



N° 1198

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

TREIZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 16 octobre 2008

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES FINANCES, DE L'ÉCONOMIE GÉNÉRALE ET DU PLAN SUR LE
PROJET DE **loi de finances pour 2009** (n° 1127),

PAR M. GILLES CARREZ,
Rapporteur Général,
Député.

ANNEXE N° 40

SANTÉ

Rapporteur spécial : M. Gérard BAPT

Député

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	7
CHAPITRE PREMIER : UN NOUVEAU PROGRAMME PRÉVENTION ET SÉCURITÉ SANITAIRE AU CŒUR DE L'ACTION DE LA DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ	11
I.– L'ACTION PILOTAGE DE LA POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE	11
A.– LES ACTEURS CHARGÉS DE RELAYER LA POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE	12
1.– Les premiers pas d'une approche régionalisée de la politique de santé publique	12
2.– Les indispensables partenaires de la mise en œuvre de la politique de santé publique	13
B.– LES MISSIONS DE VEILLE, DE SURVEILLANCE, D'ÉVALUATION ET D'EXPERTISE	15
1.– L'InVS : un rôle de « veilleur », dont le renforcement devra se poursuivre dans les prochaines années	15
2.– La très lente mise en place du HCSP	17
C.– UNE PREMIÈRE ANNÉE DE FONCTIONNEMENT POUR L'EHESP ET UN GRAVE MANQUE D'INFORMATIONS SUR CET OPÉRATEUR	18
II.– LE RÔLE FONDAMENTAL DE LA PRÉVENTION EN MATIÈRE DE SANTÉ PUBLIQUE	20
A.– L'INPES : DES SOLLICITATIONS CROISSANTES, MAIS DES MOYENS QUI NE SUIVENT PAS TOUJOURS	20
B.– DES ACTIONS MENÉES EN FAVEUR DE PUBLICS SPÉCIFIQUES	22
1.– L'accompagnement des populations en difficulté en faveur de l'accès aux soins et à la prévention	23
2.– Des mesures spécifiques en faveur de la santé des mères et des enfants	24
III.– L'ACTION PRÉVENTION DES RISQUES INFECTIEUX ET DES RISQUES LIÉS AUX SOINS	25
A.– DES CRÉDITS CONSACRÉS À LA LUTTE CONTRE LES RISQUES INFECTIEUX EN CHUTE DE PLUS DE 20 % EN 2009	26
1.– Un relâchement de l'effort de l'État en matière de lutte contre le SIDA	26
2.– Une baisse des crédits consacrés à la lutte contre les IST	27
3.– Un nouveau plan de lutte contre les hépatites pour des moyens en diminution de 30 %	28
B.– DES MOYENS RENFORCÉS À DESTINATION DE LA LUTTE ANTI-VECTORIELLE	29
C.– LES AUTRES RISQUES	30
1.– La politique vaccinale et de lutte contre la tuberculose	30
2.– Le problème spécifique des risques liés aux soins	31

IV.– LA PRÉVENTION DES MALADIES CHRONIQUES ET LA QUALITÉ DE VIE DES MALADES	32
A.– LES PATHOLOGIES LIÉES AU VIEILLISSEMENT : UN ENJEU CRUCIAL POUR NOTRE SOCIÉTÉ	33
B.– UN BILAN DU PLAN CANCER, DANS L'ATTENTE DE LA DÉFINITION DE NOUVELLES MESURES.....	34
1.– Un bilan globalement positif du plan Cancer, mais dont les limites doivent permettre d'orienter les mesures qui seront prises à l'avenir	35
2.– Un exercice 2009 placé sous le signe de l'attente de la mise en place d'un nouveau plan Cancer	36
C.– UNE APPROCHE INTÉGRÉE DE LA LUTTE CONTRE L'ENSEMBLE DES PRATIQUES ADDICTIVES	39
D.– UNE REDÉFINITION INDISPENSABLE DES PRIORITÉS D'ACTION EN FAVEUR DE LA SANTÉ MENTALE	41
E.– LA LUTTE CONTRE LES AUTRES MALADIES CHRONIQUES.....	42
V.– L'ACTION PRÉVENTION DES RISQUES LIÉS À L'ENVIRONNEMENT, AU TRAVAIL ET À L'ALIMENTATION.....	43
A.– LA NUTRITION, DÉTERMINANT ESSENTIEL DE L'ÉTAT DE SANTÉ.....	43
B.– L'EFFET DE L'ENVIRONNEMENT ET DE L'ALIMENTATION SUR LA SANTÉ	45
1.– Un manque total de lisibilité de la répartition des crédits et des actions menées au titre du PNSE.....	45
2.– L'AFSSA et l'AFSSET, deux opérateurs centraux dans le champ des risques liés à l'environnement et aux aliments	49
a) <i>L'AFSSET, une agence qui peine à trouver sa véritable place</i>	<i>49</i>
b) <i>L'AFSSA pourrait voir son rôle renforcé en matière d'évaluation de la qualité nutritionnelle des aliments</i>	<i>51</i>
VI.– LA RÉPONSE AUX ALERTES ET LA GESTION DES URGENCES, DES SITUATIONS EXCEPTIONNELLES ET DES CRISES SANITAIRES	52
A.– LA DIFFICULTÉ DE L'EPRUS À TROUVER SA PLACE.....	54
B.– LES MOYENS DE FONCTIONNEMENT CONSACRÉS À LA RÉPONSE AUX CRISES SANITAIRES.....	56
VII.– LA QUALITÉ, LA SÉCURITÉ ET LA GESTION DES PRODUITS DE SANTÉ ET DU CORPS HUMAIN	57
A.– L'AFSSAPS : UNE AGENCE QUI A INDÉNIABLEMENT RÉUSSI À IMPOSER SON EXPERTISE SUR LES PRODUITS DE SANTÉ.....	58
B.– L'AGENCE DE LA BIOMÉDECINE, DE LA PROMOTION DU DON D'ORGANES À LA RÉFLEXION SUR LES ENJEUX BIOÉTHIQUES.....	60

CHAPITRE II.– LE PROGRAMME OFFRE DE SOINS ET QUALITÉ DU SYSTÈME DE SOINS	65
I.– UNE FORTE REVALORISATION DES CRÉDITS DE L’ACTION NIVEAU ET QUALITÉ DE L’OFFRE DE SOINS	67
A.– UNE REVALORISATION DE LA DOTATION AU TITRE DE LA FORMATION MÉDICALE QUI NE PERMETTRA PAS DE RÉSORBER LA DETTE À CE TITRE.....	67
B.– DES EXIGENCES TOUJOURS CROISSANTES VIS-À-VIS DE LA HAS, MAIS EN L’ABSENCE DE MOYENS SUFFISANTS.....	70
II.– LA MODERNISATION DU SYSTÈME DE SOINS EST PRINCIPALEMENT PORTÉE PAR LES OPÉRATEURS DU PROGRAMME	72
A.– LES ARH : UN BUDGET RECONDUIT DANS L’ATTENTE DE LA MISE EN PLACE DES ARS.....	73
B.– LE RÔLE CENTRAL DE L’ATIH DANS LA MISE EN ŒUVRE DE LA T2A.....	75
C.– UNE GESTION SPÉCIFIQUE DU PERSONNEL HOSPITALIER.....	76
D.– LA PROGRESSIVE SÉCURISATION DES DONNÉES DE SANTÉ.....	77
CHAPITRE III.– LE PROGRAMME PROTECTION MALADIE	79
I.– DE NOUVELLES MODALITÉS DE FINANCEMENT DE LA CMUC QUI CONDUISENT À LA DISPARITION DE LA DOTATION BUDGÉTAIRE DE L’ÉTAT	79
A.– LE FONDS CMU ASSURE L’ACCÈS AUX SOINS DES PERSONNES À FAIBLES REVENUS	79
1.– Des réformes successives ont affecté les bénéficiaires de la CMUc.....	80
2.– Un renforcement substantiel du contrôle et de la lutte contre la fraude.....	81
B.– UNE PROFONDE MODIFICATION DE LA STRUCTURE DE FINANCEMENT DU FONDS CMU SERA OPÉRATIONNELLE EN 2009.....	82
1.– Les modalités de financement du fonds CMU jusqu’en 2008.....	83
2.– De nouvelles modalités de financement du fonds CMU sont définies par le PLFSS pour 2009.....	83
II.– UNE REVALORISATION DE LA DOTATION DE L’ÉTAT À L’AME QUI NE RÉSOUT PAS LE PROBLÈME DE LA DETTE EXISTANTE	85
A.– DES DÉPENSES EN PROGRESSION CONSTANTE POUR DES MESURES D’ÉCONOMIES DONT L’EFFICACITÉ DOIT ÊTRE RELATIVISÉE.....	85
B.– LE PROBLÈME DE LA DETTE DE L’ÉTAT AU TITRE DE L’AME EST LOIN D’ÊTRE RÉGLÉ.....	88
III.– L’INDEMNISATION DES VICTIMES DE L’AMIANTE	89
A.– UNE PRISE EN CHARGE SATISFAISANTE DES DEMANDES D’INDEMNISATION, RELATIVISÉE PAR L’ACCUMULATION RÉCENTE D’UN STOCK DE DOSSIERS EN ATTENTE DE TRAITEMENT.....	90
B.– UNE ACCÉLÉRATION PRÉVISIBLE DU RYTHME DE TRAITEMENT DES DOSSIERS EN 2009.....	92

EXAMEN EN COMMISSION	93
<i>Article 73 : Simplification du régime des taxes affectées à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS)</i>	95
ANNEXE 1 TABLE DES SIGLES UTILISÉS	105
ANNEXE 2 LISTE DES AUDITIONS RÉALISÉES PAR VOTRE RAPPORTEUR SPÉCIAL	109

L'article 49 de la loi organique du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances (LOLF) fixe au 10 octobre la date limite pour le retour des réponses aux questionnaires budgétaires.

À cette date, 100 % des réponses étaient parvenues à votre Rapporteur spécial, qui se réjouit de l'effort ainsi fourni par les services ministériels pour assurer une information satisfaisante du Parlement.

INTRODUCTION

La mission *Santé* est caractérisée par de profonds changements dans le cadre du présent projet de loi de finances, tant en termes de périmètre que dans la perspective des réformes envisagées.

Le périmètre du budget de la mission *Santé* sort considérablement renforcé des modifications de la maquette budgétaire qui ont été opérées.

En premier lieu, il convenait de prendre acte du basculement du programme *Drogue et toxicomanie* sur la mission *Direction de l'action du gouvernement*, qui se voit ainsi intégré au programme *Coordination du travail gouvernemental*. Certes, ce transfert répond au caractère interministériel de la politique de lutte contre la toxicomanie, dont la mise en œuvre relève de la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MIDT). Il est toutefois à craindre qu'un tel basculement signe le passage au second plan des enjeux sanitaires et de santé publique attachés à cette politique, au profit d'une approche plus « régaliennne ».

En revanche, la mission accueille cette année le programme *Protection maladie*, qui figurait auparavant sur la mission *Solidarité, insertion et égalité des chances*. Votre Rapporteur spécial approuve ce transfert, qui entérine l'objectif premier des actions menées au titre de ce programme : l'accès aux soins des plus démunis. La dimension de solidarité nationale que revêtent les dispositifs financés – couverture maladie universelle complémentaire, aide médicale de l'État et indemnisation des victimes de l'amiante – n'en est pas pour autant négligée : le fait que l'État assure le financement de ces actions suffirait d'ailleurs à le prouver.

Enfin, la suppression de la mission *Sécurité sanitaire* conduit à intégrer au budget de la mission les crédits jusqu'alors alloués à la veille et à la sécurité sanitaires. Plus qu'une simple intégration, ces crédits ont fait l'objet d'une fusion avec les sommes consenties au titre de la santé publique et de la prévention, cette opération donnant lieu à la naissance d'un nouveau programme, *Prévention et sécurité sanitaire*, qui présente de manière consolidée l'ensemble des actions menées par l'État au titre de la santé publique et de la sécurité sanitaire. Cette fusion a l'avantage de conférer un large champ d'action à la direction générale de la santé, dont le directeur est responsable du programme, en mettant en valeur les synergies entre les différents segments de l'action publique menée à ce titre. Cette intégration donne également une meilleure visibilité à la politique de prévention et de sécurité sanitaire, bien que, on le verra, des efforts doivent encore être consentis pour améliorer la consolidation des différentes actions, notamment dans le champ de la prévention des risques environnementaux.

La mission connaîtra également de profonds changements, qui seront initiés à partir de 2009, avec en particulier deux réformes législatives prévues dans le champ de la santé.

Le projet de loi n° 1210 portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires, mettra en place les agences régionales de santé (ARS)⁽¹⁾, qui modifieront profondément la mise en œuvre de la politique de santé au niveau territorial. Cette réforme emportera des effets importants sur le champ de la mission, d'une part par l'intégration, au sein des ARS, des acteurs existants à l'heure actuelle au niveau régional – agences régionales de l'hospitalisation (ARH), groupements régionaux de santé publique (GRSP), directions départementales et régionales des affaires sanitaires et sociales (DDASS et DRASS), etc. –, et d'autre part, à travers l'ambition d'une unification complète, au niveau régional, de l'ensemble des volets de la politique de santé au sein d'un pôle unique. Ainsi, les ARS géreront conjointement l'offre de soins hospitaliers de même que les soins de ville, ainsi que les actions de prévention et de santé publique ; elles articuleront également leur action avec le champ médico-social. La mise en place des ARS modifiera ainsi sensiblement les modalités de mise en œuvre des actions relevant du programme *Prévention et sécurité sanitaire*.

L'année 2009 apparaît, dans le champ de la santé publique, à plus d'un titre comme une année de transition : en effet, la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, qui s'est matérialisée dans les différents plans de santé publique couvrant la période 2004-2008, arrive à échéance. Un nouveau souffle doit donc être trouvé en 2009, afin de fixer de nouveaux objectifs ambitieux de santé publique, à l'aune de l'évaluation de la mise en œuvre des plans réalisés. De ce point de vue, le budget consacré à la santé publique apparaît comme un budget d'attente, la prochaine loi de finances devant fixer les nouvelles orientations qui auront, espérons-le, mûri à cette échéance.

Dans ce contexte, les moyens consacrés par l'État à la santé publique en 2009 s'établiront à 1,13 milliard d'euros d'autorisations d'engagement et à 1,16 milliard d'euros de crédits de paiement, soit une progression, à périmètre constant, de 2,2 % en autorisations d'engagement et de 6,3 % en crédits de paiement.

La programmation pluriannuelle qui accompagne cette année le projet de loi de finances prévoit une progression continue du budget de la santé publique sur la période 2009-2011 : s'agissant des crédits de paiement, celle-ci serait de 1,35 % entre 2009 et 2010, puis de 1,39 % de 2010 à 2011. Néanmoins, la récente révision par le Gouvernement de l'ensemble des prévisions pluriannuelles des finances publiques n'autorise à tirer aucune conclusion quant aux évolutions présentées.

(1) Voir en Annexe 1 la table des sigles utilisés dans le présent rapport spécial.

Le tableau suivant présente l'évolution et la ventilation par programme et par action des crédits en 2008 et 2009.

ÉVOLUTION DU BUDGET DE LA MISSION SANTÉ ENTRE 2008 ET 2009

(en millions d'euros)

	Autorisations d'engagement			Crédits de paiement		
	LFI 2008	PLF 2009	Évolution	LFI 2008	PLF 2009	Évolution
Prévention et sécurité sanitaire	482,78	466,76	-3,3 %	462,78	488,86	+5,6 %
Pilotage de la politique de santé publique	98,12	101,22	+3,1 %	98,13	99,16	+1 %
Accès à la santé et éducation à la santé	42,5	47,16	+11 %	42,5	46,91	+10,4 %
Prévention des risques infectieux et des risques liés aux soins	92,2	91,88	-3,4 %	92,2	91,25	-1 %
Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades	120,2	122,5	+1,9 %	120,2	118,66	-3,1 %
Prévention des risques liés à l'environnement, au travail et à l'alimentation	32,81	34,57	+5,4 %	32,81	34,43	+4,9 %
Réponse aux alertes et gestion des urgences, des situations exceptionnelles et des crises sanitaires	77,36	46,94	-39,3 %	57,36	75,94	+32,4 %
Qualité, sécurité et gestion des produits de santé et du corps humain	19,58	22,5	+14,9 %	19,58	22,52	+15 %
Offre de soins et qualité du système de soins	114,1	127,47	+11,7 %	112,26	127,47	+13,5 %
Niveau et qualité de l'offre de soins	72	93,57	+30 %	71,99	93,57	+30 %
Modernisation du système de soins	42,09	33,9	-19,5 %	40,27	33,9	-15,8 %
Protection maladie	513	540	+5,3 %	513	540	+5,3 %
Accès à la protection maladie complémentaires	50	0	--	50	0	--
Aide médicale de l'État	413	490	+18,6 %	413	490	+18,6 %
Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	50	50	0 %	50	50	0 %
Total des crédits de la mission	1 109,87	1 134,23	+2,2 %	1 088,04	1 156,33	+6,3 %

Source : projet annuel de performances

CHAPITRE PREMIER : UN NOUVEAU PROGRAMME PRÉVENTION ET SÉCURITÉ SANITAIRE AU CŒUR DE L'ACTION DE LA DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ

Le présent programme regroupe l'ensemble des crédits précédemment répartis entre le programme *Veille et sécurité sanitaires* de la mission *Sécurité sanitaire* et le programme *Santé publique et prévention* de la mission *Santé*. **Les crédits du nouveau programme *Prévention et sécurité sanitaire* seront dotés en 2009 de 466,76 millions d'euros d'autorisations d'engagement et de 488,86 millions d'euros de crédits de paiement, soit, à périmètre constant, une diminution de 3,3 % en termes d'autorisations d'engagement et une progression de 5,6 % en termes de crédits de paiement.**

Le tableau suivant présente la fusion des crédits qui a été opérée pour constituer le programme n° 204 *Prévention et sécurité sanitaire*.

ÉVOLUTION DU PÉRIMÈTRE ET DES CRÉDITS DU PROGRAMME PRÉVENTION ET SÉCURITÉ SANITAIRE

(en millions d'euros)

	LFI 2008			PLF 2009	
	AE	CP		AE	CP
Mission <i>Santé</i> : programme <i>Santé publique et prévention</i>	287,45	287,45	Mission <i>Santé</i> : programme <i>Prévention et sécurité sanitaire</i>	466,76	488,86
Mission <i>Sécurité sanitaire</i> : programme <i>Veille et sécurité sanitaires</i>	184,32	164,32			
Mission <i>Solidarité</i> : subvention à l'EHESP	11	11			
Total	482,78	462,78	Total	466,76	488,86

Source : loi de finances initiale pour 2008 et projet annuel de performances pour 2009

I.- L'ACTION PILOTAGE DE LA POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE

Le pilotage de la santé publique regroupe les crédits de l'ensemble des acteurs intervenant à ce titre, des instances mises en place par la loi du 9 août 2004 – Haut conseil de la santé publique (HCSP), conférence nationale et conférences régionales de santé, groupements régionaux de santé publique (GRSP) – à l'opérateur chargé de l'observation et la surveillance de l'état de santé de la population – l'institut de veille sanitaire (InVS) –, en passant par l'école des hautes études en santé publique (EHESP), mais également les associations d'usagers et de professionnels du système de santé.

Les moyens consacrés au pilotage de la politique de santé publique s'élèveront, en 2009, à 101,22 millions d'euros d'autorisations d'engagement et à 99,16 millions d'euros de crédits de paiement : à périmètre constant, la progression est de 3,1 % pour les autorisations d'engagement et de 1 % en termes de crédits de paiement.

A.— LES ACTEURS CHARGÉS DE RELAYER LA POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE

La direction générale de la santé (DGS), responsable du programme *Prévention et sécurité sanitaire*, se donne, par définition, comme le chef de file de la politique de santé publique. Une importante réorganisation de la direction s'est opérée en 2007, conduisant à la mise en place d'un secrétariat général auquel a été adjoint une mission de pilotage du système des agences sanitaires, à l'élargissement des compétences du département des urgences sanitaires (DUS), mais également au transfert de la formation des professionnels de santé à la direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins (DHOS).

La direction compte aujourd'hui 330 équivalents temps plein travaillé (ETPT) qui émargent sur le programme support *Conduite et soutien des politiques sanitaires et sociales* de la mission *Solidarité, insertion et égalité des chances* : les seules dépenses de la DGS qui apparaissent sur le présent programme concernent ses actions de communication, à hauteur de 0,21 million d'euros d'autorisations d'engagement et de 0,33 million d'euros de crédits de paiement pour 2009, ainsi que certaines dépenses de fonctionnement courant, qui recouvrent notamment la location de salles ou l'organisation de séminaires, à hauteur de 0,14 million d'euros pour 2009.

À partir de la définition, par la DGS, des principales lignes directrices de la politique de santé publique, celle-ci est ensuite relayée sur le territoire par un ensemble d'acteurs. Il s'agit principalement des instances mises en place par la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, des associations de malades ou d'usagers du système de santé qui œuvrent sur le terrain, mais également de l'institut de veille sanitaire, de l'école des hautes études en santé publique ou de l'institut national de la santé et de la recherche médicale.

1.— Les premiers pas d'une approche régionalisée de la politique de santé publique

La loi du 9 août 2004 a véritablement permis l'émergence de relais territoriaux pour la mise en œuvre de la politique de santé publique, en particulier au niveau régional, à travers la réactivation de la conférence nationale et des conférences régionales de santé (CRS), consultées pour l'adoption des plans régionaux de santé publique (PRSP) eux-mêmes arrêtés par le préfet de région. Ces plans ont ensuite vocation à être mis en œuvre par les groupements régionaux de santé publique (GRSP), qui regroupent les services déconcentrés de l'État, les collectivités territoriales, mais également les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) ainsi que les unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) et les caisses régionales d'assurance maladie (CRAM).

L'action de pilotage de la politique de santé publique recouvre en particulier le fonctionnement de la conférence nationale de santé, à hauteur de 0,1 million d'euros en 2009, l'évaluation des plans régionaux de santé publique à laquelle contribuent les conférences régionales de santé (CRS), pour un montant

de 0,1 million d'euros, complétés par une dotation de 0,52 million d'euros pour l'organisation logistique des CRS.

Ce sont toutefois **les GRSP** qui rassemblent la plus grande partie des crédits destinés au pilotage de la santé publique, puisque, pour 2009, **une dotation de 10,93 millions d'euros** sera consacrée au soutien à la territorialisation des politiques régionales de santé publique. Cette dotation s'inscrit en nette progression par rapport à 2008, puisqu'elle est multipliée par plus de 2,5. Elle sera ainsi destinée :

- au fonctionnement même des GRSP, à hauteur de 2,6 millions d'euros ;
- à la mise en place d'outils d'expertise et d'évaluation des actions de santé mises en œuvre au niveau régional, pour un montant de 5,7 millions d'euros ;
- à la mise en œuvre de certaines démarches territoriales, comme les Ateliers santé villes (ASV) ou le développement de projets de santé contenus dans les contrats territoriaux passés entre l'État et les collectivités territoriales, à hauteur de 2,43 millions d'euros ;
- et enfin, pour 0,2 million d'euros, au soutien à des organismes de proximité tels que l'association Élus santé publique et territoires, le réseau français des villes santé de l'organisation mondiale de la santé (OMS) et l'institut Renaudot.

Les instances de pilotage, au niveau régional, de la politique de santé publique, peuvent largement servir de modèle pour la mise en place des agences régionales de santé (ARS), telle qu'elle est envisagée dans le cadre du projet de loi n° 1210 portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires. En effet, le projet des ARS consiste à unifier la politique de santé autour d'un seul acteur, chargé à la fois des aspects de prévention et de santé publique, mais également de l'offre de soins, tant dans le champ des soins de ville que des soins hospitaliers ou de la sphère médico-sociale. La répartition actuelle des dépenses au titre des acteurs du pilotage territorial de la politique de santé publique risque donc d'être affectée, dès le prochain exercice budgétaire, par cette réforme importante.

2.– Les indispensables partenaires de la mise en œuvre de la politique de santé publique

La politique de santé publique ne saurait se passer des relais essentiels que constituent, sur le territoire, un certain nombre d'organismes et d'associations, qui sont considérés comme de véritables partenaires et reçoivent, pour cette raison, un soutien financier au titre de leur participation à la mise en œuvre de la politique de santé publique.

C'est, en premier lieu, le cas d'un certain nombre d'associations tête de réseau d'usagers et de professionnels du système de santé. Ainsi, **3,86 millions d'euros d'autorisations d'engagement et 2,38 millions d'euros de crédits de paiement**, financeront, en 2009 :

- le collectif inter-associatif sur la santé (CISS) et ses relais régionaux, afin de former les représentants des usagers, permettre des regroupements régionaux et favoriser le suivi, par ces associations, de la politique de santé ;

- ainsi que les associations de professionnels du système de santé, en particulier celles qui favorisent le développement d'une culture de santé publique, notamment au niveau international.

C'est, en second lieu, le cas des 26 observatoires régionaux de la santé (ORS) et de leur fédération nationale, qui collectent, dans les territoires, l'ensemble des données sanitaires et sociales qui peuvent permettre d'améliorer la connaissance de l'état de santé de la population, de ses besoins et des équipements sanitaires et sociaux qui peuvent y répondre. Les ORS sont également amenés à participer à la tenue des conférences régionales de santé (CRS), à la réalisation des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) et à l'élaboration des programmes régionaux de santé publique (PRSP). Pour 2009, la dotation moyenne prévisionnelle par observatoire, stable par rapport à 2008, s'établirait à 140 000 euros par région, soit 3,64 millions d'euros au total. La fédération nationale serait, quant à elle dotée de 0,93 million d'euros d'autorisations d'engagement et 0,31 million d'euros de crédits de paiement, complétés par 0,6 million d'euros au titre du financement du projet « I2SARE » 2008-2010, qui a pour but d'analyser les inégalités de santé dans les régions de l'Union européenne.

Recevront enfin un soutien financier de l'État diverses structures intervenant en matière de recherche biomédicale et en santé : en effet, la définition de la politique de santé publique implique un **effort permanent en faveur d'un certain nombre de projets de recherche et d'études, qui représentera, en 2009, 3,1 millions d'euros d'autorisations d'engagement et 2,97 millions d'euros de crédits de paiement**. Ces derniers progressent de 65 % par rapport à 2008. Le tableau suivant présente le détail des actions qui seront financées à ce titre en 2009.

FINANCEMENT DE LA POLITIQUE DE RECHERCHE BIOMÉDICALE ET EN SANTÉ

(en millions d'euros)

	2009 (p)	
	AE	CP
Soutien aux sociétés savantes en épidémiologie	0,11	0,04
Programme de recherche en santé publique piloté par l'IReSP	1,2	1,2
Études de cohortes ELFE, CONSTANCES et NUTRINET-SANTE	1,5	1,5
Études de la convention AERAS	0,2	0,2
Participation de l'INSERM au projet PREDEXDAIMO	0,09	0,03
Total	3,1	2,97

Source : projet annuel de performances

L'INSTITUT DE RECHERCHE EN SANTÉ PUBLIQUE (IRESP)

Créé en 2004, l'**institut de recherche en santé publique (IReSP)** s'est structuré en 2007 sous la forme d'un groupement d'intérêt scientifique (GIS), qui prend appui sur l'institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) pour sa gestion financière. Il est chargé de développer et promouvoir la recherche française en santé publique en instaurant un partenariat entre les différents acteurs ; il joue un rôle essentiel d'interface entre le monde des chercheurs, les agences sanitaires et les tutelles que sont les ministères chargés de la santé et de la recherche.

En 2008, l'institut a bénéficié au total de 8 millions d'euros, qui lui ont permis de lancer des appels à projets, notamment sur la thématique « Territoires et santé », mais également sur la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, sur l'impact sur la santé des nanotechnologies, de même qu'il a pu travailler sur les outils de mise en place de cohortes en vue d'études à mener dans le champ de la santé publique.

La contribution du ministère chargé de la santé a représenté un million d'euros en 2008 ; celle-ci devrait être portée à 1,2 million d'euros pour 2009.

B.– LES MISSIONS DE VEILLE, DE SURVEILLANCE, D'ÉVALUATION ET D'EXPERTISE

En matière de veille, de surveillance, d'évaluation et d'expertise, le ministère chargé de la santé s'appuie transversalement sur le Haut conseil de la santé publique (HCSP) et sur l'institut de veille sanitaire (InVS).

1.– L'InVS : un rôle de « veilleur », dont le renforcement devra se poursuivre dans les prochaines années

L'institut de veille sanitaire est chargé de la surveillance et de l'observation permanentes de l'état de santé de la population. Il assure également une mission de veille et de vigilance sanitaires, qui le conduit à détecter les principaux risques, ce qui peut l'amener à jouer un rôle d'alerte et à apporter sa contribution en cas de déclenchement d'une crise sanitaire. Dans le système constitué par les agences, il se situe donc en amont, de par son rôle de veille exercé de manière transversale sur l'ensemble des risques sanitaires, qu'ils soient d'ordre alimentaire, environnemental ou épidémiologique.

Pour mener à bien ses missions, l'institut doit disposer de points d'observation sur l'ensemble du territoire : c'est le rôle des 17 cellules interrégionales d'épidémiologie (CIRE), localisées dans les directions régionales des affaires sanitaires et sociales qui assurent leurs moyens de fonctionnement, mais également des divers centres nationaux de référence, services et laboratoires qui permettent de faire remonter les informations jusqu'à l'institut.

Le tableau suivant présente le budget de l'InVS pour 2008 : les moyens financiers de l'institut proviennent en réalité quasi exclusivement de l'État.

BUDGET DE L'INVS EN 2008

(en millions d'euros)

Dépenses		Recettes	
Personnel	26,68	Subvention de l'État	53,71
Fonctionnement	7,36	Autres subventions	2,15
Intervention	21,92	Ressources propres et autres	0,5
Total des dépenses	55,96	Total des recettes	56,4
Bénéfice	0,4	Perte	—
Total à l'équilibre	56,4	Total à l'équilibre	56,4

Source : projet annuel de performances

La subvention pour charges de service public de l'État a progressé de 2,4 % en 2008, avec une masse salariale de l'institut augmentée de 7 emplois. Cette augmentation s'est toutefois opérée à plafond d'emplois constant : on assiste en effet à une résorption progressive du décalage entre la masse salariale effective et le plafond d'emplois de l'institut, fixé à 428 équivalents temps plein (ETP), correspondant à 383 équivalents temps plein travaillé (ETPT). Ce plafond serait maintenu en 2009, avec une poursuite du rattrapage de la masse salariale : l'institut bénéficierait ainsi de 7 emplois supplémentaires en 2009 et de 9 emplois supplémentaires en 2010. En 2008, hors dépenses de personnel et de fonctionnement courant, les moyens d'intervention de l'institut ont été consacrés aux centres nationaux de références et aux réseaux pérennes qui émaillent le territoire pour environ 10 millions d'euros, aux enquêtes qui, chaque année, répondent aux priorités fixées en matière de surveillance, autour de 5 à 6 millions d'euros, et enfin, aux projets d'investissement pour un montant de 5,4 millions d'euros.

La subvention de l'État à l'institut s'établirait à 55,5 millions d'euros en 2009, soit en légère diminution par rapport aux prévisions pour 2008, puisqu'elle devait représenter 55,97 millions d'euros. Ce niveau de dotation devrait permettre à l'institut de répondre aux priorités qui lui sont fixées, en particulier en matière de renforcement des réseaux de surveillance qui assurent le maillage du territoire, d'amélioration des outils d'expertise et de développement de la surveillance des risques professionnels. En outre, l'institut poursuivra son travail de surveillance, par exemple sur le saturnisme, le VIH, mais également la santé mentale des jeunes et des personnes âgées. Deux grands projets d'investissement doivent également monter en charge en 2009 : l'un est relatif à la mise en œuvre du schéma directeur des systèmes d'information, l'autre à l'opération de regroupement des services de l'institut sur un site unique. Ce dernier projet sera financé par le recours à l'emprunt ; les capacités de financement existantes seront ainsi mobilisées pour la mise en place du système d'information. Une enveloppe spécifique de 0,08 million d'euros est également allouée aux CIRE en 2009 au titre du programme *Prévention et sécurité sanitaire*.

Votre Rapporteur spécial indique à cet égard que la mise en place des agences régionales de santé (ARS) permettra de renouveler la problématique du maillage territorial de l'institut à travers les CIRE, dont l'importance devrait être confirmée par cette réforme. Le renforcement de leurs moyens humains, qui s'est imposé comme une nécessité depuis deux ans, devra ainsi logiquement être poursuivi. Il est, pour ce faire, indispensable que l'institut dispose d'une visibilité suffisante sur les moyens financiers qui lui seront alloués : à cet égard, l'absence de signature d'un contrat de performance est à déplorer. Le projet actuel, qui s'est substitué au contrat d'objectifs et de moyens qui devait couvrir la période 2006-2009, mais qui n'a jamais abouti, est toujours en discussion entre l'institut et sa tutelle.

Dans son rapport public annuel pour 2008, la Cour des comptes revient sur les préconisations qu'elle avait formulées à l'égard de l'InVS dans le cadre d'un référé adressé au ministre chargé de la santé : elle regrette ainsi qu'au bout de trois ans, la démarche de contractualisation de l'institut avec sa tutelle n'ait toujours pas abouti, et constate que si des progrès ont été accomplis pour renforcer les réseaux de veille et d'alerte, la situation n'est toujours pas satisfaisante, notamment s'agissant de l'exhaustivité de la déclaration obligatoire de certaines maladies – en particulier le VIH et la tuberculose. On notera cependant qu'un réseau d'alerte dédié aux urgentistes hospitaliers et libéraux (SAMU et SOS Médecins) est devenu opérationnel, et qu'une meilleure articulation de certains réseaux existants est recherchée par l'InVS, notamment concernant la surveillance de la grippe. La Cour remarque d'ailleurs que les insuffisances constatées sont davantage liées à des problèmes de pilotage de la direction générale de la santé (DGS) qu'à l'InVS lui-même : l'absence de stratégie globale en matière de politique de sécurité sanitaire est ainsi clairement montrée du doigt.

2.– La très lente mise en place du HCSP

La loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique avait retenu le principe de la création d'un Haut conseil de la santé publique (HCSP), comme instance d'expertise chargée de la définition des grands objectifs de santé publique, de l'évaluation des politiques mise en œuvre dans ce domaine, ainsi que d'un travail de prospective sur les politiques de prévention, de sécurité sanitaire et de performance du système de santé. **Votre Rapporteur spécial constate tout d'abord que le HCSP n'a officiellement été mis en place qu'en mars 2007, et sa première réunion en séance plénière a eu lieu au début de l'année 2008.**

Composé de 105 experts qualifiés et de 16 membres de droit, le Haut conseil est organisé en quatre commissions spécialisées : sécurité sanitaire, maladies chroniques et incapacités, prévention et déterminants de santé, et évaluation, stratégie et prospective. Votre Rapporteur spécial signale à cet égard la très récente réorganisation du Haut conseil, intervenue le 14 octobre dernier, et destinée à renforcer son expertise en matière de sécurité sanitaire. Désormais, le HCSP est composé de six commissions : les deux premières commissions

(maladies transmissibles, maladies chroniques) répondent à une approche par pathologie ; deux commissions (risques liés à l'environnement, sécurité des patients) sont plus particulièrement centrées sur la sécurité sanitaire ; et enfin, les deux dernières commissions (prévention, éducation et promotion de la santé et évaluation, stratégie et prospectives) sont transversales.

Pour 2009, les crédits consacrés au fonctionnement du HCSP représenteront 0,695 million d'euros. Par ailleurs, le programme support *Conduite et soutien des politiques sanitaires et sociales* de la mission *Solidarité, insertion et égalité des chances* recouvre les dépenses d'indemnisation des membres du Haut conseil pour leur participation à ses travaux, à hauteur de 0,12 million d'euros en 2009. Dans la perspective de la nouvelle loi de santé publique qui devrait être discutée à la fin de l'année 2009, la principale mission du Haut conseil consistera à achever l'évaluation des cent objectifs nationaux inscrits dans la loi de 2004. Il devra également faire aboutir son rapport d'évaluation de la mise en œuvre du plan maladies rares, arrivé à échéance en 2008. On notera la parution, à la mi-2008, d'un rapport d'étape d'évaluation du plan Cancer : il faudra toutefois attendre 2009 pour prendre connaissance du rapport final sur ce sujet.

C.– UNE PREMIÈRE ANNÉE DE FONCTIONNEMENT POUR L'EHESP ET UN GRAVE MANQUE D'INFORMATIONS SUR CET OPÉRATEUR

Inscrite dans la loi du 9 août 2004, l'école des hautes études en santé publique (EHESP) a été formellement créée par le décret n° 2006-1546 du 7 décembre 2006, modifié en décembre 2007. L'EHESP, effectivement en place depuis le 1^{er} janvier 2008, et qui a absorbé l'école nationale de la santé publique (ENSP), est chargée de :

- dispenser les formations initiales et continues permettant d'exercer des fonctions de direction, de gestion, de management, d'inspection, de contrôle et d'évaluation dans les domaines sanitaires, sociaux et médico-sociaux ;
- assurer un enseignement supérieur en matière de santé publique ;
- contribuer aux activités de recherche en santé publique ;
- et enfin, développer les relations notamment par des échanges avec des établissements étrangers dispensant des enseignements comparables.

L'EHESP forme ainsi l'ensemble des agents des corps de catégorie A des services déconcentrés de l'État – inspecteurs de l'action sanitaire et sociale, médecins et pharmaciens inspecteurs de la santé publique, filière santé environnementale, etc. – et intervient dans le champ de la fonction publique hospitalière par la formation des directeurs d'établissements ou des attachés d'administration hospitalière par exemple.

Parce que le rôle éminent de l'école dans le champ de la santé publique est clairement affirmé, celle-ci a été transférée du programme support *Conduite et soutien des politiques sanitaires et sociales* de la mission *Solidarité, insertion et égalité des chances* vers le présent programme, dont elle devient un opérateur principal. On peut dès lors s'étonner que l'EHESP ne figure pas, par conséquent, dans la partie « Opérateurs » du programme : en dehors des informations relatives au niveau de la subvention de l'État à l'école, il demeure donc en l'état impossible de suivre le budget global de l'EHESP. **Votre Rapporteur spécial juge essentiel, à l'avenir, que le budget de l'école figure, au même titre que l'ensemble des agences sanitaires, sur le présent programme.**

Les effectifs de l'école sont stables en 2008, à hauteur de 340 équivalents temps plein travaillé (ETPT) ; la subvention pour charges de service public de l'État s'établissant à 11 millions d'euros. **Pour 2009, une hausse de 9,9 % caractérise la dotation de l'État à l'école, portant celle-ci à 12,09 millions d'euros.** L'école se verra accorder 8 ETPT supplémentaires, avec un plafond d'emplois fixé à 348 ETPT.

*
* *

L'action *Pilotage de la politique de santé publique* recouvre également le financement des frais de justice et des indemnisations à la charge du ministère chargé de la santé à la suite de décisions de justice. L'indemnisation concerne les victimes de la maladie de Creutzfeldt-Jacob, mais également les victimes de pathologies imputables à une vaccination obligatoire, essentiellement la vaccination contre l'hépatite B à laquelle sont astreints les professionnels de santé, pour les dossiers antérieurs au 1^{er} janvier 2006. En effet, la loi du 9 août 2004 a transféré à l'office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM) les indemnisations postérieures au 1^{er} janvier 2006.

Pour 2009, **7,9 millions d'euros** sont prévus au titre du règlement des contentieux relatifs aux accidents vaccinaux antérieurs à 2006 et à la maladie de Creutzfeldt-Jacob, soit 2 millions d'euros de plus que pour 2008. En effet, s'agissant de la maladie de Creutzfeldt-Jacob, si le nombre des demandes d'indemnisation au titre de l'ingestion de produits bovins infectés par l'agent de l'encéphalopathie spongiforme bovine (ESB) a tendance à décroître, le nombre des contaminations consécutives à un traitement pas hormone de croissance, quant à lui, ne faiblit pas.

L'État verse également, au titre des indemnisations des accidents vaccinaux postérieurs au 1^{er} janvier 2006, une **subvention à l'ONIAM**, qui s'établira à **0,5 million d'euros** pour 2009.

II.- LE RÔLE FONDAMENTAL DE LA PRÉVENTION EN MATIÈRE DE SANTÉ PUBLIQUE

La politique de santé publique s'est longtemps caractérisée en France par une insuffisante prise en compte des enjeux relatifs à la prévention, qui a souvent été le « parent pauvre » du système, au profit d'une politique prioritairement axée sur la prise en charge des pathologies et l'offre de soins. De nombreux efforts ont toutefois été accomplis ces dernières années, à l'exemple du modèle constitué par certains pays étrangers, au nombre desquels figurent les pays scandinaves, qui privilégient nettement cette dimension de prévention. Une meilleure structuration de la politique de prévention française a été entreprise, qui est passée par la mise en place d'un acteur central, l'institut de prévention et d'éducation à la santé (INPES), ainsi que par la prise en compte croissante du problème constitué par les inégalités de santé. En effet, les inégalités d'accès aux soins sont profondément liées à une inégalité plus originelle, celle de l'accès à la prévention. Dès lors, les efforts doivent particulièrement porter sur les publics fragiles.

A.- L'INPES : DES SOLLICITATIONS CROISSANTES, MAIS DES MOYENS QUI NE SUIVENT PAS TOUJOURS

Créé par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) est l'opérateur central de l'État chargé de la mise en œuvre de la politique de prévention et d'éducation pour la santé, par son rôle d'expertise et de conseil ; la loi du 9 août 2004 a élargi ses compétences à la participation à la gestion des situations d'urgence sanitaire ainsi qu'à la formation à l'éducation à la santé. La réorganisation de la maquette budgétaire du programme contribue à une meilleure visibilité de l'INPES : en effet, ses missions étaient jusqu'alors réparties entre quatre actions. Leur regroupement sur la seule action *Accès à la santé et éducation à la santé* permet de restituer toute la cohérence de son activité.

L'INPES est essentiellement financé par :

– une subvention pour charges de service public versée par l'État, qui s'est établie en 2008 à 28,1 millions d'euros, dont 24,1 millions d'euros au titre de la mission *Santé* et 4 millions d'euros au titre de la mission *Sécurité sanitaire* ;

– une dotation de l'assurance maladie, fixée à 66,2 millions d'euros pour 2008 ;

– ainsi que par le produit d'une taxe relative aux messages publicitaires et promotionnels en faveur de certains aliments et boissons, fixée à 1,5 % des dépenses engagées par les annonceurs. Cette taxe ne s'applique qu'en l'absence d'apposition d'un message sanitaire aux messages publicitaires concernés.

Le tableau suivant présente l'évolution du budget de l'INPES entre 2007 et 2008.

BUDGET DE L'INPES EN 2007 ET 2008

(en millions d'euros)

Dépenses	Exécution 2007	2008 (p)	Recettes	Exécution 2007	2008 (p)
Personnel	9,29	9,9	Ressources de l'État	31,3	31,1
Fonctionnement	4,22	5,26	<i>dont subvention</i>	31,3	28,1
Intervention	87,29	100,56	<i>dont ressources fiscales</i>	0	3
			Dotation de l'assurance maladie	66,2	67,13
			Ressources propres et autres	3,91	1,06
Total dépenses	100,8	115,72	Total recettes	101,41	99,29
Bénéfice	0,62		Perte		16,43
Total à l'équilibre	101,41	115,72	Total à l'équilibre	101,41	115,72

Source : projet annuel de performances

L'exercice est caractérisé par la nécessité d'un prélèvement sur fonds de roulement à hauteur de 16,4 millions d'euros pour équilibrer le budget : en effet, **les dépenses, en exécution, ont finalement représenté plus de 115 millions d'euros**, en raison principalement des aléas liés aux campagnes d'information prévues. Deux difficultés sont nées dans le cadre de l'exécution du budget 2008.

– Le rendement de la « taxe nutrition » se révèle en tout état de cause bien inférieur aux prévisions : en effet, au 1^{er} septembre 2008, l'INPES n'avait effectivement perçu que 0,14 million d'euros à ce titre, sur les 3 millions d'euros initialement prévus. L'annexe au projet de loi de finances pour 2009 relative à l'évaluation des voies et moyens revoit d'ailleurs à la baisse le rendement attendu de cette taxe pour 2008, à hauteur d'un million d'euros, comme pour 2009. Selon le directeur de l'INPES, auditionné par votre Rapporteur spécial, le rendement réel de la taxe se situerait plus vraisemblablement autour de 300 000 à 500 000 euros par an. C'est dire que l'institut ne peut compter sur le produit de cette taxe au titre de ses recettes stables et pérennes.

– Un second problème concerne, en 2008, la part de la subvention de l'État au titre des missions de sécurité sanitaire de l'institut : celle-ci devait s'élever à 4 millions d'euros, et n'avait toujours fait l'objet d'aucun versement au mois d'octobre 2008, malgré les engagements du ministère à faire financer cette part de la subvention par l'établissement public de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS). Il convient ici d'en appeler au respect des engagements, *a fortiori* pour le financement de campagnes d'information sur des thématiques pour lesquelles les sollicitations de l'INPES sont immanquablement appelées à grandir.

Pour 2009, une stabilisation du budget est proposée à l'institut : en effet, **la subvention totale de l'État s'établirait à 31 millions d'euros**, tandis que la dotation de l'assurance maladie serait reconduite à hauteur de 66,2 millions d'euros. Les ressources stables de l'INPES, pour près de 98 millions d'euros, se révèlent donc bien inférieures à ses dépenses stables, qui se situent entre 112 et

113 millions d'euros. Ce décalage conduira une nouvelle fois à solliciter le fonds de roulement de l'établissement, qui devrait s'établir, à la fin de l'année 2008, entre 14 et 18 millions d'euros, soit autour de deux mois de fonctionnement de l'institut. Une nouvelle ponction en 2009 serait susceptible de mettre à mal l'équilibre budgétaire de l'INPES.

À recettes constantes, l'INPES sera donc amené à financer les mesures nouvelles décidées en cours d'exercice par redéploiements. Votre Rapporteur spécial souligne d'autre part **l'écart persistant entre les recettes et les dépenses de l'institut, qui mettent à mal son financement pérenne**. Dans un contexte où les demandes adressées à l'INPES en matière d'information et de communication ne cessent de se renforcer, il est indispensable d'affecter à l'institut les moyens suffisants pour l'exercice de ses missions. Ainsi, une nouvelle campagne de prévention de l'alcool, lancée à la fin de l'année 2008, doit être financée *in extremis*, tandis qu'une campagne d'information relative aux soins palliatifs sera demandée à l'INPES en 2009. En effet, le programme de développement des soins palliatifs sur la période 2008-2012, annoncé par le Président de la République en juin dernier, fait état d'une telle campagne grand public, dont le coût est estimé à environ 5 millions d'euros. Nul doute qu'en l'absence de financements supplémentaire pour l'INPES, celui-ci sera amené à renoncer à des actions d'ores et déjà programmées pour répondre à cette priorité.

On notera d'ailleurs que, contrairement aux agences de sécurité sanitaire dans leur grande majorité, l'INPES consacre plus de 85 % de son budget à des dépenses d'intervention. **Son plafond d'emplois, fixé à 140 ETPT, lui permet de rémunérer 145 équivalents temps plein (ETP), et devrait rester stable en 2009**. Rappelons que l'INPES est le premier annonceur public en France avec seulement neuf chargés de communication au sein de ses effectifs. C'est pourquoi il est essentiel que puisse être mesuré l'impact des campagnes menées par l'INPES, qui passe, au sein du volet performance du programme, par la mesure du « *taux de reconnaissance des campagnes de prévention de l'INPES* », s'agissant des trois risques spécifiques que constituent le tabac, l'alcool et le SIDA. Les résultats sont à la hauteur des exigences, puisque le taux de reconnaissance s'établit à 70 % pour les campagnes alcool en 2007, à 76 % pour les campagnes tabac et à 75 % auprès du grand public pour les campagnes SIDA. Il atteint même, pour ce dernier, 82 % auprès des migrants, et s'établit à 66 % auprès de la population homosexuelle.

B.- DES ACTIONS MENÉES EN FAVEUR DE PUBLICS SPÉCIFIQUES

Outre le rôle transversal de l'INPES en matière d'accès à la santé et d'éducation à la santé, l'action recouvre également des dépenses spécifiquement tournées vers certains publics, comme les populations en situation de précarité ou les personnes victimes de violences, mais également des actions orientées vers la promotion de la santé de la mère et de l'enfant.

1.– L’accompagnement des populations en difficulté en faveur de l’accès aux soins et à la prévention

La réduction des inégalités de santé ne passe pas seulement par la garantie d’un meilleur accès aux soins : c’est là le rôle de la couverture maladie universelle (CMU), mais qui est en réalité loin d’être suffisant pour assurer la santé des personnes en situation de précarité. En effet, il est tout aussi indispensable d’intervenir sur les déterminants de santé : or, on constate à cet égard que les inégalités sociales ou géographiques d’accès à la prévention sont aujourd’hui probablement plus importantes encore qu’en matière d’accès aux soins.

C’est la loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d’orientation relative à la lutte contre les exclusions qui a institué les programmes régionaux d’accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS), afin de réduire les inégalités de santé constatées. Depuis 2004, les PRAPS constituent un volet obligatoire des programmes régionaux de santé publique (PRSP). Les publics prioritaires sont les gens du voyage, les jeunes en situation de vulnérabilité, les familles monoparentales féminines, les personnes âgées des quartiers prioritaires, les populations étrangères, immigrées ou issues de l’immigration notamment lorsqu’elles vivent dans les foyers de travailleurs migrants, des résidences sociales ou des habitats dégradés, avec une attention particulière pour les personnes immigrées vieillissantes, et enfin, les personnes détenues ou sortant de prison.

Les PRAPS reposent sur une approche mêlant les enjeux sanitaire et social et ont pour objectif le renforcement de la qualité des soins de ville et hospitaliers, par le biais notamment de la promotion des permanences d’accès aux soins de santé (PASS) ainsi que la mise en œuvre de façon transitoire des dispositifs les plus adaptés à certaines caractéristiques des publics vulnérables. L’articulation des PRAPS avec les contrats urbains de cohésion sociale est fortement encouragée.

Pour 2009, 11,21 millions d’euros d’autorisations d’engagement et 11,11 millions d’euros de crédits de paiement seront consacrés aux actions en faveur de la santé des populations en difficulté, soit une augmentation de plus de 50 % par rapport aux crédits de paiement prévus à cet effet en 2008 :

– des recueils de données sur la santé des migrants et des étrangers en situation précaire, des recherches sur les inégalités sociales de santé ainsi qu’un soutien spécifique à des associations intervenant auprès des publics vulnérables seront financés à hauteur de 0,65 million d’euros d’autorisations d’engagement et de 0,55 million d’euros de crédits de paiement ;

– toutefois, 95 % des crédits seront consacrés à la mise en œuvre des PRAPS, dont les principales actions sont orientées vers l’accompagnement des publics vulnérables pour l’ouverture des droits et l’accès aux soins, à travers notamment la création de postes de personnes relais, d’équipes mobiles d’intervention et pour la prise en charge des transports des personnes isolées géographiquement. Les PRAPS engagent également des actions d’information et de formation des professionnels sanitaires et sociaux, ainsi que des actions d’éducation à la santé.

2.– Des mesures spécifiques en faveur de la santé des mères et des enfants

Avec l'arrivée à échéance, en 2008, du plan périnatalité qui a couvert la période 2005-2007, il est indispensable de maintenir les efforts en faveur de la santé des mères, des futures mères et de leurs enfants. Certes, l'essentiel des financements, au titre de la mise en œuvre du plan, est issu de l'assurance maladie – 271 millions d'euros au total contre 3 millions d'euros pour l'État. Il n'en demeure pas moins que l'État joue un rôle crucial d'impulsion, qu'il convient de ne pas laisser décroître, et dont la nature est présentée par le tableau suivant.

CRÉDITS CONSACRÉS À LA SANTÉ PÉRINATALE ET À LA SANTÉ DE L'ENFANT EN 2009

(en millions d'euros)

	2009 (p)	
	AE	CP
Santé périnatale et problèmes liés à la reproduction et au développement	2,02	1,87
Amélioration de la connaissance de l'état de santé des femmes enceintes et de leurs enfants	0,65	0,5
Mise en œuvre de la stratégie de contraception pour réduire le nombre de grossesse non désirées	0,2	0,2
Amélioration de l'accès des femmes à l'IVG	0,07	0,07
Fonctionnement des commissions régionales de la naissance (CRN)	1,1	1,1
Santé de l'enfant et troubles de l'apprentissage : crédits administration centrale	0,44	0,44
Santé bucco-dentaire : crédits administration centrale	0,14	0,14
Santé de l'enfant et santé bucco-dentaire : crédits déconcentrés	1,15	1,15
Total	3,75	3,6

Source : projet annuel de performances

En matière de santé périnatale, l'accent sera mis, en 2009, sur la réalisation d'une enquête nationale périnatale (0,35 million d'euros) et sur la réduction du nombre de grossesses non désirées (0,2 million d'euros). Toutefois, dans ce domaine, plus de la moitié des dépenses relève des services déconcentrés, qui financent le fonctionnement des commissions régionales de la naissance (CRN), mais également des actions de prévention et de sensibilisation à la contraception, ainsi que l'extension de la pratique des interruptions volontaires de grossesse (IVG) médicamenteuses hors établissements de santé.

En matière de santé de l'enfant, l'effort portera particulièrement sur le soutien à des recherches orientées vers le dépistage et la prise en charge précoce des troubles sensoriels (0,2 million d'euros) et sur la dématérialisation des certificats de santé, tandis que 0,14 million d'euros sera mobilisé pour l'amélioration de la santé bucco-dentaire des enfants. Par ailleurs, sur ces deux thématiques, les services déconcentrés financeront, à hauteur de 1,15 million d'euros des actions de dépistage des troubles de l'apprentissage et des troubles sensoriels des enfants, ainsi que des actions de prévention dans le domaine de la santé bucco-dentaire.

On notera également que la politique visant à favoriser l'accès à la santé et l'éducation à la santé consacrera 0,69 million d'euros à destination des personnes victimes de violences : plus de 70 % de ces crédits serviront à financer les actions locales sur les réseaux de prise en charge des victimes, la formation des professionnels et l'information du public. Le reste des crédits sera orienté vers le financement d'études d'évaluation de l'impact de la violence sur la santé (0,1 million d'euros), la promotion des pratiques de bientraitance chez les professionnels de santé ainsi que la confirmation de leur rôle en matière de prévention et de prise en charge des victimes. Ces crédits accusent une chute considérable par rapport à 2008, puisqu'ils s'établissaient à un peu plus de 2 millions d'euros en prévision.

III.- L'ACTION PRÉVENTION DES RISQUES INFECTIEUX ET DES RISQUES LIÉS AUX SOINS

La rénovation de la maquette du programme *Prévention et sécurité sanitaire* permet de gagner en clarté, et l'action *Prévention des risques infectieux et des risques liés aux soins* en est une illustration : en effet, la répartition des crédits permet d'identifier clairement les actions menées au titre des maladies infectieuses, qu'il s'agisse en premier lieu des infections sexuellement transmissibles (IST), des hépatites et du SIDA, ou en second lieu, de la lutte contre la tuberculose et de la politique vaccinale, ou enfin, de la lutte contre les infections transmises par les moustiques, mais également des actions de lutte contre les risques liés aux soins, et en particulier des infections nosocomiales.

En excluant les frais de dépistage de la rage, qui représenteront 0,46 million d'euros en 2009, **les crédits consacrés à la prévention des risques infectieux et des risques liés aux soins totalisent 91,42 millions d'euros d'autorisations d'engagement et 90,79 millions d'euros de crédits de paiement.** Les crédits afférents à la lutte anti-vectorielle et aux actions menées contre les infections nosocomiales émergeaient, jusqu'en 2008, sur le programme *Veille et sécurité sanitaires* de la mission *Sécurité sanitaire* : le tableau suivant, qui présente l'évolution des crédits globaux, intègre donc ces crédits, dont le niveau de détail ne permet toutefois pas, s'agissant des risques liés aux soins, de s'assurer de leur exhaustivité. Le doublement des efforts de lutte contre les infections nosocomiales et les événements indésirables graves n'est donc en toute rigueur qu'une hypothèse.

ÉVOLUTION DES CRÉDITS RELATIFS À LA PRÉVENTION DES RISQUES INFECTIEUX ET DES RISQUES LIÉS AUX SOINS

(en millions d'euros)

	PLF 2008	PLF 2009	Évolution
VIH / Sida, IST, hépatites	47,32	37,75	-20,2 %
<i>Lutte contre le VIH / SIDA</i>	37,29	29,5	-20,9 %
<i>Lutte contre les IST</i>	8,26	7	-15,3 %
<i>Lutte contre les hépatites</i>	1,78	1,25	-29,8 %
Lutte anti-vectorielle	6,15 ⁽¹⁾	8,54	+38,9 %
Tuberculose et vaccinations	46,18	43,3	-6,2 %
<i>Lutte contre la tuberculose</i>	28,55	26,4	-7,5 %
<i>Politique vaccinale</i>	17,62	16,9	-4,1
Infections nosocomiales et événements indésirables graves	0,6 ⁽¹⁾	1,2	+100 %
Total	93,51	90,79	-2,9 %

(1) Crédits figurant en 2008 sur le programme *Veille et sécurité sanitaires* de la mission *Sécurité sanitaire*

Source : *projets annuels de performances pour 2008 et 2009*

Une diminution des crédits de 2,9 % est prévue en 2009 : elle recouvre des évolutions contrastées, car si, comme on l'a dit, on peut émettre l'hypothèse d'un doublement des moyens consacrés à la lutte contre les infections nosocomiales, et si l'on peut constater une forte progression, de près de 39 % des moyens consacrés à la lutte anti-vectorielle, d'autres dépenses accuseront en 2009 une forte baisse. C'est le cas de la lutte contre le SIDA, les IST et les hépatites, pour laquelle le recul est de plus de 20 %. Mais c'est également le cas pour la lutte contre la tuberculose et la politique vaccinale, pour lesquelles la diminution des crédits s'établit à 6,2 %.

A.- DES CRÉDITS CONSACRÉS À LA LUTTE CONTRE LES RISQUES INFECTIEUX EN CHUTE DE PLUS DE 20 % EN 2009

1.- Un relâchement de l'effort de l'État en matière de lutte contre le SIDA

Avec un peu moins de 1 200 personnes entrées dans la maladie en 2007 et environ 31 000 personnes qui vivent avec le SIDA en France, la politique de prévention et de lutte contre le SIDA menée depuis les années 90 montre toute son efficacité : pour autant, le risque de contamination perdure, en particulier pour certains groupes de la population, comme la population homosexuelle, les personnes migrantes, les personnes séropositives, les habitants des départements français d'Amérique, et en premier lieu, de la Guyane. Aujourd'hui, 130 000 personnes environ en France sont séropositives.

Le programme national de lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et les infections sexuellement transmissibles (IST) couvrant la période 2005-2008 comporte ainsi un double objectif : maintenir une faible incidence du VIH dans la population générale et réduire son incidence dans les populations et territoires prioritaires. On notera également qu'un indicateur de performance est associé à cette action : il s'agit de mesurer le *Nombre de contaminations récentes parmi les nouveaux diagnostics d'infection par le VIH*.

Les derniers résultats disponibles datent de 2006 et font état de 1 650 diagnostics d'infection inférieurs à six mois. On regrettera que des données plus récentes ne soient pas disponibles, ce qui rend l'exploitation des résultats plus difficile.

Pour 2009, la lutte contre le VIH mobilisera 30,1 millions d'euros d'autorisations d'engagement et 29,5 millions d'euros de crédits de paiement, soit une diminution importante, de plus de 20 % par rapport à 2008. Votre Rapporteur spécial constate donc un essoufflement de l'effort, à l'arrivée à échéance du programme national qui ne se verra pas reconduit.

Au niveau central, les crédits restent relativement stables, à hauteur de 6,23 millions d'euros de crédits de paiement, et seront consacrés principalement au soutien des actions de recherche menées par l'Agence nationale de recherche sur le SIDA et les hépatites virales (ANRS) et au financement de l'association Aides.

Au niveau déconcentré, en revanche, les crédits accusent une forte baisse, de près de 24 % : ils s'établiront à 23,27 millions d'euros, destinés principalement à participer au financement de plus de 1 000 associations locales de prévention et de lutte contre le VIH, et à favoriser la prise en charge extrahospitalière et l'hébergement des personnes atteintes du VIH. Ces actions concourent également aux réseaux ville-hôpital.

2.– Une baisse des crédits consacrés à la lutte contre les IST

La recrudescence des infections sexuellement transmissibles (IST) constatée depuis 2000, qui est liée notamment à un relâchement des comportements de prévention dans le domaine de la sexualité, a conduit, dans le cadre de la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et aux responsabilités locales, à rendre à l'État la responsabilité de la définition d'une politique de lutte nationale contre les IST. Cette réaffirmation du rôle de l'État s'est ensuite matérialisée dans l'élaboration du programme national de lutte contre le VIH et les IST sur la période 2005-2008.

Depuis 2006, les départements peuvent bénéficier d'une enveloppe incluse dans la dotation globale de décentralisation au titre des actions de lutte contre les IST, dans l'hypothèse où elles auraient conclu une convention avec l'État. Le cas échéant, les crédits sont directement délégués aux services déconcentrés et apparaissent donc au titre des dépenses du présent programme. Ainsi, en 2008, 57 conseils régionaux ont renoncé à la gestion des IST ; ils devraient être 59 en 2009. En 2008, les crédits délégués, à hauteur de 8,26 millions d'euros, ont permis le financement de 63 établissements de santé et de 17 centres de santé.

Les moyens afférents à la lutte contre les IST – à hauteur de 7 millions d'euros – baisseront de plus de 15 % en 2009. Cette diminution des moyens contraste avec la légère augmentation du nombre des collectivités ayant choisi de renoncer à la gestion directe de cette politique.

L'arrivée à échéance, en 2008, du programme national de lutte contre le VIH et les IST, implique de réaffirmer la nécessité d'une approche consolidée sur ces pathologies. Les facteurs de risque de contamination par le VIH et par les IST sont identiques et justifient donc une politique commune. On remarquera ainsi que l'une des recommandations du rapport du groupe d'experts présidé par le Professeur Patrick Yeni sur « *la prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH* », publié en 2008, consiste dans le regroupement des centres de dépistage anonyme et gratuit du VIH et des hépatites (CDAG), financées par l'assurance maladie, et des centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST) dont le financement est assuré par l'État. Cette politique intégrée doit résolument être privilégiée, et de ce point de vue, on ne peut que saluer l'idée d'un séminaire commun aux CIDDIST et aux CDAG sur les IST et le dépistage du VIH, que l'institut de veille sanitaire et la direction générale de la santé projettent d'organiser en 2009.

3.— Un nouveau plan de lutte contre les hépatites pour des moyens en diminution de 30 %

Selon les résultats d'une enquête nationale de prévalence menée par l'InVS et publiée en 2006, les infections chroniques par les virus des hépatites B et C concernent, en France métropolitaine, autour de 500 000 personnes adultes. La mortalité qui leur est directement attribuable s'établirait à environ 4 000 décès. S'agissant de l'hépatite C, l'offre de soins est jusqu'ici restée essentiellement hospitalière, articulée autour de 31 pôles de références et de leurs réseaux.

Entre 1995 et 2005, deux plans de santé publique ont été mis œuvre dans le cadre de la lutte contre les hépatites, et ont été relayés par le programme d'actions pour les hépatites virales couvrant la période 2006-2009. Ce dernier est principalement axé sur l'amélioration des pratiques professionnelles au sein du parcours coordonné de soins, le renforcement du dispositif d'accueil et d'accompagnement des usagers de drogue et sur l'amélioration de la couverture vaccinale contre l'hépatite B. Toutefois, un nouveau plan d'action devrait être annoncé à la fin de l'année, qui couvrirait la période 2008-2011. Votre Rapporteur spécial se réjouit de cette démarche, mais s'inquiète néanmoins de l'articulation des différentes actions proposées : le nouveau plan de lutte consacrerait-il les priorités définies par le programme d'actions, intégrerait-il ses principaux axes ou s'y substituerait-il ?

Pour 2009, la lutte contre les hépatites devrait mobiliser 1,25 million d'euros, soit une baisse de 30 % des crédits par rapport à 2008. Or, le projet annuel de performances indique que ces montants couvriront le renforcement des actions déjà engagées de 2006 à 2008 ainsi que les nouvelles actions qui seront définies par le nouveau plan, ce qui ne laisse pas d'étonner. Au sein de cette enveloppe, les crédits centraux – à hauteur de 0,75 million d'euros – iront au soutien d'associations, à l'appui aux réseaux de prise en charge des personnes atteintes, à l'audit des structures médico-sociales, mais également à des actions d'information et de formation des professionnels et à des évaluations et des

études. Quant aux crédits déconcentrés, à hauteur de 0,5 million d'euros, ils permettent la déclinaison du programme d'actions par des médecins inspecteurs de santé publique, qui en assurent la coordination avec les actions du plan SIDA, les PRAPS et le plan de prévention et de prise en charge des addictions.

B.- DES MOYENS RENFORCÉS À DESTINATION DE LA LUTTE ANTI-VECTORIELLE

Depuis 2007, le virus du chikungunya ne circule plus selon un mode épidémique : toutefois, les actions de lutte anti-vectorielle doivent être poursuivies afin d'en prévenir la réémergence, d'autant plus que d'autres pathologies à transmission vectorielle, comme la dengue ou le paludisme, persistent.

Rappelons que, dans le cadre de la lutte contre le chikungunya, a été créé en 2006 à La Réunion le centre de recherche et de veille sur les maladies émergentes dans l'Océan indien (CRVOI), qui joue un rôle de support à la cellule interrégionale d'épidémiologie (CIRE) de La Réunion et Mayotte. Un groupement d'intérêt public « service de prophylaxie renforcé » (GIP-SPR) est également venu sceller la même année la coordination de l'État et des collectivités territoriales dans le cadre de cette lutte. Un plan de prévention et de lutte contre le virus du chikungunya est venu encadrer les missions des différents acteurs réunionnais dans ce domaine.

Toutefois, la présence du moustique à l'origine du virus ayant été attestée dans le sud de la France et en Corse depuis 2006, il s'est avéré indispensable de mettre en place un plan national anti-dissémination des virus du chikungunya et de la dengue. À cet égard, la surveillance entomologique et humaine a été renforcée, notamment par le biais de la conclusion, la même année, d'une convention triennale avec l'entente interdépartementale de démoustication (EID) de Méditerranée, qui a ainsi élargi la surveillance du moustique à l'ensemble du pourtour méditerranéen, à la Corse et à la vallée du Rhône. Des études et des expertises ont également été lancées en vue de rénover les dispositifs de lutte anti-vectorielle, notamment à travers une étude confiée en ce sens à l'institut de recherche pour le développement (IRD).

Pour 2009, la politique de lutte anti-vectorielle devrait réunir 8,54 millions d'euros, soit une progression de près de 40 % par rapport à 2008. Au niveau central, 1,2 million d'euros sera destiné à la poursuite des recherches sur un vaccin contre le chikungunya, à une étude sur la stérilisation des moustiques, à la mise en œuvre de certaines recommandations du rapport de la mission de l'IRD sur la rénovation des politiques de lutte anti-vectorielle, et enfin, à la surveillance de la fièvre de la vallée du Rift à Mayotte.

Les crédits déconcentrés, qui s'établiront à 7,34 millions d'euros, seront répartis comme suit :

– la plus grande partie des crédits sera affectée à la lutte contre les arboviroses (chikungunya et dengue) et le paludisme, à hauteur de 7,03 millions d’euros, essentiellement à destination de La Réunion, et dans une moindre mesure, de Mayotte, de la Martinique, de la Guadeloupe, de la Guyane et de la Corse. Il s’agira de renforcer la surveillance entomologique, de financer des études d’évaluation de l’efficacité et des conséquences sur l’homme et l’environnement des produits répulsifs, mais également de consolider la place de la prévention, d’équiper des laboratoires, de procéder à des achats d’insecticides et de répulsifs, et enfin, d’évaluer la couverture et l’efficacité des interventions ;

– par ailleurs, 0,31 million d’euros est prévu, dans le cadre de la convention avec l’EID Méditerranée, pour assurer la surveillance des moustiques exotiques susceptibles de transmettre des maladies telles que le West Nile ou le chikungunya.

Votre Rapporteur spécial se réjouit de l’engagement de moyens supplémentaires à destination de la lutte anti-vectorielle : en effet, l’apparition et la diffusion, ces dernières années, de nouvelles arboviroses, rend indispensable la mobilisation de moyens adéquats de surveillance et de prévention. Ces moyens doivent également reposer sur des recherches et des études permettant de mieux connaître l’origine et les conditions de propagation des arboviroses.

C.– LES AUTRES RISQUES

1.– La politique vaccinale et de lutte contre la tuberculose

Les disparités géographiques et sociales qui marquent les évolutions épidémiologiques de la tuberculose ont conduit à recentraliser la politique de lutte contre cette maladie. Ainsi, depuis 2006, en application de la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et aux responsabilités locales, l’État a retrouvé cette responsabilité qui l’a conduit à mettre en place un **programme national de lutte contre la tuberculose couvrant la période 2007-2011**, en même temps qu’il a prévu, à compter de juillet 2007, la levée de l’obligation vaccinale des enfants et des adolescents par le bacille de Calmette-Guérin (BCG), au profit d’une recommandation de vaccination des enfants à risque.

La mise en œuvre du programme est essentiellement assurée par les services déconcentrés, qui bénéficient de 26,22 millions d’euros sur les **26,4 millions d’euros** prévus au total à ce titre. Ces crédits, qui s’inscrivent en diminution de 7,5 % par rapport à 2008, iront principalement financer, au travers des groupements régionaux de santé publique (GRSP), des établissements publics de santé et des centres de santé dans les 54 départements dans lesquels les conseils généraux ont renoncé à gérer directement cette compétence. Les efforts porteront notamment sur la réalisation d’enquêtes, le dépistage, l’accès aux soins des publics précaires, le renforcement de la connaissance épidémiologique et l’harmonisation des pratiques sur le territoire.

La loi du 13 août 2004 a également procédé à la recentralisation de la **politique de vaccination, qui bénéficiera de 16,9 millions d'euros en 2009** : au niveau central, 0,4 million d'euros sera consacré à la semaine de la vaccination, organisée en collaboration avec l'INPES, qui devrait réunir une vingtaine de régions en 2009. Le reste des crédits est entièrement affecté au niveau local, pour le financement des structures habilitées pour réaliser des vaccinations dans la moitié des régions qui ont transféré cette compétence à l'État.

2.- Le problème spécifique des risques liés aux soins

La lutte contre les événements indésirables infectieux et non infectieux associés aux soins fait partie intégrante de la politique de santé publique, et le rôle des professionnels de santé est crucial dans ce domaine. L'action de l'État en la matière est concentrée autour des trois priorités que sont la lutte contre les infections nosocomiales, le respect de l'obligation de déclaration des événements indésirables graves liés aux soins inscrite dans la loi du 9 août 2004, ainsi que la mise en œuvre d'un plan spécifique pour préserver l'efficacité des antibiotiques, qui couvre la période 2007-2010.

Le tableau suivant retrace la répartition des crédits consacrés à l'ensemble de ces risques en 2009, qui représentent un montant total de 1,2 million d'euros.

VENTILATION DES CRÉDITS AFFECTÉS AUX RISQUES LIÉS AUX SOINS

(en millions d'euros)

	2009 (p)
Fonctionnement des CCLIN	0,41
Études d'évaluation ou d'amélioration des dispositifs de lutte contre les infections liées aux soins	0,2
Journée nationale sur l'hygiène des mains	0,05
Plan national de lutte contre les antibiotiques	0,13
Aide au financement de la cellule de référence Creutzfeldt-Jacob	0,01
Expérimentation de la déclaration des événements indésirables graves liés aux soins dans quatre régions	0,4
Total	1,2

Source : projet annuel de performances

Les acteurs centraux de la mise en œuvre de ces actions sont les centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN) et leurs antennes régionales (ARLIN), qui apportent une aide technique aux établissements de santé et appuient les services déconcentrés de l'État par le biais des études épidémiologiques et du recueil des données que ces centres opèrent. Les CCLIN sont également un partenaire essentiel de l'InVS, avec lequel ils forment le réseau d'alerte, investigation, surveillance des infections nosocomiales (RAISIN), qui coordonne la surveillance de ces infections, réalise des enquêtes au niveau national et gère l'ensemble des signalements à ce titre. Les crédits spécifiques affectés aux CCLIN et qui participent au financement de leur fonctionnement sont stables par rapport à 2008, à hauteur de 0,41 million d'euros : l'année 2009 sera

une année de transition pour les centres avec le lancement prévu d'un nouveau programme national qui doit prendre le relais du programme 2005-2008 et la rénovation de la réglementation sur l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales.

IV.– LA PRÉVENTION DES MALADIES CHRONIQUES ET LA QUALITÉ DE VIE DES MALADES

L'action *Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des maladies* revêt une importance cruciale pour la politique de santé publique : il regroupe l'ensemble des crédits consacrés par l'État aux maladies graves non infectieuses, tels que le cancer, la maladie d'Alzheimer et les pathologies liées à l'âge, mais également les actions menées sur certains déterminants de santé, en l'occurrence les pratiques à risque, au premier rang desquelles on trouve le tabagisme et l'alcoolisme. Il recouvre enfin les moyens mobilisés en faveur de la santé mentale et de la prévention du suicide.

Les crédits consacrés à cette politique de premier ordre représenteraient 122,5 millions d'euros d'autorisations d'engagement et 118,66 millions d'euros de crédits de paiement, soit une diminution de plus de 12 % des crédits de paiement si l'on recoupe ces données avec les crédits prévus au titre de chaque sous-action dans le cadre du projet de loi de finances pour 2008, ce qu'indique le tableau suivant.

ÉVOLUTION DES CRÉDITS AFFECTÉS À LA PRÉVENTION DES MALADIES CHRONIQUES ET À LA QUALITÉ DE VIE DES MALADES

(en millions d'euros)

	PLF 2008		PLF 2009		Évolution 2009/2008
	AE	CP	AE	CP	CP
Alzheimer et maladies liées au vieillissement	3,65	3,65	3,34	3,34	-8,5 %
Cancer	56,43	56,43	41,7	41,7	-26,1 %
INCa	49,17	49,17	40	40	-18,6 %
Pratiques à risques (dont alcool et tabac)	13,71	13,71	22,2	18,85	+37,5 %
GIP DATIS	3,68	3,68	3,5	3,5	-4,9 %
Santé mentale	6	6	6,27	5,78	-3,7 %
Autres maladies chroniques	2,65	2,65	3,17	3,17	+19,6 %
Dépenses de fonctionnement courant	-	-	2,32	2,32	-
Total	135,29	135,29	122,5	118,66	-12,3 %

Source : projets annuels de performances pour 2008 et 2009

Certes, l'État ne participe que de façon marginale au financement des actions de lutte contre ces maladies chroniques, l'essentiel du financement étant assuré par l'assurance maladie. Il n'en demeure pas moins qu'il incombe à l'État de définir les priorités publiques ainsi que les grandes orientations des plans mis en place dans ce cadre. Le présent programme atteste bien de ce rôle fondamental d'impulsion de l'État en matière de prévention des maladies chroniques et de promotion de la qualité de vie des malades.

A. – LES PATHOLOGIES LIÉES AU VIEILLISSEMENT : UN ENJEU CRUCIAL POUR NOTRE SOCIÉTÉ

Le vieillissement de la population et la prise de conscience d'une inadaptation des structures de prévention et de prise en charge des pathologies liées au vieillissement ont conduit les pouvoirs publics à définir des plans successifs destinés à répondre à ces mutations profondes de notre société. Ainsi, le plan « vieillissement et solidarités » couvrant la période 2004-2007 a été suivi par la mise en place du plan « solidarité grand âge » sur la période 2007-2012.

Parallèlement à ces programmes d'actions généraux visant à améliorer la qualité de vie des personnes vieillissantes et dépendantes, un plan spécifique a été adopté pour la prise en charge de la maladie d'Alzheimer. On signalera également le lancement, en 2007, d'un plan de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance, ainsi que celui d'un plan « bien vieillir » couvrant la période 2007-2009.

Votre Rapporteur spécial tient à souligner que la multiplication des plans nuit malheureusement à leur lisibilité : si l'on ne peut que souscrire au lancement d'un plan spécifique dédié à la maladie d'Alzheimer, un programme global d'amélioration des conditions du vieillissement et de la prise en charge des personnes âgées dépendantes – à l'inverse des trois autres plans qui coexistent sur ce thème – aurait l'avantage de faciliter l'identification des actions menées. On donnera pour exemple un axe majeur du plan de lutte contre la maltraitance, qui met en place l'agence nationale de l'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux : effectivement créée au cours de l'année 2007, cette agence est chargée de promouvoir une culture de bientraitance dans les établissements accueillant des personnes âgées. Or, une telle exigence mérite d'être pleinement intégrée aux dispositifs mis en place par le plan « solidarité grand âge », qui, outre qu'il comporte nombre de mesures relatives à l'accueil des personnes pagées dans les établissements dédiés, contient une mesure spécifique de lutte contre la maltraitance.

Votre Rapporteur spécial recommande donc une meilleure articulation de ces différents plans, le cas échéant, par la consolidation des mesures en faveur du grand âge au sein d'un plan unique, dont les objectifs seront donc clairement identifiés. L'exemple du plan Cancer milite en faveur d'une telle démarche : ce plan, composé de plusieurs volets, relatifs à la recherche, au dépistage, aux soins, répond à un objectif unique : la lutte contre le cancer. L'amélioration de la prise en charge de la dépendance liée au vieillissement constitue un tel objectif global, autour duquel peuvent être articulées la totalité des actions qui y contribuent, qu'il s'agisse d'améliorer l'hospitalisation à domicile des personnes âgées, d'inciter celles-ci à la pratique d'une activité physique, de favoriser la recherche en gériatrie, de former aux métiers du grand âge ou de mettre en place des unités de soins spécifiques aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

On a toutefois souligné la spécificité de cette dernière pathologie, par son ampleur, par les difficultés de prise en charge qu'elle occasionne, mais également par les conséquences qu'elle emporte sur la famille et les proches du malade. En France, on estime à 800 000 le nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, et selon les projections, près de 1,3 million de personnes pourraient être concernés en 2020. Le plan Alzheimer, qui couvre la période 2008-2012, fixe ainsi les priorités suivantes :

– une meilleure connaissance de la maladie, avec notamment la création d'une fondation de coopération scientifique dédiée à la recherche sur cette pathologie ;

– l'amélioration des structures de diagnostic, en particulier par un dispositif d'annonce de la maladie, ainsi que la mise en place de structures spécifiques, les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA) ;

– l'amélioration de la qualité de vie des malades par l'adaptation du domicile ou des établissements d'hébergement aux besoins particuliers des malades ;

– et enfin, la promotion du respect à l'égard des personnes atteintes par cette maladie.

Pour 2009, l'État consacra 3,14 millions d'euros à la mise en œuvre du plan Alzheimer, en vue notamment de l'expérimentation des MAIA, par le soutien à l'association France Alzheimer, le renouvellement des cartes d'information pour les malades, la mise en place du dispositif d'annonce du diagnostic, ainsi que pour l'organisation d'un colloque sur la thématique de l'autonomie des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer. Ces crédits sont complétés par une **enveloppe de 0,2 million d'euros**, destinés à financer des mesures spécifiques, telles que la prévention de la dégénérescence maculaire liée à l'âge, **dans le cadre du plan « bien vieillir »**. C'est donc une diminution de 8,5 % qui caractérise les crédits consacrés aux pathologies liées au vieillissement en 2009.

B.– UN BILAN DU PLAN CANCER, DANS L'ATTENTE DE LA DÉFINITION DE NOUVELLES MESURES

L'arrivée à échéance du plan Cancer à la fin de l'année 2007 oblige à dresser un bilan de la politique de lutte contre le cancer menée depuis 2003 : cette mission a été confiée au Haut conseil de la santé publique (HCSP), qui a publié en mai 2008, un rapport d'étape centré sur les volets « prévention » et « dépistage » des cancers. L'évaluation de l'ensemble du plan devrait faire l'objet d'un rapport qui doit être publié d'ici la fin de l'année 2008 : **voire Rapporteur spécial sera bien entendu attentif aux conclusions de ce rapport, qui conditionnent largement les principales orientations du futur plan Cancer**. Par ailleurs, la Cour des comptes a publié en juin 2008 un rapport consacré à « la mise en œuvre du plan Cancer ».

1.— Un bilan globalement positif du plan Cancer, mais dont les limites doivent permettre d'orienter les mesures qui seront prises à l'avenir

Le bilan se révèle à ce stade globalement positif : le plan Cancer a en effet permis d'augmenter d'environ 4 % les crédits consacrés à la lutte contre le cancer, portant l'effort global à environ 15 milliards d'euros par an. La mise en place de l'institut national du cancer (INCa) a permis de renforcer la synergie entre la prévention, les soins et la recherche, axes essentiels d'une politique globale de lutte contre le cancer.

Toutefois, plusieurs limites ont été pointées : tout d'abord, le plan cancer n'a pas fait l'objet d'un suivi suffisant aux yeux de la Cour, qui indique que les dépenses réelles au titre du plan ne sont pas connues et met en évidence l'absence d'évaluation des indicateurs de suivi qui avaient été mis en place. L'INCa aurait ainsi pu assurer un tel suivi, mais en l'absence d'une contractualisation des relations entre l'État et l'institut, aucune clarification de leurs relations respectives n'est intervenue.

S'agissant du degré de réalisation des 70 mesures du plan Cancer, la Cour juge qu'un tiers des mesures ont été réalisées, un tiers l'ont été modérément ou inégalement, et un dernier tiers l'ont été peu ou pas du tout.

En matière d'amélioration de la prise en charge du patient, la Cour salue la mise en place d'une concertation pluridisciplinaire et d'un dispositif d'agrément en chirurgie oncologique, radiothérapie et chimiothérapie. La généralisation du dépistage de certains cancers, mesure incontournable, n'a été que très progressive, et la participation au dépistage organisé du cancer du sein demeure insuffisante. C'est dans le champ de la prévention que les progrès les plus visibles ont été accomplis : l'action sur les déterminants de santé, en particulier, le tabagisme, s'est révélée efficace. Mais le HCSP comme la Cour conviennent que les efforts doivent être poursuivis en matière de prévention de l'alcoolisme et des risques professionnels. La recherche a également bénéficié largement de l'élan du plan Cancer : la Cour constate à cet égard que les cancéropôles ont été mis en place comme prévu dès 2004.

Il convient certes d'attendre le rapport final du HCSP, chargé de l'évaluation de l'efficacité du plan en termes d'impact médical et scientifique, pour tirer du bilan dressé les principales priorités qui doivent prévaloir en matière de lutte contre le cancer dans les prochaines années. Toutefois, les travaux menés se rejoignent d'ores et déjà sur certains points, et en particulier sur la nécessité :

– de renforcer la prévention, en agissant sur des déterminants spécifiques de santé, comme l'environnement, la nutrition, l'alcool et le milieu professionnel, à l'origine de certains cancers ;

– d'orienter les actions de prévention et l'organisation du dépistage généralisé de certains cancers en tenant compte d'un objectif général de lutte contre les inégalités d'accès à la santé ;

- de renforcer l’observation épidémiologique du cancer ;
- et enfin, d’améliorer le suivi et l’évaluation de l’ensemble des actions mises en œuvre.

2.– Un exercice 2009 placé sous le signe de l’attente de la mise en place d’un nouveau plan Cancer

La participation de l’État au financement des mesures de lutte contre le cancer passe d’une part, par une subvention pour charges de service public à l’INCa, et d’autre part, par le financement de structures de dépistage des cancers.

L’institut national du cancer (INCa) est l’agence sanitaire et scientifique en cancérologie, chargée de la coordination de l’ensemble des acteurs agissant dans le cadre de la lutte contre le cancer. Il apparaît ainsi davantage comme une agence chef de file qu’une structure de mise en œuvre de la politique de lutte contre le cancer. L’INCa a donc un rôle essentiel d’animation, mais est également chargé de la préparation des textes législatifs et réglementaires relatifs à la cancérologie. En matière de recherche sur le cancer, il se donne comme un programmeur : l’institut lance en effet des appels à projets et est ensuite responsable de leur suivi et de leur évaluation.

Le tableau suivant présente le budget de l’INCa en 2007 et 2008.

ÉVOLUTION DU BUDGET DE L’INCA EN 2007 ET 2008

(en millions d’euros)

Dépenses	Exécution 2007	2008 (p)	Recettes	Exécution 2007	2008 (p)
Personnel	13,11	13,7	Ressources de l’État	91,09	80
Fonctionnement	18,79	27	<i>dont subvention de l’État</i>	<i>91,09</i>	<i>80</i>
Intervention	68,1	67,18	<i>dont ressources fiscales</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
			Autres subventions	3,91	4,6
			Ressources propres et autres	3,99	1,62
Total des dépenses	100	107,88	Total des recettes	98,98	86,22
Bénéfice			Perte	1,02	21,67
Total à l’équilibre	100	107,88	Total à l’équilibre	100	107,88

Source : projet annuel de performances

L’INCa est affectataire d’une double subvention de l’État, l’une au titre du ministère chargé de la recherche et l’autre au titre du ministère chargé de la santé. L’exercice 2008 s’est traduit par le versement effectif d’une subvention inférieure aux crédits votés en loi de finances initiale : en effet, alors que la subvention du ministère de la santé devait s’établir à 49,17 millions d’euros, elle n’a finalement représenté que 40 millions d’euros, se situant au même niveau que celle versée par le ministère chargé de la recherche. Cette diminution en cours d’année est vraisemblablement à mettre au compte de nouvelles recettes complémentaires, en provenance notamment de l’assurance maladie (pour un montant de 2,4 millions d’euros), mais également de financements issus de partenariats conclus avec des acteurs privés de la recherche en cancérologie (à hauteur de 1,5 million d’euros). *In fine*, l’équilibre du budget de l’institut ne pourra être assuré que par le biais

d'un prélèvement sur le fonds de roulement à hauteur de 21,6 millions d'euros. Celui-ci est rendu possible par la sous-consommation des crédits qui a caractérisé les premières années d'activité de l'INCa, précédant sa véritable montée en charge.

Pour 2009, la subvention du ministère chargé de la santé à l'institut devrait s'établir à 40 millions d'euros, au même niveau que celle du ministère chargé de la recherche. Le plafond d'emplois de l'INCa devrait passer de 180 ETPT en 2008 à 170 ETPT en 2009, compte tenu du recentrage de l'institut sur ses missions stratégiques. Ce plafond pourrait d'ailleurs être amené à 165 ETPT en 2010, puis 160 ETPT en 2011 : en effet, le changement de gouvernance a permis de confirmer que l'institut n'avait pas vocation à être lui-même un acteur direct en matière de recherche. Dès lors, cette réduction apparaît justifiée, d'autant plus qu'en 2008, les effectifs se sont révélés inférieurs au plafond d'emplois, à hauteur de 165 ETPT.

Le coût prévisionnel de construction et d'exploitation du projet d'installation de l'INCa sur l'île Seguin, qui avait été avalisé en 2006, est aujourd'hui abandonné : en effet, ce projet avait été conçu initialement pour une surface de 6 000 m² et une capacité d'accueil de 180 personnes. L'INCa conservera donc son installation actuelle rue Morizet, à Boulogne-Billancourt. Ces locaux avaient été mis gratuitement à disposition de l'INCa par la municipalité et par le département : ils font depuis le 1^{er} juillet 2008 l'objet d'un loyer payé par l'institut, dont le coût représenterait 2,4 millions d'euros hors charges en année pleine pour une surface de 4 300 m². En intégrant ces nouvelles charges pour l'établissement, et conformément aux prévisions de dépenses, le fonds de roulement de l'INCa pourrait atteindre un niveau très bas à la fin de l'année 2009, à un niveau de 7 à 8 millions d'euros.

Outre la subvention à l'INCa, la présente action recouvre également la participation de l'État – aux côtés de l'assurance maladie et des conseils généraux – au **financement de la politique des programmes de dépistages organisés**. Depuis l'entrée en vigueur de la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et aux responsabilités locales, qui procède à une recentralisation de la lutte contre le cancer, la moitié des départements s'est en réalité désengagée financièrement du dispositif de dépistage des affections cancéreuses.

Les crédits que consacrera l'État au dépistage des cancers en 2009, à hauteur de 41,7 millions d'euros, ont vocation à être mis en œuvre au travers des groupements régionaux de santé publique (GRSP) :

– s'agissant du **cancer du sein**, la généralisation du programme a été effective au premier trimestre 2004. Le référentiel européen préconise un taux de participation de la population cible supérieur ou égal à 70 %. Or, selon les renseignements fournis par l'indicateur de performance qui suit le « *taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein dans la population cible* »,

ce taux s'établit à 50,7 % en 2007, ce qui correspond à plus de 2 182 000 femmes dépistées au cours de l'année. Pour 2008, ce taux devrait s'établir à 55 %, la cible étant fixée à 62 % pour 2011. **L'État consacra 19 millions d'euros au dépistage organisé du cancer du sein en 2009**, avec pour objectif la participation de 55 % de la population cible ;

– l'année 2008 marque également la généralisation du dépistage organisé du **cancer colorectal** aux personnes âgées de 50 à 74 ans. Il serait de ce point de vue opportun de disposer d'un indicateur dédié au suivi du taux de participation à ce programme de dépistage : à ce stade, aucun suivi n'est prévu dans le cadre du volet performance du présent programme. Votre Rapporteur spécial le regrette d'autant plus que le niveau du soutien de l'État se révèle important, à hauteur de **22 millions d'euros en 2009** ;

– s'agissant du **cancer du col de l'utérus**, il convient de rappeler que le plan Cancer n'avait pas retenu le principe d'un dépistage organisé, mais avait au contraire recommandé de favoriser le dépistage individuel. Toutefois, plusieurs expérimentations du dépistage organisé de ce cancer sont actuellement menées : pour 2009, 0,7 million d'euros viendrait financer la poursuite des expérimentations de dépistage du cancer du col de l'utérus dans trois nouveaux départements pilotes, dans le contexte de l'arrivée sur le marché du vaccin contre l'infection à papillomavirus humain (HPV). En effet, les expérimentations existantes, en Alsace, Isère et Martinique font pour le moment l'objet d'un financement par l'assurance maladie. Il conviendrait toutefois de consacrer avant tout ces sommes à l'évaluation des expérimentations existantes, afin d'établir l'efficacité de la mise en place d'un dépistage organisé, plutôt que de s'engager *ex abrupto* dans la généralisation du dépistage ;

– enfin, concernant le **cancer de la prostate**, la dernière recommandation qui avait été demandée en 2004 à l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) avait établi que « *les bénéfices attendus de la démarche de dépistage individuel ne sont pas clairement démontrés* », conduisant ainsi à renoncer à toute promotion d'un programme national de dépistage. Il semble opportun de remettre en chantier cette question, afin de s'assurer que cette recommandation conserve aujourd'hui toute sa pertinence : une telle demande doit impérativement être adressée en ce sens à la Haute autorité de santé (HAS), héritière de l'ANAES.

Votre Rapporteur spécial approuve pleinement le lancement de ces dépistages organisés, qui revêtent une importance cruciale pour la politique de lutte contre le cancer. Il se permet toutefois d'en appeler à des mesures encore plus volontaristes pour la définition des priorités du futur plan Cancer : en effet, 340 000 cas de cancer sont détectés chaque année, contre une moyenne qui s'établissait à 180 000 lors du lancement du précédent plan Cancer en 2003. C'est dire l'urgence que réclame cette cause.

C.- UNE APPROCHE INTÉGRÉE DE LA LUTTE CONTRE L'ENSEMBLE DES PRATIQUES ADDICTIVES

La politique de santé publique s'est largement orientée depuis une quinzaine d'années vers la prise en comptes des principaux déterminants de santé : les pratiques à risques en sont un élément majeur. La consommation de tabac, d'alcool, ainsi que l'usage de drogues, constituent des facteurs de détérioration de l'état de santé. Dès lors, une lutte efficace contre ces comportements à risques s'est révélée nécessaire, et l'adoption d'une approche transversale a progressivement été privilégiée. Cette démarche s'illustre dans l'élaboration du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies qui couvre la période 2008-2011 et du plan pour la prise en charge et la prévention des addictions qui couvre pour sa part la période 2007-2011. Ces deux plans ont été plus récemment encore complétés par l'annonce de la mise en place, à partir de 2009, d'un plan « santé jeunes », qui s'attaque aux principaux déterminants de santé pour lesquels les populations jeunes apparaissent plus vulnérables, en l'occurrence en termes de pratiques addictives et de nutrition, mais aussi sur le plan de la santé mentale et de l'activité physique ou de la contraception.

En 2009, le budget consacré à la lutte contre les pratiques addictives et à risques progresse de 37,5 % par rapport à 2008, à hauteur de 18,85 millions d'euros de crédits de paiement.

Les dépenses engagées au niveau central, pour 9,6 millions d'euros d'autorisations d'engagement et 6,3 millions d'euros de crédits de paiement, seront consacrées principalement au financement d'associations têtes de réseau de lutte contre l'alcool, le tabac ou la toxicomanie, ainsi qu'en faveur d'actions de prévention auprès des jeunes. Cette enveloppe couvre également le financement, pour 1,8 million d'euros, de la mise sur le marché de trousses d'injection stérile pour les usagers de drogue.

Les 12,6 millions d'euros restants permettent de soutenir, au niveau local, des associations de lutte contre l'alcool et le tabac et des structures locales de prévention et de lutte contre la toxicomanie. Dans ce cadre, seront également financés plus de 300 programmes d'échanges de seringues et automates, une quarantaine de réseaux toxicomanie ville-hôpital, une vingtaine d'ateliers d'aide à l'insertion, six unités pour sortants de prison et trois équipes mobiles de proximité.

On peut regretter que l'approche intégrée qui prévaut pour appréhender la politique de lutte contre les pratiques à risques et les pratiques addictives ne permette plus de restituer l'effort fourni au titre de chaque risque particulier. Ainsi, les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) vont progressivement se transformer en centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), en intégrant donc les CCAA et les anciens centres de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST). Ces nouvelles structures ne permettront plus d'individualiser le coût relatif à la prise en charge de tel ou tel risque.

Toutefois, une approche intégrée de l'ensemble des pratiques addictives paraît plus cohérente et efficace qu'une approche différenciée par type de risque. Celle-ci n'est d'ailleurs pas exclusive de l'adoption de mesures phares relatives à une pratique à risque en particulier. Tel sera bien le cas dans le cadre du projet de loi n° 1210 portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires, qui prévoit notamment d'une part l'interdiction de la vente d'alcool aux mineurs et la suppression de la vente au forfait, et d'autre part l'interdiction des « cigarettes bonbons ». On peut toutefois se demander s'il n'eût pas été plus pertinent de réserver à la future loi relative à la santé publique, qui devrait être présentée au cours de l'année 2009, les mesures prises en matière de prévention et de lutte contre les pratiques addictives. On comprend certes que le lancement du plan « santé jeunes » ait conduit à la présentation de ces deux mesures dans le cadre du projet de loi portant réforme de l'hôpital. Ce type de démarche ne favorise toutefois pas la lisibilité des politiques menées au titre de la prévention et en faveur de la santé publique.

Il demeure toutefois en l'état impossible d'imputer l'augmentation des crédits à un effort particulier consenti sur l'un ou l'autre de ces risques : votre Rapporteur spécial en est donc réduit à supposer que la progression du budget est en réalité à mettre au compte du plan « santé jeunes ».

La politique de lutte contre les pratiques addictives et à risques s'adosse sur l'activité d'un opérateur, le **groupement d'intérêt public « Drogues Alcool Tabac Info Service » dit GIP DATIS**, qui gère les services d'aide à distance, par téléphone et sur Internet, dans les domaines de l'intervention en toxicomanie, en alcoologie et en addictologie. Le GIP apporte une écoute et des conseils en matière d'usage, de risques et de prévention ; il délivre des informations sur les produits, leurs effets, les risques, la loi, mais également les lieux d'accueil et de soins. En effet, il gère le répertoire national des plus de 2 500 structures spécialisées en toxicomanie, addictologie et alcoologie, et sont donc à même d'orienter les appelants en fonction de leurs besoins spécifiques. Le GIP joue également un rôle d'orientation vers les programmes adaptés dans les domaines de la prévention, des soins, de l'insertion et de la réduction des risques.

Cet acteur central émergeait jusqu'en 2007 sur le programme *Drogue et toxicomanie* de la mission *Santé*. Le transfert de ce programme à la mission *Direction de l'action du gouvernement* a conduit à plaider le rattachement de l'opérateur au programme de santé publique, qui s'avère d'autant plus légitime que le GIP assure une mission très complémentaire de celle de l'INPES.

Pour 2009, le GIP serait doté de 3,5 millions d'euros, soit une diminution de ses crédits de près de 5 %. Cette baisse se justifie d'une part par la réévaluation du plafond d'emplois du groupement, qui passe de 58 ETPT en 2008 à 55 ETPT en 2009, et d'autre part, par le projet d'intégration du GIP à l'INPES, qui rendrait possible la réalisation d'économies d'échelles.

D.- UNE REDÉFINITION INDISPENSABLE DES PRIORITÉS D'ACTION EN FAVEUR DE LA SANTÉ MENTALE

Chaque année, en France, 160 000 personnes font une tentative de suicide et 11 000 en meurent. Le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les 15-24 ans après les accidents de la route et la première cause de mortalité chez les 25-34 ans. La mise en place en 2005 du plan santé mentale visait ainsi à intégrer les différentes dimensions du problème : la prévention, le soin et l'insertion. Arrivant à échéance en 2008, le plan suppose aujourd'hui d'être évalué : il a ainsi mobilisé, sur l'ensemble de la période, plus de 287 millions d'euros, financés par l'assurance maladie – tant au titre de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) hospitalier que de l'ONDAM médico-social – mais également par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ou *via* la dotation nationale de développement des réseaux (DNDR). L'État n'a apporté qu'une faible contribution financière, dans la mesure où il joue strictement un rôle de définition des orientations et de pilotage des actions. Ces crédits globaux ont été complétés par une enveloppe du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESP) à hauteur de 188 millions d'euros.

L'exercice 2009 verra une diminution de 3,7 % des crédits de paiement consacrés par l'État à la santé mentale, diminution qui doit vraisemblablement être mise au compte de l'aboutissement du plan : ainsi, **6,27 millions d'euros d'autorisations d'engagement et 5,78 millions d'euros de crédits de paiement** iront soutenir :

– au niveau national, les associations d'usagers et de familles, les actions de formation des différents professionnels à l'injonction de soins, et enfin, des études destinées à améliorer les connaissances dans le domaine de l'autisme et des troubles envahissants du développement (TED), conformément au plan sur l'autisme annoncé le 16 mai dernier, pour un montant total de 1,2 million d'euros ;

– au niveau déconcentré, la formation au repérage de la crise suicidaire en vue d'accroître le nombre de professionnels formés, ainsi que la mise en place d'outils d'information et de mise en réseau de ces professionnels, quel que soit leur profil : soignants, enseignants, agents de l'administration pénitentiaire, etc. Ces crédits s'élèveront à 4,58 millions d'euros pour 2009.

L'année 2009 se présente donc comme une année de transition : le bilan du plan santé mentale doit permettre de dégager les priorités qui devront orienter les mesures prises dans les années à venir. Ainsi, deux commissions – l'une dans le domaine de la prévention du suicide et l'autre concernant les missions et l'organisation des soins en psychiatrie et en santé mentale – ont été chargées de dresser un tel bilan, qui doit déboucher sur des préconisations concrètes devant être mises en œuvre.

E.– LA LUTTE CONTRE LES AUTRES MALADIES CHRONIQUES

La rénovation de la maquette budgétaire au titre du nouveau programme *Prévention et sécurité sanitaire* apporte une clarification quant aux crédits affectés aux maladies chroniques : celles-ci se trouvent en effet réunies sur une seule sous-action, renvoyant au caractère transversal du plan d'amélioration de la qualité de vie des patients atteints de maladies chroniques qui couvre la période 2007-2011. Certes, le plan concerne une très grande diversité de pathologies, allant des maladies cardiovasculaires aux maladies rares, en passant par les maladies respiratoires, les maladies endocriniennes, le diabète, les maladies rénales ou les maladies musculo-squelettiques. Toutefois, il permet, au-delà des soins spécifiques requis par chaque pathologie, de prendre en compte leurs aspects communs, notamment pour l'amélioration de la vie quotidienne des patients, mais également pour une meilleure connaissance des conséquences de ces maladies sur la qualité de vie des malades.

Le coût prévisionnel du plan quinquennal s'établit à 727 millions d'euros : la part de l'État ne représente ici que 10,6 millions d'euros sur l'ensemble de la période. En effet, pour 2009, **la participation de l'État à la mise en œuvre de ce plan s'élèvera à 3,17 millions d'euros**. La répartition des crédits est présentée par le tableau suivant.

VENTILATION DES CRÉDITS DÉDIÉS À LA LUTTE CONTRE LES AUTRES MALADIES CHRONIQUES

	2009 (p)
Développement de l'offre de programmes d'éducation thérapeutique du patient ou des expérimentations de programmes d'accompagnement des malades, actions en faveur de l'insertion sociale des malades ou d'une activité physique adaptée	1
Élaboration de cartes de soins et d'urgences pour certaines maladies chroniques (asthme et bronchite chronique)	0,15
Étude de faisabilité d'un site Internet dédié aux maladies chroniques	0,15
Expérimentations d'aide à la mutualisation et à la structuration des programmes en éducation thérapeutique du patient et d'accompagnement sur des pathologies ciblées	0,5
Réalisation du volet qualité de vie de l'étude ENTRED ciblée sur les enfants et adolescents diabétiques	0,07
Actions concernant les maladies rénales et maladies du sang, les affections musculo-squelettiques, le diabète et les maladies endocriniennes	0,3
Amélioration des connaissances relatives aux maladies cardiovasculaires	0,2
Actions en faveur des maladies rares	0,6
Mise en œuvre du plan douleur et soins palliatifs	0,2
Total	3,17

Source : projet annuel de performances

Les moyens en faveur des maladies rares sont reconduits en 2009, à hauteur de 0,6 million d'euros : votre Rapporteur spécial se réjouit de cette poursuite des efforts, dans le contexte de l'arrivée à échéance du plan national maladies rares, qui couvrait la période 2005-2008. Ce plan a permis la labellisation de 132 centres de référence, et les moyens afférents, financés par l'assurance maladie à hauteur de 40 millions d'euros, seront également reconduits en 2009. D'autres avancées ont également été permises, en matière de recherche

sur ces maladies, par le biais d'une enveloppe de 26 millions d'euros ouverte sur la période dans le cadre des programmes hospitaliers de recherche clinique (PHRC). Enfin, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 a permis d'ouvrir à la prise en charge des soins non remboursables et des médicaments hors AMM pour les personnes souffrant d'une maladie rare : des protocoles nationaux de diagnostics et de soins (PNDS) sont élaborés à cet effet par les centres de référence conjointement avec la Haute autorité de santé (HAS). Ces avancées importantes ne doivent pas occulter la forte diminution qui sera enregistrée en 2009 au titre des projets de recherche sur les maladies rares, puisque seuls 5 millions d'euros sont prévus à cet effet au titre des PHRC. Or, la prise en charge des maladies rares est directement corrélée à une meilleure connaissance de ces pathologies : il convient donc plus que jamais de maintenir l'effort dans ce domaine.

V.- L'ACTION PRÉVENTION DES RISQUES LIÉS À L'ENVIRONNEMENT, AU TRAVAIL ET À L'ALIMENTATION

Une politique de santé publique efficace passe non seulement par un développement de la prévention, mais également par une meilleure connaissance des déterminants de santé : or, outre les déterminants de santé que sont les conditions sociales ou les comportements – tels que le tabagisme ou l'alcoolisme -, le rôle des facteurs environnementaux est aujourd'hui reconnu comme étant essentiel. La qualité de l'environnement, mais également celles du cadre et des conditions de travail, sont donc au cœur d'une action de santé publique centrée sur la prévention des risques de santé. De ce point de vue, il est pertinent de considérer que l'alimentation est partie intégrante de cet environnement. Elle revêt certes une dimension comportementale ; il n'en demeure pas moins que la qualité des aliments et de la nutrition est fortement corrélée aux facteurs environnementaux et sociaux.

L'ensemble de ces actions, dorénavant regroupées, bénéficiera en 2009 de 34,57 millions d'euros d'autorisations d'engagement et de 34,43 millions d'euros de crédits de paiement. L'éparpillement des crédits qui a prévalu jusqu'alors rend toutefois impossible la détermination de leur évolution par rapport à 2008.

A.- LA NUTRITION, DÉTERMINANT ESSENTIEL DE L'ÉTAT DE SANTÉ

Le second plan national nutrition santé (PNNS 2) qui couvre la période 2006-2010 met l'accent sur la prévention primaire, dont le rôle est jugé essentiel dans l'orientation des comportements nutritionnels. Il poursuit également les objectifs déjà fixés dans le premier PNNS concernant le dépistage et la prise en charge précoce des dégradations de l'état nutritionnel. De nouvelles priorités ont également été fixées par le plan, en matière notamment d'amélioration de la qualité nutritionnelle des produits alimentaires, de prise en compte spécifique des populations défavorisées qui sont particulièrement touchées par l'obésité, et par le renforcement des actions locales en faveur d'un meilleur comportement nutritionnel.

Pour 2009, la mise en œuvre du PNNS 2 mobilisera 5,42 millions d'euros d'autorisations d'engagement et 5,68 millions d'euros de crédits de paiement, soit une augmentation de plus de 30 % en termes de crédits de paiement.

Au sein de cette dotation, une nouvelle étude « Nutrinet », menée pour une durée de surveillance de cinq ans sur une cohorte de 500 000 personnes adultes, bénéficiera de 0,3 million d'euros : elle est destinée à étudier les relations entre les apports en nutriments, les aliments, les comportements alimentaires et la mortalité globale et spécifique. Cette étude a vocation à intégrer l'actuelle étude « SUVIMAX », qui suit une cohorte de 11 000 personnes depuis 1994, en surveillant leur consommation alimentaire et la survenue d'épisodes pathologiques, y compris l'obésité.

Par ailleurs, 0,44 million d'euros d'autorisations d'engagement et 0,65 million d'euros de crédits de paiement serviront à poursuivre un certain nombre d'actions déjà initiées, avec entre autres la poursuite de la collection « Les synthèses du PNNS », qui constitue une source d'information scientifique pour les professionnels de santé, l'animation du réseau des villes écomaires qui soutiennent notamment la charte « ville active du PNNS », à laquelle ont déjà adhéré 150 communes, mais également le développement d'études sur des axes importants du plan, comme la nutrition en entreprise ou plus généralement, l'image du corps.

Les actions spécifiquement orientées vers les déterminants nutritionnels du cancer – en particulier la consommation de fruits et légumes, la pratique d'une activité physique et la réduction de l'obésité – seront dotées de 0,43 million d'euros d'autorisations d'engagement et 0,48 million d'euros de crédits de paiement. Il s'agit principalement de développer les expérimentations et le réseau des acteurs sur les questions relatives à l'accessibilité des fruits et légumes, les actions en faveur des publics défavorisés, le dépistage du surpoids et la promotion de l'allaitement maternel.

Le PNNS 2 a également prévu la mise en place d'un **observatoire de la qualité des produits alimentaires**, dont la mise en œuvre a été confiée à l'institut national de la recherche agronomique (INRA) et à l'agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA) : mis en place au cours de l'année 2008, cet observatoire fait l'objet d'un cofinancement des ministères chargés de l'agriculture et de la santé. Pour 2009, 0,45 million d'euros est prévu pour le financement de l'observatoire, dont la première mission consistera à suivre les évolutions qualitatives des produits mis sur le marché et à développer pour ce faire des outils de mesure socio-économiques.

Enfin, les services déconcentrés bénéficieront de 3,8 millions d'euros en 2009 pour la mise en œuvre, dans le cadre des plans régionaux de santé publique (PRSP), des objectifs fixés par le second plan nutrition santé.

On rappellera également que la mise en place, par décret du 26 mars 2006, d'une taxe égale à 1,5 % de l'investissement publicitaire pour les annonceurs et promoteurs qui dérogent à l'obligation de faire figurer une information à caractère sanitaire dans leurs messages publicitaires en faveur de certains aliments ou boissons, contribue directement aux objectifs du PNNS. Le produit de cette taxe, qui figure à l'article 1609 *octovicies* du code général des impôts, est reversé à l'INPES, dont les études réalisées sur l'impact de ces messages, ont pu démontrer l'influence sur les attitudes et les comportements d'achat. Outre le très faible rendement de cette taxe, lié à la très large apposition des messages sanitaires aux publicités alimentaires, on peut également s'interroger sur le biais que l'apposition de ces messages est susceptible d'exercer sur une partie des consommateurs, avec un risque de confusion éventuelle entre le produit promu et le message de prévention diffusé.

B.- L'EFFET DE L'ENVIRONNEMENT ET DE L'ALIMENTATION SUR LA SANTÉ

Les progrès techniques considérables des dernières décennies ont malheureusement un impact sur l'environnement, potentiellement catastrophique si l'on pense aux dangers constitués par l'amiante, mais plus généralement aussi par la pollution de l'air ou de l'eau par le rejet des pesticides. La connaissance de l'effet de la pollution des milieux et de l'alimentation sur la santé est donc un enjeu majeur de santé publique ; elle est en tout état de cause un préalable à la définition des mesures appropriées pour réduire ces risques.

Sur le budget de l'État, les moyens mobilisés en faveur de la prévention des risques liés à l'environnement s'établiront à 17,62 millions d'euros en 2009, contre 14,7 millions d'euros en 2008, soit une progression de 19,9 % des crédits.

Les actions menées répondent globalement aux objectifs fixés par le plan national santé-environnement qui couvre la période 2004-2008, mais également certains objectifs spécifiques, rendus nécessaires par la prise de conscience des conséquences dommageables de certains produits sur la santé humaine - notamment le chlordécone et les polychlorobiphényles (PCB).

1.- Un manque total de lisibilité de la répartition des crédits et des actions menées au titre du PNSE

Le plan national santé-environnement (PNSE) 2004-2008 répond aux objectifs généraux de garantie d'un air et d'une eau de bonne qualité, de prévention des pathologies d'origine environnementale et notamment des cancers, d'amélioration de l'information du public et de protection des populations sensibles, en particuliers les enfants et les femmes enceintes.

Les actions menées au titre du présent programme répondent à plusieurs objectifs chiffrés fixés par le plan et devant être atteints à l'échéance de celui-ci en 2008. L'année 2009 se donnera de ce point de vue comme une année

transitoire, qui prolongera en réalité les objectifs retenus dans le cadre du PNSE, dans l'attente de l'élaboration d'un nouveau plan, qui doit intégrer les préconisations du Grenelle de l'environnement.

Dans le domaine de la qualité des eaux d'alimentation et des eaux de baignade, les crédits prévus pour 2009 s'établissent à 4,34 millions d'euros d'autorisations d'engagement et 4,55 millions d'euros de crédits de paiement. Quatre axes majeurs guident les actions menées :

– Le PNSE 2004-2008 prévoit notamment la réduction de 50 % de l'incidence de la légionellose : à ce titre, 0,4 million d'euros sera affecté en 2009 à la poursuite des plans de prévention et de lutte contre les légionelloses, à travers notamment une étude relative aux rejets des tours de refroidissement des centrales nucléaires, et par le contrôle des établissements de santé et des établissements recevant du public (crèches, écoles, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, hôpitaux, etc.).

– la directive européenne 2006/7/CE du 15 février 2006 concernant la gestion de la qualité des eaux de baignade, transposée en droit français dans la loi n° 2006-1772 du 30 décembre 2006 sur l'eau et milieux aquatiques conduit à renforcer la maintenance et le développement des systèmes d'information pour la qualité de l'eau : à ce titre, 0,46 million d'euros d'autorisations d'engagement et 0,3 million d'euros de crédits de paiement sont prévus en 2009 pour la refonte des systèmes d'information SISE-Eaux et SISE-Baignades, et le développement de SISE-Eaux, afin de faciliter l'intégration automatique des données relatives aux contrôles effectués sur le terrain et de réaliser des bilans de la qualité des eaux ;

– les services déconcentrés seront également amenés à renforcer le contrôle et l'inventaire des perturbateurs endocriniens dans la ressource en eau et la surveillance des agents pathogènes, afin d'améliorer de façon générale la qualité des eaux de boisson et de loisirs. Pour 2009, 1,9 million d'euros est prévu à cet effet ;

– enfin, le reste des crédits sera réparti entre les services déconcentrés, qui bénéficieront de 1,1 million d'euros pour le financement des astreintes des laboratoires BIOTOX eau et la mise en place d'un programme d'analyses en vue de la future directive communautaire relative à l'eau potable, et les services centraux, puisque ces derniers seront dotés de 1,22 million d'euros d'autorisations d'engagement et de 1,64 million d'euros de crédits de paiement pour financer des études sur la prolifération des algues toxiques dans les eaux, élaborer des référentiels concernant les risques relatifs aux eaux d'alimentation et permettre une meilleure articulation des laboratoires notamment pour la détection des cyanobactéries dans les eaux.

En marge de ces actions, un financement complémentaire sera apporté, à hauteur de 0,12 million d'euros, en faveur de la surveillance sanitaire des 158 sites de pêche à pied de loisir dans 13 départements côtiers, conformément aux

recommandations de l'AFSSA. Ce dispositif, qui porte davantage sur les aspects liés à l'alimentation, est destiné à prévenir les intoxications liées à la consommation des coquillages.

Dans le champ des risques chimiques et physiques, de la qualité de l'air extérieur et de l'élimination des déchets, 1,68 million d'euros d'autorisations d'engagement et 1,7 million d'euros de crédits de paiement soutiendront les principales priorités fixées en 2009, qui concerneront :

– le renforcement de la toxicovigilance, afin de développer le système d'information des centres anti-poisons et financer l'astreinte effectuée par ces centres, permettre l'ouverture effective du portail déclaratif des produits industriels et assurer la maintenance du logiciel de gestion des alertes ;

– la surveillance aérobiologique, qui doit permettre de diffuser des prévisions relatives aux pollens auprès du public et des réseaux de soins spécialisés ;

– le suivi de l'élimination des déchets d'activités de soins à risque infectieux ;

– et enfin, des travaux d'expertise et de recherche dans les domaines de la biosurveillance, de l'évaluation des risques liés aux nanotechnologies et aux champs électromagnétiques.

Dans le domaine de l'habitat et du bruit, le PNSE se donne plusieurs objectifs, tels que la lutte contre l'habitat indigne, la surveillance et l'amélioration de la qualité de l'air intérieur, ainsi qu'une meilleure connaissance de l'impact sanitaire du bruit. Au total, 4,16 millions d'euros d'autorisations d'engagement et 3,89 millions d'euros de crédits de paiement seront consacrés à ces actions en 2009, qui mêleront :

– en matière de bruit, la prévention des risques auditifs, la réalisation d'études sur l'exposition des Français au bruit et l'impact sanitaire du bruit des aéroports, ainsi que l'animation des pôles de compétence bruit ;

– en termes de lutte contre l'habitat insalubre, la définition de réglementations, de procédures et de cahiers des charges visant à encadrer les règles relatives à l'habitat, la mobilisation des services déconcentrés dans la lutte contre l'habitat indigne, et enfin, l'appui au déploiement du système d'information en santé-environnement SISE-Habitat ;

– et enfin, dans le domaine de la qualité de l'air intérieur, la réalisation d'enquêtes sur les risques liés aux polluants de l'air intérieur et le financement de l'observatoire de la qualité de l'air intérieur.

La prévention et la réduction des risques spécifiques liés à l'utilisation du chlordécone en Martinique et en Guadeloupe constituent un objectif majeur du PNSE : l'ampleur des dégâts à toutefois conduit à mettre en place un **plan**

d'action spécifique chlordécone sur la période 2008-2010, **qui bénéficiera de 1,32 million d'euros pour 2009**. Ce plan vise à renforcer la connaissance des milieux, diminuer l'exposition de la population et mieux connaître les effets de ce produit sur la santé ; il entend assurer une alimentation saine, en développant la traçabilité des produits et en gérant les milieux contaminés, au besoin en proposant des mesures d'accompagnement aux agriculteurs. Enfin, il propose d'améliorer l'information de la population antillaise sur cette question. Les moyens mobilisés pour 2009 permettront :

– de poursuivre l'étude confiée à l'INSERM sur les conséquences du chlordécone sur les grossesses et le développement des enfants ;

– de renforcer les registres de cancers mis en place par l'InVS, le dispositif de toxicovigilance ainsi que la veille et la surveillance dans ces deux départements ;

– d'enrichir les informations mises à disposition par l'AFSSET sur l'ensemble des données relatives au chlordécone et aux autres pesticides utilisés dans les Antilles ;

– et enfin de finaliser la caractérisation du risque lié à l'exposition aux résidus de pesticides qui incombe à l'AFSSA.

Outre ces actions menées au titre des objectifs inclus dans le PNSE, deux enveloppes concernent des dépenses « transversales » : ainsi, une dotation de 0,26 million d'euros d'autorisations d'engagement et de 0,22 million d'euros de crédits de paiement sera affectée en 2009 à l'ensemble des opérations d'information et de formation, tandis que 3,68 millions d'euros financeront essentiellement la mise en œuvre des plans régionaux de santé environnement, déclinaisons au niveau territorial du plan national.

Enfin, en marge du PNSE, a également été mis en place **un plan d'action interministériel pour lutter contre les conséquences de la pollution des rivières par les polychlorobiphényles (PCB)**. Outre la réduction des rejets de PCB, il s'agit d'améliorer les connaissances scientifiques relatives à ces composés chimiques, de renforcer les contrôles sur les poissons destinés à la consommation et accompagner les pêcheurs concernés par les mesures de gestion des risques qui devront être prises dans ce cadre. À ce titre, **1,09 million d'euros est prévu en 2009** pour la poursuite de l'étude d'imprégnation nationale aux PCB.

*

* *

Votre Rapporteur spécial tient à souligner qu'un **sentiment de grande confusion prédomine à la lecture de la présentation des crédits affectés à la prévention des risques liés à l'environnement, au travail et à l'alimentation**. La création de cette action aurait dû donner lieu à une clarification des crédits affectés respectivement aux aspects nutritionnels, alimentaires et environnementaux de la santé. C'est loin d'être le cas : en effet, si l'on peut comprendre l'interdépendance forte entre la surveillance des poissons dans les sites de pêche et la surveillance de la qualité des eaux en général, la présentation des crédits gagnerait à être rationalisée. Ainsi, il est incompréhensible que des crédits relatifs à l'organisation du diplôme national de thanatopracteur figurent au titre des dépenses de santé-environnement. On comprend encore moins les raisons qui ont conduit à séparer les crédits centraux et les crédits déconcentrés de la prévention et de la lutte contre la légionellose, tandis que les dépenses des services déconcentrés concernant l'amélioration de la qualité des eaux de boisson et de loisirs ne sont pas comprises dans la présentation des crédits affectés à la qualité des eaux d'alimentation et des eaux de baignade. Cette situation aboutit à une absence totale de lisibilité des actions menées en application du plan national santé environnement (PNSE), ce que l'on constate avec regret.

L'élaboration d'un nouveau PNSE intégrant les acquis du Grenelle de l'environnement et prenant acte de l'évaluation à mi-parcours du premier plan national devrait intervenir en 2009 : à cette occasion, il serait souhaitable de refondre totalement la nomenclature retenue pour la ventilation des crédits affectés à la prévention de ces risques.

2.- L'AFSSA et l'AFSSET, deux opérateurs centraux dans le champ des risques liés à l'environnement et aux aliments

La prévention des risques liés à l'environnement, au travail et à l'alimentation fait intervenir deux opérateurs : l'agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (AFSSET) et l'agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA). La confusion qui prévaut à la lecture de la présentation de la ventilation des crédits de l'action a malheureusement tendance à rejaillir sur les deux opérateurs. Il est en effet difficile de distinguer les compétences propres de l'une ou de l'autre agence dans certains domaines, tels que les pesticides.

a) L'AFSSET, une agence qui peine à trouver sa véritable place

Créée en 2005 à l'occasion de l'extension des compétences de l'ancienne agence française de sécurité sanitaire environnementale (AFSSE) dans le cadre de la mise en place du plan « Santé au travail », l'AFSSET, ainsi apparue plus tardivement dans le paysage des agences sanitaires, a rencontré des difficultés pour affirmer son rôle et se positionner dans certains secteurs. Si sa compétence dans le champ de la santé au travail ne pose pas de problème – par exemple pour

ce qui concerne l'amiante –, en revanche, ses missions exactes deviennent plus difficiles à définir dans d'autres domaines, en particulier celui des pesticides. Ces obstacles ont conduit à cantonner l'agence dans un rôle de tête de réseau : n'ayant pas à développer d'expertise propre, mais à coordonner le réseau des experts et des chercheurs *via* ses appels à projets, l'agence s'est toutefois ainsi trouvée fragilisée, parce que disposant de moyens beaucoup plus faibles que ceux de ses grandes sœurs que sont l'AFSSA, l'AFSSAPS ou l'InVS. L'agence est également soumise à une triple tutelle - santé, écologie et travail –, qui ne contribue pas à faciliter l'identification de ses compétences.

Ce rôle d'animation et de tête de réseau de l'agence a été confirmé dans le cadre de la signature du contrat d'objectifs et de moyens portant sur la période 2008-2011, qui a également demandé à l'AFSSET de renforcer son expertise sur les risques liés aux substances et produits chimiques. Le tableau suivant présente le budget de l'agence au titre de 2008.

BUDGET PRÉVISIONNEL DE L'AFSSET EN 2008

(en millions d'euros)

Recettes		Dépenses	
Subventions de l'État	17,92	Personnel	8,77
<i>dont ministère chargé du travail</i>	9,22	Fonctionnement	15,35
<i>dont ministère chargé de l'environnement</i>	5,81	Investissement	1,3
<i>dont ministère chargé de la santé</i>	2,89		
Ressources propres	7,5		
Total	25,42	Total	25,42

Source : ministère de la Santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative

Pour 2009, la subvention versée par le ministère de la santé progresserait de 22,6 %, pour s'établir à 3,7 millions d'euros, contre 3,02 millions d'euros en 2008 en intégrant la réserve de précaution. Le ministère chargé de l'écologie devrait également revoir à la hausse sa contribution au fonctionnement de l'AFSSET, à hauteur de 6,59 millions d'euros, tandis que la participation du ministère chargé du travail diminuerait, passant de 9,31 millions d'euros en 2008 à 7,72 millions d'euros en 2009. Au total, les subventions de l'État s'établiraient donc à 18,01 millions d'euros.

Le plafond d'emplois de l'opérateur devrait rester stable en 2009, à hauteur de 115 ETPT, avec toutefois une augmentation de 3 ETP (équivalents temps plein) correspond aux emplois hors plafond, qui passent ainsi à 5 ETP.

Dans le cadre des missions confiées à l'AFSSET au titre de la santé environnementale, l'année 2009 sera notamment mise à profit pour animer l'observatoire des résidus de pesticides placé sous l'administration de l'agence, pour poursuivre le travail engagé sur le chlordécone, mais également pour la mise en œuvre du règlement européen REACH – *Registration, Evaluation and Authorisation for Chemicals*. L'AFSSET est en effet chargée, dans le cadre de l'application de la réglementation REACH, de la préparation des dossiers français des substances, qui, en fonction de l'évaluation des risques, seront soumises à autorisation, restriction ou classification.

Il est essentiel de consolider la place de l'AFSSET dans le paysage sanitaire actuel. Ainsi, le futur plan national santé environnement (PNSE) pourrait ne pas conférer un rôle important à l'agence, qui a pourtant rempli des missions centrales au titre du premier PNSE. Une telle réorientation semblerait présager une réforme du système des agences. De ce point de vue, une alternative semble s'offrir : en effet, une fusion de l'AFSSET avec l'AFSSA pourrait être envisagée, mais elle aurait pour inconvénient majeur de gommer les missions spécifiques qui sont celles de l'AFSSET en matière de santé au travail comme en matière d'environnement en général. Or, la visibilité et le traitement spécifiques que les risques environnementaux exigent dans nos sociétés pourraient rendre au contraire indispensable un renforcement de l'agence : il s'agirait alors de faire d'elle une véritable agence de moyens, en lui adjoignant l'expertise qui est aujourd'hui celle tant de l'institut national de l'environnement industriel et des risques (INERIS), de l'institut national de recherche et de sécurité (INRS) et du bureau d'évaluation des risques des produits et agents chimiques (BERPC). Votre Rapporteur spécial considère qu'**une clarification doit en tout état de cause intervenir rapidement.**

b) L'AFSSA pourrait voir son rôle renforcé en matière d'évaluation de la qualité nutritionnelle des aliments

Créée par la loi du 1^{er} juillet 1998 relative à la veille et la sécurité sanitaire, l'agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA) exerce des fonctions d'évaluation des risques sanitaires et nutritionnels, de recherche et d'appui scientifique et technique en matière de sécurité des aliments, depuis la production des matières premières jusqu'à la distribution au consommateur final. Elle a également des missions spécifiques en matière de santé animale et de médicaments vétérinaires, domaine pour lequel elle dispose d'un pouvoir de contrôle. Enfin, elle a un rôle de veille, d'alerte et d'information dans son champ de compétences. La loi d'orientation agricole du 5 janvier 2006 lui a confié une mission d'évaluation des intrants végétaux.

L'AFSSA est une agence dotée de moyens humains considérables : en effet, **son plafond d'emplois s'est élevé à 1 082 ETPT en 2008.**

Son budget s'est établi à 111,32 millions d'euros en 2008, comme l'indique le tableau suivant.

BUDGET DE L'AFSSA EN 2008

(en millions d'euros)

Recettes		Dépenses	
Subventions de l'État	59,08	Personnel	59,45
<i>Dont ministère chargé de la santé</i>	7,8	Fonctionnement	27,44
<i>Dont ministère chargé de l'agriculture</i>	51,28	Autres dépenses	9,3
Autres subventions	9,56	Investissement	15,14
Taxes et redevances	11,82		
Ventes de produits et services divers	6,7		
Autres ressources	7,35		
Recettes d'investissement	4,55		
Reprise sur fonds de roulement	12,27		
Total	111,32	Total	111,32

Source : ministère de la Santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative

L'AFSSA reste un opérateur intervenant principalement dans le champ de la sécurité alimentaire, qui relève du ministère de l'Agriculture. C'est pourquoi la participation de celui-ci au budget de l'agence reste environ six fois plus importante que celle versée par le ministère de la Santé. On remarquera qu'un important prélèvement sur fonds de roulement – de 12,26 millions d'euros – a dû être opéré par l'agence au titre de l'exercice 2008 : celui-ci est ainsi ramené à son niveau prudentiel à hauteur de 5 millions d'euros.

Pour 2009, la subvention du ministère chargé de la santé devrait progresser de 17,3 % pour s'établir à 9,5 millions d'euros, contre 8,1 millions d'euros pour 2008 en intégrant la réserve de précaution. Cette augmentation de la dotation est principalement destinée à financer la tranche 2009 du programme d'investissement couvrant la période 2008-2011 : il s'agit principalement de la construction de bâtiments et laboratoires nouveaux nécessaires à la réalisation des objectifs assignés à l'établissement.

Les missions confiées à l'agence au titre des risques pour la santé humaine liés à l'alimentation s'accroissent sensiblement : en effet, il est prévu de confier à l'AFSSA la mise en œuvre du système de vigilance sur les compléments alimentaires, pour les aliments qui font l'objet d'adjonction de substances à but nutritionnel ou physiologique ainsi que les produits destinés à une alimentation particulière. Par ailleurs, une adaptation et un renforcement des capacités et des outils de l'agence seront nécessaires pour qu'elle puisse évaluer l'application et l'efficacité du plan national nutrition santé (PNNS 2), notamment au travers de l'observatoire de la qualité alimentaire. Enfin, l'agence doit poursuivre en 2009 l'étude d'imprégnation par les PCB des consommateurs de produits de rivière.

La subvention du ministère de l'agriculture serait quant à elle fixée à 52,22 millions d'euros pour 2009.

VI.– LA RÉPONSE AUX ALERTES ET LA GESTION DES URGENCES, DES SITUATIONS EXCEPTIONNELLES ET DES CRISES SANITAIRES

La multiplication des menaces de crises sanitaires d'origines diverses et d'une ampleur inégalée – canicule, pandémie grippale, bioterrorisme, etc. – a conduit les pouvoirs publics à remanier en profondeur le système français d'alerte et de gestion des urgences.

Le pilotage du système de gestion des crises au niveau central a tout d'abord donné lieu à la mise en place, au sein de la direction générale de la santé, d'un département des urgences sanitaires (DUS). Celui-ci a d'ailleurs été lui-même réorganisé en mai 2007 afin de regrouper l'ensemble des fonctions liées à la préparation et à la gestion d'alertes sanitaires, auparavant réparties entre la cellule de gestion des risques de la direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins (DHOS) et les services du Haut fonctionnaire de défense et de sécurité (HFDS). Le DUS devient ainsi la porte d'entrée unique des alertes sanitaires au sein du ministère chargé de la santé. Pour mener à bien ses missions, les moyens humains du DUS devraient être portés de 35 à 40 agents en 2009.

L'action du DUS passe principalement par la définition de plans d'actions qui prévoient, pour chaque situation identifiée, les mesures appropriées et les acteurs principaux qui doivent être mobilisés. Ces plans incluent des exercices, destinés à tester « en situation » leur faisabilité. Le plan de lutte contre la pandémie grippale, de même que le plan canicule, tous deux élaborés en 2004, en constituent des exemples. Par ailleurs, la gestion des alertes et des crises passe par un important travail d'information, des professionnels et du public : cette information peut par exemple être diffusée aux 31 000 professionnels de santé abonnés à la messagerie « DGS Urgent » ou aux 60 000 professionnels inscrits au Réseau sanitaire et social.

Deux indicateurs de performance mesurent l'efficacité et la réactivité du département des urgences sanitaires (DUS) :

– il s'agit d'une part d'un indicateur mesurant le « *pourcentage de plans nationaux et de procédures ayant fait l'objet d'un retour d'expérience ou d'un exercice au cours des trois dernières années* ». En 2008, ce taux devrait s'établir à 80 % pour les plans et à 75 % pour les procédures modifiées ou créées dans un délai de douze mois à la suite d'alertes sanitaires ayant fait l'objet d'un retour d'expérience. Ces deux indicateurs semblent satisfaisants d'un point de vue qualitatif, mais il reste en l'état difficile de les exploiter, dans la mesure où les meilleurs résultats enregistrés au titre des plans en 2007 ne font l'objet d'aucune explication ;

– un second indicateur mesure le « *pourcentage des agents assurant des astreintes formés à la gestion des alertes sanitaires* » : ce taux, de 40 % en 2007, devrait être de 60 % en 2008 et être porté à 65 % en 2009. On constate un important décalage entre les prévisions et les résultats effectifs, liés au fait que jusqu'en 2007, les mesures et les projections ne concernaient que les seuls agents d'administration centrale. Or, la réorganisation de la DGS en 2007 a conduit au départ de nombreux cadres qui avaient été formés en 2006 à la gestion des alertes. Qui plus est, l'indicateur apparaît aujourd'hui exhaustif, puisqu'il concerne également les cadres des services déconcentrés et des agences sanitaires assurant des astreintes opérationnelles.

Par ailleurs, la loi n° 2007-294 du 5 mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur a prévu la mise en place d'une réserve sanitaire de même qu'elle a créé l'établissement public de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS), chargé de la gestion de cette réserve, mais également de celle du « stock national santé », qui comporte l'ensemble des médicaments, des vaccins et des matériels nécessaires à la protection de la population pour répondre à des besoins de santé publique immédiats en cas de déclenchement d'une crise.

Un indicateur de performance spécifique mesure l'activité de l'EPRUS, par le biais du « *pourcentage du coût de fonctionnement de l'EPRUS par rapport à son budget total* ». Outre que cet indicateur demeure à ce jour inexploitable en

raison du délai nécessaire à l'établissement pour devenir opérationnel, il ne semble pas adapté aux exigences d'une évaluation de la performance, qui suppose de pouvoir prendre la mesure, sur le fond, des actions menées par la structure concernée. Ainsi, il serait plus pertinent de réfléchir à la mise en place d'un indicateur de suivi de la mise sur pied du corps de réserve sanitaire ou d'évaluation de la réactivité de l'EPRUS en matière de renouvellement ou d'acquisition des produits dans le cadre de la gestion du « stock national santé ».

Les moyens globaux consacrés en 2009 à la réponse aux alertes et à la gestion des urgences et des crises sanitaires s'élèveraient à 46,9 millions d'euros d'autorisations d'engagement et à 75,9 millions d'euros de crédits de paiement. Ce budget recouvre deux types de dépenses :

– la subvention versée à l'EPRUS ;

– ainsi que les crédits de fonctionnement courant dédiés à la gestion des alertes et des crises.

A.– LA DIFFICULTÉ DE L'EPRUS À TROUVER SA PLACE

L'établissement public de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) a pris en 2007, lors de sa création, la succession du fonds prévention des risques sanitaires (FOPRIS), qui n'avait été institué que pour remplacer de façon transitoire le fonds de concours « Biotox » jugé en 2006 contraire à la loi organique relative aux lois de finances du 1^{er} août 2001 par le Conseil constitutionnel ⁽¹⁾. Il est financé à parité par l'État et par l'assurance maladie.

La mise sur pied d'un corps de réserve sanitaire requiert au préalable la constitution d'un vivier, la contractualisation avec les réservistes, puis la gestion des visites médicales et des exercices auxquels ils doivent se soumettre. Ces premiers éléments ayant été définis, l'établissement est ensuite chargé de la gestion du déploiement des réservistes, ainsi que de leur rémunération.

L'EPRUS doit également mettre en place, en son sein, un établissement pharmaceutique chargé de fabriquer et exploiter des médicaments, et le cas échéant, d'acquérir, importer, exporter ou veiller à la bonne distribution des produits issus de ce stock stratégique.

La première dotation budgétaire de l'État à l'EPRUS est intervenue dans le cadre de la loi de finances initiale pour 2008 : en effet, en 2007, l'établissement a simplement repris tous les droits et obligations du FOPRIS, dont les ressources s'établissaient à plus de 215 millions d'euros – dont 26 millions d'euros en provenance de l'État, 135 millions d'euros en provenance de l'assurance maladie et enfin, 54,5 millions d'euros correspondant au solde des opérations du fonds. L'établissement n'a toutefois réellement démarré son activité qu'au cours de l'année 2008, pour laquelle il a bénéficié de 75 millions d'euros d'autorisations

(1) *Décision n° 2005-528 DC du 15 décembre 2005 sur la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006.*

d'engagement et de 55 millions d'euros de crédits de paiement de la part du budget de l'État. C'est pourquoi l'excédent dégagé en 2007 se révèle particulièrement élevé, à hauteur de 189,2 millions d'euros : on notera à cet égard qu'en 2007, l'établissement ne comptait que 5 ETPT, l'effectif étant passé à 23 ETPT en 2008. L'évolution du budget de l'EPRUS en 2007 et 2008 est retracée dans le tableau suivant.

ÉVOLUTION DU BUDGET DE L'EPRUS EN 2007 ET 2008

(en millions d'euros)

Dépenses	Exécution 2007	2008 (p)	Recettes	Exécution 2007	2008 (p)
Personnel	0,75	2,5	Ressources de l'État	26	55
Fonctionnement	0,922	17,2	dont subventions de l'État	26	55
Intervention	25,3	110,3	dont ressources fiscales	0	0
			Autres subventions	135	75
			Ressources propres et autres	54,45	0
Total des dépenses	26,3	130	Total des recettes	215,45	130
Bénéfice	189,15		Perte		
Total à l'équilibre	215,45	130	Total à l'équilibre	215,45	130

Source : projet annuel de performances

Avec un budget de 130 millions d'euros en 2008, l'EPRUS a principalement engagé le renouvellement de certains produits et matériels destinés à maintenir un stock de précaution suffisant, et complété le stock existant de masques FFPS par l'acquisition de 200 000 masques supplémentaires. Un stock complémentaire de vaccins anti-méningococciques B et C doit également être constitué par l'EPRUS, qui passe parallèlement des marchés d'importation, de destruction et de transport urgent en froid.

La montée en charge de l'établissement aurait donc dû se confirmer en 2008 : toutefois, l'établissement a peiné à trouver sa place au sein du réseau formé par les acteurs de la gestion des alertes et des crises sanitaires. Votre Rapporteur spécial n'a ainsi pu auditionner le directeur de l'établissement, qui avait quitté ses fonctions au mois d'août 2008 et dont le remplaçant n'a été nommé que très tardivement, au cours du mois d'octobre. Cette situation, qui illustre les difficultés rencontrées par l'EPRUS, a mis à mal la montée en charge de l'établissement. Celui-ci n'a en effet pas vocation à devenir une nouvelle agence opérationnelle : sa création répond aux besoins d'une direction ministérielle de disposer d'une entité capable de gérer les importants stocks de médicaments et la mise en place de la réserve sanitaire. La récente solution du problème de la nature des missions de l'établissement devrait ainsi confirmer l'EPRUS dans ce rôle de gestionnaire.

Le budget 2009 de l'établissement devrait s'élever à 88 millions d'euros d'autorisations d'engagement et 117 millions d'euros de crédits de paiement, avec une contribution de l'assurance maladie ramenée à 44 millions d'euros et une **subvention de l'État qui passerait à 44 millions d'euros en autorisations d'engagement et 73 millions d'euros en crédits de paiement**. L'effort de l'État s'inscrit donc en diminution de 40 % en termes d'autorisations d'engagement, mais en progression de 33 % en termes de crédits de paiement. Ce contraste

renvoie à une stabilisation progressive des moyens de l'établissement correspondant à sa montée en charge.

On assistera encore à une progression des effectifs de l'EPRUS en 2009, qui devraient s'élever à 35 ETPT. Le budget de fonctionnement de l'établissement passerait donc à 6,5 millions d'euros, et serait consacré aux frais de personnel ainsi qu'à l'installation physique de la structure. Une somme de 13,5 millions d'euros irait à l'accroissement des stocks stratégiques. Le reste des dépenses concerne le renouvellement des stocks existants – notamment pour les équipements destinés à la lutte contre une pandémie grippale, contre le bioterrorisme ou contre les menaces épidémiologiques – ainsi que la poursuite de la mise sur pied de la réserve sanitaire, qui entraînera en 2009 un besoin supplémentaire de formation et en équipement. L'exercice 2009 devra également voir la mise en place effective de l'établissement pharmaceutique au sein de l'EPRUS.

B.– LES MOYENS DE FONCTIONNEMENT CONSACRÉS À LA RÉPONSE AUX CRISES SANITAIRES

Outre le financement de l'EPRUS, opérateur central de l'État chargé de la gestion des stocks stratégiques et du corps de réserve sanitaire, les moyens mis en œuvre au service de la réponse aux crises sanitaires concernent principalement le fonctionnement de la délégation interministérielle à la lutte contre la grippe aviaire (DILGA), ainsi que la mise en œuvre du programme civil de défense (PCD). **Les crédits afférents s'établissent à 3,1 millions d'euros pour 2009.**

L'essentiel des moyens mis en œuvre au titre de la menace de pandémie grippale est bien entendu porté par l'EPRUS, à travers l'achat et le stockage de médicaments antiviraux et de masques chirurgicaux et de protection, tandis que les aspects liés à la menace d'une épizootie et notamment aux mesures d'abattage des animaux contaminés est portée par le ministère chargé de l'agriculture : le pilotage de la politique de lutte contre la menace de pandémie grippale dans sa dimension sanitaire est toutefois assuré par la délégation interministérielle à la lutte contre la grippe aviaire (DILGA). Mise en place en 2005 pour coordonner le premier plan national de prévention et de lutte contre une pandémie grippale d'octobre 2005, **la DILGA** est l'instance de coordination interministérielle chargée de la mise en œuvre des actions du plan qui a, depuis, déjà fait l'objet de deux réactualisations, mais elle joue également un rôle d'information et communication sur le territoire national de même qu'elle est l'acteur de premier plan de la coopération internationale en matière de lutte contre la menace d'épidémie de grippe aviaire. **Ses moyens, revus à la baisse en 2009 à hauteur de 0,45 million d'euros** contre 0,5 million d'euros en 2008, seront principalement destinés à assurer son fonctionnement courant ainsi que celui du comité d'initiative et de vigilance civique (CIVIC) qui agit comme un groupe d'experts auprès de la DILGA.

Le département des urgences sanitaires de la DGS bénéficiera quant à lui de 65 000 euros pour financer l'organisation de colloques et de séminaires sur ses missions, et en particulier sur la grippe aviaire, et la traduction de documents de travail dans le cadre des ses échanges internationaux.

Mis en place à la suite de la dispersion du bacille du charbon (anthrax) aux États-Unis en octobre 2001, le plan « Biotox » fixe les actions à conduire en cas de risque biologique. Au niveau territorial, une centaine de services d'aide médicale urgente (SAMU) a été équipée de matériels de protection et de décontamination, tandis qu'ont été désignés douze établissements de santé de référence « Nucléaire, Radiologique, Bactériologique ou chimique » (NRBC) qui assurent un appui technique et une prise en charge thérapeutique en cas d'accident. Ces établissements, qui disposent de moyens spécialisés et d'expertise, de stocks d'antibiotiques et d'antidotes, sont en très grande partie financés par le programme civil de défense (PCD). **Pour 2009, 1,6 million d'euros est prévu au titre de la présente action pour mettre à la disposition des SAMU des moyens nécessaires à l'exercice de la médecine d'urgence en situation exceptionnelle**, notamment des postes sanitaires mobiles (0,31 million d'euros), une plateforme nationale (0,1 million d'euros), des équipements de communication (0,39 million d'euros) et de protection contre les risques NRBC (0,8 million d'euros).

Les autres actions financées au titre de la gestion des urgences et des crises sanitaires permettront le fonctionnement de la plateforme de gestion des alertes, l'organisation des retours d'expérience et le développement d'un outil informatique d'aide à la gestion des alertes, pour un montant de 0,4 million d'euros, la constitution d'une réserve pour faire face rapidement à des situations d'urgence, à hauteur de 0,34 million d'euros, et enfin, la réalisation d'études visant à améliorer l'opérationnalité des plans de réponse aux menaces sanitaires grave, pour 0,25 million d'euros.

VII.– LA QUALITÉ, LA SÉCURITÉ ET LA GESTION DES PRODUITS DE SANTÉ ET DU CORPS HUMAIN

La rationalisation opérée dans le cadre de la refonte de la maquette budgétaire du nouveau programme *Prévention et sécurité sanitaire* a le mérite de restituer toute sa lisibilité à la politique sanitaire des produits de santé et du corps humain, auparavant diluée entre plusieurs actions du programme *Veille et sécurité sanitaires* de la mission *Sécurité sanitaire*. En effet, le regroupement des crédits concourant à cette politique permet d'obtenir une vision unifiée des actions menées à ce titre, et en particulier, des opérateurs centraux qui les portent, en l'occurrence, l'agence de la biomédecine (ABM) et l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS). La présente action recouvre ainsi l'ensemble des moyens consacrés par l'État à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, des pratiques professionnelles, des recherches biomédicales, des produits de santé et des produits du corps humain.

En 2009, le budget alloué à ces actions s'élèvera à 22,52 millions d'euros. Il recouvre en quasi intégralité les subventions pour charges de service public versées aux deux opérateurs, pour 22,1 millions d'euros. Le reste des crédits est consacré :

– d'une part, à la mise en place, en 2009, de la première phase de l'évaluation auprès des patients, des médecins et des pharmaciens de la mise à disposition des médicaments devant le comptoir dans les officines de pharmacie, à la suite de la publication du décret n° 2008-641 du 30 juin 2008, pour un montant de 0,21 million d'euros d'autorisations d'engagement et de 0,11 million d'euros de crédits de paiement ;

– et d'autre part, à différentes actions de soutien et de partenariats de la DGS avec l'académie nationale de la pharmacie, l'association « Les rencontres annuelles de pharmacologie clinique de Giens », et avec la Conférence nationale des comités de protection des personnes pour la recherche biomédicale (CNCP), au développement d'études sur l'évaluation des pratiques « non conventionnelles » par des professionnels de santé et sur les conditions réelles d'utilisation des produits de santé après leur commercialisation, et enfin, dans le cadre de la réforme de la biologie, à l'amorçage de la pratique de l'accréditation des laboratoires d'analyses de biologie médicale par le Comité français d'accréditation (COFRAC). L'ensemble de ces mesures représente un coût de 0,19 million d'euros d'autorisations d'engagement et de 0,31 million d'euros de crédits de paiement.

A.– L'AFSSAPS : UNE AGENCE QUI A INDÉNIABLEMENT RÉUSSI À IMPOSER SON EXPERTISE SUR LES PRODUITS DE SANTÉ

Créée en application de la loi n° 98-535 du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme, l'AFSSAPS a hérité, à cette date, des compétences de l'agence du médicament, mais ses missions ont été élargies d'une part à l'ensemble des produits de santé destinés à l'homme, qui incluent donc également les dispositifs médicaux, les produits biologiques d'origine humaine (organes, tissus, produits de thérapie génique), les produits à usage cosmétique et les produits de tatouage, et d'autre part à la garantie de l'efficacité, de la qualité et du bon usage de l'ensemble de ces produits. L'agence est également devenue depuis 2008 le guichet unique pour les autorisations de recherches biomédicales en France, compétence qui lui avait été attribuée dès 2006.

L'AFSSAPS est en premier lieu responsable de l'évaluation scientifique et technique des médicaments et des produits biologiques ; elle délivre à cet effet les autorisations de mise sur le marché (AMM) des médicaments. Elle ne procède pas à l'autorisation des dispositifs médicaux, mais à leur évaluation bénéfique / risque après mise sur le marché ou à la suite de signalements de vigilance. Elle contrôle par ailleurs, en laboratoire, la qualité des produits de santé, et participe à l'élaboration de la pharmacopée. Mais l'agence a également des pouvoirs de police sanitaire, qu'elle exerce par le biais de la mission d'inspection sur le terrain

des produits de santé qui lui a été confiée. Elle est enfin chargée de promouvoir le bon usage des produits de santé, et de fournir un appui aux pouvoirs publics pour l'élaboration des textes qui concernent les produits de santé ainsi qu'en matière de coopération internationale.

L'évaluation de la performance de l'agence passe, dans le cadre du présent programme, par la mesure du « *délai de traitement des autorisations de mise sur le marché* » (AMM) : cet indicateur permet réellement d'évaluer la réactivité de l'AFSSAPS dans ses fonctions de contrôle et de police sanitaire. On notera le caractère particulièrement ambitieux des prévisions : en effet, le délai moyen d'une AMM nationale devrait passer de 163 jours en 2007 à 100 jours en 2008 ; plus encore, le délai moyen d'une AMM de reconnaissance mutuelle devrait passer de 131 jours en 2007 à 30 jours en 2008. Si des éléments techniques sont à l'origine d'une telle amélioration, il serait utile que ces informations soient portées à la connaissance du Parlement dans le cadre de la présentation du projet annuel de performances. Il est tout état de cause indispensable de disposer d'éléments de commentaires sur les résultats atteints année après année au titre des indicateurs, sans quoi ceux-ci demeurent totalement inexploitable.

Engagée dans un contrat de performance avec l'État sur la période 2007-2010, l'agence reçoit, au titre de ses missions de service public, une **subvention de l'État** qui s'inscrit en constante progression depuis 2007 : elle est en effet passée de 5 millions d'euros en 2007 à 8,1 millions d'euros en 2008 et s'établirait à **9,5 millions d'euros pour 2009**. On remarquera toutefois que cette subvention est relativement peu importante au regard du budget global de l'agence, qui s'élève à plus de 103 millions d'euros en 2008. En effet, une dizaine de taxes sont aujourd'hui affectées à l'agence, dont le produit s'établit à près de 79 millions d'euros en 2007.

L'article 73 du présent projet de loi procède à une ambitieuse refonte de l'ensemble de la fiscalité affectée à l'AFSSAPS, afin de simplifier et clarifier ses modalités de financement. Cet article fait l'objet d'un commentaire spécifique à la fin du présent rapport spécial.

Le tableau suivant présente l'évolution du budget de l'AFSSAPS entre 2007 et 2008.

ÉVOLUTION DU BUDGET DE L'AFSSAPS EN 2007 ET 2008

(en millions d'euros)

Dépenses	Exécution 2007	2008 (p)	Recettes	Exécution 2007	2008 (p)
Personnel	62,27	67,33	Ressources de l'État	83,71	86,93
Fonctionnement	35,98	36,39	dont subventions de l'État	5,43	8,08
Intervention			dont ressources fiscales	78,27	78,85
			Autres subventions	0,2	0,27
			Ressources propres et autres	13,08	10,45
Total des dépenses	98,26	103,73	Total des recettes	96,98	97,65
Bénéfice			Perte	1,28	6,08
Total à l'équilibre	98,26	103,73	Total à l'équilibre	98,26	103,73

Source : projet annuel de performances

Lors de son audition par votre Rapporteur spécial, le directeur de l'AFSSAPS, M. Jean Marimbert, a indiqué que l'exercice 2008 sera essentiellement marqué pour l'agence par la mise en œuvre de deux projets d'investissement dont le coût pourrait atteindre 11 millions d'euros à la fin de l'année. Il s'agit d'une part de l'équipement des trois laboratoires scientifiques de l'agence situés à Saint-Denis, à Lyon et à Montpellier, et d'autre part, du financement du plan de développement des systèmes d'information (PDSI), lancé en 2006 et qui doit aboutir à la mise en ligne d'une « base AMM » regroupant 12 500 résumés des caractéristiques des produits (RCP) qui doivent pouvoir être consultés par les professionnels sur Internet. À terme, une soumission électronique des dossiers de demande d'AMM sera rendue possible grâce à la mise en œuvre de ce projet.

Le plafond d'emplois de l'agence est de 978 ETPT en 2008 : une seule création d'emploi a été autorisée, liée à la mise en place du « guichet unique » pour les autorisations des recherches biomédicales. Toutefois, un abondement de la masse salariale est intervenu en cours d'année, qui a permis de financer 13 ETPT supplémentaires à plafond constant : de nouveaux postes ont ainsi pu être pourvus, dans le domaine de l'évaluation des plans d'investigation pédiatriques et de l'évaluation des essais cliniques. Par ailleurs, trois postes hors plafond ont été créés dans le domaine de la libération des lots de vaccins pour suivre la montée en charge du projet VEGA : ils correspondent à la dernière tranche des ouvertures d'emplois nouveaux qui avaient été prévus dans le cadre de ce programme, avec 10 emplois au total. **Pour 2009, le plafond d'emplois passe à 981 ETPT** : deux créations de postes ont été attribuées à l'AFSSAPS, qui voit ses compétences étendues en 2009, notamment dans le domaine de l'évaluation des microorganismes et toxines, qui requiert la création d'un emploi d'évaluateur toxicologique, et pour la mise en place d'un référentiel de bonnes pratiques en matière de préparations hospitalières.

L'agence devra vraisemblablement opérer un prélèvement de 9 millions d'euros sur son fonds de roulement pour équilibrer son budget 2008 ; les prévisions budgétaires pour 2009 tablent sur un prélèvement de l'ordre de 8 millions d'euros pour le prochain exercice. Toutefois, ces ponctions devraient permettre de maintenir un niveau de fonds de roulement suffisant, équivalent à un mois de fonctionnement courant, à hauteur de 12 millions d'euros en 2009.

B.- L'AGENCE DE LA BIOMÉDECINE, DE LA PROMOTION DU DON D'ORGANES À LA RÉFLEXION SUR LES ENJEUX BIOÉTHIQUES

Créée en application de la loi n° 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique, l'agence de la biomédecine (ABM) a hérité des compétences de l'établissement français des greffes (EFG) : outre les missions relatives au prélèvement et à la greffe d'organes, de tissus et de cellules, l'agence intervient également dans plusieurs domaines de la biologie et de la médecine humaine : la reproduction, l'embryologie, le diagnostic prénatal, la génétique et la recherche sur l'embryon et les cellules souches embryonnaires.

Dans le champ de la greffe, l'agence gère la liste nationale des personnes en attente de greffe, le registre national des refus au prélèvement et le registre France Greffe de Moelle, mais elle assure aussi la coordination et le suivi des prélèvements et de l'attribution des greffons et joue un rôle d'information essentiel sur le don d'organes. Un objectif d'amélioration de l'accès à la greffe figure d'ailleurs dans le volet performance du présent programme : il est mesuré par le nombre de greffes d'organes effectuées, la cible étant fixée à 5 000 greffes à l'horizon de 2010. En 2007, 4 664 greffes ont été effectuées, ce nombre devant s'élever à 4 700 en 2008, et devant être porté à 4 850 en 2010. Si la réévaluation progressive de l'objectif du nombre de greffes apparaît satisfaisante, il n'en demeure pas moins qu'un tel indicateur ne mesure pas réellement la performance de l'agence. Un précédent indicateur, plus révélateur mais abandonné en 2007, mesurait le nombre de greffes effectuées par rapport au nombre de greffes en attente : si l'ABM a pu à juste titre faire valoir que l'activité des greffes était avant tout tributaire des prélèvements effectués par les hôpitaux, il ne semble pas qu'un simple retour au recensement du nombre de greffes effectuées soit suffisant à mesurer la performance de l'agence. Votre Rapporteur spécial considère donc qu'une modification de l'indicateur retenu paraît donc ici souhaitable.

Dans le champ de l'assistance médicale à la procréation (AMP) et du diagnostic, l'agence autorise notamment la création des centres de diagnostic prénatal et des centres de diagnostic préimplantatoire et contrôle leur activité ; elle délivre également des agréments aux professionnels qui interviennent dans le champ de l'AMP et donne un avis aux ARH sur les autorisations d'activité des centres d'AMP.

Enfin, dans le champ de la recherche sur l'embryon et les cellules embryonnaires, l'agence délivre les autorisations de protocoles de recherche *in vitro* sur l'embryon à finalité thérapeutique et contrôle la bonne utilisation des autorisations qu'elle délivre. Elle est également chargée d'évaluer cette expérimentation sur cinq ans, afin de préconiser le cas échéant une prolongation de l'autorisation de ces recherches.

L'agence est engagée depuis 2007 avec l'État dans un contrat de performance qui définit les orientations stratégiques de l'établissement, assorties d'indicateurs d'activité et de performance, ceux-ci permettant en retour de calibrer les moyens consentis par l'État à l'ABM.

Les recettes de l'agence sont en effet principalement constituées par une subvention de l'État de 11,3 millions d'euros en 2008, mais également par une dotation de l'assurance maladie, qui représente traditionnellement le double de celle de l'État et s'établit donc à 22,6 millions d'euros en 2008, et enfin, par les prestations facturées par l'agence au titre de son activité de tenue du registre France Greffe de Moelle, qui est en continuelle augmentation (+20 % par an). Ces prestations rapporteront 24,1 millions d'euros à l'agence en 2008. Le tableau suivant retrace l'évolution du budget de l'ABM entre 2007 et 2008.

ÉVOLUTION DU BUDGET DE L'ABM EN 2007 ET 2008

(en millions d'euros)

Dépenses	Exécution 2007	2008 (p)	Recettes	Exécution 2007	2008 (p)
Personnel	16,99	19,73	Ressources de l'État	10,73	11,28
Fonctionnement	36,47	42,94	Dont subvention de l'État	10,73	11,28
Intervention			Dont ressources fiscales	0	0
			Autres subventions	20,32	22,83
			Ressources propres et autres	22,4	24,93
Total des dépenses	53,45	62,67	Total des recettes	53,45	59,04
Bénéfice			Perte		3,63
Total à l'équilibre	53,45	62,67	Total à l'équilibre	53,45	62,67

Source : projet annuel de performances

En ajoutant le coût des opérations d'investissement prévisionnelles de l'agence à hauteur de 2 millions d'euros en 2008, l'ensemble des dépenses devait s'établir autour de 64,7 millions d'euros. Or, les dépenses finalement exécutées représenteraient en réalité 61 millions d'euros, et cela pour plusieurs raisons :

– tout d'abord, l'organisation des états généraux de la bioéthique dans la perspective de la révision des lois de bioéthique de 2004, avait été confiée à l'agence, qui ne dispose toutefois pas des moyens suffisants à cet effet : ainsi, sur la somme d'un million d'euros initialement prévus à cet effet, 0,5 million d'euros ont été réorientés vers la tenue du registre France Greffe de Moelle, les 0,5 million d'euros restants demeurant dédiés aux charges de rédaction d'un rapport d'application de la loi n° 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique ;

– de nombreux départs en retraite qui n'ont pas tous fait l'objet de remplacement ont conduit l'agence à économiser un million d'euros sur ce poste en 2008 ;

– enfin, 0,7 million d'euros n'a pas été utilisé au titre du retard pris dans la création d'une banque de sang placentaire pour le traitement de maladies sanguines.

Ces trois éléments ont permis de contenir les dépenses de l'agence, malgré l'augmentation de l'activité de greffe de moelle osseuse, qui s'est traduite d'une part, par une activité accrue du registre France Greffe de Moelle, dont les charges représenteraient finalement 21,8 millions d'euros en 2008, et d'autre part, par un coût supplémentaire de 3,9 millions d'euros au titre de l'inscription de nouveaux donneurs sur le registre, et enfin, malgré le financement de 12 ETPT supplémentaires en 2008, à hauteur de 1,2 million d'euros, grâce au relèvement du plafond d'emplois de l'agence à 250 ETPT. Dans ces conditions, le prélèvement sur fonds de roulement que devrait opérer l'agence pour équilibrer son budget pourrait être limité à 3,3 millions d'euros : le fonds de roulement atteindrait donc un niveau de 10 millions d'euros à la fin de l'exercice 2008.

Pour 2009, la subvention pour charges de service public versée par l'État à l'agence atteindrait 12,6 millions d'euros, soit une augmentation de 11,7 % par rapport à 2008. Cette progression permettra de financer :

– douze postes supplémentaires, **le plafond d'emplois étant porté à 262 ETPT**. La progression continue, de 10 % environ par an, de l'activité de gestion du registre France Greffe de Moelle explique l'allocation de ces nouveaux moyens humains ;

– l'ensemble du programme REIN (Réseau épidémiologique et information en néphrologie), par le financement intégral des réseaux régionaux participant à la construction des bases de données de l'insuffisance rénale terminale. L'objectif est d'obtenir une carte de France des dialyses, par la mise en place d'un maillage du territoire. Ce programme mobilise 1,2 million d'euros supplémentaires en 2009 ;

– ainsi que le plan « greffe de cellules souches hématopoïétiques (CSH) », qui sont des greffes de moelle osseuse et dont la compétence a été attribuée à l'ABM en 2005. Le plan vise à atteindre l'objectif de 50 % de patients greffés avec un greffon français contre un tiers actuellement, par l'extension du fichier des donneurs volontaires pour le faire passer à moyen terme à 240 000 donneurs, par l'amélioration qualitative des typages HLA, qui correspondent à des caractéristiques génétiques du système lymphocytaire, et enfin, par le financement de six nouvelles banques de sang de cordon pour passer de 6 000 unités actuellement à 10 000 unités. La mise en œuvre de ce plan nécessite ainsi 2,3 millions d'euros supplémentaires en 2009.

Enfin, il convient de signaler que l'agence sera, en 2009, chargée d'apporter son expertise dans le cadre des travaux préparatoires devant conduire à la révision de la loi de bioéthique du 6 août 2004. L'ABM prépare en ce sens un rapport visant à dresser un bilan de l'application pratique de la loi et à étudier l'encadrement juridique international en la matière : ces travaux doivent éclairer la réflexion lancée dans le cadre des états généraux de la bioéthique, qui mobiliseront tant les experts et les professionnels de santé que les citoyens sur des réflexions relatives aux enjeux de la bioéthique. Ces enjeux majeurs concernent autant la question de la recherche sur les cellules souches embryonnaires, le diagnostic préimplantatoire, que les tests génétiques ou encore les conditions d'accès des couples à l'assistance médicale à la procréation (AMP).

Le regroupement de l'AFSSAPS et de l'ABM sur la même action relative à la qualité, la sécurité et la gestion des produits de santé destinés à l'homme conduit à interroger la pertinence d'un éventuel rapprochement des activités des deux structures, qui partagent de manière évidente les mêmes objectifs en termes de garantie de sécurité des produits. Les deux agences sont d'ailleurs dotées de pouvoirs de police sanitaire, l'une en matière de produits de santé, l'autre en matière biomédicale. La recherche de synergies pourrait donc conduire à réfléchir aux conditions d'un tel rapprochement, réflexion qui ne saurait d'ailleurs être menée sans être étendue à l'établissement français du sang (EFS), qui, de son côté, organise la collecte, la préparation, la qualification et la distribution des produits sanguins labiles. De ce point de vue, la recherche d'une meilleure articulation des activités de l'ABM et de l'EFS pourrait s'avérer souhaitable, et serait en tout état de cause un préalable à un éventuel rapprochement de l'AFSSAPS et de l'ABM.

*
* *
*

CHAPITRE II.– LE PROGRAMME OFFRE DE SOINS ET QUALITÉ DU SYSTÈME DE SOINS

La participation de l'État au financement de l'offre de soins est très marginale : il n'intervient en effet que pour moins de 0,1 % des dépenses totales, l'essentiel des actions menées à ce titre étant financées par l'assurance maladie. Les dotations que comporte le présent programme n° 171 doivent donc être estimées en regard des dispositifs financés au titre de l'offre de soins par le projet de loi de financement de la sécurité sociale, et notamment à travers l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) qui est décliné entre l'offre de soins de ville et l'offre de soins hospitaliers.

Le rôle de l'État en matière d'offre de soins est essentiellement d'ordre stratégique : il veille principalement d'une part à sa qualité à travers le financement de la formation médicale initiale, et d'autre part à sa répartition adéquate sur le territoire, par le biais des agences régionales de l'hospitalisation (ARH).

Les crédits consacrés à l'offre de soins et à la qualité du système de soins progresseraient sensiblement en 2009 : ils s'établiraient à **127,5 millions d'euros, soit une augmentation de 11,7 % en termes d'autorisations d'engagement et de 13,5 % en termes de crédits de paiement**. Le tableau suivant présente le détail de l'évolution des crédits par action, sur la base de référence des prévisions initiales pour 2008 : c'est alors une progression de 12,3 % qui caractérise les crédits du programme.

ÉVOLUTION DES CRÉDITS DU PROGRAMME OFFRE DE SOINS ET QUALITÉ DU SYSTÈME DE SOINS

(en millions d'euros)

	PLF 2008	PLF 2009
Niveau et qualité de l'offre de soins	72,84	93,57
Subvention au Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM)	3,7	3,6
Études, projets, achats de prestations	1,5	1,4
Formation des internes	59,65	76,48
Année-recherche	5,49	6,09
Haute autorité de santé	2,5	6
Modernisation du système de soins	40,65	33,90
ARH	22,06	21,09
ATIH	2,37	2,86
GIP CPS	0,77	0,77
CNG	3,74	5,18
Frais de justice	4	2,5
Transferts aux collectivités d'outre-mer	4,7	–
Actions de formation / Organisation de l'élection de l'ordre infirmier	3	1,5
Total	113,49	127,47

Source : projets annuels de performances pour 2008 et 2009

Les moyens affectés au programme devraient progresser très notablement en 2010 et 2011, de 16,6 % entre 2009 et 2010, puis de 11,4 % entre 2010 et 2011, comme l'indique le tableau suivant. L'augmentation serait essentiellement liée au **financement de la formation médicale initiale, qui bénéficierait d'un rattrapage important de la dotation de l'État**, contrastant avec la sous-évaluation chronique qui a prévalu ces dernières années, et qui serait également liée à l'évolution croissante du nombre des étudiants concernés.

ÉVOLUTION PRÉVISIONNELLE DES CRÉDITS DU PROGRAMME DE 2009 À 2011

(en millions d'euros)

	2009 (p)	2010 (p)	2011 (p)
Formations médicales	86,17	105,4	121,21
Frais de justice	2,5	2,5	2,5
Opérateurs	29,9	30,47	30,46
ARH	21,09	21,1	21,09
ATIH	2,86	3,42	3,42
GIP-CPS	0,77	0,77	0,77
CNG	5,18	5,18	5,18
HAS	6	6,88	7,97
Conduite des politiques	2,9	3,04	3,08
Marchés, conventions, études	1,4	1,52	1,54
Action de modernisation du pilotage	1,5	1,52	1,54
Total	127,47	148,29	165,22

Source : direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins

On notera en revanche **la difficulté pour évaluer, au titre de ce programme, les dépenses fiscales qui lui sont rattachées** : en effet, qu'il s'agisse des taux réduits de TVA applicables aux médicaments remboursables (à 2,10 %) ou aux soins liés au thermalisme (à 5,5 %) ou du dégrèvement au titre de la taxe professionnelle des entreprises de transport sanitaire, leur lien aux actions menées au titre du programme n'apparaît que de manière très indirecte. Or, elles représenteraient, pour 2009, un coût de près de 1,2 milliard d'euros. Tout au plus peut-on considérer que la déduction d'impôt ouverte aux médecins conventionnés et l'exonération d'impôt sur le revenu ouverte dans certaines limites aux médecins au titre de la permanence des soins participent toutes deux de l'amélioration de l'offre de soins. Ces deux dépenses fiscales ne représentent toutefois que 15 millions d'euros.

Votre Rapporteur spécial appelle à une révision globale des critères de rattachement des dépenses fiscales, qui revêtent souvent une importance considérable au regard des dépenses directement imputées sur le budget de l'État : par exemple, le taux de TVA de 2,10 % applicable aux médicaments remboursables, qui représente un coût de 1,14 milliard d'euros, contribue certainement davantage à favoriser l'accès aux soins des plus modestes qu'à l'organisation d'une meilleure offre de soins. Le programme ne comportant aucune dépense relative aux médicaments, il semble incongru de lui rattacher cette dépense fiscale. *A contrario*, il semblerait utile, dans le cadre de la présentation du projet de loi de financement de la sécurité sociale, qu'apparaisse très clairement le

niveau de la participation de l'État aux politiques de sécurité sociale, en particulier par le biais des dépenses fiscales qui profitent pleinement aux acteurs chargés de leur mise en œuvre.

I.- UNE FORTE REVALORISATION DES CRÉDITS DE L'ACTION NIVEAU ET QUALITÉ DE L'OFFRE DE SOINS

Une offre de soins satisfaisante suppose en premier lieu un haut niveau de formation des professionnels de santé ; elle implique également une bonne gouvernance et une efficacité des établissements de santé, qui passe par leur évaluation. À ces fins, l'effort budgétaire pour 2009 au titre du présent programme porte principalement sur **les crédits consacrés à l'action Niveau et qualité de l'offre de soins, qui représenteront 93,6 millions d'euros contre 72 millions d'euros en 2008 : ils progressent ainsi de près de 30 % en autorisations d'engagement comme en crédits de paiement.**

A.- UNE REVALORISATION DE LA DOTATION AU TITRE DE LA FORMATION MÉDICALE QUI NE PERMETTRA PAS DE RÉSORBER LA DETTE À CE TITRE

La formation médicale initiale, qui représente 88 % des crédits consacrés à la qualité des soins, regroupe d'une part le financement des stages extrahospitaliers et d'autre part, le dispositif spécifique de l'année recherche. Le budget qui lui sera consacré en 2009 s'établit à **82,6 millions d'euros.**

Il s'agit en premier lieu de rémunérer les internes qui effectuent des stages extrahospitaliers, en médecine, pharmacie mais aussi en médecine générale, ce qui suppose en contrepartie de financer les indemnités des maîtres de stage qui perçoivent des honoraires pédagogiques à ce titre. Rappelons qu'ont également été mis en place en 2007 des stages de sensibilisation à la médecine générale pour les externes en deuxième et troisième années du deuxième cycle des études médicales.

Le tableau suivant retrace l'insuffisance chronique des dotations de l'État au titre du financement des stages extrahospitaliers, qui ont conduit à l'accumulation d'une dette croissante sur ce dispositif.

ÉVOLUTION DU FINANCEMENT DES STAGES DE MÉDECINE DEPUIS 2003

(en millions d'euros)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Dotation en LFI	48,07	46	51	50,99	56,64	58,73
Reports de crédits LFI	—	3,52	4,35	—	—	—
LFR année antérieure	12	15,8	—	—	—	—
Fongibilité des crédits	—	—	—	0,22	—	—
Total des crédits disponibles	60,07	65,32	55,35	51,21	56,64	58,73
Total des demandes des services gestionnaires	73,02	68,16	69,72	68,56	74,7	82,21
<i>au titre de l'année</i>	<i>37,47</i>	<i>55,21</i>	<i>63,89</i>	<i>54,02</i>	<i>53,99</i>	<i>60,65</i>
<i>au titre de la dette cumulée</i>	<i>35,55</i>	<i>12,95</i>	<i>5,83</i>	<i>14,54</i>	<i>20,71</i>	<i>21,55</i>

Source : ministère de la Santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative

La dette cumulée pourrait ainsi s'établir à 21,6 millions d'euros en 2008. Voilà plusieurs années que votre Rapporteur spécial demande que la dette ainsi contractée vis-à-vis des centres hospitaliers universitaires (CHU) fasse l'objet d'un apurement, et que celui-ci soit assorti d'un réajustement de la dotation de l'État au niveau des prévisions de dépenses. Il sera apparemment enfin entendu, puisque **les crédits affectés à la formation médicale des internes s'élèveraient à 76,5 millions d'euros en 2009, soit en progression de plus de 28 %.** Cette dotation sera-t-elle suffisante pour assainir la situation ? Rien n'est moins sûr. En effet :

– d'une part, ce montant ne permet pas, en l'état, de couvrir l'ensemble constitué par les dépenses constatées ainsi que la dette d'ores et déjà accumulée en 2008 ;

– d'autre part, l'augmentation de la dotation semble tenir compte de l'évolution du nombre des internes inscrits en troisième cycle des études médicales, ainsi que de la montée en charge progressive du stage de deuxième cycle chez le médecin généraliste. En effet, l'augmentation du *numerus clausus*, qui passe de 5 550 en 2004 à 7 300 en 2008 conduit à porter le nombre d'internes de médecine générale à 1 720 en 2008, 2 100 en 2009, et vraisemblablement 2 450 en 2010. Le nombre des stagiaires de deuxième cycle serait quant à lui de 3 300 en 2009 ; il atteindrait 3 300 en 2009, 5 300 en 2010 puis 7 200 en 2011.

Votre Rapporteur spécial considérait déjà l'an passé qu'il convenait d'entériner, sur le plan budgétaire, la mise en place, en 2007, d'un nouveau stage de sensibilisation en médecine générale. Il se réjouit de voir que ce sera le cas en 2009, mais déplore que l'augmentation de la dotation de l'État ne soit pas suffisante pour effacer la dette cumulée au titre de ce dispositif.

Les crédits afférents à la formation initiale médicale concernent en second lieu le dispositif de l'année-recherche, institué en 1985, et qui ouvre aux étudiants en médecine et en pharmacie les mieux classés de l'internat la possibilité d'effectuer une année de recherche médicale ou biomédicale financée par l'État. Cette formation a été étendue à l'odontologie en 1996. L'insuffisance des dotations annuelles, dont l'évolution est présentée par le tableau suivant, a donné naissance à une dette au titre de ce dispositif, qui s'établirait à 1,5 million d'euros en 2008.

ÉVOLUTION DU FINANCEMENT DE L'ANNÉE-RECHERCHE DEPUIS 2003

(en millions d'euros)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008 (p)
Dotation en LFI	5,45	5,45	5,45	5,46	5,46	5,48
Reports crédits LFI	1,72	0,49	0,12	–	–	–
LFR année antérieure	–	2,90	–	–	–	–
Gels	–	–	– 0,10	– 0,29	–	–
Total	7,17	8,86	5,57	5,18	5,46	5,48
Total des besoins	14,21	10,52	9,81	10,66	5,91	8,55
<i>au titre de l'année</i>	<i>10,69</i>	<i>9,69</i>	<i>7,69</i>	<i>7,92</i>	<i>4,58</i>	<i>7,02</i>
<i>Insuffisances cumulées</i>	<i>3,52</i>	<i>0,83</i>	<i>2,12</i>	<i>2,74</i>	<i>1,33</i>	<i>1,53</i>

Source : ministère de la Santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative

Pour 2009, l'année-recherche devrait bénéficier d'une dotation en hausse de 11 %, à hauteur de 6,1 millions d'euros : comme pour le financement des stages extrahospitaliers, la revalorisation des crédits repose sur l'ajustement à la hausse des prévisions relatives au nombre d'internes inscrits en troisième cycle des études médicales, portant à 180 le nombre des années recherche qui seront financées. Bien que d'un faible montant et en diminution relative, la dette au titre de ce dispositif exige d'être annulée dans les meilleurs délais.

La formation médicale initiale fait désormais l'objet d'une évaluation dans le cadre du volet performance du programme, ce dont se réjouit votre Rapporteur spécial. Ainsi, à l'objectif de promotion de la recherche médicale, répond un indicateur mesurant le *Taux d'internes ayant effectué l'année recherche qui participent à des fonctions de recherche à un an et cinq ans* : les résultats s'avèrent largement supérieurs aux prévisions, puisque ce taux atteint 79 % à un an et 67 % à cinq ans en 2007, contre une prévision initiale de 25 %. Certes, on peut considérer que la prévision était largement sous-évaluée : il n'en demeure pas moins que les résultats affichés en 2007 témoignent de la très forte influence de ce dispositif sur l'orientation future des internes qui en bénéficient. D'autre part, à l'objectif d'adaptation de la formation des étudiants aux besoins de santé, sont associés deux indicateurs de qualité très contrastée. L'un d'eux mesure le taux de satisfaction des étudiants ayant effectué des stages extrahospitaliers pendant leur troisième cycle : votre Rapporteur spécial a déjà eu l'occasion d'exprimer ses doutes quant à la pertinence de tels indicateurs, reposant sur des enquêtes menées sur des échantillons. La place de cet indicateur est devenue d'autant plus contestable qu'il s'agissait initialement de répondre aux besoins de formation des étudiants. Or, à partir du moment où l'objectif est au contraire d'adapter la formation aux besoins de santé, un tel indicateur devient automatiquement obsolète. En revanche, la mesure du *Pourcentage des étudiants en médecine s'orientant vers la médecine générale* se révèle quant à elle tout à fait adaptée : si l'on est en droit de regretter que les résultats au titre de 2007 demeurent indisponibles, il convient toutefois de souligner la qualité d'un indicateur qui répond pleinement aux préoccupations actuelles, et qui permettra également de mesurer l'impact de la mise en place des stages de sensibilisation à la médecine générale en deuxième cycle des études médicales.

Indépendamment de ces crédits d'intervention, l'action *Niveau et qualité de l'offre de soins* recouvre également des **dépenses de fonctionnement, qui s'inscrivent en légère baisse par rapport à 2008, à hauteur de 5 millions d'euros pour 2009.** Ainsi, le conseil national de l'ordre des médecins devrait bénéficier de 3,6 millions d'euros au titre du fonctionnement du dispositif de formation médicale continue (FMC) dont il a la charge. Enfin, 1,4 million d'euros seront consacrés à la réalisation d'études et de projets, qui permettent le recours à des intervenants extérieurs, ou à l'achat de prestations diverses comme la publication au Bulletin officiel des annonces des marchés publics (BOAMP).

B.– DES EXIGENCES TOUJOURS CROISSANTES VIS-À-VIS DE LA HAS, MAIS EN L'ABSENCE DE MOYENS SUFFISANTS

La Haute autorité de santé (HAS), créée par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, est chargée de l'évaluation de l'utilité médicale des actes, des prestations et des produits de santé qui font l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie. Elle est également responsable de la mise en œuvre de la certification des établissements de santé, et de la promotion des bonnes pratiques et du bon usage des soins auprès des professionnels de santé et du grand public. L'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 lui a confié une nouvelle mission d'évaluation médico-économique sur son champ de compétences.

Le rôle de certification des établissements de santé confié à la HAS qui était, avant la création de celle-ci, exercé par l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), fait l'objet d'un suivi spécifique dans le cadre du volet performance du programme. Est ainsi mesuré le *Taux de levée des conditions mises à la certification par la HAS*, qui s'est établi à 89 % en 2007 avec une cible fixée à 93 % pour 2010.

Pour mener à bien ses missions, la Haute autorité bénéficie, outre ses recettes propres, d'une subvention de l'État et d'une dotation de l'assurance maladie. Cette dernière est composée d'une part relative à la contribution au fonctionnement de la HAS, qui représente traditionnellement le double de la subvention de l'État, et d'une part correspondant à la contribution financière des établissements de santé au titre de la procédure de certification dont la Haute autorité assume la charge.

Le tableau suivant retrace l'évolution des ressources de la Haute autorité, ainsi que les prévisions de recettes pour 2009.

ÉVOLUTION DES RECETTES DE LA HAS

(en millions d'euros)

	2007	2008 (p)	2009 (p)
Subvention de l'État	0,96	2,5	6
Dotation de l'assurance maladie	2	5	12
Fraction de 10 % de la taxe sur les dépenses de promotion des laboratoires pharmaceutiques	20,18	17,6	17,4
Redevance des industriels	3,6	3,4	3,4
Contribution des établissements au titre de la procédure d'accréditation	9,54	8,9	8,9
Produits financiers et ressources affectées	2,04	0,1	0,1
Total	38,32	37,5	47,8

Source : annexe 8 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009

Entre 2005 et 2008, les dotations respectives de l'État et de l'assurance maladie ont diminué de 74 %, en raison du niveau élevé du fonds de roulement de la Haute autorité. Les prévisions budgétaires devaient permettre de ramener le fonds de roulement autour de 7,9 millions d'euros à la fin de l'année 2008, soit environ deux mois de fonctionnement courant.

S'agissant de la soutenabilité de son budget, la Haute autorité est toutefois confrontée à deux problèmes majeurs :

– d'une part, les recettes propres sont en grande partie perçues tardivement par la Haute autorité. Ainsi, le produit de la fraction de la taxe sur les dépenses de promotion des laboratoires pharmaceutiques est perçu au mois de décembre, ce qui pèse lourdement sur la trésorerie de la HAS ;

– d'autre part, la diminution de la subvention de l'État, en vue de réduire le niveau du fonds de roulement, entraîne automatiquement dans son sillage celle de la dotation de l'assurance maladie. Cette baisse a été enclenchée il y a quelques années, mais les contraintes financières qui pèsent aujourd'hui sur la Haute autorité indiquent qu'elle ne saurait désormais légitimement perdurer.

Ainsi, **pour 2009, la dotation de l'État devrait se voir fortement réévaluée : elle s'établirait à 6 millions d'euros**, ce qui porterait mécaniquement la dotation de fonctionnement de l'assurance maladie à 12 millions d'euros. Certes, ces prévisions portent un coup d'arrêt à la logique de diminution qui a prévalu jusqu'en 2008 : pour autant, elle ne règle pas intégralement les difficultés de la HAS. En effet, les dépenses de la Haute autorité se sont élevées à 60,4 millions d'euros en 2007 et devraient s'établir à 62,8 millions d'euros en 2008. Dès lors, et dans l'hypothèse d'une stabilité de la dotation de l'assurance maladie destinée à couvrir l'activité de certification des établissements de santé autour de 8,9 millions d'euros, d'une baisse du produit de la taxe de promotion des laboratoires pharmaceutiques de l'ordre de 1 à 2 % à hauteur de 17,6 millions d'euros, et d'une baisse des produits financiers de la HAS liée à l'apurement de son fonds de roulement, la subvention de l'État et la dotation de fonctionnement de l'assurance maladie devraient s'établir respectivement à au moins 10 millions d'euros et 20 millions d'euros pour assurer la viabilité financière de la HAS pour 2009. Un tel niveau prévisionnel de recettes conduirait la Haute autorité à enregistrer un fonds de roulement de 3,5 millions d'euros fin 2009, représentant à peine vingt jours de fonctionnement.

Or, votre Rapporteur spécial constate que les dotations prévues pour 2009 s'avèrent inférieures de 40 % à ces prévisions déjà inquiétantes. Cette situation est d'autant plus préoccupante que la Haute autorité doit préparer en 2009 la montée en charge de sa nouvelle mission d'évaluation médico-économique, et que des exigences croissantes se font jour vis-à-vis de son activité de publication des recommandations professionnelles. Ces dernières constituent un outil majeur de lutte contre les prescriptions excessives, et partant, de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé : s'il est légitime que la HAS fasse l'objet d'importantes sollicitations, il est essentiel que celles-ci soient assorties des moyens lui permettant de mener à bien ses missions. En l'occurrence, le renforcement des activités de certification des établissements de santé d'une part, et d'évaluation médico-économique d'autre part, avaient conduit au renforcement des effectifs de la HAS, qui totalise ainsi 410 équivalents temps plein travaillé (ETPT) en 2008. On notera qu'aucune création de poste n'est envisagée pour 2009.

La programmation pluriannuelle sur la période 2009-2011 ne laisse guère présager d'amélioration de la situation financière de la Haute autorité : en effet, la subvention de l'État pourrait n'augmenter que très légèrement, pour s'établir à 6,88 millions d'euros en 2010 et 7,97 millions d'euros en 2011. Or, les effets de la politique de maîtrise des dépenses de médicaments réduit d'année en année le produit tiré de la taxe sur les dépenses de promotion des laboratoires, dont une fraction est affectée à la HAS. **Dès lors, votre Rapporteur spécial estime indispensable de réévaluer la subvention accordée par l'État à la HAS sur la période, d'autant plus que celle-ci conditionne le niveau de la dotation de l'assurance maladie.**

Outre les incertitudes qui pèsent sur le budget de la Haute autorité en 2009, celle-ci continue à devoir faire face aux difficultés déjà évoquées de gestion de sa trésorerie. Il est donc indispensable de fluidifier le profil de trésorerie de la HAS : une révision du calendrier de versement du produit de la fraction de 10 % de la taxe sur les dépenses de promotion des laboratoires pharmaceutiques est ainsi envisagée dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, voté en première lecture par l'Assemblée nationale. L'article 14 de ce projet prévoit en effet que cette taxe sera versée en deux temps, au 1^{er} juin, puis au 1^{er} décembre. Votre Rapporteur spécial indique également que l'article 29 du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2009 prévoit d'autoriser l'ACOSS à rémunérer la trésorerie d'organismes tiers, dont fait partie la Haute autorité.

II.- LA MODERNISATION DU SYSTÈME DE SOINS EST PRINCIPALEMENT PORTÉE PAR LES OPÉRATEURS DU PROGRAMME

La modernisation du système de soins est assurée par un réseau d'acteurs : on trouve en premier lieu les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) qui définissent et mettent en œuvre la politique régionale d'offre de soins hospitaliers, mais également l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), chargée notamment de la mise en œuvre de la réforme de la tarification à l'activité (T2A). Le centre national de gestion (CNG) assure quant à lui la gestion du personnel de la fonction publique hospitalière. Un dernier acteur, le groupement d'intérêt public « carte professionnel de santé » (GIP-CPS) complète ces actions, par la sécurisation de la gestion des données de santé.

Les crédits affectés à la modernisation du système de soins enregistrent pour 2009 une baisse de l'ordre de près de 17 % par rapport à 2008, en raison principalement du transfert vers la mission *Outre-mer* des subventions d'investissement accordées dans le cadre des contrats de développement passés avec les collectivités d'outre-mer. **À périmètre constant, la diminution des crédits de paiement n'est plus que de 4,7 %, ceux-ci s'établissant à 33,9 millions d'euros en 2009.**

Outre les subventions pour charges de service public versées aux opérateurs, l'action *Modernisation du système de soins* recouvre d'une part les

frais de contentieux afférents à la sectorisation psychiatrique et aux autorisations d'ouverture de laboratoires et de pharmacies et d'autre part, les actions de modernisation du pilotage de l'offre de soins, qui correspondent à l'information et à la formation des acteurs concernés, qu'il s'agisse de l'administration, des médecins ou des soignants en général. Le tableau suivant présente l'évolution prévisionnelle des crédits de l'action entre 2008 et 2009.

ÉVOLUTION DES CRÉDITS DE L'ACTION MODERNISATION DU SYSTÈME DE SOINS

(en millions d'euros)

	2008	2009 (p)	Évolution
Frais de justice	4	2,5	-37,5 %
Information et formation des acteurs	1,5	1,5	0 %
Élection de l'ordre infirmier	1,5	—	--
Total dépenses de fonctionnement courant	7	4	-42,9 %
ARH	22,06	21,09	-4,6 %
CNG	3,74	5,18	+38,5 %
ATIH	2,37	2,86	+20,7 %
GIP-CPS	0,77	0,77	0
Total opérateurs	28,94	29,9	+3,3 %
Subventions d'investissement outre-mer	4,72	—	--
Total	40,66	33,9	-16,6 %

Source : projets annuels de performances pour 2008 et pour 2009

A. – LES ARH : UN BUDGET RECONDUIT DANS L'ATTENTE DE LA MISE EN PLACE DES ARS

Créées par l'ordonnance du 24 avril 1996, les 26 agences régionales de l'hospitalisation (ARH) répondent au souci de prendre en compte la dimension territoriale de l'offre de soins hospitaliers : elles sont chargées notamment de la mise en œuvre du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) et autorisent en particulier la création d'établissements de santé sur le territoire de leur ressort.

Constituées sous la forme d'un groupement d'intérêt public (GIP), les ARH reçoivent une contribution de leurs membres, en l'occurrence l'État et les principaux organismes d'assurance maladie. **En 2008**, le montant global des contributions financières versées aux agences s'élève à 38,2 millions d'euros, dont **22 millions d'euros au titre de la subvention de l'État** et 6,5 millions d'euros de contributions des régimes d'assurance maladie. Les ARH ont également bénéficié en 2008 du support, à hauteur de 9,7 millions d'euros, du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP).

Le principal poste de dépenses des agences concerne son personnel : elles comptent ainsi 406 emplois en 2008, dont 325 sont imputés sur leur budget, tandis que le reste correspond à des personnels mis à disposition par d'autres collectivités ou par l'assurance maladie.

Pour 2009, l'État consacrerait 21,1 millions d'euros aux agences régionales de l'hospitalisation, soit une légère diminution par rapport à 2008. En effet, 2009 sera une année de transition pour les ARH, qui laisseront la place

dès 2010 aux agences régionales de la santé (ARS) dans laquelle elles se fondront, avec la mise en œuvre de la loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires⁽¹⁾, dont le projet sera discutée par notre Assemblée au début de l'année 2009. En effet, si le bilan de la politique menée par les ARH s'avère satisfaisant quant au pilotage de l'offre de soins hospitaliers, celle-ci révèle néanmoins ses limites en termes d'organisation globalisée de cette offre sur le territoire national. Une frontière étanche entre les soins de ville et l'hôpital ne se justifie pas, et c'est pourquoi les ARS ont vocation à regrouper au sein d'un pilotage unifié l'ensemble des acteurs, qu'il s'agisse des services de l'État – et en particulier des directions départementales et régionales des affaires sanitaires et sociales (DDASS et DRASS) –, des ARH, mais également des unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM), des groupements régionaux de santé publique (GRSP) et d'une partie des services régionaux des trois grands régimes d'assurance maladie – le régime général, le régime agricole et le régime des indépendants.

On comprend dès lors que le budget prévisionnel des ARH s'apparente à un budget d'attente. **Votre Rapporteur spécial demeurera en tout état de cause très attentif aux évolutions qui se dessineront pour 2010**, en particulier dans la perspective d'un regroupement de moyens de fonctionnement aujourd'hui éparés, qu'il s'agisse des actuelles ARH sur le présent programme, des GRSP sur le programme *Prévention et sécurité sanitaire*, et plus largement encore des effectifs des DDASS et des DRASS qui émargent sur le programme *Conduite et soutien des politiques sanitaires et sociales* de la mission *Solidarité, insertion et égalité des chances*. On notera d'ailleurs que ce dernier programme voit l'apparition, pour 2009, d'un indicateur relatif au transfert des personnels des DDASS et des DRASS vers les ARS, en l'occurrence les personnels des pôles santé et médico-sociaux de ces structures. Il reste à souhaiter que, dans l'hypothèse d'un basculement de l'ensemble des crédits affectés au fonctionnement des futures ARS, une meilleure lisibilité sera effectivement rendue possible, par le biais d'une présentation isolée des moyens spécifiques de l'ensemble des ARS.

Votre Rapporteur spécial souligne également la qualité de l'évaluation de la performance des ARH, qui passe par la mesure du *Taux d'atteinte des objectifs nationaux quantifiés figurant dans les contrats passés entre l'État et les agences*. La généralisation de la démarche de contractualisation a permis d'instaurer un véritable suivi des ARH : en effet, les sous-indicateurs associés visent à apprécier l'activité des agences, tant concernant leur rôle de régulation de l'offre de soins au niveau régional, que leur suivi des équilibres financiers, de l'organisation et de la gestion interne des établissements de santé ou encore en matière d'amélioration des pratiques hospitalières ou de promotion du dialogue social en région. En 2007, plus de 40 % des objectifs nationaux quantifiés sont considérés comme étant atteints, contre une prévision initiale de 25 %. Cet indicateur pourrait toutefois être amené à évoluer dès l'année prochaine, ce qui serait d'ailleurs tout à fait

(1) *Projet de loi n°1210 portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 22 octobre 2008.*

souhaitable : en effet, la création des agences régionales de santé (ARS) qui intégreront les actuelles ARH pourrait donner lieu à la mise en place d'un indicateur spécifique destiné dans un premier temps à organiser un suivi de leur montée en charge, puis une évaluation plus fine de leur performance au regard des missions qui leur auront été confiées par la future loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

B.- LE RÔLE CENTRAL DE L'ATIH DANS LA MISE EN ŒUVRE DE LA T2A

L'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) a été créée par le décret n° 2000-1282 du 26 décembre 2000 afin d'optimiser les moyens à disposition du ministère chargé de la santé pour élaborer le système d'information nécessaire à la conduite de la politique hospitalière. Son périmètre d'activité s'est considérablement élargi avec la mise en place de la tarification à l'activité (T2A), qui institue une véritable évaluation de la performance des établissements de santé. Par ailleurs, depuis le 1^{er} avril 2008, l'agence s'est vue confier, par décret, la gestion technique du dispositif de financement des établissements de santé ainsi que l'analyse financière et médico-économique de leur activité, auparavant gérée par la direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins (DHOS). À cette occasion lui a également été transférée la gestion des moyens de la mission nationale T2A, qui conçoit les modalités de financement des activités de soins des établissements de santé et conduit les expérimentations relatives à l'élargissement du périmètre de la T2A. Cette dernière mission sera intégralement financée par le fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP).

La montée en charge des missions confiées à l'ATIH s'accompagne donc logiquement d'un renforcement de son personnel et des subventions qui lui sont versées. Le tableau suivant retrace l'évolution du budget de l'agence pour 2007 et 2008.

ÉVOLUTION DU BUDGET DE L'ATIH

(en milliers d'euros)

	2007	2008 (p)
Ressources		
Subvention de l'État	1 795	2 313
Contribution de l'assurance maladie	3 654	4 746
Subvention du FMESPP ⁽¹⁾	500	800
Autres ressources	1 150	1 152
Pertes	–	0,156
Total ressources	7 099	9 167
Dépenses		
Personnel	4 371	5 840
Fonctionnement	1 807	2 948
Autres	456	379
Total dépenses	7 099	9 167

(1) Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés

Source : ministère de la Santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative

Pour 2009, la subvention pour charges de service public versée par l'État devrait s'établir à 2,86 millions d'euros, portant ainsi mécaniquement la dotation de l'assurance maladie à 5,72 millions d'euros, cette dernière représentant traditionnellement le double de la subvention de l'État. Le FMESPP devrait quant à lui apporter 1,3 million d'euros, tandis que les ressources propres de l'agence seraient portées à 1,55 million d'euros. À la fin de l'exercice 2008, le fonds de roulement de l'ATIH devrait s'élever à 2 millions d'euros, soit deux mois et demi de fonctionnement de l'agence ; compte tenu du projet de budget pour 2009, celui-ci serait ramené à 1,7 million d'euros fin 2009, niveau qui semble satisfaisant au regard du budget global de l'agence.

Les effectifs de l'agence progressent parallèlement aux nouvelles missions qui lui sont confiées : alors qu'elle comptait 60 emplois en 2007, l'agence a vu ses moyens humains renforcés en 2008, avec la création de 32 équivalents temps plein travaillé (ETPT) – 16 au titre de la convention d'objectifs et de moyens et 16 au titre des activités transférées de la DHOS. L'année 2009 verra la poursuite de la mise à niveau des effectifs de l'agence, avec la création de 17 ETPT. Au total, les moyens en personnel de l'ATIH représenteront donc 109 ETPT fin 2009.

On notera que l'agence fait, théoriquement depuis 2008, l'objet d'une évaluation de sa performance : toutefois, pour la seconde année consécutive, l'indicateur mis en place, qui doit mesurer les *Délais compris entre le recueil des données du dernier établissement et la production de l'échelle nationale des coûts (ENC) par l'agence*, demeure non renseigné. Les premières données devraient en toute rigueur être disponibles au cours de l'année 2009, dans le cadre du rapport annuel de performances pour 2008 : votre Rapporteur spécial ne manquera pas d'en faire état à cette occasion.

C.– UNE GESTION SPÉCIFIQUE DU PERSONNEL HOSPITALIER

Prévu 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, le centre national de gestion (CNG) mis en place par voie de décret, publié le 4 mai 2007, répond à la volonté de recentrer l'État sur ses missions régaliennes en matière de politique de santé, en transférant à cette nouvelle structure la gestion directe des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière, auparavant assurée par la DHOS. Officiellement institué le 13 décembre 2007, date de son premier conseil d'administration, le CNG assume ainsi :

– la gestion du personnel hospitalier, soit environ 40 000 personnes - 35 000 praticiens hospitaliers et 5 000 directeurs de la fonction publique hospitalière ;

– la gestion et la rémunération des conseillers généraux des établissements de santé et des personnels en recherche d'affectation ;

– ainsi que l'organisation des concours pour ces professions.

Le tableau suivant retrace la montée en charge du CNG depuis sa mise en place progressive au cours de l'année 2007. On constate ainsi un très faible taux de consommation des crédits en 2007, à hauteur de 26,8 %, en raison précisément de la mise en place tardive du centre.

ÉVOLUTION DU BUDGET DU CNG DEPUIS 2007

(en millions d'euros)

Dépenses	2007 (p)	Exécution 2007	2008 (p)	Recettes	2007 (p)	Exécution 2007	2008 (p)
Dépenses de personnel	7,62	1,96	40,39	Subvention de l'État	1,48	0,74	3,67
Autres dépenses de fonctionnement	3,54	1,03	9,64	Dotation de l'assurance maladie	6,91	6,91	20,11
				Contribution des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux	3,54	3,54	26,65
Total des dépenses	11,16	2,99	49,92	Total des recettes	11,93	11,19	50,43
Bénéfice	0,76	8,19	0,4	Perte			
Total	11,93	11,19	50,43		11,93	11,19	50,43

Source : centre national de gestion

Pour 2008, l'exécution des crédits serait de 40,7 % des crédits, avec des dépenses finales à hauteur de 20,46 millions d'euros.

La montée en charge du centre doit donc naturellement se poursuivre en 2009 avec un budget prévisionnel global en très légère progression par rapport à 2008, autour de 50,8 millions d'euros. La subvention de l'État s'établirait ainsi à 5,18 millions d'euros en 2009, en progression de plus de 38 %, tandis que la dotation de l'assurance maladie avoisinerait 21,46 millions d'euros, et la contribution des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux 24,46 millions d'euros. L'année 2009 devrait coïncider avec le déploiement réel des activités du CNG, après une année de fondation de la structure en 2008, ce qu'illustre également l'évolution des effectifs, passés de 91 ETPT en 2007 à 109 ETPT en 2008, avec une stabilisation de ces effectifs prévue en 2009.

D.– LA PROGRESSIVE SÉCURISATION DES DONNÉES DE SANTÉ

Créé en 1993, le groupement d'intérêt public « carte professionnelle de santé » (GIP-CPS) regroupe l'État, les ordres professionnels, les régimes d'assurance maladie obligatoires et complémentaires, ainsi que les représentants de syndicats professionnels et d'organismes d'utilisateurs. Il a pour vocation de gérer les données des professionnels de santé, notamment par la délivrance de cartes électroniques individuelles assurant la sécurisation des télétransmissions des documents liés à des actes ou prestations remboursables par l'assurance maladie. Il est également chargé de la mise en œuvre du répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), par la fusion des différents répertoires nationaux existants.

À la fin de l'année 2007, près de 609 000 cartes de professionnels de santé étaient déployées sur le territoire national, mais le parc des porteurs de cartes est encore appelé à croître de façon importante dans les prochaines années : en effet, le décret du 15 mai 2007 dit « décret confidentialité » rend obligatoire la carte de professionnel de santé pour accéder à toute donnée de santé à caractère personnel. La généralisation du système CPS dans les établissements de soin, qui disposent de trois ans pour la mise en place des conditions permettant de respecter cette obligation, devrait donc se traduire par une montée en charge du nombre des porteurs de cartes de l'ordre de 500 000 à un million d'ici trois à cinq ans.

Les moyens humains au service du GIP sont constants depuis 2005, à hauteur de 71 ETPT. L'évolution du budget du GIP depuis 2006 est présentée par le tableau suivant.

ÉVOLUTION DU BUDGET DU GIP-CPS DEPUIS 2006

(en millions d'euros)

	2006	2007	2008 (p)
Dépenses totales	15,74	15,42	17,65
Activité CPS	14,12	13,83	15,83
Activité RPPS	1,62	1,6	1,82
Recettes totales	15,74	15,42	17,65
Contribution des membres	1,78	1,78	1,76
<i>dont État</i>	<i>0,4</i>	<i>0,4</i>	<i>0,4</i>
Abonnements cartes	12,14	11,82	13,8
Abonnements certificats	0,15	0,19	0,2
Services promoteurs	0,04	0,04	0,05
RPPS	1,62	1,6	1,82
<i>dont assurance maladie</i>	<i>1,08</i>	<i>1,06</i>	<i>1,22</i>
<i>dont État</i>	<i>0,54</i>	<i>0,53</i>	<i>0,61</i>
Produits financiers	0,02	0	0,02

Source : ministère de la Santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative

Pour 2009, la participation de l'État au fonctionnement du GIP devrait rester quasi stable, à hauteur de 0,77 million d'euros.

*
* *

CHAPITRE III.– LE PROGRAMME *PROTECTION MALADIE*

L'année 2009 signe le basculement, de la mission *Solidarité, insertion et égalité des chances* vers la mission *Santé*, des actions menées au titre de la solidarité nationale en faveur de la santé des plus fragiles, qu'il s'agisse de l'accès aux soins des publics les plus défavorisés et des étrangers ou du dispositif spécifique d'indemnisation des victimes de l'amiante. Votre Rapporteur spécial approuve pleinement ce changement de périmètre : en effet, si ces politiques relèvent incontestablement du champ de la solidarité, elles reflètent avant tout l'effort consenti par l'État en faveur de la santé de certains publics. Au même titre que la santé publique et la prévention sanitaire, ces dispositifs étatiques représentent en effet le complément naturel du financement de la protection sociale principalement assuré par la sécurité sociale. Le regroupement dans le champ de la mission *Santé* de l'ensemble des dispositifs financés par le budget de l'État contribue donc à assurer une meilleure lisibilité de l'effort financier dans le domaine de la santé, aux côtés du financement des organismes de sécurité sociale soumis au Parlement chaque année dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Trois dispositifs composent le champ d'intervention de l'État à destination de la santé des publics les plus fragiles :

– la gestion de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc), destinée à assurer pleinement l'accès aux soins des personnes disposant de faibles ressources ;

– l'aide médicale de l'État (AME), qui finance les soins des étrangers en situation irrégulière ;

– et enfin, le financement spécifique de l'indemnisation des victimes de l'amiante.

Pour 2009, 540 millions d'euros sont prévus au titre du programme n° 183, contre 513 millions d'euros en 2008.

I.– DE NOUVELLES MODALITÉS DE FINANCEMENT DE LA CMUC QUI CONDUISENT À LA DISPARITION DE LA DOTATION BUDGÉTAIRE DE L'ÉTAT

A.– LE FONDS CMU ASSURE L'ACCÈS AUX SOINS DES PERSONNES À FAIBLES REVENUS

Le fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture maladie universelle (CMU) du risque maladie, plus généralement appelé le fonds CMU, institué par la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, est chargé d'assurer l'accès à une protection complémentaire publique, complète et gratuite, aux personnes dont les revenus

sont modestes. Depuis le 1^{er} juillet 2008, le **plafond de ressources pour l'attribution de la CMU complémentaire (CMUc) est fixé à 7 447 euros pour une personne seule et à 11 170 euros pour un foyer comptant deux personnes.**

Les dépenses engagées par l'assurance maladie du régime général et par les organismes complémentaires au titre de la prise en charge des dépenses de santé des bénéficiaires de la CMUc fait l'objet, depuis 2004 d'un remboursement par le fonds CMU sur la base d'un forfait par bénéficiaire. On notera que le « *poids des organismes complémentaires participant au dispositif CMUc* » est évalué dans le cadre du volet performance du programme *Protection maladie* : la cible fixée à l'horizon de 2011 s'établit à 60 %, alors qu'elle n'est que de 25 % en 2007. Cette prévision de montée en charge importante tient en réalité au régime fiscal favorable instauré par la loi de finances rectificative pour 2006 à l'intention des organismes complémentaires solidaires ou responsables, qui bénéficient d'une exonération d'impôt sur les sociétés et de taxe professionnelle.

Votre Rapporteur spécial note, à cet égard, **le caractère très partiel des renseignements communiqués au Parlement concernant les dépenses fiscales participant à la mise en œuvre des actions du programme *Protection maladie*.** En effet, s'agissant de la CMUc, seule l'exonération de la taxe sur les conventions d'assurances dont bénéficient les organismes complémentaires au titre des contrats solidaires et responsables fait l'objet d'un chiffrage précis : le montant de l'exonération s'établirait ainsi à 2 milliards d'euros pour 2009. L'exonération de l'impôt sur les sociétés précédemment évoquée représenterait quant à elle en 2009 un coût inférieur à 0,5 million d'euros. Aucune explication n'est toutefois fournie pour rendre compte du très faible coût de cette dernière dépense fiscale.

L'année 2008 enregistre une diminution de 8,5 % du nombre des bénéficiaires de la CMUc, estimés à 4 438 000, en raison d'un inventaire exhaustif opéré par la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), qui a permis la détection et la rectification de l'ensemble des doubles comptes. Pour 2009, c'est encore une légère baisse, à hauteur de 1,6 %, qui devrait caractériser le nombre de bénéficiaires de la CMUc.

1.– Des réformes successives ont affecté les bénéficiaires de la CMUc

Depuis l'entrée en vigueur de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004, le fonds CMU gère également **le dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS)**, destiné à lisser l'effet de seuil mécaniquement induit par le plafond de ressources de la CMUc, par le biais d'une déduction accordée pour l'acquisition d'une complémentaire santé aux personnes qui dépassent ce plafond dans une limite qui a été portée de 15 % à 20 % en 2008. Cette aide a été revalorisée en 2006, et s'établit aujourd'hui à 100 euros pour les personnes de moins de 25 ans, à 200 euros pour les personnes âgées entre 25 et 59 ans, et à 400 euros pour les personnes de plus de 60 ans. Ces deux améliorations notables, ainsi qu'un effort important de communication qui a été déployé afin de faire

d'avantage connaître le dispositif à ses bénéficiaires potentiels, ont permis une augmentation significative du nombre de bénéficiaires – près de 511 000 personnes –, de l'ordre de 38 % entre 2007 et 2008.

Depuis 2004 également, et dans la continuité des mesures mises en œuvre pour l'ensemble des assurés, le bénéfice de la CMUc est subordonné au respect de certaines règles : ainsi, un dépassement mis à la charge du bénéficiaire est autorisé pour les patients qui se situeraient hors parcours de soins, tandis que la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 a subordonné la dispense d'avance de frais consentie aux bénéficiaires de la CMUc à leur acceptation de se voir prescrire des médicaments génériques. Enfin, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a subordonné la dispense d'avance de frais et la prise en charge du ticket modérateur au respect par le bénéficiaire du parcours de soins coordonné. Votre Rapporteur spécial constate toutefois que le décret nécessaire à la mise en œuvre de ces dernières dispositions n'est toujours pas paru à la date de rédaction du présent rapport.

On rappellera par ailleurs qu'en application de l'article 120 de la loi de finances initiale pour 2008, le décret n° 2008-88 du 28 janvier 2008 est venu aligner les règles applicables au « forfait logement » – qui permet de prendre en compte les aides au logement dans les revenus des bénéficiaires – pour l'ouverture des droits à la CMUc sur celles applicables au revenu minimum d'insertion (RMI). Autrement dit, cet alignement a purement et simplement conduit à diminuer le plafond de ressources ouvrant droit à la CMUc pour l'ensemble de ses bénéficiaires, et l'économie qui en était attendue s'établit à 14 millions d'euros. Votre Rapporteur spécial regrette toutefois l'absence d'informations relatives au nombre des bénéficiaires de la CMUc qui se trouveraient exclus du dispositif par ce biais. Il est permis de supposer que cette mesure restrictive n'est pas étrangère à la diminution de 8,5 % du nombre de bénéficiaires de la CMUc constatée en 2008.

2.– Un renforcement substantiel du contrôle et de la lutte contre la fraude

La CMUc a, au même titre que l'assurance maladie du régime général, vu ces dernières années se diffuser de nouvelles méthodes de contrôle et de lutte contre la fraude. C'est tout d'abord par le biais de la facilitation des échanges d'information et en particulier leur extension à l'administration fiscale qu'un meilleur contrôle des bénéficiaires de la CMUc a été rendu possible. Dans un second temps, les dernières lois de financement de la sécurité sociale ont toutes, depuis 2006, comporté des dispositions visant à renforcer la lutte contre la fraude à la CMUc : une enquête est désormais systématiquement déclenchée en cas de soupçon de fraude ou de dépôt de plainte, tandis qu'un contrôle du train de vie des demandeurs et bénéficiaires a été instauré. Enfin, l'inobservation des règles relatives à la CMUc entraînant une prise en charge indue pour l'assurance maladie est assortie de pénalités.

La généralisation des contrôles en matière de CMUc se matérialise dans le volet performance du programme *Protection maladie*, dont l'un des objectifs consiste à *Renforcer le contrôle du dispositif de la CMUc et améliorer la gestion du risque*. Les indicateurs associés évoluent positivement cette année : en effet, s'agissant strictement du contrôle des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire, il est évalué par le *Nombre de divergences constatées entre les ressources déclarées et les ressources vérifiées auprès de la direction générale des impôts ou des caisses d'allocations familiales*. On regrettera que les renseignements fournis à ce stade ne fassent l'objet d'aucun commentaire, ce qui rend cet indicateur totalement inexploitable en l'état : en effet, pour 2006, le taux de divergence s'établissait à 60 % ; celui-ci est ramené à 36 % en 2007 et devrait être de 25 % en 2008, niveau qui devrait demeurer stable à l'horizon de 2011. La forte diminution du nombre des divergences constatées tient-elle à l'amélioration des échanges d'informations entre administration fiscale et organismes de sécurité sociale ? Pourquoi retenir une cible d'un quart pour le nombre de divergences qui devraient perdurer à l'avenir ? **Votre Rapporteur spécial déplore l'inutilité des indicateurs de performance qui ne font l'objet d'aucun commentaire**. Un second sous-indicateur mesure le nombre de bénéficiaires à consommation atypique sur le nombre total de bénéficiaires ayant fait l'objet d'un contrôle de carte Vitale : ici encore, une prévision pour 2008 d'un rapport de 25 %, maintenu comme cible pour 2011, demeure inexpliquée.

La prise en compte des difficultés propres aux bénéficiaires de la CMUc ne doit toutefois pas céder le pas à une simple politique de contrôle des bénéficiaires de la CMUc et de lutte contre la fraude. Votre Rapporteur spécial se réjouit donc de l'amélioration sensible des indicateurs relatifs à la garantie réelle de l'accès aux soins des personnes les plus vulnérables : ainsi, deux nouveaux sous-indicateurs permettront dès 2009 une mesure affinée de l'écart de non recours aux soins entre les bénéficiaires de la CMUc et le reste de la population. On constatera à cet égard que le non recours aux soins de la population affiliée à la CMUc atteint 10,4 % pour le médecin et plus de 30 % pour le dentiste. La résorption de l'écart avec le reste de la population, et plus généralement encore, l'amélioration de l'accès aux soins des bénéficiaires de la CMUc reste donc indéniablement une priorité.

B.— UNE PROFONDE MODIFICATION DE LA STRUCTURE DE FINANCEMENT DU FONDS CMU SERA OPÉRATIONNELLE EN 2009

La justification au premier euro incluse dans le projet annuel de performances indique une dotation budgétaire nulle de l'État au fonds CMU pour 2009. L'explication de cette disparition du financement de l'État doit être recherchée dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, qui modifie profondément la structure de financement du fonds. Avant de rendre compte du changement opéré, il convient de rappeler au préalable les modalités de financement qui ont prévalu jusqu'en 2008.

1.– Les modalités de financement du fonds CMU jusqu'en 2008

Le financement du fonds CMU est assuré par trois grands types de recettes : outre une dotation de l'assurance maladie au titre de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), et une subvention d'équilibre versée par le budget de l'État, le fonds CMU est en réalité essentiellement financé – à hauteur de 92 % en 2008 – par des recettes fiscales. Le fonds est en effet affectataire de la totalité du produit de la contribution sur les alcools de plus de 25° ainsi que d'une fraction du droit de consommation sur les tabacs, portée à 4,34 % depuis 2007. Ces deux taxes affectées représentent 50 % de ses recettes en 2008. Le fonds perçoit également le produit d'une contribution, fixée à 2,5 % depuis 2006, due par les organismes complémentaires sur leurs primes ou cotisations d'assurance de protection complémentaire santé (dite taxe OC) : celui-ci représente 42 % des recettes du fonds en 2008.

Le tableau suivant récapitule le budget du fonds CMU en 2007 et 2008.

BUDGET DU FONDS CMU EN 2007 ET 2008

(en millions d'euros)

	Recettes				Dépenses		
	2007	2008	Évolution 2008/2007 (en %)		2007	2008	Évolution 2008/2007 (en %)
Dotation budgétaire de l'État	109	46	-57%	Remboursements aux régimes de base d'assurance maladie au titre des dépenses de CMUc qu'ils gèrent	1 443	1 304	-10 %
Taxe OC	684	711	+4 %	Déductions opérées par les OC au titre des dépenses de CMUc qu'ils gèrent	204	205	-
Taxe alcools de plus de 25°	480	421	-12 %	Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS)	62	86	+39 %
Droits tabacs	411	413	-	Sous-total déductions OC	266	291	+9 %
Sous-total recettes fiscales	1575	1545	-2 %	Dépenses de gestion du fonds	1	1	-
Dotation de l'assurance maladie	62	86	+39 %				
Total recettes	1 746	1 678	-4 %	Total dépenses	1 710	1 596	-7 %
Résultat de l'année	36	82	+128 %				
Résultat cumulé	53	135	+154 %				

Source : direction de la sécurité sociale et fonds CMU

2.– De nouvelles modalités de financement du fonds CMU sont définies par le PLFSS pour 2009

L'année 2009 consacre une réforme profonde du mode de financement du fonds CMU, opérée dans le cadre du présent projet de loi ainsi que du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009. En effet, sont prévus les changements suivants :

– la taxe sur le chiffre d'affaires « santé » des organismes complémentaires est portée de 2,5 % à 5,9 %, le produit de cette augmentation étant affecté en totalité au fonds CMU (article 12 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009) ;

– en contrepartie, les produits de la contribution sur les alcools de plus de 25° et de la fraction de 4,34 % des droits de consommation sur les tabacs seront désormais affectés à la caisse nationale d'assurance maladie du régime général (CNAMTS), qui bénéficierait également des éventuels excédents du fonds CMU (**article 55** du présent projet de loi et article 12 du projet de loi de financement de la sécurité sociale) :

– le fonds CMU sera désormais non plus seulement gestionnaire de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), il en assurera également directement le financement sur ses ressources propres, en se substituant ainsi à la CNAMTS. Cette modification met ainsi fin à la dotation globale de l'assurance maladie au fonds CMU, qui s'est établie à 86 millions d'euros en 2008 (article 12 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009) ;

– le forfait sur la base duquel les dépenses de CMUc sont compensées par le fonds aux organismes gestionnaires sera revalorisé, par une augmentation de 7,50 euros par bénéficiaire et par trimestre, soit 30 euros par an (article 12 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009).

La réforme ainsi opérée de la structure de financement du fonds CMU par le biais de l'augmentation sensible de la taxe sur le chiffre d'affaires des organismes complémentaires doit permettre au fonds de faire face à ses dépenses prévisionnelles pour 2009 : dès lors, la subvention de l'État, destinée à équilibrer les comptes du fonds, disparaît.

Votre Rapporteur spécial approuve pleinement l'intention qui préside à cette réforme d'ampleur du mode de financement de l'accès aux soins des personnes les plus défavorisées. Il semble en effet naturel que les organismes complémentaires contribuent à la couverture complémentaire santé des plus démunis. Toutefois, pour que cette réforme soit entièrement satisfaisante, **encore faut-il s'assurer que les recettes nouvelles affectées au fonds suffisent à couvrir les dépenses prévisionnelles**, d'autant plus que les dotations respectives de l'État et de l'assurance maladie disparaissent, et cela, alors même que le forfait de remboursement est revalorisé et que le fonds assurera lui-même le financement de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS).

Le rendement attendu de l'augmentation de la taxe sur le chiffre d'affaires des organismes complémentaires serait de un milliard d'euros pour 2009. Sur la base des estimations de recettes au titre de l'année 2008, ce montant serait suffisant pour couvrir le transfert vers l'assurance maladie des recettes tirées de la fiscalité applicable aux alcools et tabacs – qui s'élèvent à environ 834 millions d'euros pour 2008 –, ainsi que la disparition des dotations respectives de l'État

(47 millions d'euros) et de l'assurance maladie (86 millions d'euros). Lors de son audition par votre Rapporteur spécial, M. Jean-François Chadelat, directeur du fonds CMU, a indiqué qu'outre la simplification de la structure de financement du fonds et la pertinence du recours à une ressource issue de la contribution des organismes complémentaires, cette recette, assise sur le chiffre d'affaires des organismes concernés, présente un dynamisme supérieur à la fiscalité sur les alcools et tabacs, qui devrait donc permettre d'assurer de manière pérenne l'équilibre des comptes du fonds.

Votre Rapporteur spécial se permet toutefois d'attirer l'attention sur le **problème que pose la substitution d'une fiscalité affectée au principe du financement par voie de dotation budgétaire. Elle conduit en effet à soustraire de la loi de finances, et partant, du contrôle et de l'évaluation du Parlement, les actions menées au titre de l'accès aux soins des publics fragiles, ainsi que les financements afférents.** On soulignera que les comptes du fonds CMU ne figurent dans aucune des annexes au projet de loi de financement de la sécurité sociale. Considéré comme un opérateur de l'État, le fonds CMU figure comme tel dans le projet annuel de performances, de même que l'action qui portait jusqu'alors la subvention d'équilibre de l'État – *Accès à la protection maladie complémentaire* –, est maintenue. Il est indispensable que ces éléments continuent de figurer dans le programme *Protection maladie*, quand bien même aucune dotation de l'État ne serait prévue : c'est en effet le seul moyen dont dispose le Parlement pour assurer le suivi de la mise en œuvre de cette politique. Certes, le maintien d'une action dépourvue de tout crédit peut *a priori* sembler superflue. Il n'en demeure pas moins que le principe d'un équilibrage par l'État des comptes du fonds CMU en cas d'insuffisance de ses recettes figure explicitement dans la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, et qui institue le fonds CMU. Il est donc essentiel que l'action afférente du programme *Protection maladie* subsiste, un financement complémentaire de l'État ne pouvant être *a priori* exclu pour l'avenir.

II.– UNE REVALORISATION DE LA DOTATION DE L'ÉTAT À L'AME QUI NE RÉSOUT PAS LE PROBLÈME DE LA DETTE EXISTANTE

Créée en 2000 pour assurer l'accès aux soins des personnes étrangères en situation irrégulière, l'aide médicale de l'État (AME) relève pleinement de l'application d'un principe de solidarité nationale en même temps qu'elle répond à des objectifs de santé publique.

A.– DES DÉPENSES EN PROGRESSION CONSTANTE POUR DES MESURES D'ÉCONOMIES DONT L'EFFICACITÉ DOIT ÊTRE RELATIVISÉE

L'aide médicale de l'État (AME) est en réalité composée de plusieurs dispositifs distincts :

– l'AME de droit commun est accordée pour une durée d'un an renouvelable aux personnes justifiant d'une résidence de plus de trois mois en France. Elle consiste dans le remboursement par l'État à la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) des dépenses de soins prises en charge pour les bénéficiaires de l'aide ;

– les soins urgents prodigués en hôpital à des personnes étrangères en situation irrégulière mais qui ne remplissent pas les conditions pour bénéficier de l'AME font également l'objet d'un remboursement forfaitaire par l'État ;

– l'État prend également en charge les évacuations sanitaires d'étrangers résidant à Mayotte vers des hôpitaux de La Réunion ou vers la métropole ;

– l'AME dite « humanitaire » concerne quant à elle moins d'une centaine de prises en charge annuelles de personnes françaises ou étrangères ne résidant pas en France, prévues par décision individuelle du ministre compétent ;

– enfin, les dépenses d'AME recouvrent également les soins prodigués aux étrangers retenus dans les locaux de rétention administrative.

Le tableau suivant retrace l'évolution du nombre des bénéficiaires de l'AME depuis 2002, ainsi que les dépenses afférentes.

ÉVOLUTION DES DÉPENSES ET DU NOMBRE DES BÉNÉFICIAIRES DE L'AME

(en millions d'euros)

	Dépenses	Nombre de bénéficiaires
2002	377,3	160 122
2003	505,5	163 574
2004	422,5	154 530
2005	376,9	170 584
2006	458,8	189 572
2007	469,7	187 340
2008 (1 ^{er} et 2 ^{ème} trimestres)	225	185 195

Source : caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (données retraitées)

La forte hausse des dépenses au titre de l'aide médicale de l'État a conduit à rechercher des moyens de réaliser des économies, mais également d'aligner le régime applicable aux bénéficiaires de l'AME sur celui qui prévaut pour l'ensemble des assurés. Il a ainsi tout d'abord été envisagé d'étendre le ticket modérateur aux bénéficiaires de l'aide médicale de l'État : ces dispositions, prévues en loi de finances rectificative pour 2002, n'ont toutefois pas été appliquées en raison des difficultés liées à leur mise en œuvre. En effet, en raison de la très large insolvabilité du public concerné ainsi que des problèmes de recouvrement des impayés auprès de personnes en situation irrégulière, la mise en place d'un ticket modérateur aurait en réalité conduit à un report de charge sur les hôpitaux et les professionnels de santé.

Le principe de conditionner la prise en charge des frais de santé à l'acceptation par le bénéficiaire de l'AME de se voir délivrer un médicament générique s'est en revanche révélé plus praticable. Cette disposition a été adoptée dans le cadre de la loi de finances pour 2008, sans qu'il soit toutefois possible de considérer qu'elle générera une économie sensible au titre des dépenses d'AME. En effet, si la pénalisation du refus du médicament générique fait partie des préconisations du rapport d'audit de modernisation conjoint mené par l'inspection générale des finances (IGF) et l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) sur la gestion de l'aide médicale de l'État, publié en mai 2007, celui-ci souligne qu'une telle mesure *« présente avant tout un intérêt symbolique, les économies liées à sa mise en œuvre étant vraisemblablement modestes »*. En effet, une étude réalisée par la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de Paris en septembre 2006 montre que les bénéficiaires de l'AME consomment davantage de médicaments génériques que les assurés sociaux – 64,3 % contre 48,6 % – et la probabilité que ceux-ci refusent la prescription ou la substitution de médicaments génériques semble faible.

D'autre part, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a étendu le contrôle médical aux soins prodigués au titre de l'aide médicale de l'État, mais également à la prise en charge des soins urgents. Si l'on peut a priori estimer légitime l'extension du contrôle médical, la mission d'audit de modernisation considère que l'impact attendu de cette mesure serait limité *« étant donné les caractéristiques des prestations offertes (essentiellement en nature) et la prépondérance des soins en milieu hospitalier, pour lesquels les abus de soins ne peuvent a priori être suspectés »*.

Enfin, plusieurs outils de contrôle sont actuellement à l'étude : il s'agit, d'une part, de la mise en place d'un titre d'admission à l'AME auquel serait apposée la photographie du bénéficiaire, et d'autre part, de l'harmonisation des procédures de contrôle entre les différentes caisses gestionnaires de l'aide, lors de l'ouverture des droits. **Votre Rapporteur spécial reste dubitatif quant à la possibilité de généraliser un titre d'admission à l'AME comportant la photographie du bénéficiaire, dont on rappellera qu'il s'agit de personnes étrangères en situation irrégulière.**

Le contrôle effectué sur les bénéficiaires de l'aide médicale de l'État fait l'objet d'un suivi dans le cadre du volet performance du projet annuel de performances. Un premier sous-indicateur mesure l'évolution du nombre des dossiers ayant fait l'objet d'un contrôle approfondi des moyens d'existence par la convocation du demandeur au guichet de la caisse gestionnaire de l'aide : aucun résultat n'est sur ce point disponible à ce stade, ce dont s'étonne votre Rapporteur spécial. Un nouveau sous-indicateur apparaît en 2009, qui vise à évaluer le taux de divergences décelées suites aux contrôles effectués dans le cadre d'entretiens : si l'absence de résultats s'explique ici par l'apparition récente de cet indicateur, on remarquera que la cible est fixée, pour 2011, à 70 %, sans qu'aucun commentaire ne vienne éclairer ce choix. Dès lors, concernant l'AME, seul l'indicateur relatif

au délai moyen d'instruction des dossiers se révèle exploitable : ce délai pourrait être de 20 jours en 2008 et resterait ensuite stable, alors même que le projet annuel de performances pour 2008 prévoyait une réduction du délai de délivrance d'une attestation de droits à l'AME à 8 jours !

B.- LE PROBLÈME DE LA DETTE DE L'ÉTAT AU TITRE DE L'AME EST LOIN D'ÊTRE RÉGLÉ

L'augmentation régulière, depuis 2002, des dépenses au titre de l'AME, s'est accompagnée d'une aggravation progressive de la sous-dotation de l'État à ce titre. Ainsi, en 2006, la dotation de l'État s'est établie à 236,2 millions d'euros alors que les dépenses totales au titre de l'AME ont finalement représenté 459 millions d'euros. Au 31 décembre 2006, la dette cumulée de l'État vis-à-vis de l'assurance maladie du régime général atteignait 920 millions d'euros. Il devenait urgent de régler ce problème de sous-budgétisation chronique, et de ce point de vue, on ne peut que se réjouir de l'opération d'apurement intervenue en octobre 2007 de l'intégralité de la dette au titre de l'AME au 31 décembre 2006, à hauteur, rappelons-le, de 920 millions d'euros. Cette opération ne réglait toutefois pas définitivement le problème pour l'avenir.

Et force est de constater que la dette au titre de l'AME s'est partiellement reconstituée. En effet, en 2007, la dotation de l'État s'est élevée à 233 millions d'euros, niveau dont on pouvait prévoir l'insuffisance au regard des dépenses constatées les années précédentes. Cette insuffisance des crédits ne s'est pas démentie, puisqu'elle s'est finalement établie à 264 millions d'euros pour 2007. Pour 2008, en revanche, une très forte revalorisation de la dotation de l'État pouvait laisser présager une couverture suffisante des besoins. Prévues à hauteur de 413 millions d'euros, elle s'est toutefois encore révélée insuffisante, puisque les besoins non couverts pourraient finalement représenter 90 millions d'euros.

Le tableau suivant récapitule les évolutions récentes de la dette de l'État au titre de l'AME.

ÉVOLUTION DE LA DETTE DE L'ÉTAT AU TITRE DE L'AME

(en millions d'euros)

	Dotation	Dettes au titre de l'exercice	Dettes cumulées
2006	233,48	266,26	920,24
2007	233,48	264,28	264,28
2008 (p)	413	90	354,28

Source : direction de la sécurité sociale

Pour 2009, l'État consacrera 490 millions d'euros à l'AME, contre 413 millions d'euros en 2008, soit une hausse conséquente des crédits, à hauteur de 18,6 %. La dotation se répartit comme suit :

— l'AME de droit commun représenterait 436 millions d'euros. Cette prévision repose sur un tendanciel de dépenses estimé à 466 millions d'euros, conjugué à des économies attendues de 30 millions d'euros, liées aux mesures de

non prise en charge des dépenses de soins en cas de refus des médicaments génériques et d'extension du contrôle médical à l'AME. **Votre Rapporteur spécial réitère ses doutes quant au niveau des économies attendues de la mise en œuvre de ces deux outils, pour lesquelles les prévisions sont plus qu'optimistes ;**

– le volet « soins urgents » de l'AME bénéficiera de 40 millions d'euros en 2009. Au regard des dépenses constatées lors des derniers exercices - 67 millions d'euros en 2007, 70 millions d'euros pour 2008 –, cette dotation, d'un niveau équivalent à 2008, pourrait bien une nouvelle fois se révéler insuffisante ;

– enfin, le reste des crédits sera réparti entre d'une part, les dépenses au titre des évacuations sanitaires de Mayotte vers La Réunion ou vers la métropole - 12 millions d'euros – et d'autre part, la prise en charge de l'AME « humanitaire », soit 2 millions d'euros.

Votre Rapporteur spécial se réjouit du nouveau calibrage retenu qui, reconnaissons-le, se donne pour la première fois comme étant à la hauteur des besoins constatés lors des exercices précédents. La revalorisation est conséquente, malgré les nombreux signes qui laissent d'ores et déjà présager que certains besoins pourraient se révéler non couverts. **Il souligne toutefois que la dette cumulée de l'État au titre de l'AME s'élèverait à 354 millions d'euros à la fin de l'année 2008 : or, si l'on peut raisonnablement estimer que l'année 2009 ne verra pas d'aggravation de cette dette, le réajustement du niveau de la dotation ne permet aucunement de résorber la dette existante. Il conviendrait donc, en toute rigueur, qu'un nouvel apurement intervienne dans les meilleurs délais, en l'occurrence dans la plus prochaine loi de finances rectificative.**

III.– L'INDEMNISATION DES VICTIMES DE L'AMIANTE

En 1996, un rapport de l'institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) mettait en évidence la nocivité de l'amiante. Son utilisation a été interdite à partir du 1^{er} janvier 1997, et la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 instituait, quelques années plus tard, le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA), chargé d'assurer la réparation des préjudices subis par ses victimes.

L'objectif de ce dispositif est de permettre une indemnisation juste, équitable et rapide de toutes les victimes de l'amiante. Trois catégories de victimes peuvent ainsi obtenir, aux termes de la loi, réparation intégrale de leur préjudice :

– les personnes qui ont obtenu la reconnaissance d'une maladie professionnelle occasionnée par l'amiante au titre de la législation française de sécurité sociale ou d'un régime assimilé ou de la législation applicable aux pensions civiles et militaires d'invalidité ;

– les personnes qui ont subi un préjudice résultant directement d'une exposition à l'amiante sur le territoire français ;

– ainsi que les ayants droit des deux premières catégories.

En 2007, les victimes qui se sont adressées au FIVA sont toujours essentiellement des victimes reconnues en maladies professionnelles (85,7 %) qui relèvent du régime général (85 %). Le dispositif ainsi mis en place à travers le FIVA apparaît comme complémentaire de l'indemnisation qui peut être versée par ailleurs par les organismes de sécurité sociale, afin de garantir une réparation intégrale du préjudice subi par les victimes de l'amiante.

On remarquera, à cet égard, que l'exonération des indemnités et prestations servies aux victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles qui figure à l'article 81 du code général des impôts, constitue l'une des dépenses fiscales concourant à la mise en œuvre du programme *Protection maladie*. Or, cette exonération au titre de l'impôt sur le revenu des personnes physiques vaut pour l'ensemble des victimes de maladies professionnelles : si le coût de cette dépense fiscale est évalué à 850 millions d'euros pour 2009, rien ne permet de distinguer la part qui contribuerait directement à la mise en œuvre du programme, au titre des seules victimes de l'amiante. En revanche, l'exonération d'impôt sur le revenu au titre des indemnités versées aux victimes de l'amiante, dont le coût devrait s'établir à 10 millions d'euros pour 2009, concourt quant à elle de manière directe et intégralement à la mise en œuvre de cette action du programme. Il conviendrait de distinguer, au sein des dépenses fiscales, celles qui relèvent pleinement et entièrement des objectifs du programme, et celles qui n'y concourent que de manière partielle ou accessoire, et qui, en l'occurrence, dépassent souvent largement les objectifs du programme. **Votre Rapporteur spécial en appelle donc à une présentation plus efficace des dépenses fiscales, qui doivent faire l'objet d'une analyse détaillée au regard de leur participation à la mise en œuvre du programme correspondant.**

A.– UNE PRISE EN CHARGE SATISFAISANTE DES DEMANDES D'INDEMNISATION, RELATIVISÉE PAR L'ACCUMULATION RÉCENTE D'UN STOCK DE DOSSIERS EN ATTENTE DE TRAITEMENT

Depuis sa création et au 31 décembre 2007, le FIVA a versé 1,64 milliard d'euros d'indemnisations. Le nombre de demandes d'indemnisation continue en fait de progresser fortement, puisqu'elles augmentent de plus de 33 % en 2007, pour atteindre 25 579 en 2007. Le tableau suivant retrace la répartition de ces demandes.

ÉVOLUTION DES DEMANDES D'INDEMNISATIONS AU FIVA

	Nouvelles victimes	Nouveaux ayants droit	Demandes nouvelles de victimes ou d'ayants droit déjà connus
2005	8 467	5 481	4 592
2006	8 929	5 126	5 151
2007	10 771	7 960	6 848

Source : ministère de la Santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative

On notera toutefois que la majorité des demandes d'indemnisation formulées le sont au titre de pathologies bénignes – 74 % des demandes en 2007, et que cette proportion a tendance à augmenter.

Le financement du FIVA est assuré :

– d'une part, par une contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP), qui s'est stabilisée à 315 millions d'euros par an depuis 2006 ;

– et d'autre part, par une dotation de l'État, qui s'est élevée à 48 millions d'euros en 2006 et 2007, et s'est établie à 50 millions d'euros pour 2008.

Le tableau suivant retrace l'évolution des recettes et des dépenses du fonds depuis 2005.

ÉVOLUTION DU BUDGET DU FIVA

(en millions d'euros)

	2005	2006	2007	2008 (p)
Charges	432	392	356	302
Indemnisations (dont provisions)	427	387	350	296
Autres charges	5	5	6	6
Produits	347	402	402	399
Contribution de la branche AT-MP	200	315	315	315
Contribution de l'État	52	48	48	50
Autres produits (dont reprise sur provisions)	95	40	39	34
Résultat net	-85	10	45	97
Résultat cumulé depuis 2001	251	261	306	403

Source : commission des comptes de la sécurité sociale

En 2008, le fonds enregistrerait une forte diminution du nombre des demandes d'indemnisation, de l'ordre de 35 % sur les huit premiers mois de l'année. Parallèlement, le nombre d'offres formulées par le fonds a baissé de 26 %, passant de 760 en 2007 en moyenne à 560 sur le début de l'année 2008. Ces évolutions conduisent mécaniquement à un alourdissement du stock des dossiers en souffrance : en effet, les offres formulées sont de plus en plus des offres complémentaires, dont le délai de traitement est plus important. Cette situation rend compte de la diminution importante des charges constatée en 2008, et en conséquence, du niveau du résultat net atteint, à hauteur de 97 millions d'euros.

B. – UNE ACCÉLÉRATION PRÉVISIBLE DU RYTHME DE TRAITEMENT DES DOSSIERS EN 2009

L'augmentation importante du stock des dossiers d'indemnisation en souffrance a conduit les pouvoirs publics à diligenter en 2008 une mission conjointe de l'inspection générale des finances (IGF) et de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) afin de réaliser un audit du fonds : le rapport provisoire publié par la mission a préconisé la mise en place d'une cellule d'urgence, un renforcement à terme des effectifs du fonds ainsi qu'une simplification des procédures pour le paiement des offres.

La mise en place en 2009 d'une cellule spéciale chargée d'écouler le stock des dossiers en souffrance devrait conduire à un alourdissement mécanique des charges du fonds : celui présenterait donc logiquement en 2009 un solde net fortement négatif, à hauteur de 266 millions d'euros. Toutefois, le solde cumulé du fonds depuis sa création permettrait d'absorber le fort déficit de 2009 et de conserver un résultat cumulé excédentaire qui représenterait encore 136 millions d'euros.

Dans ce contexte, les dotations respectives de l'assurance maladie et de l'État au FIVA devraient rester stables par rapport à 2008, à hauteur respectivement de 315 millions d'euros et de 50 millions d'euros.

On notera à cet égard que la réduction des délais de présentation et de paiement des offres d'indemnisation du FIVA constitue l'un des objectifs du volet performance du programme *Protection maladie*. Un indicateur mesure ainsi le *Pourcentage des offres présentées dans un délai maximum de quatre mois pour les pathologies malignes* : on remarquera que seule la moitié des offres présentées satisfont ce délai en 2007, alors même pour 2008, un taux de 90 % est prévu, niveau qui semble en l'occurrence totalement irréaliste. Par ailleurs, le second indicateur qui mesure le *Pourcentage des offres payées dans un délai inférieur à un mois* se voit dédoublé en 2009 : il distinguera désormais entre les pathologies graves et les pathologies bénignes. Pour 2009, un objectif de paiement des offres dans un délai d'un mois au maximum est fixé pour 85 % des offres au titre des pathologies graves et 50 % des offres au titre des pathologies bénignes.

EXAMEN EN COMMISSION

Au cours de sa séance du mercredi 12 novembre 2008, la commission des Finances examine les crédits de la mission Santé, après l'audition de Mme Roselyne Bachelot, ministre de la Santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, lors de la réunion de la commission élargie (voir compte rendu analytique officiel de la réunion du 12 novembre 2008 à 9 heures ⁽¹⁾).

(1) http://www.assemblee-nationale.fr/13/budget/plf2009/commissions_elargies/cr/

Article 73

Simplification du régime des taxes affectées à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS)

Texte du projet de loi :

I. - L'article L. 1123-8 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Dans le quatrième alinéa, les mots : « ou à l'article L. 1123-9 » sont supprimés ;

2° Dans le cinquième alinéa, après les mots : « du 2° de l'article L. 1121-1, » sont insérés les mots : « sauf lorsqu'elle porte sur une modification substantielle d'une recherche, » et les mots : « ou de l'article L. 1123-9 » sont supprimés ;

3° Dans le huitième alinéa, le pourcentage : « 10 % » est remplacé par le pourcentage : « 30 % ».

II. - Les articles L. 5124-12, L. 5124-17-1 et L. 5124-17-2 du même code sont abrogés.

III. - Dans le premier alinéa de l'article L. 5121-16 du même code, après les mots : « renouvellement de cette autorisation » sont insérés les mots : « ou toute demande d'autorisation ou de renouvellement d'autorisation d'importation parallèle délivrée dans les conditions fixées par le décret prévu par le 12° de l'article L. 5124-18 ».

IV. - L'article L. 5121-17 du même code est ainsi modifié :

1° Dans le premier alinéa, après les mots : « Communauté européenne » sont insérés les mots : « ou bénéficiaires d'une autorisation d'importation parallèle délivrée dans les conditions fixées par le décret prévu au 12° de l'article L. 5124-18 » ;

2° Dans le deuxième alinéa, après les mots : « mise sur le marché » sont insérés les mots : « ou de l'autorisation d'importation parallèle mentionnée au premier alinéa ».

V. - La seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 5211-5-2 du même code est ainsi rédigée :

« Elle est exigible des fabricants de dispositifs médicaux ou de leurs mandataires ainsi que de toute personne morale ou physique qui se livre à la fabrication, la distribution ou l'importation, même à titre accessoire, de dispositifs médicaux. »

VI. - Le 2° de l'article L. 5211-6 du même code est supprimé.

VII. - Les dispositions du présent article entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2009.

Exposé des motifs du projet de loi :

L'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) assure une grande partie de son financement par la perception de taxes et redevances, notamment dix taxes touchant les laboratoires pharmaceutiques, ainsi que la taxe sur les dispositifs médicaux perçue auprès des professionnels. Dans son rapport d'information sur la prescription, la consommation et la fiscalité des médicaments d'avril 2008, la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) de l'Assemblée nationale s'est interrogée sur le nombre et la complexité de ces taxes.

Dans un souci de simplification, le mode de calcul de la taxe sur les recherches biomédicales est modifié : la part de la taxe relative aux modifications ultérieures intervenant après le dépôt du dossier initial de la recherche (en moyenne près de 3 modifications par recherche) est supprimée et la taxe relative à l'autorisation initiale délivrée par l'AFSSAPS est augmentée. Les mêmes dispositions sont prévues pour la taxe additionnelle perçue au profit des comités de protection des personnes à l'occasion des demandes d'avis

formulées auprès de ces organismes. Il est enfin proposé d'augmenter de 10 % à 30 % le taux réduit dont bénéficient aujourd'hui les promoteurs institutionnels afin de réduire progressivement les disparités de traitement entre promoteurs privés et promoteurs institutionnels. C'est l'objet du I du présent article.

Il est également proposé de supprimer :

- la taxe relative au certificat pour les médicaments exportés, dont le rendement est aujourd'hui nul ;
- la taxe relative aux demandes d'autorisation ou de renouvellement d'importation parallèle ;
- la taxe annuelle relative aux ventes des médicaments bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle, dont le support législatif est fusionné avec celui de la taxe relative aux ventes de spécialités pharmaceutiques bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché.

Les V et VI clarifient et améliorent les modalités de recouvrement de la taxe sur les dispositifs médicaux déjà perçue par l'AFSSAPS en identifiant de façon plus précise les professionnels assujettis et soumis à obligation déclarative auprès de l'agence.

Ces mesures génèrent pour l'AFSSAPS 1,5 million d'euros de recettes supplémentaires.

Observations et décision de la Commission :

L'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS), créée par la loi n° 98-535 du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme, a hérité, à cette date, des compétences de l'agence du médicament. Toutefois, son champ de compétences a été élargi à l'ensemble des produits de santé destinés à l'homme, qui incluent les dispositifs médicaux, les produits biologiques d'origine humaine (organes, tissus, produits de thérapie génique, etc.), les produits à usage cosmétique et les produits de tatouage. Depuis juin 2008, l'agence est également compétente en matière d'autorisation des recherches biomédicales en France.

L'AFSSAPS est donc à la fois une agence d'évaluation et d'expertise et une agence investie d'une large délégation de puissance publique. Elle exerce des missions propres d'évaluation avant et après mise sur le marché, de contrôle des produits en laboratoire, d'inspection sur les sites de production, de distribution en gros ou d'essais cliniques. Ses activités peuvent donc conduire à des décisions de police sanitaire. En outre, l'agence élabore et diffuse auprès des professionnels de santé et des patients, des informations destinées à favoriser le bon usage des produits de santé.

I.- LE RÉGIME ACTUEL DES TAXES AFFECTÉES À L'AFSSAPS

Les recettes de l'agence sont essentiellement constituées d'une part, d'une subvention pour charges de service public versée par l'État, qui reste assez marginale au regard du budget global de l'agence, et d'autre part, du produit d'un certain nombre de taxes affectées à l'agence et de redevances, qui représentent quant à elles environ 80 % du budget total de l'AFSSAPS.

A.— UNE MULTITUDE DE TAXES ET REDEVANCES AFFECTÉES À L'AFSSAPS

L'AFSSAPS est affectataire de plus de dix taxes et redevances sur les médicaments et les dispositifs médicaux, certaines d'entre elles s'inscrivant simplement dans le prolongement d'une catégorie générale de taxe – c'est le cas par exemple de la taxe sur les nouvelles indications ou les modifications d'une autorisation de mise sur le marché (AMM), dont les modalités d'application sont les mêmes que la taxe relative aux demandes d'AMM.

1.— Les taxes relatives aux autorisations de mise sur le marché (AMM) de médicaments

La taxe sur le chiffre d'affaires des médicaments

La taxe annuelle sur les spécialités pharmaceutiques (article L. 5121-17 du code de la santé publique) est versée au titre des ventes de médicaments et produits bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché (AMM). Le barème de la taxe comporte neuf tranches définies à l'article D. 5121-67 du même code, le plafond étant fixé à 17 000 euros pour un montant de ventes supérieur à 30 millions d'euros. Le produit de cette taxe représente environ 20 % des recettes totales de l'agence, à hauteur de 19,5 millions d'euros en 2007.

Un droit progressif exigible au titre des demandes d'AMM

Toute demande d'autorisation de mise sur le marché (AMM) d'une spécialité pharmaceutique ou de tout autre médicament est soumise au versement d'un droit progressif, dont le plafond est fixé à 25 400 euros (articles L. 5121-16 et D. 5121-64 du code de la santé publique). Les nouveaux principes actifs ou nouvelles indications d'un médicament ou d'une spécialité pharmaceutique font également l'objet d'une taxation spécifique. Conformément aux 4^o, 6^o et 7^o de l'article D. 5121-64 du code de la santé publique, les demandes de modifications d'AMM, les demandes d'autorisations de produits similaires ou les demandes de renouvellement quinquennal de médicaments ou de spécialités pharmaceutiques sont également soumises au versement d'un droit, dont le produit représente près de 32 % des recettes totales de l'agence, soit 11,4 millions d'euros pour les produits similaires, 17,2 millions d'euros pour les modifications et 1,7 million d'euros pour les renouvellements en 2007.

Au total, les droits relatifs aux demandes d'AMM représentent une recette de 32,9 millions d'euros pour l'AFSSAPS en 2007, soit près de 34 % de son budget.

Les droits d'enregistrement des médicaments homéopathiques

Conformément aux dispositions de l'article L. 5121-13 du code de la santé publique, les médicaments homéopathiques ne sont pas soumis à AMM ; ils doivent en revanche faire l'objet, avant leur commercialisation ou leur

distribution, d'un enregistrement auprès de l'AFSSAPS. Toute demande d'enregistrement d'un médicament homéopathique (article L. 5121-15 du code de la santé publique) ou toute demande de modification ou de renouvellement de cet enregistrement est soumise au versement d'un droit progressif, dans la limite de 7 600 euros pour une première demande et de 10 110 euros pour une demande de modification ou de renouvellement. Les recettes tirées par l'AFSSAPS de ces droits se sont établies à 0,2 million d'euros en 2007.

2.- Les taxes relatives aux importations et exportations de médicaments

Les taxes sur l'importation parallèle de médicaments

Les ventes de médicaments bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle (article L. 5124-17-2 du code de la santé publique) sont également soumises, et dans les mêmes conditions que les ventes de médicaments bénéficiant d'une AMM, à la taxe annuelle sur les spécialités pharmaceutiques. Le rendement de cette taxe est particulièrement faible, avec moins de 10 médicaments concernés par an : à ce titre, seuls 2 320 euros de recettes sont prévus pour 2008.

Par ailleurs, aux termes de l'article L. 5124-17-1 du code de la santé publique, toute demande d'autorisation d'importation parallèle d'un médicament ou de renouvellement d'une telle autorisation, est accompagnée du versement d'une taxe dont le plafond est fixé à 9 150 euros. Son produit n'a toutefois représenté que 0,06 million d'euros en 2007 et son rendement pourrait s'établir à 0,09 million d'euros en 2008.

La taxe sur le certificat à l'exportation d'un médicament

Un droit fixe est également exigible pour chaque demande d'obtention d'un certificat en vue de l'exportation d'un médicament vers certains pays, dont le plafond est fixé à 230 euros (article L. 5124-12 du code de la santé publique).

4.- La taxe sur les dispositifs médicaux

Mise en place au 1^{er} janvier 2004, la taxe sur les dispositifs médicaux (article L. 5211-5-2 du code de la santé publique), exigible des fabricants ou de leur mandataires, et dont le taux est fixé à 0,24 % du chiffre d'affaires annuel hors taxes réalisé par les fabricants, représente environ 16 % des recettes totales de l'agence, avec un rendement de 15,7 millions d'euros en 2007, et qui pourrait s'établir à 15,5 millions d'euros en 2008.

5.- La taxe sur les essais cliniques

Une taxe sur les essais cliniques de médicaments et de produits biologiques a également été mise en place par les lois de finances pour 2005 et 2006 : il s'agit d'une part d'une taxe sur les demandes d'autorisation de recherches biomédicales adressées à l'AFSSAPS, et d'autre part, d'une taxe

additionnelle pour toutes les demandes d'avis sur les recherches et les collections biologiques à l'un des comités de protection des personnes (CPP), codifiées à l'article L. 1123-8 du code de la santé publique. Le barème de ces taxes est fixé en fonction du type d'autorisation demandé, dans la limite d'un montant de 6 000 euros.

Pour les demandes d'avis et d'autorisation déposées par « *un organisme public de recherche, une université, un établissement public de santé, un établissement de santé privé participant au service public hospitalier, un établissement public ou toute autre personne physique ou morale ne poursuivant pas de but lucratif* », le montant exigé est limité à 10 % du montant applicable selon le barème des taxes.

Le produit de ces taxes s'est élevé à 2,4 millions d'euros en 2007, soit 2 % des recettes de l'agence ; le rendement prévu pour 2008 est de 2,7 millions d'euros.

6.– Les autres taxes affectées à l'AFSSAPS

La taxe de contrôle national de qualité des laboratoires

Aux termes de l'article L. 6213-4 du code de la santé publique, l'agence perçoit également le produit d'une taxe annuelle à laquelle sont assujettis les laboratoires publics ou privés d'analyses de biologie médicale, dont l'AFSSAPS contrôle la qualité : en 2007, 2,4 millions d'euros ont été perçus à ce titre par l'agence, soit 2 % de ses recettes totales.

La taxe sur les visas de publicité des médicaments

Enfin, l'article L. 5122-5 du code de la santé publique prévoit que toute demande de visa ou de renouvellement de visa de publicité pour un médicament ou pour une campagne de vaccination, ainsi que tout dépôt de publicité à ce titre, est soumis à une taxe dont le plafond est fixé à 510 euros. Son produit s'est élevé à 5,2 millions d'euros en 2007, soit 5 % des recettes de l'AFSSAPS.

B.– UNE COMPLEXITÉ INUTILE

Dans son rapport d'information n° 848 sur la prescription, la consommation et la fiscalité des médicaments, publié en avril 2008, la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) a fait état de la très grande complexité qui caractérise, entre autres, la fiscalité affectée à l'AFSSAPS. La mission recense en effet onze taxes dont sont redevables les entreprises qui fabriquent ou qui distribuent les médicaments, et préconise la simplification des dispositifs qui leur sont applicables. Cette recommandation a été reprise par les laboratoires pharmaceutiques lors des travaux préparatoires au conseil stratégique des industries de santé (CSIS), qui est l'instance de dialogue entre l'État et les professionnels du secteur.

Par ailleurs, le rapport d'information n° 427 publié en juin 2008 par le sénateur Jean-Jacques Jégou et intitulé : « Industrie du médicament : mettre la fiscalité en perspective » note également l'instabilité et la complexité de la fiscalité applicable en la matière, tout en proposant une clarification globale des divers dispositifs existants, ainsi qu'une orientation plus importante de ceux-ci vers l'innovation.

II.- UNE SIMPLIFICATION DU RÉGIME DE LA FISCALITÉ AFFECTÉE À L'AFSSAPS

Dans ce contexte, une simplification du régime de la fiscalité affectée à l'AFSSAPS semblait s'imposer, et ceci afin de lui assurer à la fois une meilleure efficacité et une meilleure lisibilité. Tel est l'objet du **présent article**, qui propose en premier lieu une simplification du mode de calcul de la taxe sur les recherches biomédicales, mais également la suppression de trois taxes, et enfin, la clarification des modalités de recouvrement de la taxe sur les dispositifs médicaux.

A.- LA RÉFORME PROPOSÉE PAR LE PRÉSENT ARTICLE

1.- Une simplification du mode de calcul de la taxe sur les recherches biomédicales

Le **I** du présent article propose tout d'abord de supprimer le principe de l'acquiescement de la taxe sur les essais cliniques, tout comme de la taxe additionnelle versée au titre d'une demande d'avis à un comité de protection des personnes (CPP), en cas de modification substantielle de la recherche après le commencement de celle-ci. En effet, ces conditions compliquent inutilement le dispositif, dans la mesure où près de trois modifications interviennent en moyenne au titre de chaque recherche, après le dépôt d'un dossier initial.

Il est également prévu de relever le taux réduit des deux taxes applicables aux recherches menées par les organismes institutionnels. En effet, le montant exigé de ces acteurs dans le cadre de leurs recherches était limité à 10 % du montant applicable selon le barème des taxes : il devrait désormais n'être limité qu'à 30 %, en vue de réduire progressivement les disparités de traitement entre promoteurs privés et promoteurs institutionnels.

2.- La suppression et le réaménagement de trois taxes

Les **II, III et IV** du présent article prévoient d'une part, la suppression d'une taxe et d'autre part, le réaménagement de deux autres taxes.

— Il est tout d'abord proposé de supprimer le droit fixe versé par les établissements pharmaceutiques exportant un médicament pour obtenir de l'AFSSAPS le certificat de leur AMM (article L. 5124-12 du code la santé publique). En effet, ce droit, plafonné à 230 euros, a en réalité un rendement nul, qui justifie amplement sa disparition. Selon les informations communiquées à

vos Rapporteur spécial, cette taxe serait en fait incompatible avec les prescriptions communautaires en matière de liberté des échanges : c'est pourquoi sa suppression est proposée par le présent article.

– Il est également prévu de réintégrer la taxe spécifique sur les demandes d'autorisation ou de renouvellement d'autorisation d'importation parallèle (article L. 5124-17-1 du code de la santé publique) au dispositif global encadrant les demandes d'AMM qui figure à l'article L. 5121-16 du code de la santé publique. Cette modification, prévue par les **II** et **III** du présent article, qui passe par la suppression de l'article L. 5121-17-1 du code de la santé publique, conduit à appliquer automatiquement aux demandes d'autorisation d'importation parallèle le barème qui s'applique aux demandes d'AMM en général. Le plafond pour les demandes d'autorisation d'importation parallèle passe donc automatiquement de 9 150 euros à 25 400 euros.

– Par ailleurs, la taxe annuelle versée au titre des médicaments bénéficiant d'une telle autorisation d'importation parallèle, prévue à l'article L. 5124-17-2 du code de la santé publique) est réintégrée, par le **IV** du présent article, dans le dispositif global au titre de l'article L. 5121-17 du même code, qui encadre la taxe sur les ventes de médicaments et de spécialités pharmaceutiques. S'agissant de ce basculement, le plafond et le barème fixé pour la taxe sur les médicaments bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle en sortiront inchangés, puisque les modalités générales lui étaient déjà appliquées.

3.– Un meilleur recouvrement de la taxe sur les dispositifs médicaux

L'AFSSAPS rencontre des difficultés pour assurer le recouvrement de la taxe sur les dispositifs médicaux. Pour permettre à l'agence de s'assurer que les assujettis se soumettent bien à cette taxe – dans la mesure où les dispositifs médicaux sont mis sur le marché sans intervention *a priori* de l'AFSSAPS –, l'article L. 5211-6 du code de la santé publique avait institué une obligation de déclaration des opérateurs commerciaux du secteur des dispositifs médicaux, dans des termes qui ne sont toutefois pas harmonisés avec ceux employés par l'article L. 5211-5-2 du même code, qui institue la taxe. Le premier renvoie en effet aux « établissements de fabrication » tandis que le second fait référence aux « fabricants et mandataires » : or, les établissements de fabrication constituent en fait un sous-ensemble des fabricants. Cette situation a eu pour conséquence que les redevables ne se sont pas tous soumis à l'obligation de déclarer leur activité. Cette situation, pénalisante pour l'AFSSAPS, qui estime la perte de recettes entre 0,75 et 1,5 million d'euros par an, suppose une clarification.

Les **V** et **VI** du présent article procèdent à une telle clarification des modalités de recouvrement de la taxe sur les dispositifs médicaux :

– d'une part, en identifiant de façon plus précise la catégorie des professionnels assujettis et soumis à obligation déclarative auprès de l'agence, en y incluant « *les mandataires ainsi que toute personne morale ou physique qui se livre à la fabrication, la distribution ou l'importation, même à titre accessoire, de dispositifs médicaux* » ;

– et d’autre part, en supprimant la référence, dans l’article L. 5211-6 du code de la santé publique, aux modalités de déclaration des établissements assujettis à la taxe, dans la mesure où le régime juridique de celle-ci figure déjà dans l’article L. 5211-2 du même code.

B.– L’EFFET ATTENDU DE CES MESURES

Les modifications proposées ont pour objectif d’alléger les formalités administratives et de simplifier le paiement des taxes dues par les industriels à l’AFSSAPS.

Ainsi, s’agissant de la taxe sur les essais cliniques, une simplification indéniable intervient, dans la mesure où les promoteurs souhaitant entreprendre une recherche sur l’homme ne paieront plus qu’une seule taxe pour tous les événements survenant dans le déroulement de la recherche, au lieu de le faire à chaque fois qu’une modification nécessitait de ressaisir l’AFSSAPS et les comités de protection des personnes (CPP). Cette simplification allègera également la charge de travail de l’AFSSAPS, qui ne sera plus contrainte de traiter l’ensemble des demandes au titre des modifications sur des recherches déjà égarées.

Par ailleurs, un rendement supplémentaire est attendu de cette taxe annuelle sur les dispositifs médicaux, malgré sa suppression aux autres stades de la recherche. La précision de la définition des professionnels assujettis à la taxe pourrait ainsi générer une recette supplémentaire, estimée entre 0,75 million d’euros et 1,5 million d’euros pour l’AFSSAPS.

Les mesures prévues par le présent article permettent donc à la fois de simplifier les contraintes administratives des usagers – industriels et hôpitaux –, mais également de simplifier et clarifier les textes en regroupant au sein de deux articles du code de la santé publique relatives aux AMM les dispositions concernant les importations parallèles de médicaments. Elles permettent également d’assurer une égalité de traitement entre tous les professionnels dans le champ des dispositifs médicaux face à la taxe exigible. Enfin, elles conduisent à l’abrogation d’une taxe qui n’était pas recouvrée. Ces modifications se révèlent pertinentes, en termes de simplification et de clarification de la fiscalité affectée à l’AFSSAPS.

Toutefois, outre son faible impact financier, la réforme proposée par le présent article ne règle pas un problème de fond qui perdure s’agissant de la fiscalité affectée à l’agence : celle de l’indépendance de l’agence vis-à-vis des industriels du secteur, qui assurent *de facto* son financement à hauteur de 80 %, problème qu’avait pourtant soulevé le rapport de la mission d’évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) sur la prescription, la consommation et la fiscalité des médicaments.

*

* *

Un amendement gouvernemental pourrait d'ailleurs venir sensiblement refondre le présent article, en proposant :

– en premier lieu, la suppression de la taxe sur les essais cliniques ;

– en second lieu, et en contrepartie de la perte de recettes pour l'AFSSAPS et les comités de protection des personnes (CPP), il serait opéré un relèvement de la taxe annuelle sur les spécialités pharmaceutiques ainsi que de la taxe sur les dispositifs médicaux.

Cette refonte de la fiscalité affectée à l'AFSSAPS aurait l'avantage de réorienter celle-ci en favorisant la recherche biomédicale, qui est un important vecteur d'innovation thérapeutique et d'amélioration de l'état de santé.

*

* *

*M. Gérard Bapt, Rapporteur spécial, ayant émis un avis favorable, la commission des Finances **adopte** l'article 73, rattaché, sans modification.*

ANNEXE 1 TABLE DES SIGLES UTILISÉS

SIGLE	SIGNIFICATION
ABM	Agence de la biomédecine
ACS	Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé
AFSSA	Agence française de sécurité sanitaire des aliments
AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
AFSSE	Agence française de sécurité sanitaire environnementale
AFSSET	Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail
AMM	Autorisation de mise sur le marché accordée à une spécialité pharmaceutique
AMP	Assistance médicale à la procréation
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ANRS	Agence nationale de recherche sur le SIDA
ARH	Agences régionales de l'hospitalisation
ARLIN	Antennes régionales des centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales
ARS	Agence régionale de santé
ASV	Atelier santé ville
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
AT-MP	Branche accidents du travail et maladies professionnelles
BCG	Vaccin par le bacille de Calmette-Guérin
BERPC	Bureau d'évaluation des risques des produits et agents chimiques
CCAA	Centres de cure ambulatoire en alcoologie
CCLIN	Centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales
CDAG	Centres de dépistage anonyme et gratuit du VIH et des hépatites
CHU	Centres hospitaliers universitaires
CIDDIST	Centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles
CIRE	Cellule interrégionale d'épidémiologie
CISS	Collectif inter-associatif sur la santé
CMU	Couverture maladie universelle
CMUc	Couverture maladie universelle complémentaire
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (régime général)
CNCP	Conférence nationale des comités de protection des personnes pour la recherche biomédicale
CNG	Centre national de gestion
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
COFRAC	Comité français d'accréditation
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CRAM	Caisse régionale d'assurance maladie
CRN	Commission régionale de la naissance
CRS	Conférence régionale de santé
CRVOI	Centre de recherche et de veille sur les maladies émergentes dans l'Océan indien

CSAPA	Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSH	Cellules souches hématopoïétiques
CSST	Centres de soins spécialisés aux toxicomanes
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins
DILGA	Délégation interministérielle à la lutte contre la grippe aviaire
DNDR	Dotation nationale de développement des réseaux
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DUS	Département des urgences sanitaires de la direction générale de la santé
EFG	Établissement français des greffes
EHESP	École des hautes études en santé publique
EID	Entente interdépartementale de démoustication de Méditerranée
ENC	Échelle nationale des coûts
EPRUS	Établissement public de réponse aux urgences sanitaires
ESB	Encéphalopathie spongiforme bovine
ETPT	Équivalents temps plein travaillé
FIVA	Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante
FMESPP	Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés
FOPRIS	Fonds prévention des risques sanitaires
GIP DATIS	Groupement d'intérêt public « Drogues Alcool Tabac Info Service »
GIP-CPS	Groupement d'intérêt public « carte professionnel de santé »
GIP-SPR	Groupement d'intérêt public pour la lutte contre le chikungunya à la Réunion et Mayotte
GRSP	Groupement régional de santé publique
HAS	Haute autorité de santé
HCSP	Haut conseil de la santé publique
HFDS	Haut fonctionnaire de défense et de sécurité
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IGF	Inspection générale des finances
INCa	Institut national du cancer
INERIS	Institut national de l'environnement industriel et des risques
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INRA	Institut national de la recherche agronomique
INRS	Institut national de recherche et de sécurité
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
InVS	Institut de veille sanitaire
IRD	Institut de recherche pour le développement
IST	Infection sexuellement transmissible
IVG	Interruption volontaire de grossesse
MAIA	Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer
NRBC	Risque nucléaire, radiologique, bactériologique ou chimique
OC - taxe OC	Contribution due par les organismes complémentaires de santé
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONDAM	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
ONIAM	Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales
ORS	Observatoire régional de la santé
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PCB	Polychlorobiphényles

PCD	Programme civil de défense
PDSI	Plan de développement des systèmes d'information
PNDS	Protocoles nationaux de diagnostics et de soins
PNNS 2	Second plan national nutrition santé
PNSE	Plan national santé-environnement
PRAPS	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis
PRSP	Plan régional de santé publique
RAISIN	Réseau d'alerte, investigation, surveillance des infections nosocomiales
REACH	Règlement européen– Registration, Evaluation and Authorisation for Chemicals
REIN	Réseau épidémiologique et information en néphrologie
RPPS	Répertoire partagé des professionnels de santé
SAMU	Service d'aide médicale d'urgence
SRoS	Schéma régional d'organisation sanitaire
T2A	Tarifcation à l'activité
TED	Troubles envahissants du développement
URCAM	Union régionale des caisses d'assurance maladie
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

ANNEXE 2 LISTE DES AUDITIONS RÉALISÉES PAR VOTRE RAPPORTEUR SPÉCIAL

Votre Rapporteur spécial tient à exprimer ses vifs remerciements aux personnes qu'il a rencontrées et qui lui ont fourni les éléments nécessaires à la préparation de ce rapport :

M. François Chadelat, directeur du fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (Fonds CMU)

M. Laurent Degos, président de la Haute autorité de santé (HAS), et M. François Romaneix, directeur général

M. Didier Houssin, directeur général de la santé (DGS) au ministère de la Santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, accompagné de Mme Renée Pomarède, secrétaire générale du Haut conseil de la santé publique (HCSP)

M. Philippe Lamoureux, président de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), et Mme Florence Gérard-Chalet, secrétaire générale

M. Dominique Libault, directeur de la sécurité sociale (DSS), au ministère de la Santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative

Pr. Dominique Maraninchi, président de l'Institut national du cancer (INCa), et Mme Pascale Flamant, directrice générale

M. Jean Marimbert, directeur général de l'agence française de sécurité sanitaires des produits de santé (AFSSAPS) et M. Michel Pot, secrétaire général

M. Julien Nizri, conseiller budgétaire au cabinet de Mme Roselyne Bachelot, ministre de la Santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative

Mme Annie Podeur, directrice de l'hospitalisation et de l'offre de soins (DHOS), et M. Patrick Olivier, sous-directeur des affaires financières de la DHOS, au ministère de la Santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative

M. Henri Poinsignon, directeur général par intérim de l'agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (AFSSET) et Mme Nathalie Pasteau, directrice des achats et des finances

Mme Emmanuelle Prada-Bordenave, directrice générale de l'agence de la biomédecine (ABM) et Mme Brigitte Voisin, directrice des affaires financières

M. Alfred Spira, directeur de l'institut de recherches en santé publique (IReSP)

Mme Françoise Weber, directrice générale de l'institut de veille sanitaire (InVS) et Mme Caroline Gardette, directrice adjointe