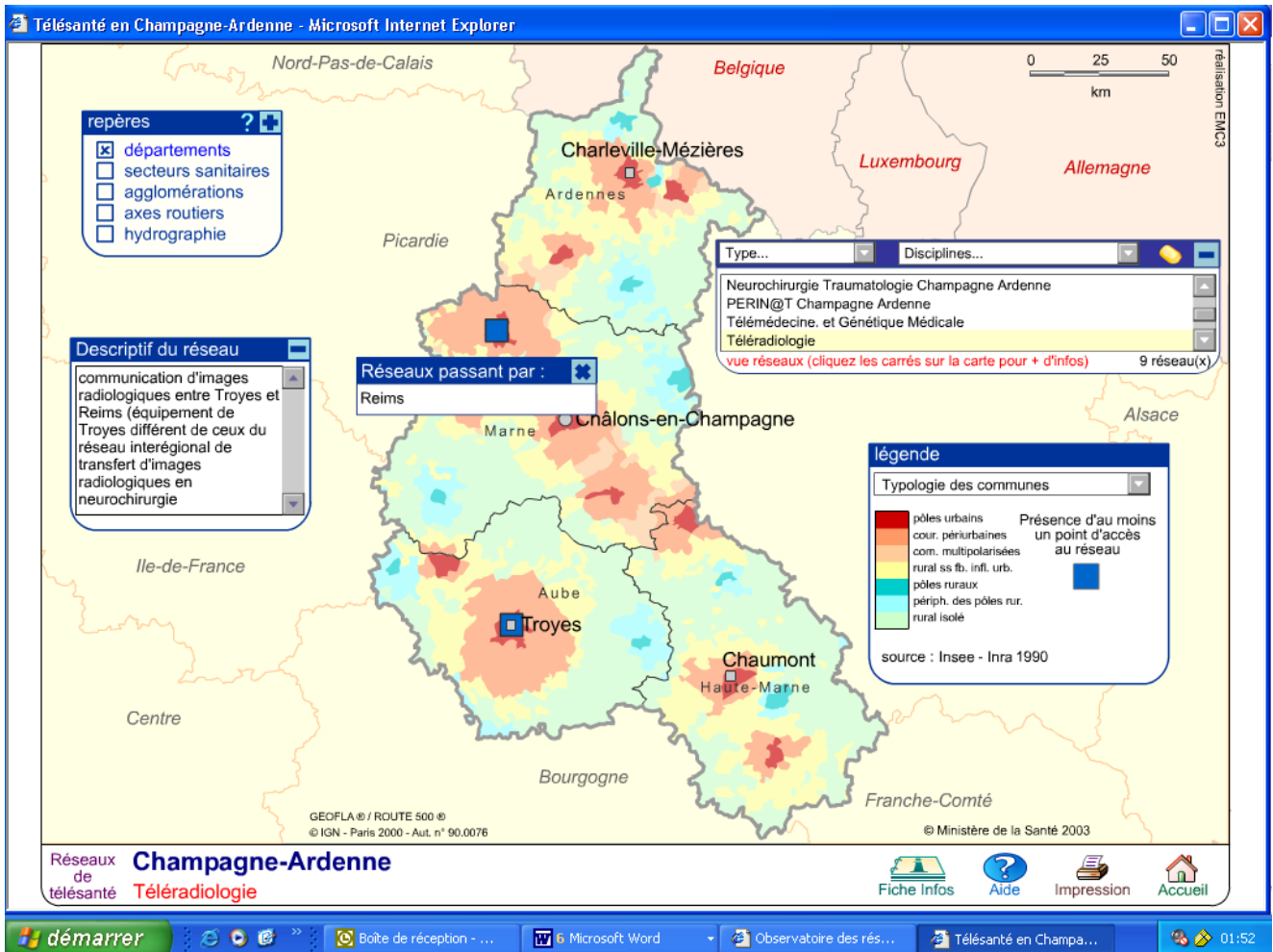
Mis en place en juillet 2003 par M. Jean-François Mattei, l'Observatoire des réseaux de télésanté permet de suivre le développement de ces nouvelles formes de pratique médicale.

L'originalité de cette nouvelle version de la base de données des réseaux est de créer une véritable communauté virtuelle, en offrant à l'ensemble des acteurs de santé un outil simple d'utilisation aux multiples finalités en termes de santé publique et d'aménagement du territoire ⁽¹⁾.

En effet, l'accès cartographique à la base de données, mise à jour en temps réel par les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), permet de visualiser, pour chaque région, le nombre, la description ainsi que les coordonnées des responsables des réseaux de télésanté, mais également la densité de population, la proportion des personnes âgées, l'altitude et la typologie des communes, notamment les zones rurales isolées.

Il constitue à ce titre un outil d'aide intéressant à l'organisation des soins et à la recomposition hospitalière, comme l'illustre l'exemple suivant.

(1) La dernière version a été financée à hauteur de 44 252 euros sur l'article 43 du chapitre 34-98 – Moyens de fonctionnement des services.



En 2003, un important travail d'évaluation a par ailleurs été réalisé par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) et la DHOS, à partir de l'analyse de la littérature scientifique et complété d'une enquête de terrain ⁽¹⁾, afin de recenser les facteurs techniques, organisationnels et humains, économiques et juridiques du développement la télémagerie médicale.

b) Les agences régionales de l'hospitalisation sont chargées de définir la politique régionale en matière de télésanté

Dans plusieurs régions, la définition locale de la politique de télésanté, est issue d'une véritable concertation entre les institutionnels : les ARH, la préfecture de région, l'union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM), la direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS), les élus, les représentants des fédérations hospitalières, l'union régionale des médecins exerçant à titre libéral (URML) et parfois les usagers. C'est en particulier le cas pour les régions qui bénéficient de crédits dans le cadre des contrats de plan (cf. *infra*).

(1) Rapport conjoint de l'ANAES et de la DHOS, sur l'« état des lieux de la télémagerie médicale en France et perspectives de développement » (mai 2003).

Le développement de la télémédecine implique par ailleurs la mise en œuvre d'outils qui peuvent être partagés, tels que les réseaux à haut débit, souvent mis en œuvre par les préfetures et les conseils régionaux, ou encore les ponts multipoints de visioconférences, qui peuvent être utilisés dans d'autres secteurs, notamment sociaux.

Parmi l'ensemble de ces acteurs, les ARH ont eu un rôle de coordination et d'impulsion à jouer, compte tenu du rôle important des établissements de santé au sein des réseaux de télémédecine. Selon les informations recueillies par la rapporteure auprès du ministère de la santé et de la protection sociale, un grand nombre d'ARH ont prévu des budgets pour développer la télésanté (télémédecine et systèmes d'information) selon des normes de sécurité, de confidentialité et d'interopérabilité dans le cadre de la mise en œuvre du plan Hôpital 2007.

Le degré d'implication des agences semble toutefois assez variable, qu'il s'agisse des décisions d'investissement, du suivi ou de l'évaluation des applications de télémédecine.

c) Le bilan des contrats de plan Etat-régions est encourageant

Les crédits figurant à l'article 60 du chapitre 47-19 – *Interventions dans le domaine hospitalier : dépenses déconcentrées* – sont affectés à l'appui à l'investissement en télémédecine dans le cadre des contrats de plan Etat-régions (CPER). Neuf régions bénéficient de ces crédits : Bourgogne, Basse-Normandie, Champagne-Ardenne, Haute-Normandie, Midi-Pyrénées, Nord-pas-de-Calais, Pays de la Loire, Poitou-Charentes et Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA).

Le montant global révisé pour ces régions de l'engagement pluriannuel de l'Etat, sur six ans, s'élève à 9,03 millions d'euros. En loi de finances pour 2001, 1,06 million d'euros a été accordé et ce montant a été systématiquement reconduit depuis lors. Cette dotation est ensuite déléguée aux DRASS et une convention doit être rédigée entre le préfet de région, la DRASS et l'établissement hospitalier ou la structure juridique destinataire de la subvention.

Quatre régions, Midi-Pyrénées, Bourgogne, Poitou-Charentes et PACA, ayant présenté la totalité de leurs programmes en 2003 ont eu leurs crédits maintenus ou augmentés. Les autres régions ont cependant subi les 20 % du gel initial ou une diminution supérieure à 20 %. Ainsi, la région Champagne-Ardenne qui n'a adressé aucune convention en 2003, ni proposé un programme pour 2004 n'a reçu aucun crédit.

Les types d'actions favorisées sur ce programme concernent les études de faisabilité, l'aide à l'implantation technique, les coûts de mise en œuvre des réseaux, la formation des utilisateurs (professionnels de santé), la formation des personnels techniques et l'évaluation. Ces crédits ont ainsi permis de financer, par exemple, la préparation d'expériences de « données médicales partageables » dans le cadre du plan cancer dans la Basse-Normandie et en Pays de la Loire, le lancement de projets de télétransmission des mammographies en Poitou-Charentes

et de télépsychiatrie en Haute-Normandie, ou encore l'équipement de stations de visioconférences dans les hôpitaux locaux de la région PACA.

L'impact de ces financements sur la majorité des régions est positif notamment pour celles qui avaient déjà engagé des réflexions sur ce sujet et qui avaient déjà des applications très opérationnelles. Pour d'autres, plus en retard, il s'agit d'un moyen de créer une réelle dynamique, même si des progrès restent encore à faire en termes de montage de projets et de consommation des crédits. En effet, de nombreuses autres disciplines médicales (périnatalité, urgence, imagerie) développent les outils de télétransmission (téléexpertise en urgence, visioconférences, dossier médical communiquant etc.) ont encore de réels besoins.

Des soutiens plus ponctuels ont par ailleurs été accordés par l'Etat, dans le cadre notamment d'appels à projets lancés par le ministère de la recherche en matière de technologies pour la santé (consacrés en 2003 à la « bioingénierie en santé »).

Lors du CIADT du 13 décembre 2002, par lequel le gouvernement a proposé de nouvelles orientations pour l'aménagement numérique des territoires, 305 000 euros ont également été accordés en Guyane (sur les crédits du Fonds national d'aménagement et de développement du territoire) afin de développer les stations portables de télé médecine avec transmission par satellite dans les centres de santé isolés.

Répartition régionale et évolution des crédits d'appui à l'investissement en télé médecine

Régions	Article 60 du chapitre 47-19							
	Total (euros)	2001	2002	2003	2004	Engagés	Solde	2005 PLF
Bourgogne	762 245,09	45 734,71	45 734,71	92 812,18	103 442,35	287 723,95	474 521,14	
Champagne-Ardenne	152 449,02	15 244,9	15 244,9	10 630,17	0,00	41 119,97	111 329,05	
Midi-Pyrénées	1 829 388,21	289 653,13	289 653,13	319 653,13	212 202,89	1 111 162,20	718 225,93	
Nord-Pas de Calais	1 524 490,17	213 428,62	213 428,62	128 057,17	128 057,17	682 971,58	841 518,59	
Basse-Normandie	975 673,71	137 204,12	137 204,12	129 593,36	160 000,36	564 001,96	411 671,75	
Haute-Normandie	1 067 143,12	609 79,61	60 979,61	30 489,80	30 489,80	182 938,82	884 204,3	
Pays de la Loire	2 553 521,04	182 938,82	182 938,82	182 956,54	260 000,00	808 834,18	544 686,86	
PACA	609 796,07	762 24,51	76 224,51	106 720,22	106 720,00	365 889,24	243 906,83	
Poitou-Charentes	762 245,09	45 734,71	45 734,71	66 230,43	66 230,43	223 930,28	538 314,81	
TOTAL	10 236 951,52	1 067 143,13	1 067 143,13	1 067 143,00	1 067 143,00	4 268 572,00	4 768 379,26	1 067 143,00
	nouveau total après révision							
	9 036 951							

Source : Ministère de la santé et de la protection sociale

C. QUELQUES PISTES DE RÉFLEXION POUR PROMOUVOIR DAVANTAGE L'INDISPENSABLE DÉPLOIEMENT DE LA TÉLÉMÉDECINE

1. Tirer les conséquences de la loi du 13 août 2004 qui a constitué une avancée historique

a) La télémédecine dispose désormais d'un cadre légal

La loi du 13 août dernier relative à l'assurance maladie a permis de définir juridiquement la télémédecine, en précisant, par son article 32, qu'elle « *permet, entre autres, d'effectuer des actes médicaux dans le strict respect des règles de déontologie mais à distance, sous le contrôle et la responsabilité d'un médecin en contact avec le patient par des moyens de communication appropriés à la réalisation de l'acte médical* ».

Son article 34 précise également qu'une ordonnance comportant des prescriptions de soins ou de médicaments peut être formulée par courriel dès lors que son auteur peut être identifié, qu'elle a été établie, transmise et conservée dans des conditions propres à garantir son intégrité et sa confidentialité, et à condition qu'un examen clinique du patient ait été réalisé préalablement, sauf à titre exceptionnel en cas d'urgence.

La réflexion doit donc être poursuivie quant aux enjeux déontologiques et éthiques de la télémédecine et, en particulier, aux conditions d'engagement de la responsabilité médicale, en concertation avec les instances ordinales et les organisations syndicales représentatives des professionnels.

Pour accompagner cette évolution, le rapport précité de l'OPECST a par ailleurs évoqué la possibilité de mettre en place, au niveau national, un lieu institutionnel où le retour et l'échange d'expériences pourraient avoir lieu, à travers par exemple une mission dotée d'un secrétariat léger et d'un budget de communication spécifique. Il est également important, à cet échelon, de veiller à la compatibilité des matériels et à leur standardisation, en particulier au niveau de l'ergonomie de ces systèmes.

Avec l'accord du patient, les données, issues de visioconférences ou de téléexpertise point à point, pourraient enfin utilement alimenter le dossier médical personnel (DMP) dès sa création.

b) Les agences régionales de l'hospitalisation et les missions régionales de santé auront un rôle important d'impulsion et de coordination

Afin d'être en adéquation avec l'offre de soins et les services de santé, la pratique de la médecine en réseaux doit se généraliser en cohérence avec les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS). C'est pourquoi l'article 33 de la loi du 13 août 2004 prévoit que les schémas doivent désormais intégrer la

télémédecine et définir les modes opérationnels permettant de répondre aux exigences de la santé publique et de l'accès aux soins.

La création de missions régionale de santé (MRS), constituées entre les ARH et les URCAM, afin de préparer et d'exercer les compétences conjointes à ces deux institutions, constitue également une avancée majeure pour la télémédecine, dans la mesure où l'absence de coordination entre les secteurs hospitalier et ambulatoire a souvent été identifiée comme un frein important à son développement. Les MRS seront ainsi chargées notamment de déterminer les orientations relatives à l'évolution de la répartition territoriale des professionnels de santé libéraux ainsi qu'un programme annuel d'actions, dont elles assureront la conduite et le suivi, afin d'améliorer la coordination des différentes composantes régionales du système de soins pour la délivrance des soins à visée préventive, diagnostique ou curative pris en charge par l'assurance maladie, notamment en matière de développement des réseaux, « *y compris des réseaux de télémédecine* ».

Dans cet objectif, il serait utile que ces structures, ARH et MRS, disposent d'une cellule télémédecine et qu'elles incitent, de même, les hôpitaux à désigner au minimum un correspondant télémédecine en leur sein et à intégrer cette problématique dans le cadre de leurs projets d'établissements.

A cet égard, l'exemple de la mission télémédecine, créée en 1997 au sein de l'Assistance publique et hôpitaux de Paris (AP-HP), s'avère particulièrement intéressant. Celle-ci est en effet chargée d'apporter une aide méthodologique pour la formalisation de projets hospitaliers, en relation avec les directions intéressées, d'apporter une aide logistique et financière pour l'évaluation médicale et économique de projets hospitaliers sélectionnés, d'assurer le suivi des projets en cours et d'animer le réseau des correspondants télémédecine des hôpitaux ⁽¹⁾.

2. Créer un environnement propice au développement de la télémédecine

a) Améliorer la formation continue des professionnels de santé

Parce qu'elle constitue l'un des déterminants majeurs de l'amélioration de la qualité des pratiques et de la meilleure utilisation des ressources, le gouvernement a souhaité renforcer l'efficacité du dispositif de formation médicale continue, par la loi du 9 août dernier relative à la politique de santé publique. Il convient à cet égard de rappeler que des crédits sont inscrits dans le projet de loi de finances pour 2005, à hauteur de 4,7 millions d'euros, afin de financer le fonctionnement des conseils nationaux, chargés de définir le contenu de la formation médicale continue, et des comités régionaux, à qui il reviendra de valider le respect de cette obligation par chaque médecin.

(1) Pour plus d'informations sur la mission, voir notamment le site : <http://telemedecine.aphp.org>

S'agissant de la télémédecine, cette question revêt une importance particulière, compte tenu de la rapidité de l'évolution des connaissances et des technologies. Il serait donc souhaitable de développer davantage les modules de télémédecine dans le cadre de la formation initiale et continue des professionnels de santé.

En outre, le développement de la télémédecine s'inscrit dans le cadre de la problématique plus générale des possibilités de transferts de compétence entre les professions. Ces applications permettent en effet aux médecins de confier à d'autres professionnels de santé toutes les tâches qui n'exigent pas leur compétence, par exemple les infirmières ou encore les manipulateurs en radiologie, et d'améliorer ainsi leurs conditions de travail.

b) Envisager la reconnaissance et la rémunération des actes de télémédecine

Au cours des auditions, le problème de l'absence de rémunération des actes de télémédecine a été évoqué à de nombreuses reprises. Deux pistes de réflexion pourraient dès lors être envisagées. Dans le cadre de la nouvelle classification commune des actes médicaux (CCAM), en cours de négociation par les partenaires sociaux, la codification de ces actes pourrait permettre de mieux mesurer cette activité. Leur rémunération pourrait également être envisagée, à travers par exemple un mécanisme de surcotation.

S'agissant de l'offre de soins hospitaliers, il a également été proposé de rémunérer les actes de télémédecine au titre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), qui concernent notamment l'enseignement, la recherche et l'innovation et qui font l'objet d'une enveloppe spécifique dans le cadre de l'instauration de la tarification à l'activité. Un décret doit définir le contenu de ces MIGAC, après l'ensemble des concertations nécessaires, d'ici la fin de l'année.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

La commission a examiné pour avis, sur le rapport de Mme Bérengère Poletti, les crédits de la santé pour 2005 au cours de sa séance du mardi 2 novembre 2004.

Un débat a suivi l'exposé de la rapporteure pour avis.

Le président Jean-Michel Dubernard a salué la qualité de l'exposé de la rapporteure pour avis, tout en exprimant à nouveau le souhait que les rapporteurs se consacrent davantage à la présentation de la partie thématique de leur rapport, qui est en l'occurrence très intéressante.

Mme Catherine Génisson a tout d'abord souligné que ce rapport ouvre des pistes de réflexion intéressantes concernant la question de la démographie médicale, qui constitue un problème de santé majeur auquel les mesures incitatives ne répondent qu'imparfaitement. Les professionnels de santé sont en effet à la recherche d'une meilleure qualité de travail, qui passe notamment par le développement du travail en équipe et l'émulation qu'il est à même de susciter. A cet égard, la télémédecine constitue une approche féconde, qui s'est d'ailleurs déjà développée dans de nombreuses régions, notamment le Nord - Pas de Calais. Elle nécessite toutefois des compétences aussi bien au niveau de l'émetteur que du récepteur dans la chaîne d'informations et elle est par ailleurs tributaire de la durée de transmission des données. En outre, si la télémédecine s'avère intéressante pour éviter des transferts inutiles quand elle s'opère d'hôpital à hôpital, dans un processus de compétence ascendante, son efficacité en milieu rural est plus incertaine en raison notamment du problème précédemment évoqué des compétences des professionnels de santé.

Mme Paulette Guinchard-Kunstler a pour sa part estimé que la télémédecine se développe souvent là où les ARH sont convaincues de son utilité, en soulignant que ces applications sont particulièrement efficaces lorsqu'elles s'insèrent dans un réseau de soins. Or des interrogations existent quant à l'avenir du financement de ces réseaux, s'agissant en particulier des aides accordées par le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV).

Il serait par ailleurs utile d'avoir des précisions sur le financement du plan Alzheimer, annoncé par le ministre de la santé et de la protection sociale, ainsi que l'état d'avancement du plan gériatrique.

Après avoir félicité la rapporteure pour avis pour la qualité de son rapport, **M. Marc Bernier** a rappelé l'importance que revêt le plan national de lutte contre le cancer, en soulignant qu'en 2003 seuls quarante départements avaient mis en place un dispositif de dépistage organisé du cancer du sein. En tout état de cause, il apparaît nécessaire de veiller à la généralisation de ces programmes de dépistage

sur l'ensemble du territoire mais également d'accroître le taux de participation des femmes et de procéder à une évaluation de ce dispositif.

La question de la démographie médicale est primordiale et concerne aussi bien les territoires ruraux que les zones montagneuses et péri-urbaines, médecins libéraux comme hospitaliers. Afin de proposer une offre équitable de soins sur l'ensemble du territoire, il convient de favoriser le travail en équipe, mais il semble que le développement de la télémédecine se heurte essentiellement aux inégalités liées au parc de lignes ADSL et aux incertitudes juridiques concernant les conditions d'engagement de la responsabilité médicale.

M. Gérard Bapt a estimé que ce projet de budget confirme le désengagement de l'Etat en matière d'investissement hospitalier. La couverture médicale universelle est également victime de ces coupes claires puisque ses crédits diminuent de près 300 millions d'euros, alors même qu'il s'agit là d'un dispositif qui devrait relever de la solidarité nationale, s'agissant en particulier de l'acquisition de l'aide à la complémentaire santé.

M. Bernard Perrut a proposé de rapprocher les enjeux présentés par le développement de la télémédecine avec les conclusions des troisièmes états généraux sur le cancer, réunis la semaine dernière, afin de mettre en exergue les inégalités sociales qui demeurent en matière de traitement du cancer, en souhaitant que la télémédecine contribue à mieux dépister le cancer dans les zones reculées.

Après avoir salué la qualité du rapport précité de M. Jean Dionis du Séjour et de M. Jean-Claude Etienne au nom de l'OPEST, **M. Jean-Pierre Door** a rappelé que la télémédecine est d'ores et déjà opératoire en de nombreux points du territoire. Au-delà des questions liées aux compétences des professionnels de santé, le Conseil national de l'ordre des médecins doit avant tout statuer sur la question de la responsabilité médicale. La télémédecine représente l'avenir en matière de diagnostic et de coordination des soins : dès lors, si les crédits du FAQSV ont pu financer en effet de tels projets par le passé, des crédits spécifiques et identifiés sont sans doute nécessaires aujourd'hui.

En réponse aux différents intervenants, **Mme Bérengère Poletti, rapporteure pour avis**, a apporté les précisions suivantes :

– Il est vrai que les aides attribuées par le FAQSV ne sont pas toujours facilement mobilisables, s'agissant en particulier des projets faisant intervenir des hôpitaux. S'il est vrai que ces crédits ne sont pas pérennes, il faut toutefois saluer le fait que le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 a prévu de doubler sa dotation annuelle mais également de proroger sa durée de vie d'un an.

– Le problème des compétences des professions de santé ne semble pas constituer le principal obstacle au développement de la télémédecine. En réalité, ces freins semblent davantage de nature juridique et financière.

– Tous les départements n’avaient pas mis en place des programmes organisés de dépistage du cancer du sein alors qu’ils ont des effets très positifs. C’est pourquoi l’Etat a « recentralisé » cette compétence afin de renforcer l’efficacité de ce dispositif.

– Il est tout à fait légitime que l’assurance maladie contribue au fonds de financement de la CMU et, dans tous les cas, ça ne l’est pas moins que le financement de la réduction légale du temps de travail par l’assurance maladie sous la précédente législature.

– Enfin, la télémédecine pourrait également s’avérer riche de promesses en matière de dépistage du cancer. Il s’agit là d’une petite révolution car jusqu’à ce jour l’exercice de la médecine reposait sur un rapport de proximité qui est aboli par internet.

En conclusion, **le président Jean-Michel Dubernard** a souligné que la réussite de la télémédecine repose avant tout sur la qualité du recueil des données initiales.

Conformément aux conclusions de la rapporteure pour avis, la commission a émis un *avis favorable* à l’adoption des **crédits de la santé pour 2005**.

*

ANNEXE

LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES

- **Assistance publique Hôpitaux de Paris (AP-HP)** : Dr Catherine Viens-Bitker, responsable de la mission télémedecine
- **Ministère de la recherche** : Dr Vincent Hazebroucq, chargé de mission et médecin des hôpitaux à l'AP-HP
- **Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques (OPESCT)** : M. Jean Dionis du Séjour, député, et M. Jean-Claude Etienne, sénateur
- **Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)** : Dr Christian Roux, directeur du laboratoire de traitement de l'information médicale (unité 650)
- **Observatoire national de la démographie des professions de santé** : M. Yvon Berland, président, doyen de la faculté de médecine de Marseille
- **Institut européen de télémedecine** : Pr Louis Lareng, directeur
- **Direction générale de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS)** : M. Edouard Couty, directeur
- **Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES)** : Mme Catherine Rumeau-Pichon, responsable du service évaluation économique
- **Conseil de l'ordre des médecins** : M. Michel Ducloux, président du conseil national, Dr Philippe Venier, président du conseil départemental de la Mayenne, M. Francisco Jornet, juriste, et Mme Véronique Queffelec, chargée des relations institutionnelles
- **Fédération hospitalière privée (FHP)** : M. Loïc Geoffroy, délégué général
- **MG France** : M. Pierre Costes, président
- **France Telecom** : Mme Marie-Françoise Serra, directrice du secteur santé
- **Syndicat des médecins libéraux (SML)** : M. Dino Cabrera, président
- **Confédération des syndicats médicaux français (CSMF)** : M. Michel Chassang, président
- **Hervé consultants** : M. Jean Claude Tinnes, vice-président, et M. Claude Ribeyrol, ancien chargé de mission au département des technologies de l'information et de la communication au ministère de la recherche

N° 1864 – 11 : Avis sur le projet de loi de finances pour 2005 : Santé, famille, personnes âgées et personnes handicapées - santé