



N° 1971

---

# ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958  
TREIZIÈME LÉGISLATURE

---

---

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 14 octobre 2009.

## AVIS

PRÉSENTÉ

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES SUR LE  
PROJET DE LOI *de finances pour 2010* (n° 1946)

TOME I

SANTÉ

PRÉVENTION ET SÉCURITÉ SANITAIRE

PAR MME JACQUELINE FRAYSSE,

Députée.

---

---

Voir le numéro : 1967 (annexe n° 4).



## SOMMAIRE

	Pages
<b>INTRODUCTION</b> .....	5
<b>I.- LES ASPECTS BUDGÉTAIRES</b> .....	7
A. PRÉSENTATION GÉNÉRALE DU PROGRAMME .....	7
1. Des crédits globalement en légère augmentation .....	7
2. L'impact de la création des agences régionales de santé .....	8
3. Les conséquences des mesures de recentralisation .....	9
B. LES CRÉDITS BUDGÉTAIRES .....	10
1. La prévention .....	10
a) <i>L'action 12 : accès à la santé et éducation à la santé</i> .....	10
b) <i>L'action 13 : prévention des risques infectieux et des risques liés aux soins</i> .....	10
b) <i>L'action 14 : prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades</i> .....	10
2. La sécurité sanitaire .....	11
a) <i>L'action 11 : pilotage de la politique de santé publique</i> .....	11
b) <i>L'action 15 : prévention des risques liés à l'environnement, au travail et à l'alimentation</i> .....	11
b) <i>L'action 16 : réponse aux alertes et gestion des urgences, des situations exceptionnelles et des crises sanitaires</i> .....	12
d) <i>L'action 17 : qualité, sécurité et gestion des produits de santé et du corps humain</i> .....	12
<b>II.- L'INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE : L'APPORT DE L'EXPÉRIENCE D'ALERTE SANITAIRES DANS LA REFORME DE SON DISPOSITIF</b> .....	13
A. DEPUIS LA CRISE SANITAIRE DE LA CANICULE, DE PROFONDES ADAPTATIONS QUI RÉPONDENT NOTAMMENT AUX NOUVELLES MISSIONS DÉVOLUES PAR LA LOI DU 9 AOÛT 2004 .....	14
1. Un renforcement des moyens de surveillance et d'analyse non spécialisés .....	15
a) <i>La création du réseau « SursaUD »</i> .....	15
b) <i>Les cellules interrégionales d'épidémiologie : des moyens renforcés pour une action territoriale stratégique</i> .....	16

2. De nouveaux moyens pour concourir au traitement des menaces identifiées.....	18
<i>a) Des moyens spécifiques pour des menaces identifiées .....</i>	18
<i>b) La réaction de l'Institut de veille sanitaire à la pandémie grippale A (H1N1) : un test en matière d'alerte, d'adaptation, de recommandation et d'appui à la gestion de crise.....</i>	19
<b>B. UN EFFORT À POURSUIVRE .....</b>	<b>21</b>
1. L'organisation interne de l'Institut de veille sanitaire .....	21
<i>a) Renforcer les Cellules interrégionales d'épidémiologie .....</i>	21
<i>b) Inscrire la question de l'accès aux données au premier plan.....</i>	23
<i>c) Gérer de front l'urgence et l'anticipation : la concomitance de l'alerte au risque grippal et de l'élaboration du contrat d'objectif et de performances .....</i>	24
2. L'Institut de veille sanitaire et les autres acteurs de santé.....	25
<i>a) Sur le terrain, continuer le travail avec les professionnels de santé.....</i>	25
<i>b) Les partenaires institutionnels : poursuivre l'intégration au dispositif français de veille et la coopération européenne et internationale .....</i>	27
<b>TRAVAUX DE LA COMMISSION.....</b>	<b>29</b>
<b>I.- AUDITION DE LA MINISTRE.....</b>	<b>29</b>
<b>II.- EXAMEN DES CRÉDITS .....</b>	<b>65</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>67</b>
ANNEXE 1 : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LA RAPPORTEURE .....	67
ANNEXE 2 : ORGANIGRAMME DE L'INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE .....	68
ANNEXE 3 : RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DES SERVICES D'URGENCES PARTICIPANT AU RÉSEAU OSCOUR (ORGANISATION DE LA SURVEILLANCE COORDONNÉE DES URGENCES) EN FRANCE MÉTROPOLITAINE ET CORSE - OCTOBRE 2009 .....	69
ANNEXE 4 : CARTE DES CELLULES INTERRÉGIONALES D'ÉPIDÉMIOLOGIE .....	70
ANNEXE 5 : L'INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE DANS LES FICHES TECHNIQUES DU PLAN PANDÉMIE GRIPPALE (OCTOBRE 2009) .....	71

## INTRODUCTION

Le programme « prévention et sécurité sanitaire », issu de la fusion des programmes « santé publique et prévention » et « veille et sécurité sanitaire », regroupe, depuis la loi de finances initiale pour 2009, l'ensemble des moyens budgétaires en matière de santé publique. Il est placé sous la responsabilité du directeur général de la santé.

Le projet de loi de finances tire les conséquences de deux modifications importantes de l'environnement législatif du programme : la recentralisation de certaines activités et les transferts financiers correspondants, suite à la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales ; la création des agences régionales de santé par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi « HPST ».

Après une présentation générale et synthétique des crédits du programme « prévention et sécurité sanitaire », votre rapporteure a choisi cette année d'examiner, dans la deuxième partie de ce rapport, l'impact des récentes alertes sanitaires sur la refonte du dispositif de l'Institut de veille sanitaire. Il a semblé que les circonstances présentes d'alerte à la pandémie grippale, qui mobilisent grandement l'Institut, justifiaient d'étudier ces réformes, onze ans après sa création, en 1998.

L'article 49 de la loi organique du 1<sup>er</sup> août 2001 fixe au 10 octobre la date butoir pour le retour des réponses aux questionnaires budgétaires. La rapporteure pour avis a demandé que les réponses lui parviennent le 28 septembre 2009. À cette date, 46,51 % des réponses lui étaient parvenues. À la date butoir, ce pourcentage était de **93,02 %**.



## I.- LES ASPECTS BUDGÉTAIRES

### A. PRÉSENTATION GÉNÉRALE DU PROGRAMME

La restructuration des crédits du périmètre de la santé par la loi de finances initiale pour 2009 a réduit significativement le nombre de budgets opérationnels de programmes. L'architecture n'est pas modifiée dans le cadre du projet de loi de finances pour 2010. La nomenclature budgétaire a été ajustée, afin de tenir compte de la création des agences régionales de santé au cours du premier semestre 2010, prévue par loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

#### 1. Des crédits globalement en légère augmentation

Pour 2010, les autorisations d'engagement demandées au titre du programme s'élèvent à 471 873 830 euros, soit une progression de 1,74 % par rapport à la loi de finances initiale pour 2009. Le montant des crédits de paiements est quant à lui de 491 322 830 euros.

#### *Évolution des crédits du programme 204 entre 2009 et 2010 en euros*

	<b>LFI 2009</b>	<b>PLF 2010</b>	<b>variation</b>
Autorisations d'engagement	463 786 421	<b>471 873 830</b>	<b>+1,74 %</b>
Crédits de paiement	485 888 421	<b>491 322 830</b>	<b>+1,12 %</b>

*Source : projet annuel de performance pour 2010.*

Ces augmentations recouvrent des évolutions contrastées selon les actions du programme. Sur les sept actions auxquelles des crédits ont été attribués <sup>(1)</sup>, quatre enregistrent une progression des moyens tant en autorisations d'engagement qu'en crédits de paiement : il s'agit des actions 12, 13, 15 et 17. Les actions 11 et 14 accusent une régression en autorisations d'engagement et en crédits de paiement. L'action 16, quant à elle, connaît une augmentation des autorisations d'engagement mais une diminution des crédits de paiement.

---

(1) Le programme « prévention et sécurité sanitaire » est composé de huit actions, mais l'action 118 « politique territoriale de la santé » ne se voit pas accorder de crédits dans le projet de loi de finances pour 2010, tel qu'indiqué plus bas.

**Évolution des autorisations d'engagement et des crédits de paiement entre la loi de finances initiale pour 2009 et le projet de loi de finances pour 2010, en euros**

	Autorisations d'engagement			Crédits de paiement		
	LFI 2009	PLF 2010	Variation en %	LFI 2009	PLF 2010	Variation en %
Action 11 pilotage de la politique de santé publique	100 793 630	<b>97 072 136</b>	<b>-3,69</b>	98 750 948	<b>96 912 136</b>	<b>-0,86</b>
Action 12 accès à la santé et éducation à la santé	46 972 282	<b>48 970 000</b>	<b>+4,25</b>	46 719 541	<b>49 060 000</b>	<b>+5</b>
Action 13 prévention des risques infectieux et des risques liés aux soins	90 677 741	<b>102 059 660</b>	<b>+12,55</b>	90 021 382	<b>103 099 660</b>	<b>+14,53</b>
Action 14 prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades.	121 673 840	<b>114 410 000</b>	<b>-5,97</b>	117 856 091	<b>115 660 000</b>	<b>-1,86</b>
Action 15 prévention des risques liés à l'environnement, au travail et à l'alimentation	34 263 259	<b>35 392 034</b>	<b>+3,29</b>	34 116 393	<b>36 441 034</b>	<b>+6,81</b>
Action 16 réponses aux alertes et gestion des urgences, des situations exceptionnelles et des crises sanitaires	46 895 964	<b>50 000 000</b>	<b>+6,62</b>	75 894 785	<b>66 000 000</b>	<b>-13,04</b>
Action 17 qualité, sécurité et gestion des produits de santé et du corps humain	22 509 705	<b>23 970 000</b>	<b>+6,49</b>	22 529 281	<b>24 150 000</b>	<b>+7,19</b>

Source : projet annuel de performance pour 2010.

## **2. L'impact de la création des agences régionales de santé**

Une nouvelle action, intitulée « politique territoriale de santé », a été créée au sein de ce programme, afin d'accueillir les dotations dédiées aux agences régionales de santé, dès que celles-ci seront mises en place <sup>(1)</sup>. Elles recevront ainsi une subvention globale au titre des actions de santé publique financées par le présent programme <sup>(2)</sup>.

En 2010, cette action est dotée à zéro en loi de finances initiale. Les crédits qui leur sont destinés, pour cette année de transition, sont inscrits sur les différentes actions concernées, de manière thématique.

La future création des agences régionales de santé a également un impact sur la ventilation des crédits par nature au sein du programme. En effet, elle induit

(1) Leur création est prévue au cours du premier semestre 2010.

(2) Le programme 124 « conduite et soutien des politiques sanitaires et budgétaires de santé » contient également des crédits dédiés aux futures agences régionales de santé : l'action 7 « financement des agences régionales de santé » regroupe les crédits des actuelles agences régionales de l'hospitalisation et des futures ARS.



notamment le transfert de l'ensemble des charges et missions des groupements régionaux de santé publique (GRSP)<sup>(1)</sup> au sein de ces établissements publics. Les agences régionales de santé auront la qualité d'opérateur de l'État au sens de la loi organique sur les lois de finances de 2001, leurs crédits sont donc inscrits en titre 3, tandis que les crédits des groupements régionaux apparaissaient au titre 6. Ce transfert conduit à une forte diminution des crédits du titre 6, au bénéfice des crédits du titre 3.

*Évolution croisée des crédits inscrits en titre 3 (dépenses de fonctionnement autres que celles de personnel, subvention pour charges de service public) et en titre 6 (transferts aux ménages et aux autres collectivités)*

	AE		CP	
	2009	2010	2009	2010
Titre 3. Dépenses de fonctionnement	238 096 311	<b>439 181 694</b>	266 714 410	<b>457 830 694</b>
Titre 6. Dépenses d'intervention	225 690 110	<b>32 692 136</b>	219 174 011	<b>33 492 136</b>

Source : projet annuel de performance pour 2010.

### 3. Les conséquences des mesures de recentralisation

En 2010, le programme « prévention et sécurité sanitaire » enregistre un changement de périmètre suite à la recentralisation de certaines compétences sanitaires. En effet, l'article 71 de la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales a modifié le code de la santé publique : relèvent désormais de l'État des actions précédemment assurées par les conseils généraux, à savoir les programmes de dépistage des cancers, les vaccinations, la lutte contre la tuberculose et contre la lèpre ainsi que la lutte contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles.

De nouveaux conseils généraux se sont désengagés de ces compétences en 2009 (Haute-Corse, Nord, Pas de Calais, Hauts de Seine, Réunion, Indre et Loire, Nièvre). En conséquence, la dotation générale de décentralisation pour 2010 a été diminuée de 7,35 millions d'euros, au bénéfice du programme « prévention et sécurité sanitaire ». Ces crédits ont vocation à être redistribués aux services déconcentrés et aux futures agences régionales de santé, en fonction de leurs besoins nouveaux induits par cette recentralisation.

Sur le projet de loi de finances, ces 7,35 millions d'euros sont portés principalement au bénéfice l'action 13 « prévention des risques infectieux et des risques liés aux soins » à hauteur de 7,1 millions d'euros environ, et sur l'action 14 « prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades », pour 200 000 euros.

---

(1) Groupements d'intérêt publics créés par la loi du 9 août 2004, présidés par le préfet de région.

## **B. LES CRÉDITS BUDGÉTAIRES**

Ce programme concentre les crédits destinés par l'État à la politique de santé publique, axée sur deux principales orientations : la prévention, en agissant sur les facteurs ayant un impact déterminant sur la santé de la population, et la sécurité sanitaire collective.

### **1. La prévention**

#### ***a) L'action 12 : accès à la santé et éducation à la santé***

Les crédits de cette action connaissent une augmentation de 4,25 % des autorisations d'engagement et de 5 % des crédits de paiements. Au premier rang figurent 34,50 millions d'euros en autorisations d'engagement et en crédits de paiement destinés à l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), premier poste de l'action, au titre de sa mission d'opérateur, soit une progression de 10,14 % par rapport à la loi de finances pour 2009.

Cette action comprend également 10,06 millions d'euros à destination des futures agences régionales de la santé, en raison de leur prise en charge des programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies.

#### ***b) L'action 13 : prévention des risques infectieux et des risques liés aux soins***

Les crédits de cette action connaissent une augmentation des autorisations d'engagement de 12,55 % et des crédits de paiement de 14,53 %. Deuxième action du programme par le volume de ses crédits, elle concentre 21,63 % des autorisations d'engagement, et 20,98 % des crédits de paiement.

Suite à la recentralisation des compétences sanitaires évoquée ci-dessus, figure désormais une dotation pour service public : elle comprend des crédits destinés au financement d'action de prévention des infections sexuellement transmissibles, des structures habilitées pour la lutte contre la tuberculose et celles habilitées pour réaliser des vaccinations. Ces crédits ont vocation à être mis en œuvre de façon territorialisée par les futures agences régionales de santé.

#### ***b) L'action 14 : prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades***

Les crédits de cette action subissent une diminution de 5,97 % pour les autorisations d'engagement et de 1,86 % pour les crédits de paiement, tout en demeurant le premier poste du programme avec 24,25 % des autorisations d'engagement et 23,54 % des crédits de paiement.

Les moyens destinés à la lutte contre le cancer y concentrent la majorité des crédits et sont présents sous plusieurs formes : le projet de loi de finances

prévoit l'attribution de 200 000 euros en autorisations d'engagement et 110 000 euros en crédits de paiement à l'administration centrale. Par ailleurs, la subvention de l'Institut national du cancer pour charges de service public, au titre de la mission santé, s'élève à 41 millions d'euros en autorisations d'engagement et en crédits de paiement, soit une progression de 2,5 % par rapport à la loi de finances initiale pour 2009. 41,30 millions d'euros en autorisations d'engagement et crédits de paiement sont prévus à destination des futures agences régionales de santé, afin de poursuivre la politique de dépistages organisés.

## **2. La sécurité sanitaire**

### ***a) L'action 11 : pilotage de la politique de santé publique***

Les crédits de l'action « pilotage de la politique de santé publique » sont en recul par rapport à la loi de finances initiale pour 2009, de 3,69 % pour les autorisations d'engagement et de 0,86 % pour les crédits de paiement.

Les crédits prévus pour l'Institut de veille sanitaire, au titre de sa subvention pour service public, représentent à eux seuls 58,51 % des autorisations d'engagement et 58,61 % des crédits de paiement prévus. Les crédits de l'Institut de veille sanitaire sont en légère augmentation (1,97 %).

Le projet de loi de finances accorde à l'Institut de veille sanitaire cinq emplois équivalent temps plein (ETP) supplémentaires, soit un effectif prévisionnel de 450 emplois équivalent temps plein en 2010. Ces cinq emplois, bien que très insuffisants, aideront à consolider l'effectif des cellules interrégionales d'épidémiologie, qui assurent une action de veille et d'alerte dans les régions <sup>(1)</sup>.

### ***b) L'action 15 : prévention des risques liés à l'environnement, au travail et à l'alimentation***

Les crédits de cette action connaissent une augmentation de 3,29 % en autorisations d'engagement et de 6,81 % en crédits de paiement.

Ils comprennent notamment la subvention pour charge de service public versée à l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (Afssa) et celle versée à l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (Afsset). La structure de l'action ne fait pas encore état de la fusion prévue des deux établissements, bien qu'elle soit évoquée par le projet annuel de performance.

8,50 millions d'euros en autorisation d'engagement et en crédits de paiement sont destinés à l'Afssa, soit une progression de 8,97 % par rapport à la loi de finances initiale pour 2009. L'Afsset enregistre, quant à elle, une

---

(1) Cf. également la deuxième partie de ce rapport.

progression de ses crédits de 21,62 %, soit 4,5 millions d'euros en autorisations d'engagement et en crédits de paiement sur le projet de loi de finances.

***b) L'action 16 : réponse aux alertes et gestion des urgences, des situations exceptionnelles et des crises sanitaires***

Les crédits de cette action connaissent une augmentation de 6,62 % en autorisations d'engagement mais une diminution de 13,04 % en crédits de paiement.

La subvention pour charges de service public destinée à l'Établissement de prévention et de réponse à l'urgence sanitaire (ÉPRUS) s'élève à 43,20 millions d'euros en autorisations d'engagement et 59,20 millions d'euros en crédits de paiement, soit 89,70 % des crédits de cette action.

Cet établissement est principalement en charge de l'acquisition et du stockage de produits nécessaires à la protection de la population face à des menaces sanitaires graves, et de la gestion de la réserve sanitaire sous toutes ses formes. À ce titre, il a été particulièrement sollicité depuis l'alerte au virus de la grippe A (H1N1).

La loi de finances initiale pour 2009 l'avait doté de 43,8 millions d'euros en autorisations d'engagement et 72,8 millions d'euros en crédits de paiement <sup>(1)</sup>. Compte tenu de la situation, il a également bénéficié d'une dotation complémentaire de 46,5 millions d'euros au titre du décret d'avance du 13 juillet 2009.

En 2010, il devra consacrer une partie de ses dépenses à la poursuite des opérations engagées en 2010, tels le paiement des vaccins, des masques, des frais de transports et de gestion des stocks afférents.

***d) L'action 17 : qualité, sécurité et gestion des produits de santé et du corps humain***

Les autorisations d'engagement de cette action progressent de 6,49 %, tandis que les crédits de paiement augmentent de 7,19 %.

Le projet de loi de finances prévoit le versement de 10,10 millions d'euros à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps), soit une augmentation de 6,32 % de ses crédits en autorisations d'engagement et en crédits de paiement par rapport à la loi de finances initiale pour 2009. Ces crédits seront notamment consacrés à la poursuite de la réduction des délais dans la délivrance des autorisations de mise sur le marché de produits de santé. L'Agence de biomédecine se voit accorder, quant à elle, 13,60 millions d'euros en autorisations d'engagement et en crédits de paiement soit une progression de 7,94 %.

---

(1) L'Établissement de prévention et de réponse à l'urgence sanitaire est également financé par l'assurance-maladie.

## **II.- L'INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE : L'APPORT DE L'EXPÉRIENCE D'ALERTE SANITAIRES DANS LA REFORME DE SON DISPOSITIF**

L'Institut de veille sanitaire (InVS) a été créé par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme. Il fait suite à une organisation préexistante : le Réseau national de santé publique (RNSP), créé en 1992. L'Institut est doté du statut d'établissement public à caractère administratif, sous la tutelle du ministère ayant en charge la santé. Il est composé d'antennes locales basées dans les directions régionales des affaires sanitaires et sociales, les cellules interrégionales d'épidémiologie (Cire), en métropole et en outre-mer.

Au cours des années quatre-vingt-dix, le dispositif de sécurité sanitaire a été refondu pour répondre à des exigences nouvelles de veille et de surveillance sanitaires, la France ayant en effet été confrontée à des crises sanitaires répétées (sang contaminé, hormone de croissance, amiante, transmission de l'encéphalite spongiforme bovine). Suite à ces événements d'une particulière gravité, la France s'est dotée d'un large dispositif de veille et de sécurité sanitaires. Ont ainsi été créés par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1998, outre l'Institut, d'autres agences telles l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps), l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (Afssa)...

Ce dispositif a permis de moderniser la sécurité sanitaire, en appliquant notamment le principe de séparation de l'évaluation du risque et de sa gestion. Il a également posé comme exigence la professionnalisation de l'expertise technique et scientifique, dans le champ de la sécurité sanitaire, son indépendance, sa transparence et son accessibilité pour le public.

L'Institut de veille sanitaire remplit aujourd'hui une mission essentielle de surveillance permanente de l'état de santé de la population et de son évolution. « *C'est la vigie en haut du mât* », selon l'expression de Didier Houssin, directeur général de la santé, auditionné par votre rapporteur. L'Institut est chargé, en particulier, de détecter toute menace pour la santé publique et d'en alerter les pouvoirs publics, ainsi que de rassembler et d'analyser les connaissances sur les risques sanitaires. Ses programmes de travail portent à la fois sur les risques infectieux, les risques environnementaux, les maladies chroniques et les traumatismes, les risques en milieu de travail.

La pandémie grippale à laquelle la France est aujourd'hui confrontée illustre pleinement les missions de surveillance, d'alertes et de recommandation de l'Institut. Il a paru important, alors que celui-ci est partie prenante de la stratégie déployée pour retarder la propagation du virus en France, d'étudier si les insuffisances constatées lors d'alertes ou de crises sanitaires passées avaient été suivies d'adaptations, de réformes pour mieux faire face à celles pouvant se déclarer à l'avenir. Ce rapport pour avis se concentre d'ailleurs sur ce spectre

d'action (les alertes et crises sanitaires), tout en rappelant que sa sphère de travail est en réalité beaucoup plus vaste, comme indiqué plus haut.

Le terme de « crise sanitaire » est utilisé par l'Organisation mondiale de la santé pour évoquer une situation pandémique, touchant un nombre important de personnes. Depuis quelques années, cette définition a été élargie pour désigner une menace, réelle ou potentielle, concernant l'état de la santé de la population et impliquant l'intervention rapide des pouvoirs publics. La notion de « crise sanitaire » fait ainsi référence à une situation appelant des mesures d'urgence, justifiant une action collective - autorités sanitaires et autres - afin de prévenir ou limiter l'impact d'un risque sur la santé des populations. L'impact d'une crise sanitaire apparaît également lié aux incertitudes qui pèsent sur les mesures les plus appropriées à prendre, dans des délais le plus souvent contraints, en raison des connaissances scientifiques limitées concernant le risque sanitaire en cause.

Tout comme l'Institut de veille sanitaire est né d'une dynamique de réaction à des défaillances mises en lumière par des crises sanitaires précédentes, d'autres alertes sanitaires, et particulièrement la crise de la canicule au cours de l'été 2003, ont effectivement donné lieu à une profonde refonte de l'organisation de son organisation tandis que la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a élargi ses missions à une veille prospective plus intense et un appui dans la gestion des crises sanitaires ( I ).

Ces progrès sont indéniables et ont notamment été mis à profit dans le déploiement de la stratégie de réponse au virus de la grippe A (H1N1) : toutefois, ces évolutions doivent être intensifiées tant dans l'organisation interne de l'Institut qu'en direction de ses partenaires, dans une logique d'approfondissement de son réseau et d'une meilleure coopération avec les instances nationales et internationales (II).

#### **A. DEPUIS LA CRISE SANITAIRE DE LA CANICULE, DE PROFONDES ADAPTATIONS QUI RÉPONDENT NOTAMMENT AUX NOUVELLES MISSIONS DÉVOLUES PAR LA LOI DU 9 AOÛT 2004**

À partir de 1998, l'Institut de veille sanitaire a d'abord bâti un système de veille sanitaire basé surtout sur un système déclaratif (déclarations obligatoires des professionnels de santé, données des registres d'état civil) et des systèmes spécifiques par pathologies (réseau de surveillance de la grippe...).

En 2003, la France a connu l'alerte au Sras (syndrome respiratoire aigu sévère). Déclenchée en Asie, la France a eu le temps d'anticiper sur les réactions à adopter. Toutes autres ont été les circonstances de la canicule en 2003, ses caractères exceptionnel et inattendu donnant lieu à une crise sanitaire. L'incapacité du réseau de veille, et en premier chef de l'Institut à anticiper ce type de crise a rapidement été constatée.

En réaction à cette alerte, l'Institut a mené un renforcement de la veille générale non spécialisée, en France et à l'étranger ( 1 ). De plus, conformément à l'évolution de ses missions portée par la loi de 2004, la veille sur les risques spécifiques s'est consolidée au fur et à mesure de la détection de risques ( 2 ).

## **1. Un renforcement des moyens de surveillance et d'analyse non spécialisés**

### *a) La création du réseau « SursaUD »*

Depuis 2004, l'Institut a complété son dispositif de veille par un réseau permettant un suivi général de l'état de santé de la population nationale : le système SurSaUD (surveillance sanitaire des urgences et des décès). Il met en œuvre une surveillance syndromique « multirisques », afin de recueillir des informations au jour le jour, dans l'objectif de détecter suffisamment tôt un événement imprévu (impact d'une épidémie saisonnière par exemple). Des indicateurs considérés comme marqueurs de phases précoces d'événements sanitaires, sont recueillis à cette fin en quasi temps réel.

**Le réseau SursaUD a connu une extension progressive.** Plusieurs partenaires le composent aujourd'hui :

**Le réseau Oscour** (organisation de la surveillance coordonnée des urgences) permet une mise en commun de données issues de services d'urgences, tels leur nombre et leur motif. Créé à partir de juillet 2004 en partenariat avec la direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins du Ministère, il compte aujourd'hui deux cent dix établissements, tant en France métropolitaine qu'outre-mer. Les données, qui sont extraites des dossiers médicaux, sont transmises toutes les nuits par serveur informatique à l'Institut : il n'y a donc pas charge de travail supplémentaire pour les personnels soignants et administratifs.

Depuis 2004, **des données de mortalité issues de services d'état-civil** et transmises par l'Insee sont intégrées à la base de données. Plus de mille communes transmettent électroniquement les certificats de décès à partir de données informatisées d'état civil. <sup>(1)</sup>

Par ailleurs, les associations d'urgentistes libéraux de **SOS médecins** ont rejoint le réseau en mai 2006 et étendent ainsi la surveillance à la situation en ville. Cinquante et une associations SOS Médecin y collaborent.

Signalons que les **données recensées par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) sur les causes de mortalité** sont également recueillies.

---

(1) Les 35 000 autres communes transmettent ces données sous format papier. Le développement de la certification électronique des décès devrait apporter un gain en réactivité et une plus grande précision dans le suivi.

L'ensemble de ces données est recensé par la cellule de coordination des alertes de l'Institut de veille sanitaire. Plus largement, elle est chargée, depuis 2003, de coordonner l'ensemble des informations des alertes sanitaires, et ce 24 heures sur 24, des astreintes étant organisées.

À ce titre, la cellule de coordination des alertes transmet chaque jour en fin d'après-midi un « bulletin quotidien des alertes », au ministre, aux membres de son cabinet, au directeur général de la santé et à ses collaborateurs ainsi qu'à la direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins. Il leur indique toute information concernant des situations de risques. Ce document est adressé sous format électronique. Une centaine d'alertes ont ainsi été transmises aux autorités sanitaires en 2008.

***b) Les cellules interrégionales d'épidémiologie : des moyens renforcés pour une action territoriale stratégique***

Depuis les années 2000, les cellules interrégionales d'épidémiologie (Cire) de l'Institut de veille sanitaire ont connu une croissance particulière.

Celles-ci sont placées sous sa responsabilité scientifique tout en étant implantées au sein des directions régionales des affaires sociales, qui assurent leurs moyens de fonctionnement. Les collaborations entre l'Institut et les cellules régionales d'épidémiologie, et les directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales font l'objet de conventions de fonctionnement pluriannuelles et de programmes de travail actualisés chaque année.

Les missions de ces cellules interrégionales ont été élargies, afin de répondre désormais à deux principales fonctions : d'une part, l'épidémiologie d'intervention et l'évaluation quantifiée des risques sanitaires, orientée principalement sur l'aide à la décision et le déclenchement de l'alerte ; d'autre part la participation à des programmes nationaux de surveillance et la structuration des réseaux de professionnels participant à la veille sanitaire. Au niveau local, elles sont ainsi en charge de l'expertise des signaux sanitaires (notamment pour les actuelles agences régionales de l'hospitalisation -ARH- et les préfets) et des situations de menaces sanitaires pouvant constituer des alertes. Elles apportent un appui opérationnel fort en constituant un relais régional incontournable de l'Institut pour organiser la surveillance sanitaire au niveau national.

Pour répondre à ces missions, elles ont connu en quelques années une croissance territoriale. Au nombre de cinq en 1995, elles sont aujourd'hui dix-sept, dont quinze métropolitaines et deux ultra-marines (Antilles-Guyane et La Réunion-Mayotte). Afin de compléter ce dispositif, des antennes ont d'ailleurs été créées en 2008 dans deux régions (Alsace et Franche-Comté) et à Mayotte. Neuf d'entre elles sont interrégionales, huit sont monorégionales.



**Évolution du nombre de cellules interrégionales d'épidémiologie (hors antennes)**

Année	1995	1996	2002	2003	2008
Nombre de cellules	5	9	13	16	17

Source : Institut de veille sanitaire

Au total, plus de cent trente personnes sont actuellement affectées dans les cellules interrégionales d'épidémiologie et sur des programmes de surveillance de l'Institut de veille sanitaire dans les régions. Leur personnel est issu à quasi parité de l'Institut et des directions régionales des affaires sanitaires et sociales. Au 31 juillet 2009, soixante-neuf emplois équivalent temps plein (ETP) y relevaient de l'Institut.

**Évolution des emplois équivalent temps plein (ETP) de l'Institut de veille sanitaire affectés dans les Cellules interrégionales d'épidémiologie**

Année	2007	2008	2009 (au 31/07/2009)	2010 (prévision)
Nombre d'emplois ETP	40	64	69	74

Source : Institut de veille sanitaire

L'attention a également été portée à la professionnalisation des personnels, avec notamment le recrutement de coordonnateurs scientifiques dans chaque cellule et des actions spécifiques de formations.

Les cellules interrégionales d'épidémiologie implantées en outre-mer occupent un rôle stratégique tant du fait de l'éloignement géographique vis-à-vis de l'Institut, rendant leur rôle de relais territorial d'autant plus nécessaire, que du nombre d'alertes auxquelles elles ont collaboré ces dernières années. Le taux d'attaque <sup>(1)</sup> du chikungunya a été de 38 % à la Réunion, constituant à partir de 2005 la première épidémie d'une telle ampleur sur le territoire français depuis un siècle, en touchant également Mayotte. On peut également signaler les épidémies de dengue subies par les départements français d'Amérique (en Guyane en 2006, aux Antilles en 2007 notamment). Auditionnée par votre rapporteure, Mme Françoise Weber, directrice de l'Institut de veille sanitaire, a précisé que ces cellules accueillent des personnels parmi les plus expérimentés, ajoutant que leur action est localement très reconnue : à la Réunion et à Mayotte, leur contribution a d'ailleurs été essentielle lors de l'épidémie de chikungunya. Dans les départements français des Antilles, la cellule a su développer des systèmes de surveillance de la dengue « *très efficaces.* »

Le réseau SurSaUD et les cellules interrégionales d'épidémiologie travaillent de façon non spécialisée. Pour autant, leur appui est également précieux quand il s'agit de recenser à partir des territoires puis d'analyser des menaces ou

(1) Le taux d'attaque, calculé à la fin d'une épidémie ou sur une période donnée, correspond au nombre de malades total rapporté à la population exposée.

des alertes précises : Mme Françoise Weber a ainsi indiqué que les données enregistrées par le réseau SurSaUD « *permettront par exemple d'identifier le nombre de passage pour grippe aux urgences* ». Pour répondre aux nouveaux besoins de surveillance liés à la grippe, les effectifs des cellules ont été renforcés transitoirement. Il a ainsi été nécessaire de recruter de manière temporaire dix-huit personnes dès l'été 2009.

## **2. De nouveaux moyens pour concourir au traitement des menaces identifiées**

La canicule, mais également des alertes telles que celle sur le Sras et le chikungunya, ont mis en lumière la nécessité d'approfondir les moyens de prévenir et de répondre le cas échéant à des menaces identifiées.

La loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 a précisément amplifié la mission de recommandation de l'Institut de veille sanitaire, en accentuant son action de veille et de vigilance sanitaires sur des risques identifiés et prévisibles. Cette loi établit également, en son article 15, qu'il contribue « *à la gestion des situations de crise sanitaire. À ce titre, l'Institut propose aux pouvoirs publics toute mesure ou action nécessaire.* »

### ***a) Des moyens spécifiques pour des menaces identifiées***

La crise de la **canicule** en constitue un des exemples les plus frappants. En 2004, Gilles Brückner, alors directeur de l'Institut, auditionné par la commission d'enquête de l'Assemblée nationale sur les conséquences sanitaires et sociales de la canicule, avait convenu que des capteurs d'information appropriés avaient fait défaut. Un des enseignements tirés a été la nécessité de « *corriger pour l'avenir.* »

L'Institut de veille sanitaire a développé un partenariat avec Météo France, tant pour recueillir des données, que pour déterminer des seuils d'alerte sanitaire et les modalités de leur transmission. Le rapport annuel de l'Institut de veille sanitaire pour 2003, soulignant qu'aucun pays ne s'était encore doté d'un système de prévention des alertes de chaleur opérationnel à un niveau national, indique qu'ont été élaborés, dès le mois d'août 2003 :

– des indicateurs biométéorologiques prédictifs de la surmortalité : l'Institut a travaillé à partir des données météorologiques et de mortalité sur la période 1973-2003 de quatorze villes réparties sur le territoire, aux situations climatiques différentes (source Insee) ;

– des valeurs-seuil adaptées aux régions climatiques françaises.

Par ailleurs, l'épidémie de **chikungunya** qui a frappé la Réunion et Mayotte à la fin de l'année 2005 et en 2006, a elle aussi donné lieu à des adaptations pour l'avenir : le Centre régional de veille et de recherche de l'Océan indien, installé début 2007 à la Réunion, s'est vu confier la mise en place de programmes de recherche sur les maladies infectieuses d'intérêt pour la région et

d'apporter une expertise à la cellule interrégionale d'épidémiologie de la Réunion et Mayotte. Ses travaux répondent en effet à une spécialisation géographique dont le besoin est nettement apparu lors de l'épidémie de chikungunya. Ce groupement d'intérêt scientifique auquel l'Institut de veille sanitaire participe constitue une interface entre veille sanitaire et recherche scientifique.

Si le virus du chikungunya ne circule plus selon un mode épidémique depuis 2007, certaines actions entreprises en 2006 se poursuivent toutefois, afin de prévenir la réémergence d'une épidémie. Des actions sont également menées, dans le sud de la France continentale et en Corse.

***b) La réaction de l'Institut de veille sanitaire à la pandémie grippale A (H1N1) : un test en matière d'alerte, d'adaptation, de recommandation et d'appui à la gestion de crise***

L'alerte déclenchée en avril 2009 par l'Institut a été saluée à elle seule pour sa rapidité. Elle a permis de vérifier l'efficacité de la veille scientifique réalisée au niveau international.

La pandémie grippale actuelle a aussi constitué un test sur **les capacités d'adaptation** de l'Institut, qui a dû procéder à des redéploiements internes et organiser dans des délais courts des dispositifs de travail spécifiques, pour préparer les réactions à adopter lorsque la France serait atteinte, en métropole et en outre-mer.

Depuis le mois d'avril dernier, l'annonce de la grippe A (H1N1) a mis l'ensemble de l'Institut « sous tension » et de nombreuses dispositions d'adaptation ont été prises : une cellule de crise sanitaire dédiée à la grippe, disposant de matériels spécifiques a ainsi été mise en place.

Par ailleurs, des moyens humains venant des différents secteurs d'activités de l'Institut ont également été redéployés ; ces personnels, parmi lesquels des épidémiologistes, des logisticiens, ont été affectés transitoirement à la surveillance de la grippe A (H1N1). L'astreinte téléphonique sur le champ infectieux, ouverte 24 heures sur 24, 365 jours par an, a été renforcée, en augmentant les capacités de réception et de traitement des appels et en organisant des astreintes supplémentaires, tant au niveau national que régional.

Une application informatique de recueil des informations, prévue pour une utilisation partagée, a été créée : peuvent y accéder l'Institut de veille sanitaire, les cellules interrégionales d'épidémiologie, les directions départementales et régionales des affaires sanitaires et sociales et les centres nationaux de référence pour la grippe <sup>(1)</sup>.

---

(1) Les centres nationaux de référence (CNR) sont nommés pour quatre ans par le Ministre chargé de la santé sur proposition de l'Institut de veille sanitaire : l'Institut Pasteur et les Hospices civils de Lyon sont les deux CNR en charge de la surveillance de la grippe.

De plus, **ses recommandations**, délivrées dans le cadre de sa mission de veille sur les risques prévisibles et d'aide à la gestion des crises sanitaires, s'avèrent également précieuses. Elles s'inscrivent dans le prolongement du travail effectué dans la préparation à une éventuelle pandémie A (H5N1), comme l'a indiqué à votre rapporteure Didier Houssin, directeur général de la santé.

L'Institut de veille sanitaire avait effet remis en 2005, à la Direction générale de la santé du ministère de la santé, un rapport intitulé « Estimation de l'impact d'une pandémie grippale et analyse de stratégies ». Les conclusions de cette étude avaient été utilisées dans l'élaboration du premier plan « pandémie grippale », par exemple dans la prévision des stratégies prophylactiques possibles (quantités nécessaires de masques et d'Oseltamivir <sup>(1)</sup>, en fonction de scénarios sur l'extension possible de l'épidémie...). En 2009, l'Institut a été sollicité pour apporter des éléments de mise à jour du plan et des fiches le complétant dès l'identification du nouveau virus A (H1N1).

Depuis l'alerte lancée en avril 2009, le plan pandémie grippale constitue une feuille de route et le rôle dévolu à l'Institut **d'aide à la gestion des crises sanitaires** prend sa pleine et entière forme. En effet, dans le cadre des missions de veille, de surveillance et d'alerte, l'Institut de veille sanitaire se trouve actuellement très largement impliqué dans la surveillance et le contrôle de la pandémie grippale. Il apporte notamment des éléments nécessaires à la connaissance de l'épidémie et de son évolution, aux autorités de santé.

Tel que défini dans la fiche F2 du plan, l'Institut de veille sanitaire est chargé du « *suivi de la situation sanitaire lors d'une pandémie grippale* », et ce au cours des différentes phases, inter-pandémique, pré-pandémique, pandémique, et en fin de période pandémique. Depuis avril dernier, l'Institut diffuse un « *bulletin épidémiologique grippe A (H1N1)* », désormais hebdomadaire, qui établit un point de situation chiffrée en France métropolitaine, en outre-mer, et à l'étranger.

La fiche A-6 « *organisation de la gestion de crise 'santé'* » prévoit la participation de l'Institut à la « *cellule situation* » qui « *évalue la situation sanitaire et élabore des propositions de mesures de gestion auprès de la cellule de décision* », cette dernière étant mise en place auprès du ministre de la santé. Par ailleurs, au 25 septembre 2009, l'Institut avait répondu à 13 saisines, en établissant des avis documentés sur des sujets très variés. Il a ainsi fourni des éléments concernant les modes de transmission du virus, les stratégies de traitement prophylactique, le changement de phase de l'épidémie. Son avis quant à l'évaluation de l'impact de la pandémie sur le système de soins a été recueilli. Il a également transmis des éléments d'aide à la décision pour la fermeture des écoles ou des universités.

L'Institut participe également aux travaux du groupe d'experts de la grippe mis en place par la direction générale de la santé, et au comité technique

---

(1) Médicament antiviral utilisé pour le traitement de la grippe A, commercialisé sous le nom de « Tamiflu ».

des vaccinations au sein du Haut conseil de la santé publique ; les experts de l'Institut y présentent leurs avis et participent à l'élaboration des recommandations émises par les membres de ces instances, de façon collective.

Le risque canicule, le chikungunya, la grippe A (H1N1) : ces trois exemples non exhaustifs témoignent aussi de la capacité de l'Institut de veille sanitaire à établir, au cas par cas, des partenariats. Dans le cas de la grippe, la collaboration avec les réseaux Sentinelles et Grog (groupes régionaux d'observation de la grippe) est précieuse dans la transmission des cas constatés <sup>(1)</sup>.

Par ailleurs, au-delà des alertes les plus médiatiques, l'Institut a lancé et expertisé en 2008 une centaine d'alertes sanitaires, dont l'extension a pu rester limitée. Le risque sanitaire y a en effet été nettement amoindri voire neutralisé grâce à une détection et une réponse précoces, et ce dans des domaines variés impliquant des agents infectieux (épidémies de légionelloses, de méningites, des toxi-infections alimentaires collectives, des infections nosocomiales à germes multirésistants, etc.), ou des risques environnementaux (pollutions naturelles ou humaines, risques chimiques ou physiques...).

## **B. UN EFFORT À POURSUIVRE**

La contribution actuelle de l'Institut de veille sanitaire aux actions développées en réaction à la pandémie grippale et les nombreux risques sanitaires qui ont dernièrement été maîtrisés par lui, témoignent de sa réactivité et de la qualité de son expertise. Il apparaît toutefois qu'il gagnerait à consolider sa structure interne ( 1 ). Par ailleurs, l'Institut s'insère dans un vaste réseau d'acteurs en santé, qu'il pourrait davantage mettre à profit pour approfondir ses différentes missions, au niveau des territoires, sur le plan national et international ( 2 ).

### **1. L'organisation interne de l'Institut de veille sanitaire**

#### ***a) Renforcer les Cellules interrégionales d'épidémiologie***

Il paraît nécessaire de **continuer à développer leur présence territoriale**, afin d'améliorer la veille et l'alerte sanitaire, et de les consolider en tant qu'échelon opérationnel régional.

Mme Françoise Weber a confié à votre rapporteure que l'Institut préfère la création de nouvelles « *antennes* » plutôt que de nouvelles cellules, en vue de renforcer la présence territoriale sur des zones couvertes par des cellules interrégionales. Cela permettrait de rassembler les moyens au niveau d'équipes cohérentes et pluridisciplinaires, tout en évitant le saupoudrage, et ce d'autant plus

---

(1) Le réseau Sentinelles est une plateforme de recherche et de veille en médecine générale intégré à l'Inserm (Institut national de la santé et de la recherche médicale), qui surveille principalement les maladies infectieuses syndromiques telles que la grippe, gastro-entérites, varicelle, oreillons. Le réseau des Grog (groupes régionaux d'observation de la grippe) surveille la circulation des virus grippaux.

qu'il faut également tenir compte d'une consolidation nécessaire, en termes de moyens humains, de la plupart des cellules existantes.

L'Institut privilégie ainsi pour l'avenir la création de structures légères, moins coûteuses. Il faut saluer cet effort dans la recherche de solutions à moindre coût. Votre rapporteure tient à souligner que, malgré ces efforts, le projet de loi de finances pour 2010 ne fait faire à l'Institut qu'un minuscule pas vers la consolidation des cellules interrégionales d'épidémiologie : cinq nouveaux emplois équivalent temps plein supplémentaires (ETP) sont prévus. Si la progression est à noter, il est cependant dommage qu'elle soit si timide.

La ministre de la santé, entendue en commission élargie, a déclaré à votre rapporteure que ces postes s'inscrivent dans le cadre d'une création prévue de vingt-cinq emplois ETP sur trois ans. Cela demeure en deçà des besoins de l'Institut : selon les indications qu'il a fournies à votre rapporteure, il serait nécessaire de créer trente-cinq emplois ETP, pour atteindre le simple objectif de consolider les cellules existantes et de créer de nouvelles antennes.

**Les cellules ultramarines mériteraient également une attention particulière, dans ce renforcement des moyens humains**, étant donné leur rôle stratégique dans la surveillance et l'alerte sanitaire en outre-mer, et leur charge de travail : elle est supérieure en proportion à leurs homologues de métropole, d'après les indications de la directrice de l'Institut.

Par ailleurs, les cellules interrégionales s'intègrent au dispositif local de la veille : les plans canicule et pandémie grippale indiquent notamment comment elles travaillent avec les Directions départementales aux affaires sanitaires et sociales (DDASS) et les préfets en leur apportant une expertise précise. Il s'agit donc également de **préparer leur intégration aux futures agences régionales de l'hospitalisation**, prévue par la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires du 21 juillet 2009, dite « HPST ».

M. Philippe Ritter, dans son rapport sur les agences régionales de santé remis en 2008 à la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports, remarquait qu'au niveau local, « *les compétences et les moyens techniques destinés à la veille sanitaire restent encore dispersés entre les départements et la région, ce qui ne garantit pas une capacité d'analyse et d'expertise partout satisfaisante. (...) Le pilotage des cellules interrégionales d'épidémiologie, placées sous l'autorité scientifique de l'Institut de veille sanitaire et sous l'autorité administrative de la direction régionale des affaires sanitaires et sociales, pourrait être mieux structuré.* » La création prochaine des agences régionales de santé transformera en tout état de cause le paysage actuel, les directions départementales et régionales des affaires sanitaires et sociales et les agences régionales de l'hospitalisation laissant place à ce nouvel établissement public chargé de définir et appliquer la politique régionale de santé, y compris en matière de veille et de sécurité sanitaire.

Il est encore tôt pour en tirer des conséquences précises, mais l'interrogation sur l'avenir des cellules interrégionales d'épidémiologie est légitime, la structure des directions régionales des affaires sanitaires et sociales disparaissant. M. Didier Houssin, directeur de la direction générale de la santé publique a assuré à votre rapporteure que « *le dispositif des cellules interrégionales d'épidémiologie ne change pas* », son positionnement au sein des services de l'État ayant fait preuve de son efficacité. Elles seraient donc intégrées aux futures agences régionales de santé.

### ***b) Inscrire la question de l'accès aux données au premier plan***

Des avancées ont été enregistrées, et parmi elles la modification récente de l'article L. 1413-3 du code de la santé publique par la loi du 21 juillet 2009 précitée, saluée par la directrice de l'Institut en cours d'audition : les normes concernant la transmission des données individuelles à l'Institut de veille sanitaire seront désormais imposées aux fabricants de logiciels.

Pour autant, l'Institut continue à subir plusieurs types de complications : **les bases médico-administratives permanentes, qui permettent de réaliser des travaux épidémiologiques, sont relativement peu développées en France.** Contrairement aux pays du nord de l'Europe, par exemple, il n'existe pas de déclarations systématiques des pathologies, en dehors des maladies transmissibles à déclaration obligatoire.

Par ailleurs, Mmes Françoise Weber et Caroline Gardette ont témoigné des conséquences de l'application de la loi « informatique et liberté » du 6 janvier 1978, qui pèsent lourdement sur le travail de l'Institut. Solide rempart de protection de la vie personnelle, elle occasionne au quotidien de longues procédures d'autorisation auprès de la Commission nationale informatique et libertés (CNIL), notamment pour accéder aux données du système d'information de l'assurance maladie (SNIIR-AM), véritable gisement de données, mais qui est difficilement exploitable dans ces conditions <sup>(1)</sup>.

Une veille efficace suppose également un accès approprié aux données enregistrées, dans un souci de réactivité de l'analyse. Jusqu'à présent, **les données transmises par le serveur informatique** qui centralise les résultats des réseaux SurSaUD et des serveurs régionaux de veille d'alerte <sup>(2)</sup> **ne sont pas exploitables par les cellules régionales d'épidémiologie dans les meilleures conditions possibles** : elles ne peuvent accéder qu'à des informations brutes, non spécialement destinées à leur zone. Le traitement des données ne peut être effectué que par l'Institut, qui leur transmet ensuite ses résultats.

---

(1) Mmes Weber et Gardette ont indiqué à votre rapporteure que l'Institut de veille sanitaire est en discussion avec la Commission nationale informatique et libertés en vue d'obtenir un statut particulier pour ménager protection des données et étude scientifique.

(2) À la différence des données « SurSaUD », les données recensées par les services régionaux de veille et d'alerte sont des données agrégées qui nécessitent une saisie.

Le rapport sur le Sras publié par l'Institut en 2004 faisait déjà état d'améliorations jugées indispensables : « *un partage de données plus détaillées est nécessaire avec les partenaires privilégiés, notamment les acteurs de l'épidémiologie de terrain que sont les cellules interrégionales d'épidémiologie et les directions départementales des affaires sociales.* »

Mme Françoise Weber a indiqué à votre rapporteure qu'un projet informatique est en cours en vue de mettre au point une application permettant aux cellules interrégionales d'épidémiologie d'accéder à des informations spécialisées en fonction de leur zone d'action.

***c) Gérer de front l'urgence et l'anticipation : la concomitance de l'alerte au risque grippal et de l'élaboration du contrat d'objectif et de performances***

L'activité de l'Institut de veille sanitaire a été grandement touchée, dès le printemps, par le déploiement du dispositif de surveillance de la pandémie grippale A (H1N1). Sa directrice a ainsi fait part d'un indispensable recentrage des moyens pour faire à cette situation d'urgence. Plus de 40 % de ses ressources humaines ont été mobilisées à des degrés divers et le seront jusqu'à la fin de cette alerte. Ceci a contraint l'Institut à modifier le calendrier de certaines actions moins prioritaires prévues en 2009, en général par un étalement. La rédaction du projet d'établissement, commencée en avril 2009, a par exemple été reportée tout comme le projet informatique évoqué plus haut.

Cette réallocation des moyens était nécessaire mais ne doit pas non plus se faire au détriment d'autres risques. Le rapport de la mission d'évaluation et d'expertise de la veille sanitaire en France indiquait d'ailleurs, en 2006, que les situations d'urgence ont souvent pour conséquence un report des actions d'anticipation non stratégiques et de celles qui ne sont pas directement prioritaires.

Ceci mérite d'autant plus d'être souligné que la pandémie grippale s'est trouvée inscrite sur l'agenda de l'Institut au moment même de la présentation à son conseil d'administration d'un contrat d'objectifs et de performance portant sur la période 2009-2012. Celui-ci identifie précisément parmi les sept axes stratégiques de travail, l'élaboration d'une stratégie scientifique prospective. Approuvé par le conseil d'administration en juin 2009, il a été soumis à la signature de la ministre de la santé. Il engagera l'Institut et sa tutelle, le ministère de la santé. Il est à souhaiter que celle-ci interviendra rapidement <sup>(1)</sup>.

---

(1) Le précédent contrat, couvrant la période 2006-2009, n'a jamais été signé par la tutelle : la directrice de l'Institut de veille sanitaire a signalé à votre rapporteure des « conflits sur les moyens ».



## 2. L'Institut de veille sanitaire et les autres acteurs de santé

### a) *Sur le terrain, continuer le travail avec les professionnels de santé*

Votre rapporteure préconise de renforcer les relations avec les professionnels de santé de terrain, en confortant le réseau existant et en associant d'avantage les médecins de ville à la veille sanitaire, tout en développant la communication à leur égard.

**Il s'agit tout d'abord de renforcer les réseaux de veille qui existent déjà.**

Comme le lui a indiqué la directrice de l'Institut, « *un maillage très diversifié est la condition de la réussite* ». C'est en ce sens qu'il apparaît fondamental de **compléter le maillage du territoire au niveau du réseau SurSaUD.**

Élargir les partenariats du réseau Oscour (organisation de la surveillance coordonnée des urgences), afin de couvrir toutes les régions françaises, serait profitable. Il ne s'agit pas de remettre en question la technique de l'échantillonnage qui permet d'obtenir des résultats statistiques sans couverture exhaustive, et qui est utilisée notamment dans la comptabilisation du nombre de cas de grippe A (H1N1). En revanche, une large extension géographique des partenaires du réseau SurSaUD rendrait possible des comparaisons régionales, développant ainsi la géosurveillance (mesure du possible l'impact d'impacts environnementaux sur la santé telle la proximité d'usines...).

Un maillage diversifié soulève également la question de la cohérence : **l'Institut doit poursuivre la structuration des réseaux de surveillance spécifiques.** Des données issues d'approches différentes sont complémentaires mais peuvent se révéler difficiles à synthétiser : la surveillance spécifique de la grippe l'illustre.

Depuis le printemps dernier, les réseaux Grog (groupements régionaux d'observation de la grippe) et Sentinelle sont mobilisés dans la surveillance spécifique du virus de la grippe A (H1N1) et leurs données sont indispensables à l'établissement, par l'Institut, de tendances statistiques. Pourtant, dans plusieurs points hebdomadaires de situation, ce dernier recommande « *d'interpréter (les) résultats [d'estimation du nombre de consultations pour grippe A (H1N1)] avec prudence* » car ces sources différentes peuvent « *conduire à des divergences entre les différences estimations.* » En effet, le réseau Sentinelle transmet des données concernant la grippe clinique (fièvre d'apparition brutale supérieure à 39 °C, accompagnée de myalgie et de signes respiratoires) tandis que le réseau des Grog surveille pour sa part les infections respiratoires aiguës (apparition brutale de signes respiratoires – toux, rhinite...-) dans un contexte infectieux aigu (fièvre, céphalées...).

Interrogées à ce sujet, Mmes Françoise Weber et Caroline Gardette ont répondu à votre rapporteure que la mise en place d'un réseau unifié régionalisé est

bien prévue. Toutefois, la préparation à la pandémie grippale « *a pris l'Institut de veille sanitaire de court.* » Ce travail d'unification des méthodes de comptabilisation a été reporté à une date ultérieure. **Il apparaît crucial de le reprendre dès que possible.**

En 2008, la Cour des comptes identifiait notamment les difficultés persistantes de l'Institut de veille sanitaire pour accéder aux informations qui lui sont utiles, les données concernant les maladies à déclaration obligatoire ne lui étant pas toujours transmises par certains professionnels de santé.

Il paraît donc également essentiel en la matière de **développer la culture du signalement et plus largement les relations avec les professionnels de terrain dans une perspective d'alerte.**

Pour la directrice de l'Institut, les réseaux « *humains* » sont d'importance cruciale car ils suscitent une plus grande réactivité en cas d'alerte. Précisément, les représentants des syndicats de médecins entendus par votre rapporteure lui ont unanimement fait part de leur souhait d'être davantage associés aux actions de l'Institut, arguant qu'une coopération « *en amont* » d'une alerte permet d'installer des relations aisément mises à profit quand celle-ci se déclare. Donnant l'exemple des fiches de signalisation en matière de grippe A (H1N1), et sans remettre en question leur contenu scientifique, ils ont estimé que si les syndicats avaient été associés à leur rédaction, les médecins auraient été mieux sensibilisés : cela aurait permis d'améliorer le taux de retour, taux qu'ils estiment par ailleurs être très bas.

Votre rapporteure pour avis suggère plusieurs pistes en ce sens :

– **sensibiliser les professionnels de santé aux déclarations obligatoires.**  
La directrice de l'Institut et son adjointe ont signalé des difficultés concernant les registres de la surveillance du cancer. Certains professionnels de santé seraient en « *grève du signalement* », estimant leur rôle en matière de santé publique peu reconnu. Ces déclarations reposent en effet sur la base du bénévolat. Cet aspect est à surveiller, Mme Françoise Weber estimant que cette situation risque d'être de plus en plus fréquente en dépit du développement de systèmes automatisés de transfert de données.

– **renforcer le réseau de veille en soins primaires, auprès des médecins généralistes, sur la base d'un volontariat ;**

– **développer la rétro information**, c'est-à-dire un retour vers les professionnels de santé en fin d'alerte, après analyse des données ;

– **mener des actions de communication spécifiques** : Les fédérations hospitalières et les syndicats de médecins ont tous salué la qualité des travaux et des publications de l'Institut de veille sanitaire. Ils ont toutefois regretté l'absence de caractère systématique et régulier de cette communication à l'égard des professionnels de santé, celle-ci passant essentiellement par un « abonnement » à son site Internet.

***b) Les partenaires institutionnels : poursuivre l'intégration au dispositif français de veille et la coopération européenne et internationale***

**Il paraît indispensable d'augmenter la lisibilité de l'ensemble du dispositif français de veille et d'alerte sanitaire.**

Le dispositif français de veille sanitaire est actuellement difficilement lisible, ont constaté devant votre rapporteure les fédérations hospitalières et les représentants des syndicats des médecins, signalant qu'il était parfois ardu « *de s'y retrouver.* » Interrogés sur les informations reçues par l'Institut de veille sanitaire, les syndicats de médecins ont d'ailleurs répondu être abonnés « *à DGS urgent* », alors que ce fil d'information est en réalité géré par le ministère de la santé.

– **poursuivre l'action du Comité d'animation du système d'agences (Casa)** Un comité d'animation du système d'agences, mis en place en mai 2008, s'est vu confier la mission de remédier au morcellement des agences sanitaires. Cette instance de travail collectif entre la direction générale de la santé et les principaux opérateurs nationaux des politiques de prévention de la sécurité sanitaire, dont les directeurs des agences de santé, se réunit de manière bimestrielle, afin de renforcer la bonne structuration du travail collectif. Il est encore trop tôt pour évaluer les conséquences de son action.

– **peut-on simplifier ?** Le thème de la simplification du réseau d'agences a été abordé lors de la préparation de la révision générale des politiques publiques. M. Éric Woerth, ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique, a évoqué en décembre 2008 une fusion entre l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments et l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail, suivie d'un éventuel rapprochement avec l'Institut de veille sanitaire. L'article 115 de loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a autorisé le gouvernement à prendre par ordonnance, avant le 22 janvier 2010, les dispositions nécessaires pour procéder à la fusion de ces deux agences.

Interrogés sur ce sujet, M. Didier Houssin et M. Martial Mettendorf, secrétaire général de la direction générale de la santé, ont indiqué qu'ils approuvent cette fusion. Pour autant, l'idée d'y adjoindre l'Institut de veille sanitaire ne recueille pas leur assentiment, celui-ci devant conserver son ancrage généraliste. Votre rapporteure partage cette position.

Concernant la fusion Afssa-Afsset, votre rapporteure estime qu'une grande vigilance sur la question des moyens qui seront consacrés à cette nouvelle entité est indispensable. Ce projet, qui s'appuie il est vrai sur une recherche de meilleure efficacité, ne doit pas être prétexte à une rationalisation excessive, notamment des effectifs.

– **Des actions d'information pourraient être menées afin de présenter aux professionnels de santé les champs d'action de chacun :** la direction

générale de la santé et son département des urgences sanitaires, les agences sanitaires, les services déconcentrés...

**Le développement de l'ancrage international** de l'Institut de veille sanitaire est également aujourd'hui plus que jamais essentiel : sur une planète globalisée, où la multiplication des échanges accélère la diffusion des virus au niveau mondial, la surveillance doit aussi concerner l'international. Ce sont des messages diffusés par l'Organisation mondiale de la santé qui ont notamment activé la réaction de l'Institut de veille sanitaire en avril dernier, suite aux cas suspects de grippe au Mexique.

L'épidémie de Sras en Asie avait mis en évidence le besoin d'une surveillance et d'une veille mondialisées. Les années suivantes ont d'ailleurs donné lieu à la mise en place d'un programme de travail triennal, auxquels des États européens et d'Asie du Sud Est ont participé.

Aujourd'hui, l'Institut de veille sanitaire collabore au Réseau global d'alerte et de réponse aux épidémies (GOARN) et travaille avec Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies (ECDC), comme le rapporte le rapport de l'Institut pour 2008.

L'efficacité de la veille sanitaire en France dépend en grande partie d'une visibilité sur les territoires voisins. L'Institut gagnerait à poursuivre la conclusion de partenariats internationaux en Méditerranée (poursuivre ainsi le programme Epi Sud), dans les Caraïbes, dans l'Océan indien, dans le Pacifique.

\*

\*\*

Le champ d'observation de l'Institut de veille sanitaire est très large puisqu'il s'agit de surveiller l'état de santé de la population. Pour Françoise Weber, « *les besoins sont multiples : il faut en permanence hiérarchiser les priorités.* » Afin que la gestion de l'urgence ne nuise pas au long cours, l'Institut mériterait une subvention pour mission de service public nettement revue à la hausse. Le projet de loi de finances pour 2010 prévoit une timide augmentation de 1,97 % par rapport à la loi de finances initiale pour 2009.

La question de la reconnaissance de la participation des acteurs de santé à la mission de santé publique – participation qui est aujourd'hui avant tout « bénévole » – se posera si l'Institut tend à étendre son réseau, notamment auprès des médecins généralistes. Faudra-t-il inclure dans l'acte la rémunération de cette mission de santé publique et ouvrir des discussions sur la rémunération au forfait ?

Concernant les rapports avec les professionnels de santé, qui mériteraient d'être approfondis, votre rapporteure a constaté que l'activation du plan « pandémie grippale » provoque actuellement des problématiques similaires : les syndicats de médecins rencontrés ont tous estimé que la méfiance qui règne actuellement dans les professions médicales (notamment sur la question de la vaccination) n'aurait pas pris de telles proportions si ces dernières s'étaient senties davantage associées.

## TRAVAUX DE LA COMMISSION

### I.- AUDITION DE LA MINISTRE

*La commission des affaires sociales entend, en commission élargie à l'ensemble des députés, Mme Roselyne Bachelot-Narquin ministre de la santé et des sports, sur les crédits 2010 « Prévention et sécurité sanitaire » de la mission « Santé », au cours de la séance du mercredi 4 novembre 2009.*

**M. le président Didier Migaud.** M. Pierre Méhaignerie, président de la Commission des affaires sociales, et moi-même, sommes heureux de vous accueillir, madame la ministre de la santé. La Commission des finances et celle des affaires sociales sont réunies en commission élargie pour vous entendre sur les crédits de la mission « Santé ». Vous le savez, la réunion en commission élargie vise à favoriser des échanges directs en laissant toute sa place au jeu des questions et des réponses.

Je rends hommage au travail de nos rapporteurs –M. Gérard Bapt, rapporteur spécial de la Commission des finances, M. Rémi Delatte, rapporteur pour avis de la Commission des affaires sociales pour le programme « Santé et système de soins », et Mme Jacqueline Fraysse, rapporteure pour avis de la même commission pour le programme « Prévention et sécurité sanitaire ». La tâche des rapporteurs ne se limite pas à la présentation annuelle des crédits ; tout au long de l'année, ils contrôlent l'emploi de ces crédits et leur bonne exécution, et ils évaluent les politiques publiques. Je les remercie pour ce travail continu et je salue aussi l'exercice par M. Gérard Bapt de ses pouvoirs d'investigation sur pièces et sur place, non pour gêner mais pour éclairer le débat et contribuer à la nécessaire transparence. Cela fut le cas il y a peu encore, et je suis convaincu que vous avez parfaitement compris dans quel esprit ce contrôle s'exerçait, madame la ministre.

J'observe que c'est au titre de la mission « Santé », dont relève l'Établissement public de réponse aux urgences sanitaires, – l'EPRUS –, que sont intervenues, pour la part de l'État, toutes les opérations de financement de la lutte contre le virus de la grippe A (H1N1). Ces opérations ayant été effectuées en gestion, elles n'apparaissent pas dans la présentation des crédits. Il me paraîtrait utile qu'à l'occasion de la présentation des crédits de cette mission vous nous en disiez davantage à ce sujet, madame la ministre. Je ne doute pas que le rapporteur spécial reviendra également sur cette question.

En 2010 seront créées les agences régionales de santé – les ARS –, qui regrouperont au niveau territorial les services déconcentrés de l'État et ceux de l'assurance maladie. Comment cela se traduira-t-il pour le financement par l'État ? Le périmètre de la mission devra-t-il être reconfiguré ?

Enfin, le Président de la République a récemment indiqué qu'il souhaite voir renforcer la lutte contre le cancer, et un nouveau plan Cancer devrait

mobiliser quelque 750 millions d'euros supplémentaires pour la période 2009-2013. Pourriez-vous, madame la ministre, préciser la répartition de ce financement, et en particulier la part respective de l'État et de l'assurance maladie, au vu des résultats déjà obtenus dans la lutte contre cette maladie ?

**M. Gérard Bapt, rapporteur spécial de la Commission des finances pour les crédits de la mission « Santé ».** Mes collègues ayant à disposition, dans mon rapport écrit, la présentation et l'analyse circonstanciée des crédits de la mission « Santé », j'irai droit aux questions à madame la ministre.

Avec une augmentation des crédits qui se situe entre 1 et 2 %, le budget de la mission « Santé » pour 2010 sera un budget de continuité. Il s'élèvera à 1,2 milliard d'euros. Ce budget apparaît étonnamment stable au regard des grands changements qui affectent la mission cette année et qui l'affecteront l'an prochain, que ce soit sur le plan de l'organisation territoriale de la politique de santé avec l'installation des ARS au premier semestre 2010 ou, sur le plan budgétaire, avec les moyens exceptionnels débloqués pour lutter contre la pandémie de grippe A et le lancement du nouveau plan Cancer, qui doit mobiliser 730 millions d'euros supplémentaires pendant la période 2009-2013, un effort qui sera encore essentiellement porté par l'assurance maladie.

Ces remarques liminaires expliquent pourquoi je vous interrogerai, madame la ministre, sur les aspects budgétaires de cette mission, sur le paysage des agences sanitaires et sur le financement de la lutte contre la pandémie de grippe A.

Un article du PLFSS que notre assemblée a adopté la semaine dernière prévoyait l'affectation d'une nouvelle recette de 8,9 millions d'euros à la Haute autorité de santé – la HAS. Toutefois, les modalités de la taxe concernée ayant été modifiées par le vote de l'Assemblée, la recette supplémentaire ne devrait finalement être que de 7,1 millions d'euros. Ce montant ne permettra pas de maintenir les moyens financiers de la Haute autorité, alors que les missions qui lui sont confiées ne cessent d'augmenter. Ne faudra-t-il pas prévoir un complément de recettes, qui pourrait passer par la révision du taux des taxes et contributions versées pour les médicaments et les dispositifs médicaux ou, le cas échéant, par une revalorisation de la subvention de l'État ?

La loi « Hôpital, patients, santé, territoires » a confié de nouvelles missions au Centre national de gestion – la rémunération des professionnels en surnombre, la gestion statutaire des directeurs de soins et la rémunération des congés spéciaux des personnels de direction –, sans que le budget présenté pour 2010 n'en tire les conséquences financières. J'appelle donc votre attention, madame la ministre, sur les contraintes budgétaires et en effectifs qui pèseront sur le Centre l'an prochain ; des mesures seront-elles prises pour répondre à des difficultés prévisibles ?

Le nouveau plan Cancer annoncé par le Président de la République le 2 novembre dernier devrait mobiliser quelque 750 millions d'euros de dépenses supplémentaires pendant la période 2009-2013. On constate toutefois que l'effort portera principalement sur le volet « soins », le développement des programmes de dépistage et la recherche sur le cancer. Eu égard à l'importance des risques comportementaux et environnementaux sur le développement des cancers, ne faudrait-il pas consacrer des moyens plus importants à la prévention primaire ? Enfin, quelles sont les mesures nouvelles de ce plan destinées à lutter contre les inégalités de santé, préoccupation majeure du Président de la République ?

Toujours en matière budgétaire, je salue l'effort qui sera consenti en 2010 pour l'aide médicale de l'État – l'AME –, avec une dotation augmentée de 45 millions et qui s'élèvera à 481 millions d'euros. Cela étant, cette revalorisation ne permettra pas de régler le problème de la dette accumulée à l'égard des établissements au titre de l'AME depuis le dernier apurement, intervenu en décembre 2008. Sauf mesures prises dans le collectif budgétaire, cette dette atteindra près de 320 millions d'euros en 2010. Madame la ministre, le règlement de cette dette de l'État interviendra-t-il prochainement ?

J'en viens à la recomposition du paysage des agences sanitaires. La fusion programmée de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments – l'AFSSA – et de l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail – l'AFSSET – devrait être opérationnelle au début de l'été 2010. Pourriez-vous, madame la ministre, nous faire part de l'état d'avancement de ce projet de fusion ? Avant que le principe n'en soit posé par la loi « Hôpital, patients, santé, territoires », le ministre du budget avait annoncé ce rapprochement, préconisé dans le cadre de la révision générale des politiques publiques. Vous savez, madame la ministre, les inquiétudes que cette annonce a suscitées auprès d'un certain nombre d'associations, qui craignent de voir remises en question la qualité de l'expertise ainsi que l'approche contradictoire et ouverte sur la société privilégiée par l'AFSSET. La naissance de cette nouvelle agence, que l'AFSSA dominera largement de par son budget et ses effectifs, peut également laisser craindre la relégation au second plan de la santé au travail, alors qu'elle devrait garder un rôle prééminent dans la mise en œuvre des plans Santé au travail affichés par le Gouvernement. Qu'en sera-t-il ?

Ma troisième série de questions porte sur le financement et les modalités de la lutte contre la pandémie de grippe A.

En ce qui concerne la contribution exceptionnelle demandée aux organismes complémentaires pour financer la campagne de vaccination contre la grippe A, quel schéma privilégiez-vous ? Cette contribution, de l'ordre de 300 millions d'euros, ira-t-elle à l'assurance maladie ou à l'EPRUS ? Autrement dit, soulagera-t-elle l'effort de la sécurité sociale ou de l'État ?

La participation des organismes complémentaires – qui s'explique par l'impossibilité de procéder selon les modalités de remboursement classiques au

cours de cette campagne de vaccination collective – est censée couvrir le ticket modérateur à deux titres : la rémunération des professionnels de santé chargés d'assurer la vaccination, et une partie de la prise en charge au titre du vaccin. Aussi, ne devrait-elle pas être répartie, à parité, entre l'État et l'assurance maladie ?

J'en viens à la lutte proprement dite contre la pandémie. La préoccupation est bien entendu de faire participer le plus possible les professionnels de santé, mais aussi les assurés sociaux en général à la campagne de vaccination que vous avez décidée, guidée en cela par une recommandation de la HAS. Or, selon les conclusions d'un sondage réalisé par l'IFOP, 82 % des personnes interrogées n'envisageaient pas, le 24 octobre, de se faire vacciner contre la grippe A. Une proportion élevée qu'explique peut-être pour partie un certain manque de précisions à ce sujet. Il y a un mois, les personnes interrogées étaient pour 55 % dans cet état d'esprit ; leur proportion s'est donc singulièrement accrue. De même, 16 % des sondés se disaient inquiets de la grippe A fin octobre, contre 32 % un mois plus tôt. C'est pourtant une stratégie de vaccination de masse qui a été décidée.

À ce sujet, je tiens à souligner qu'au cours du contrôle sur pièces et sur place que j'ai effectué à l'EPRUS la semaine dernière, il est apparu que, compte tenu de l'application du taux de TVA à 5,5 %, le coût d'acquisition des vaccins sera finalement de 712 millions et non de 808 millions comme annoncé initialement. Je n'ai pas de remarque à faire sur la régularité de la procédure menée par l'EPRUS ; un tel contrôle relèverait d'ailleurs davantage de la Cour des comptes.

Néanmoins, pour ce qui est de la commande passée à l'EPRUS par votre ministère, je souhaite connaître les raisons qui conduisent à limiter de manière exceptionnellement étroite la responsabilité des laboratoires pharmaceutiques. En effet, l'article L. 3131-3 du code de la santé publique exclut la responsabilité du fabricant pour des utilisations en dehors des indications thérapeutiques ou des conditions normales d'utilisation. Or, l'article 24 du contrat conclu avec le laboratoire Baxter, que nous connaissons à présent dans son entier, prévoit que la garantie de l'État s'applique « contre toute réclamation ou action judiciaire élevée dans le cadre des opérations de vaccination ». Pourquoi l'engagement de la responsabilité de l'État va-t-il plus loin que les dispositions prévues par le code de la santé publique pour la production de ce qui n'est après tout qu'un vaccin contre une grippe ?

Par ailleurs, l'article 7 de ce même contrat, consacré à la garantie de la qualité du vaccin, est juridiquement peu compréhensible. Je souhaite, madame la ministre, connaître l'exacte interprétation que vous en faites.

Enfin, la prise de responsabilité maximale par l'État n'aurait-elle pas justifié une pression sur le coût unitaire des vaccins, compte tenu des spécificités propres à la production par chacun des laboratoires ? Je me permets de rappeler



que ce coût est significativement plus élevé que le coût unitaire d'une dose de vaccin contre la grippe saisonnière.

**M. Rémi Delatte, rapporteur pour avis de la Commission des affaires sociales pour la Santé et le système de soins.** Mes questions porteront, d'une part, sur le futur pilotage régional du système de santé et, d'autre part, sur la mise en œuvre du système d'information « e-santé », deux sujets dont je sais qu'ils vous tiennent particulièrement à cœur, madame la ministre.

Pour les agences régionales de santé, le calendrier d'application du dispositif semble se confirmer et nos félicitations vont à tous ceux qui se mobilisent actuellement afin que les ARS soient opérationnelles dès la fin du premier trimestre 2010. Deux éléments me paraissent devoir être pris en compte pour garantir la réussite de cette évolution : le calendrier et la technicité. Madame la ministre, vous nous avez dit votre souhait d'installer toutes les ARS sur le territoire métropolitain à la même date. Toutefois, il est probable que les autres régions seront en ordre de marche avant l'Île-de-France, compte tenu de sa spécificité ; ne faut-il pas, alors, envisager de dissocier les dates d'installation des agences ? D'autre part, les ARS seront chargées de nombreux dossiers requérant des connaissances techniques – médicales, pharmaceutiques, ou encore environnementales. Pouvez-vous nous indiquer quelle organisation sera retenue dans les agences pour les différents corps techniques relevant de votre ministère et de l'assurance maladie ?

Dans le projet de loi de finances, le financement des ARS est assuré par le transfert de crédits du programme 171 « Offres de soins et qualité du système de soins » vers la mission « Solidarité, insertion et égalité des chances ». Sachant par ailleurs que les crédits alloués au GIP carte de professionnel de santé en seront retirés dès 2010, le contenu du programme 171 ne correspondra plus guère à son intitulé ; je suppose donc que ses crédits seront redéployés dans le budget pour 2011.

J'en viens à l'« e-santé ». Je me suis particulièrement intéressé cette année à la mise en œuvre du système d'information santé, notamment de la carte de professionnel de santé. Cette carte, parce qu'elle permet d'identifier avec certitude les professionnels de santé et de préserver ainsi la confidentialité du dossier du patient, est un élément clé du dispositif de partage des données de santé. Outre l'intérêt des soignants à utiliser l'outil informatique, c'est donc la première étape de la mise en œuvre du dossier médical personnel.

Je me réjouis des progrès enregistrés dans la diffusion de cette carte et dans la création du répertoire partagé des professionnels de santé, mais le travail qui reste à accomplir demeure de très grande ampleur, notamment en milieu hospitalier, où la diffusion de la carte de professionnel de santé demeure embryonnaire. Je salue néanmoins les efforts entrepris depuis quelques mois pour rationaliser le pilotage des systèmes d'information de santé, avec la mise en place de l'Agence des systèmes d'information de santé partagés – l'ASIP. Je suis

persuadé que, grâce à cette agence, la maîtrise d'ouvrage publique va enfin être assurée avec cohérence et détermination, et que le travail de redéfinition des normes et des référentiels de sécurité et de confidentialité communs, attendu par tous les professionnels – ils nous l'ont dit lors des auditions –, devrait aboutir rapidement et permettre l'entrée en vigueur effective du dossier médical personnel à la fin de 2010.

Pour finir, madame la ministre, quelques questions et une suggestion. Le décret « confidentialité » du 15 mai 2007, qui impose aux établissements de santé l'usage de la carte de professionnel de santé pour accéder aux informations médicales à caractère personnel, sera applicable le 15 mai 2010. Pouvez-vous faire le point sur les actions en cours tendant à accompagner les établissements ? La généralisation sera-t-elle effective en 2010 ?

J'aimerais aussi des clarifications sur le projet de convergence entre la future carte de professionnel de santé et la carte ordinale. Comment concilier la diffusion de la future carte, par essence universelle, avec la multitude de systèmes d'identification informatisés actuels ?

J'approuve sans réserve votre détermination à développer l'« e-santé », mais cette démarche mobilisera des moyens intellectuels, financiers et industriels importants. Je propose donc que le futur grand emprunt national comprenne un plan national de développement des systèmes d'information en santé. Cela ferait de notre pays un leader de la télémédecine et du développement des systèmes d'information médicale partagée.

**Mme Jacqueline Fraysse, rapporteure pour avis de la Commission des affaires sociales pour la prévention et la sécurité sanitaire.** Le programme « Prévention et sécurité sanitaire » regroupe désormais l'ensemble des moyens budgétaires en matière de santé publique.

Il faut noter deux modifications pour 2010 : la recentralisation de certaines activités depuis la loi relative aux libertés et responsabilités locales de 2004 ; la création des ARS, prévue par la loi HSPT de juillet 2009.

Outre les crédits du programme, j'ai choisi d'examiner l'impact des récentes alertes sanitaires sur la refonte du dispositif de l'Institut de veille sanitaire.

Je me limiterai à souligner la faible augmentation des crédits, de l'ordre de 1 %. Si quatre actions voient leurs crédits croître légèrement, trois marquent une régression, dont l'action 14 « Prévention des maladies chroniques et qualité de vie de malades », qui concerne notamment la maladie d'Alzheimer. Cela est d'autant plus regrettable que la politique de santé publique est axée, d'une part, sur la prévention et, d'autre part, sur la sécurité sanitaire collective.

Le travail approfondi que j'ai mené sur la situation de l'InVS – dont vous trouverez le détail dans mon rapport – m'a permis de constater la compétence des

personnes qui en ont la charge, l'importance de leurs missions et l'existence de marges de progression. Cela me conduit, madame la ministre, à vous poser cinq questions.

Du fait de la pandémie grippale, l'InVS consacre une part importante de ses moyens et de ses effectifs à la surveillance du virus A (H1N1). Pour ce faire, il a dû procéder à des réallocations et différer certaines actions. Malgré les besoins constatés en 2009, le PLF ne prévoit qu'une timide augmentation de 1,97 % de ses crédits. Davantage de moyens auraient pourtant permis d'éviter que l'action de surveillance n'empiète trop et trop longtemps sur d'autres actions.

J'ai pu constater le rôle important des cellules interrégionales d'épidémiologie, relais de l'InVS dans les régions, dont l'implantation doit se poursuivre. Dans un souci d'efficacité et de limitation des dépenses, qu'il faut saluer, l'InVS privilégiera la création de structures plus légères et moins coûteuses : les antennes. Mais le PLF ne prévoit que cinq emplois équivalent temps plein supplémentaires, alors que 35 ETP seraient nécessaires pour consolider les cellules existantes et créer les nouvelles antennes. Mais peut-être ces créations sont-elles envisagées dans un cadre pluriannuel ?

Les médecins de ville demandent à coopérer plus étroitement avec l'InVS, dont ils reconnaissent l'expertise. De son côté, l'Institut souhaite continuer à nouer des partenariats pour intensifier ses actions de veille sur l'ensemble du territoire. Ne faudrait-il pas songer à rémunérer, dans le cadre d'une convention similaire à celle qui les lie aux CAPI, les médecins qui participent aux actions de santé publique ?

Le conseil d'administration de l'InVS a approuvé un contrat d'objectifs et de performance pour la période 2009-2012, qui doit être soumis à la signature de la Direction générale de la santé. Le précédent contrat était resté sans signature. Pouvez-vous me confirmer que, conformément à ce que m'a assuré M. Didier Houssin, la signature est en cours ?

Enfin, la directrice de l'InVS, Mme Françoise Weber, m'a signalé que l'utilisation des bases de données, et plus particulièrement celles du système d'information de l'assurance maladie, était rendue très difficile par l'application de la loi « informatique et libertés », qui suppose la mise en place de procédures lourdes et coûteuses. Sans remettre en doute le bien fondé de cette loi, ne serait-il pas possible d'envisager un moyen de concilier protection des personnes et accès de l'InVS aux données personnelles ?

**M. Jean-Pierre Door.** Comme M. Delatte l'a signalé, les crédits du programme « Santé et système de soins » contribuent au financement des moyens de pilotage du système de santé, de la politique de prévention, de l'accès aux soins des personnes défavorisées – avec une augmentation de l'AME de 45 millions – et de la constitution d'un stock de produits pour répondre aux événements sanitaires.

L'année 2010 sera une année chargée, avec l'élaboration de la nouvelle loi de santé publique, la révision des lois de bioéthique, la mise en place des ARS, la consolidation de la politique de sécurité sanitaire et la formation des médecins généralistes, cette dernière venant combler un manque. Il s'agit donc d'un programme ambitieux, qui conforte des actions majeures.

Cela fait plusieurs années maintenant que nous cherchons à mettre en place le dossier médical partagé, qui permettrait de répondre aux objectifs de qualité et de coordination des soins. La construction du numéro d'identifiant de santé est complexe, tout comme la constitution du répertoire partagé des professions de santé. Madame la ministre, pouvez-vous nous donner des renseignements supplémentaires sur le calendrier et le coût du DMP ? Outre Manche, les esprits ont été frappés par le coût de ce système, qui a dépassé, de loin, les prévisions.

Je saisis cette occasion pour vous demander à nouveau ce que vous pensez du stockage des données personnelles sur une clé USB, qui pourrait être une solution d'attente.

M. Bapt a cité les résultats de sondages portant sur l'attitude de nos concitoyens face au H1N1. Celle-ci me semble typique de la culture française, dans la mesure où ce débat n'a pas lieu chez nos voisins européens ou en Amérique du Nord. Je rappelle que l'OPECST a été saisi par la commission des affaires sociales d'une étude sur la « mutation des virus », qui permettra aussi d'analyser la gestion des risques par les différents pays.

Mme Fraysse a commis un important rapport sur la veille sanitaire. Il faut effectivement conforter les réseaux sentinelles et l'InVS, qui réalisent un travail fondamental mais souvent méconnu. Dans ce domaine, je souhaiterais connaître la position du Gouvernement sur l'Institut Pasteur. Cette fondation privée, joyau de la recherche française, a besoin de soutien financier. L'État peut-il lui en apporter ?

**Mme Catherine Lemorton.** Madame la ministre, est-il possible d'obtenir une estimation du coût de la mise en place des ARS ? Comment expliquer l'éparpillement des crédits qui lui sont destinés – 271 millions d'euros sont ainsi inscrits à l'action n° 7, programme 124, de la mission « Solidarité, insertion et égalité des chances » ? Par ailleurs, toutes les garanties seront-elles prises pour que les transferts de personnels ne créent pas un bouleversement de leurs conditions de travail ?

L'un des objectifs de cette mission est le développement de la participation des usagers. Pour que cela ne s'apparente pas à de l'affichage – ce que les débats sur la loi HSPT nous ont laissé penser –, il conviendrait de mieux définir les indicateurs. Ceux-ci se limitent pour l'instant à donner le taux de participation des usagers dans les instances de santé publique ou hospitalières. Quels sont les moyens concrets qui permettent de remplir cet objectif ?

Alors que le Président de la République a annoncé un deuxième plan Cancer, peut-on savoir quelle est la part du montant des franchises attribuée au plan Cancer existant ?

Vous avez parlé d'augmentation de l'AME, la classant parmi les dépenses qui subissent les effets de la conjoncture économique. Est-ce à dire que les bénéficiaires de l'AME dépensent plus que les autres ? Nous avons démontré l'inverse il y a deux ans.

Qu'en est-il de la loi de santé publique, qui devait être débattue en 2009 ? Le titre III de la loi HSPT « prévention et santé publique » ne saurait remplacer une loi d'envergure. Par ailleurs, où en est le plan Santé des jeunes, que vous aviez annoncé en février 2008 ?

S'agissant de la Haute autorité de santé, permettez-nous d'émettre une réserve quant à son financement. Nous nous étions déjà inquiétés de ce que la taxe sur la promotion des médicaments puisse y contribuer, mettant ainsi en doute l'indépendance de l'institution. Aujourd'hui, vous proposez de lui affecter une part du produit de la contribution sur les dépenses de promotion des dispositifs médicaux. Cela n'est pas de nature à lever nos craintes.

Alors que les firmes pharmaceutiques développent à l'intention des patients atteints de maladie chronique des actions d'éducation thérapeutique et d'accompagnement, l'État agit-il dans ce domaine ? Dans quelles proportions ?

S'agissant du programme « Offre de soins et qualité du système de soins », qu'en est-il de l'offre de stages pour la médecine générale ? Combien de postes d'interne en médecine générale sont-ils ouverts ?

Le bilan de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire est médiocre, puisque seules 500 000 personnes en bénéficient, alors que 2 millions pourraient y prétendre. Peut-être faudrait-il améliorer la communication sur cette action ?

Enfin, le rapport de M. Gilles Carrez montre que les montants des dépenses d'indemnisation et de contentieux relatifs aux accidents vaccinaux ont été réévalués au regard de l'évolution de la jurisprudence, qui tend à reconnaître la recevabilité des demandes relatives à certaines pathologies diagnostiquées après la vaccination contre l'hépatite B. Nous espérons que les contentieux qui ne manqueront pas de surgir suite à la campagne de vaccination massive contre la grippe H1N1 dureront moins longtemps. Par ailleurs, il ne fait pas de doute que nous serons amenés à réévaluer ces montants en 2010.

**M. Jean-Luc Prél.** Tout d'abord, deux remarques. Je félicite les rapporteurs pour leur travail, mais serait-il possible de pouvoir le consulter sous sa forme de rapport au moins deux jours avant la tenue de la commission élargie, afin d'en tirer la substantifique moelle ?

Par ailleurs, les crédits de la mission « Santé » s'élèvent à 1,2 milliard. Nous venons de débattre de la loi de financement de la sécurité sociale, avec des dépenses de l'ordre de 162,4 milliards. Les dépenses de santé du pays sont, elles, d'environ 210 milliards. Ne serait-il pas possible d'organiser, une fois par an, un débat général sur la politique de santé qui permette d'aborder à la fois les questions de prévention, de soin, le rôle de l'Assurance maladie, celui des complémentaires ?

Madame la ministre, je tenterai de limiter mon propos à quelques questions. La première concerne les observatoires régionaux de santé, auxquels sont consacrés 6,64 millions. Auront-ils les moyens humains et financiers de remplir leurs missions ?

S'agissant de la création des ARS, je ne reviendrai pas sur les séparations absurdes faites entre la prévention et le soin, la ville et l'hôpital, le sanitaire et le médico-social. Ma question concerne plutôt l'harmonisation du statut des personnels : se fera-t-elle vers le haut ? À quel coût ?

Par ailleurs, les agences nationales sont fort nombreuses. Comment seront-elles associées au Comité national de pilotage des ARS ? Garderont-elles une certaine autonomie ? Quant au regroupement de l'AFSA et de l'AFSSET, confirmez-vous qu'il sera effectif en 2010 ?

Vous avez recentralisé les compétences sanitaires, notamment pour le dépistage des cancers, les vaccinations, la lutte contre les MST. Pour ce qui est du dépistage du cancer du sein, 55 % des femmes y ont recours, ce qui est trop peu. Comment relever ce taux ? D'autre part, la vaccination contre le papilloma virus ne risque-t-elle pas d'entraîner un relâchement dans le dépistage du cancer du col de l'utérus ? Quand le nouveau test censé remplacer l'hémocult pour le dépistage du cancer du colon sera-t-il mis en œuvre ? Allez-vous lancer une nouvelle campagne en faveur de la vaccination contre l'hépatite B, maladie dont les complications sont redoutables ? Qu'en est-il du dépistage systématique du virus HIV ? Enfin, quelles actions comptez-vous engager pour diminuer le nombre d'IVG, qui serait encore de 200 000 cette année ?

En ce qui concerne les maladies liées au vieillissement, ne pensez-vous pas que la préparation de doses à administrer en EHPAD ou à domicile serait une bonne façon de lutter contre la iatrogénie ?

Les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins seront-ils intégrés dans les ARS ?

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé a été déficitaire en 2009 de 15 millions. Pourquoi ce déficit n'est-il pas financé par l'État ?

Les médecins et les pharmaciens de santé publique souhaitent adopter le statut de praticien hospitalier. Où en est cette intégration ?

Quel est le délai actuel de délivrance des autorisations de mise sur le marché ? Quelles sont les actions mises en œuvre par l'AFSSAPS pour le réduire ?

Enfin, les crédits destinés aux stages extra-hospitaliers ont augmenté de 22 %. Quand les stages de généralistes en milieu urbain et en milieu rural seront-ils effectifs ? C'est, en effet, la seule façon de faire naître les vocations.

**M. le président Didier Migaud.** Nous souhaiterions tous disposer en avance des rapports de nos collègues, mais nous travaillons à flux tendu et le projet de rapport dont vous venez de prendre connaissance a été imprimé il y a une heure à peine.

**M. Maxime Gremetz.** Je veux d'abord remercier madame et messieurs les rapporteurs pour leur exposé clair, précis et objectif.

Les crédits du projet de budget de la mission « Santé » augmentent d'environ 1 %, ce qui est une augmentation bien timide au regard de l'allongement de l'espérance de vie et des progrès des sciences et des techniques médicales, sans parler du risque de pandémie grippale.

Cette augmentation cache mal, madame la ministre, les contradictions de la politique sanitaire. J'en donnerai quelques exemples.

Je commencerai par la prévention, source, non seulement de santé, mais d'économies. On en parle, mais on ne fait même pas l'effort de faire le diagnostic de la médecine scolaire, alors que la prévention commence là. Or, sa situation est catastrophique.

Parlons ensuite de la médecine du travail, qui compte de moins en moins de médecins. Vous avez vu dans quel état elle est ? On ne fait même plus de bilan de santé digne de ce nom au moment de l'embauche ! La conscription permettait aux moins aux jeunes gars d'avoir un bilan de santé complet, mais, aujourd'hui, elle n'existe plus ! Aujourd'hui, il n'y a plus rien du tout !

Comment parler d'une politique de santé sans parler de la prévention ? Le nombre des maladies professionnelles explose. Je pense à celles liées à l'usage de l'amiante, à laquelle personne, ni à droite, ni à gauche, ne s'est opposé alors que sa nocivité est connue depuis 1905. Chaque année, trois mille personnes en meurent, et en mourront encore pendant des décennies.

Cela fait des années que j'appelle votre attention sur l'imminence d'un autre drame sanitaire : celui des éthers de glycol. Et celui-ci ne frappera pas seulement les travailleurs, mais également tous les consommateurs de peintures, de produits de beauté, etc. C'est pourquoi je me félicite que la mission amiante ait proposé la constitution d'une commission d'enquête parlementaire sur les éthers de glycol.

La politique de prévention est en train de disparaître, au moment où le nombre des maladies, notamment professionnelles, augmente.

Autre contradiction, vous prétendez mettre le médecin traitant au centre du dispositif de la deuxième phase du plan Cancer, dévoilée hier par le chef de l'État. C'est une excellente idée : malheureusement, la France compte de moins en moins de généralistes. En Picardie, par exemple, une des régions les plus déficitaires, on ne trouve pas de médecin. Lundi, je n'ai même pas trouvé de pharmacie de garde à Amiens, capitale régionale : on en est là ! En dépit des mesures que nous avons prises pour inciter les médecins à s'installer dans cette région, elle compte de moins en moins de médecins. Il faudrait avoir le courage d'assurer une meilleure répartition des médecins sur le territoire : la liberté d'installation doit se concilier avec la liberté de se soigner. Le Gouvernement a sa part de responsabilité dans cette situation quand il ne nomme qu'au compte-gouttes des professeurs titulaires de médecine générale.

Par ailleurs, alors que votre projet de budget entend renforcer la lutte contre l'obésité, vous avez cédé aux pressions des industriels en refusant de supprimer la publicité pour les aliments gras et sucrés pendant les programmes télévisés pour enfants, à l'encontre de votre promesse d'agir en ce sens faite en février 2008. Qu'en reste-t-il aujourd'hui ?

Ce projet de budget entend aussi mettre l'accent sur l'état de santé des populations les plus précaires, notamment par des efforts de prévention. C'est également une bonne chose, mais qui ne doit pas cacher le fait que vous avez augmenté de deux euros le forfait hospitalier, après avoir instauré de nouvelles franchises médicales en 2007 : autant de mesures qui restreignent considérablement l'accès aux soins de ces populations précaires, comme de nombreuses études le démontrent.

En un mot, les nobles objectifs affichés par le budget de la mission « Santé » me semblent cruellement contredits par la politique actuelle. Oui, la santé a un prix, mais l'être humain, source des richesses, de l'intelligence, de la créativité, a bien plus de valeur encore.

**M. le président Pierre Méhaignerie.** Quelle est la place du programme national Nutrition Santé par rapport aux organismes tels que l'AFSSA, l'AFSSET, l'INRA, l'INSERM, et les trois ministères dans le domaine de la nutrition, de la santé, de l'alimentation, de la lutte contre l'obésité et de la prévention ? Comment assurer, sur le plan budgétaire, une plus grande efficacité des actions compte tenu de la multiplicité des acteurs ?

J'ai cru comprendre que la loi d'orientation voulait créer un nouvel établissement public en charge de la santé alimentaire. À chaque fois qu'il y a une loi, elle crée une nouvelle structure, alors que nous attendons plutôt une simplification de nos politiques publiques, qui souffrent d'un manque de lisibilité.



**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports.**

Messieurs les présidents, mesdames, messieurs les députés, je veux à mon tour féliciter les rapporteurs Gérard Bapt, Rémi Delatte et Jacqueline Fraysse pour la qualité de leurs travaux.

Avant de répondre plus précisément à vos interrogations, je souhaiterais, dans un propos liminaire, insister brièvement sur quelques particularités de ce projet de budget.

Je voudrais, pour commencer, saluer le travail de resserrement de l'architecture budgétaire que votre assemblée a entrepris l'année dernière en loi de finances pour 2009. Les crédits « Santé », qui étaient éparpillés entre trois missions au sein de cinq programmes en 2008, ne sont plus répartis désormais que sur deux missions. Trois programmes relèvent de la mission « Santé » : « Offre de soins et qualité du système de soins », « Prévention et sécurité sanitaire » et « Protection maladie » ; un quatrième programme regroupe, au sein de la mission « Solidarité, insertion et égalité des chances », les moyens « supports » pour la conduite des politiques sanitaires.

Ce remodelage budgétaire a permis une réduction significative du nombre de budgets opérationnels de programmes, ce qui a facilité la gestion des crédits par les services en 2009. Je tenais à vous en remercier.

Mon deuxième point concerne la traduction, dans le budget de l'État, de la réforme de notre système de santé, que vous avez enrichie au fil des débats sur la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » du 21 juillet 2009. À cet égard, l'année 2010 sera une année de transition. En effet, les agences régionales de santé, les ARS, verront progressivement le jour au cours du premier semestre 2010.

J'ai tenu à regrouper l'ensemble des moyens de fonctionnement des vingt-six agences dans un seul programme. Les moyens de fonctionnement des agences régionales d'hospitalisation, les ARH, jusque-là inscrits au sein du programme 171, « Offre de soins et qualité du système de soins » et prévus à hauteur de 21,1 millions d'euros en 2009, seront réunis avec ceux du programme 124, « Conduite et soutien des politiques sanitaires et sociales ». C'est la traduction budgétaire de la philosophie ayant présidé à l'instauration des agences régionales de santé.

Cela permettra d'abonder ces agences sous la forme d'une subvention globale, à partir des crédits des anciennes directions départementales et directions régionales des affaires sanitaires et sociales. Les moyens de fonctionnement des ARS seront ainsi globalisés dans les budgets des établissements, qui recevront une subvention de fonctionnement courant, aussi bien de l'État que de l'assurance maladie, puisque ces agences réunissent, au niveau territorial, les services de l'État et ceux de l'assurance maladie.

Cette subvention de fonctionnement ne comprendra pas, toutefois, les crédits d'intervention de santé publique, qui seront délégués globalement et en

cours d'année aux ARS, mais à partir du programme 204 de la mission « Santé ». Il s'agit de respecter la logique de territorialisation voulue par la loi HPST, en évitant une pré-affectation de ces crédits à telle ou telle priorité de santé publique décidée au niveau national.

C'est pourquoi le programme 204, « Prévention et sécurité sanitaire », contiendra en 2010 une nouvelle sous-action intitulée « Politique territoriale de santé », sur laquelle seront progressivement versés les crédits que les ARS auront à gérer en fonction des priorités régionales de santé publique. Un retraitements analytique de l'imputation de ces dépenses par chaque ARS permettra, en fin d'année, lors de la présentation du rapport annuel de performance, de rendre compte au Parlement de l'utilisation de ces crédits.

J'ai tenu également à ce que le Parlement puisse, dès l'année prochaine, mesurer la performance des ARS. C'est la raison pour laquelle les documents budgétaires sont assortis d'un nouvel indicateur permettant de rendre compte des disparités territoriales entre les régions, afin de pouvoir mieux les corriger. Ce sous-indicateur concerne le dépistage du cancer du sein, le diagnostic VIH et la prévalence du tabagisme.

J'ajoute que les coûts non pérennes de la mise en place des agences régionales de santé, estimés à 68 millions d'euros sur trois ans, n'apparaissent pas dans le PLF 2010. Cela s'explique par le fait que ces coûts seront étalés dans le temps et autofinancés à hauteur de 40 %, par redéploiement au sein des crédits du ministère de la santé et des sports.

En outre, les moyens supplémentaires nécessaires à la mise en place de ces nouveaux établissements publics feront l'objet d'un abondement budgétaire de douze millions d'euros en collectif budgétaire 2009.

Enfin, le Gouvernement a prévu que les régimes d'assurance maladie participeront à l'installation des ARS à hauteur de 40 % du coût total, soit 28 millions d'euros, via l'abondement d'un fonds de concours. Cette technique budgétaire permettra de recueillir l'assentiment des caisses quant à l'utilisation de ces crédits. Elle facilitera également la gestion pluriannuelle des crédits en raison des incertitudes qui peuvent affecter le calendrier des décaissements.

Sans doute faudra-t-il réfléchir, à un horizon proche, à faire évoluer la maquette budgétaire pour mieux rendre compte de cette réforme importante et des moyens qui y sont consacrés. J'aurai très certainement l'occasion, l'année prochaine, de vous préciser ces points budgétaires et de répondre à vos questions, bien légitimes étant donné l'importance de cette réforme.

J'en viens à présent au troisième point de la mission « Santé » sur lequel je souhaite insister : cette mission ne fait pas apparaître les conséquences financières de la pandémie de grippe A (H1N1) à laquelle nous sommes confrontés depuis cette année. C'est que la programmation initiale pour 2009 de l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires a dû être profondément révisée

pour tenir compte de l'apparition de cette menace sanitaire grave. La programmation initiale de l'EPRUS ne prévoyait que 290 millions d'euros en engagements et en paiements.

Au total, comme j'ai déjà eu l'occasion de le dire, les dépenses approcheront 1,5 milliard d'euros, dont 1,04 milliard d'euros d'achats de produits de santé, de dispositifs médicaux et de coûts logistiques pris en charge par l'EPRUS. Cette programmation, qui excède largement les disponibilités de l'établissement en début d'année, conduira à des ajustements, tant en loi de finances rectificative pour 2009 qu'en loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, afin de respecter l'obligation de financement à parité de l'EPRUS par l'État et l'assurance maladie, obligation inscrite dans les textes fondateurs de l'établissement public.

L'affectation du produit de la nouvelle contribution exceptionnelle, qui vous est proposée par un amendement du Gouvernement, permettra en outre aux organismes complémentaires de participer au financement des vaccins et des produits de santé destinés à lutter contre la pandémie grippale. Le produit de cette contribution, estimé à environ 300 millions d'euros, viendra ainsi en déduction des ajustements des dotations initiales, tant de l'assurance maladie que de l'État : le financement de l'EPRUS sera donc assuré par une dotation complémentaire de 173 millions d'euros pour l'assurance maladie, en partie rectificative de la LFSS pour 2010, et de 174,8 en autorisations d'engagement et 256,3 millions d'euros en crédits de paiement en loi de finances rectificative pour la part « État ».

Au-delà de ces éléments qui méritaient un bref rappel, les crédits du budget de l'État en faveur de la santé, en augmentation de 5,7 % en AE et de 4,3 % en CP, poursuivront les mêmes objectifs que les années précédentes.

Ils traduiront d'abord l'implication de l'État en matière de prévention et de santé publique. Le programme 204, « Prévention et sécurité sanitaire », sera ainsi doté de 471 millions d'euros en AE et 491 millions d'euros en CP, soit des moyens quasiment stables par rapport à la loi de finances initiale pour 2009.

L'année 2010 s'inscrira toutefois dans un contexte marqué par de nouvelles avancées. La politique de santé publique sera territorialisée, avec la mise en place des 26 nouveaux opérateurs régionaux de l'État que sont les ARS. Notre action sur les comportements individuels à risque, notamment en ce qui concerne l'alcool et le tabac, mais aussi en matière de nutrition, sera également renforcée par la mise en œuvre des mesures adoptées dans le cadre de la loi HPST. Par ailleurs, les moyens de l'INPES seront renforcés.

Le Président de la République a, de surcroît, lancé lundi dernier le deuxième plan Cancer 2009-2013, qui comprend trente mesures élaborées à partir des préconisations du professeur Grunfeld et du Haut conseil de la santé publique, le HCSP. La lutte contre les inégalités de santé est le fil rouge de ce plan. Il s'agit aussi de stimuler l'analyse et la prise en compte des facteurs de risque

environnementaux et professionnels, et de renforcer le rôle du médecin traitant à tous les moments de la prise en charge de cette maladie, la première cause de décès en France.

L'articulation avec les autres plans de santé publique a été prévue pour l'ensemble de ces mesures, et tout particulièrement avec le deuxième plan national Santé et environnement.

L'ensemble des mesures du plan représente un budget de deux milliards d'euros pour l'ensemble de la période couverte par le plan.

Par rapport à la base 2009, sa mise en œuvre nécessitera d'inscrire progressivement, jusqu'en 2013, 750 millions d'euros de mesures nouvelles, principalement portés par l'assurance maladie. Ces efforts représenteront 102,8 millions d'euros pour le budget de l'État en 2010, dont 79,1 millions d'euros pour le programme 204 de la mission « Santé », soit une progression de 12,5 millions d'euros par rapport à 2009.

Les crédits du budget de l'État en faveur de la santé participeront également à l'effort de solidarité nationale. J'évoquerai deux aspects plus particulièrement, et d'abord l'augmentation de 45 millions d'euros en PLF 2010 des crédits du programme 183 « Protection maladie » par rapport au plafond de crédits pour 2010 prévu par la loi de programmation pluriannuelle de finances publiques.

Cette augmentation traduit un effort de sincérité budgétaire, dans la mesure où, depuis l'apurement en 2007 des dettes de l'État vis-à-vis de la sécurité sociale, à hauteur de 920 millions d'euros, les insuffisances budgétaires par rapport aux besoins réellement constatés ont entraîné la reconstitution d'une dette vis-à-vis de la CNAMTS, qui s'élèvera à 323,5 millions d'euros fin 2009, soit plus du tiers de la dette apurée en 2007.

Je rappelle également que ces dépenses font l'objet d'un pilotage étroit, qui a conduit depuis 2008 à étendre progressivement aux bénéficiaires de l'aide médicale d'État, l'AME, les règles qui prévalent pour les assurés de droit commun. Les bénéficiaires de l'AME sont ainsi soumis au contrôle médical pour la mise en affection de longue durée, ALD. Le contrôle médical a été systématisé pour les bénéficiaires de l'AME en cas d'accès aux soins urgents. Autres exemples, la substitution de médicaments génériques conditionne la prise en charge à 100 % des médicaments, tandis que l'attestation d'un titre sécurisé par bénéficiaire du dispositif a été généralisée cette année. En un mot, on impose aux bénéficiaires de l'AME des dispositions qui ne s'appliquaient jusqu'à présent qu'aux assurés. C'est que la bonne gestion de ce dispositif est le gage de sa pérennité. Je veux assurer la représentation nationale de ma détermination à poursuivre le pilotage étroit de ce système de prise en charge.

Le deuxième point concerne l'amendement déposé par le Gouvernement, qui vise à doubler le montant de l'aide à l'acquisition d'une assurance

complémentaire santé, une ACS, pour les 16-25 ans. Vous aviez déjà accepté d'améliorer ce dispositif en accueillant favorablement la proposition de vos collègues, MM. Pierre Méhaignerie, Jean-Marie Rolland, Yves Bur et Jean-Pierre Door, au cours des débats sur la loi HPST, pour augmenter le barème de cette aide, notamment pour les assurés les moins jeunes. Cela représente une augmentation de 75 % pour les 50-59 ans, ce qui est tout à fait considérable.

Il s'agit, avec cet amendement, de poursuivre nos efforts en augmentant l'aide pour les jeunes de 16 à 25 ans, pour lesquels le taux de couverture complémentaire est le plus faible. Le coût de cette mesure est estimé au maximum à trente millions d'euros par an. Il repose sur l'hypothèse d'un taux de recours élevé à ce dispositif. Il sera pris en charge à partir des excédents du fonds CMU, qui s'élèvent à 70 millions d'euros à la fin de l'année 2009.

Il est vrai, madame Lemorton, que l'accès à ce dispositif peut encore être amélioré, même si nous l'avons substantiellement étendu et simplifié par la délivrance d'un chèque et l'envoi de courriers ciblés aux bénéficiaires potentiels de la mesure. Cette politique a porté ses fruits, puisque le nombre des bénéficiaires de l'ACS a augmenté de 30 %, ce qui est tout à fait considérable.

Enfin, les crédits budgétaires de la mission « Santé » seront utilisés pour améliorer le pilotage stratégique des dépenses hospitalières. Les 124,5 millions d'euros de crédits correspondent pour l'essentiel à la formation initiale des médecins, 104 millions d'euros étant consacrés à la formation médicale initiale extrahospitalière des étudiants de 2<sup>ème</sup> cycle, des internes et à l'année de recherche offerte à certains d'entre eux. Cette augmentation est liée au numerus clausus et à l'extension des stages de 2<sup>ème</sup> cycle des études médicales des médecins généralistes. Comme je l'ai déjà indiqué, je tiens à renforcer la médecine de premier recours.

Conformément aux demandes récurrentes du Parlement, ces crédits ont bénéficié d'une augmentation de presque 20 % par rapport à la loi de finances initiale de 2009.

La subvention accordée à la Haute autorité de santé est budgétée à hauteur de 6,2 millions d'euros. Nous devons probablement, comme cette année, procéder à un abondement supplémentaire, à partir de la réserve du programme, de l'ordre de 3,5 millions d'euros en cours d'année, compte tenu de la baisse des recettes propres de la Haute autorité. Un rebasage devra être envisagé pour la prochaine loi triennale. Comme vous le voyez, ce budget traduit des avancées et des perspectives ambitieuses.

Je me propose à présent de répondre aux questions qui m'ont été posées.

La loi HPST a confié au Centre national de gestion des missions supplémentaires : prise en charge des dépenses afférant au remboursement des professionnels en surnombre ; gestion statutaire et développement des ressources humaines des directeurs de soins ; rémunération des personnels de direction

bénéficiant d'un congé spécial. En 2009, l'établissement est principalement financé par l'assurance maladie – à hauteur de 20,1 millions d'euros –, par les contributions des établissements de santé et, de façon marginale, par l'État, dont la contribution s'élève à 5,18 millions d'euros.

Afin d'accompagner la montée en charge de ses missions, les ressources de l'établissement augmenteront en 2010. La dotation pour l'assurance maladie passera de 20,1 à 21,68 millions d'euros.

Le plan Cancer recevra 2 milliards d'euros, dont 1,2 milliard de l'assurance maladie et 700 millions d'euros de l'État.

Ce plan vise essentiellement la réduction des inégalités. Nous allons mettre en place des programmes de recherche ciblés pour lever les freins au dépistage, qui ne sont pas d'ordre économique puisque le dépistage du cancer du sein, par exemple, est totalement gratuit. Nous souhaitons par ailleurs amplifier les prises en charge personnalisées à travers le tissu associatif et l'édition de brochures d'accompagnement en langues autres que le français. Un certain nombre de structures itinérantes de dépistages sont d'ores et déjà mises en place de façon expérimentale, avant d'être généralisées.

Nous allons mettre en œuvre des programmes personnalisés pour que l'accompagnement des malades ne soit plus seulement sanitaire, mais également social et sociétal. Enfin, nous allons réduire le « reste à charge » grâce au remboursement de certaines prothèses utilisées dans le traitement des voies aérodigestives, et renégocier la convention AERAS – S'assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé – pour améliorer l'accès aux assurances et aux crédits.

Nous allons également renforcer le rôle du médecin traitant, au travers de mesures incitatives et contractuelles prévues par la loi HPST, et déployer le dossier médical de cancérologie. Toutes ces mesures trouveront leur place dans le dossier médical personnel.

Le plan Cancer nous permettra également d'agir sur les facteurs environnementaux à travers des mesures figurant dans le plan national Santé environnement, comme la poursuite de la lutte contre le tabac.

Je me suis longuement expliquée sur la question de la sortie du cadre de l'ALD pour les malades guéris du cancer.

Nous nous sommes fixés des objectifs élevés en mettant en œuvre le plan Cancer, qui devrait s'échelonner de 2010 à 2014 – les chiffres figurent dans le rapport de M. Bapt.

Le projet de loi de finances pour 2010 poursuit l'effort de rebasage de la dotation entamé en 2007, malgré une augmentation de la dépense plus importante que prévu. La dotation est passée de 234 millions en 2007 à 404 millions en 2008, puis à 490 millions en 2009. Corrélativement, l'insuffisance de financement est

donc passée de 264 millions à 14 millions d'euros en 2008. Pour 2009, les derniers chiffres transmis par la CNAM au titre de l'AME de droit commun font état d'une augmentation du nombre de bénéficiaires sur trois trimestres consécutifs. Si elle se confirme, cette augmentation, dont il nous est difficile d'expliquer l'origine, contrasterait avec la relative stabilité du système, mais, en tout état de cause, elle ne se traduira pas par une augmentation des dépenses.

L'AFSSA et l'AFSSET ont été créées en 2002 à l'initiative de Lionel Jospin, qui souhaitait pour sa part une agence unique. Leur fusion a pour principal objectif d'améliorer la réalisation de missions de service public – sécurité sanitaire, alimentaire et environnementale – aujourd'hui confiées à deux établissements différents dont les travaux reposent sur une expertise indépendante des risques et des menaces. L'interdépendance des sujets traités et le caractère transversal des thèmes – santé au travail, environnement, sécurité alimentaire – exigent une unité de vue, une concentration des moyens et des actions à plus grande échelle. La séparation artificielle due à des frontières administratives risque de multiplier les doublons – ce qui dénote une mauvaise utilisation des crédits du contribuable – et, ce qui est plus grave, de laisser de côté des sujets essentiels, affaiblissant ainsi la position de la France en Europe.

Cette fusion tire les conséquences du Grenelle de l'environnement en matière de gestion des risques et de gouvernance. Le groupement des deux agences permettra de procéder à la fois à l'évaluation des risques des produits avant leur mise sur le marché et à l'évaluation des risques sanitaires des résidus de pesticides. Il permettra également d'unifier l'expertise sur l'ensemble des produits chimiques – phytosanitaires, biocides ou produits chimiques généraux.

L'indépendance de ces agences était au cœur de mes préoccupations. Elle sera préservée.

La fusion de l'AFSSA et de l'AFSSET favorisera l'émergence de problématiques nouvelles, sans renoncer aux problématiques existantes. Toutes seront traitées en évitant les frontières artificielles mais en réaffirmant les spécificités de chacune. La santé au travail, la santé environnementale, la santé animale et la santé alimentaire sont appelées à évoluer de façon très significative. Les crises récentes nous ont montré la nécessité d'une démarche préventive, qui a trop souvent fait défaut par le passé. Cette démarche constitue le cœur de métier de la nouvelle agence.

J'ai demandé au conseiller d'État Rémi Thuau d'engager une concertation la plus large possible avec l'ensemble des parties prenantes tout au long de la conduite du projet. Les engagements issus de ces concertations, qui débiteront dès le mois de novembre, trouveront une traduction dans le projet d'ordonnance – prévu par la loi du 21 juillet 2009 – qui sera déposé au Parlement en janvier. Tout cela trouvera un prolongement dans le cadre du renouvellement du contrat d'objectif et de moyens qui fera suite en 2011 aux documents élaborés pour l'AFSSA et l'AFSSET.

En ce qui concerne la grippe A, l'EPRUS sera financé à hauteur de 300 millions d'euros par l'intégralité des disponibilités financières, des dotations complémentaires et l'affectation d'une taxe sur le chiffre d'affaires des organismes d'assurance maladie. Son financement est également facilité par l'ajustement en cours d'année de sa programmation interne. Ses dépenses ne se limitent pas à l'achat des vaccins, mais nous avons d'ores et déjà prévu d'acquérir du Tamiflu pour renouveler les stocks risquant d'arriver à péremption.

En 2009, pour acquérir un vaccin industriel destiné à remplacer celui proposé par le ministère de la santé de Norvège pour traiter une méningite en Seine-Maritime, nous avons inscrit 60 millions d'euros dans le budget initial de l'EPRUS. Ces crédits n'ont pas encore été mobilisés.

En revanche, pour acquérir des respirateurs, nous avons prévu une dépense d'un montant de 35 millions d'euros. Or, pour un coût de 5,8 millions d'euros, nous avons acquis 100 respirateurs et 34 appareils de circulation d'oxygénation extracorporelle.

L'EPRUS a permis de regrouper les achats des masques destinés à d'autres ministères. Un certain nombre de dépenses relevant du strict champ sanitaire et attribuées à d'autres organismes doivent être prises en compte. Il s'agit de l'indemnisation des professionnels de santé réquisitionnés, qui représente 290 millions d'euros, du coût pour l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé de la campagne de communication menée pour la grippe A, qui s'élève à 6,8 millions d'euros en 2009, des frais d'information et de convocation des personnes vaccinées, enfin du coût de la campagne de vaccination, qui sera pris en charge par le fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire, pour un montant estimé à 53 millions d'euros.

Gérard Bapt et un certain nombre d'entre vous m'ont fait part des réactions des malades et des professionnels de santé face à la campagne de vaccination. S'ils ont du mal à se mobiliser, c'est que le risque n'est pas encore réel. Lorsqu'il le sera, les mentalités changeront. Je pense avoir réussi à mobiliser les Français sans pour autant les affoler. Je n'ai pas voulu dramatiser, car cela ne correspond pas à mon éthique. Mais les choses évoluent très rapidement. Au Canada, suite au décès de quelques jeunes malades, des files d'attente se forment devant les établissements qui dispensent la vaccination et les forces de police sont obligées d'intervenir pour prévenir les troubles à l'ordre public. Quant à l'Ukraine, elle doit faire face à d'énormes difficultés, ne s'étant pas du tout préparée à la pandémie grippale. De nombreux pays souhaitent que nous leur revendions un certain nombre de vaccins, mais nous n'en disposons pas, car ceux-ci nous seront livrés de façon échelonnée jusqu'en février 2010. Pour ce qui est des aspects techniques du vaccin, je m'en remets à l'avis des autorités sanitaires.

Vous me demandez comment sont réparties les responsabilités entre l'État et les industriels s'agissant de l'achat et de l'administration des vaccins. Le régime de responsabilité est similaire à celui prévu par l'article L. 3131-3 du code de la



santé publique, qui s'applique en cas de grave menace sanitaire. La particularité des conditions d'acquisition des vaccins est triple : menace sanitaire grave, vaccination d'un nombre très élevé de personnes, acquisition des vaccins effectuée alors qu'ils n'étaient pas encore pourvus d'autorisation de mise sur le marché. La différence de prix s'explique par le fait que nous avons acheté des produits qui, n'ayant pas encore le statut de médicament, relevaient de la TVA à 19,6 % ; à présent qu'ils sont munis de ce statut, le taux de TVA qui s'applique est moindre. Mais je le répète, nous n'avons jamais envisagé d'administrer ces produits sans autorisation de mise sur le marché.

La perspective d'une pandémie a conduit à partager les responsabilités : la mise sur le marché d'un produit défectueux incombe aux laboratoires pharmaceutiques ; quant à la diffusion la plus large possible du vaccin, elle relève d'une décision politique dont je prends toute la mesure : elle incombe donc à l'État. J'ai souhaité que les spécialistes les plus compétents participent à cette négociation. Outre l'EPRUS, en charge de la passation des contrats, elles ont été conduites avec la collaboration des experts de l'AFSSAPS et du président du Comité économique des produits de santé, Noël Renaudin, dont chacun connaît les compétences en matière de prix des produits pharmaceutiques.

J'ai utilisé la solidarité européenne et nous avons essayé, mes collègues et moi-même, dans le cadre des conseils des ministres de la santé, de nous accorder sur le tarif des vaccins. Je souhaitais que les pays européens s'opposent à toute clause scélérate qui aurait déchargé la responsabilité des industriels en cas de produits défectueux, comme cela a été le cas en Amérique du Nord. Cette proposition de la France a été approuvée par mes collègues en Suède, le 6 juillet dernier.

Cette négociation à l'échelle nationale et européenne a abouti à un partage équilibré des responsabilités. Les écarts de prix sont en grande partie liés à des différences technologiques. Les produits Baxter sont plus coûteux, car les cultures sont réalisées sur des tissus. Nous avons pourtant acheté 50 000 vaccins à cette firme pharmaceutique, car les autres vaccins sont fabriqués à partir de bactéries ou de virus cultivés dans les œufs, auxquels un certain nombre de personnes sont allergiques. Les différences de prix sont également dues au fait que les laboratoires n'ont pas les mêmes techniques de fabrication, ni les mêmes délais de livraison.

En ce qui concerne la carte de professionnel de santé, monsieur Delatte, le décret confidentialité du 15 mai 2007 en prévoyait la généralisation à l'hôpital en trois ans, mais la difficulté avait été sous-estimée : il ne suffisait pas de diffuser les cartes, encore fallait-il qu'elles soient utilisables dans un système d'information hospitalier, en particulier pour accéder aux dossiers des malades dans un contexte d'urgence ou sur des postes de travail partagés entre plusieurs professionnels.

S'il était irréaliste par rapport aux délais, le décret n'en était pas moins pas suffisamment ambitieux. La CPS n'est que l'un des éléments du dispositif

nécessaire pour assurer la confidentialité des données personnelles. J'ai donc décidé de revoir le dispositif réglementaire dans un sens plus réaliste et surtout plus protecteur pour celles-ci. La CPS reste la clé indispensable pour lire un dossier médical en ligne. En revanche, en ce qui concerne l'accès aux dossiers internes des hôpitaux et l'accès des professionnels libéraux à leur propre poste de travail, nous avons prévu des délais.

J'en viens à la convergence entre la carte CPS et la carte ordinale. Les ordres professionnels ont choisi d'avoir leur propre carte dotée des mêmes capacités. Le GIP-CPS a donc fusionné avec l'Agence des systèmes d'informations partagés et les ordres ont prévu de faire converger les deux types de cartes. Le projet de mutualisation n'est pas remis en cause mais s'inscrit maintenant dans un cadre plus général : l'ASIP pourra demain certifier des cartes ordinales ainsi que d'autres supports utilisés pour l'authentification des professionnels des institutions de santé – comme le prévoit l'article 132 de la loi HPST.

Messieurs Rémi Delatte et Jean-Pierre Door, l'identifiant national de santé associé à chaque patient est une condition essentielle du partage des données de santé. Ce INS-C, qui est défini en concertation avec des industriels et les acteurs, sera non-signifiant et constituera donc, à terme rapproché – 2011 –, un progrès sensible par rapport à la situation actuelle où le patient est identifié différemment par chaque institution. L'objectif est de mettre en place un dispositif de production et de diffusion d'un INS pérenne dit « aléatoire », non-prévisible et non-signifiant, pour garantir la protection des données personnelles. Je tiendrai à la disposition des députés les informations relatives au projet de carte dite « convergente », sujet technique qui pourra être annexé au rapport, monsieur Delatte.

En ce qui concerne le grand emprunt, lorsque j'ai été auditionné sur le sujet devant MM. Juppé et Rocard, j'ai souligné l'intérêt qu'il y aurait à développer la e-santé. À cette fin, j'ai proposé, en dépenses futures, un projet de quelque 2 milliards d'euros portant sur la télémédecine et, plus généralement, l'informatique dans le domaine de la santé – le dossier médical personnel, qui est d'ores et déjà budgété, n'entrant évidemment pas dans ces dépenses.

Monsieur Door, le plan de relance du dossier médical personnel, que j'ai annoncé au mois d'avril, a prévu pour première phase de déploiement du DMP la période 2010-2013. Nous pourrions ainsi développer des services initiaux de partage de documents, expérimenter des services spécialisés à valeur médicale supplémentaire – je pense notamment au dossier communicant de cancérologie, que j'ai déjà évoqué, au suivi du diabète ou au DMP de l'enfant – et mettre en œuvre de nouveaux services pour les patients. Le calendrier, dont je vous avais donné le détail en 2009 lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale, a été respecté. Nous avons mené à bien la création de l'ASIP et, sur le plan opérationnel, des avancées notables ont été enregistrées.

Le coût total de la préparation du DMP, que M. Door suit de près depuis 2007, s'élève à quelque 88 millions d'euros, pris en charge par le FIQCS. Les charges les plus importantes ont porté sur les subventions versées dans le cadre des appels à projets dans treize régions, les personnels et l'assistance à maîtrise d'ouvrage du DMP. Contrairement à un « canard » qu'on a pu lire dans certaines publications, ce montant reste faible par rapport aux sommes investies par nos collègues européens, notamment la Grande-Bretagne. En 2010, un budget de 90 millions d'euros sera consacré à la montée en puissance du DMP. Du reste, contrairement à ce qui a été, là encore, affirmé, même si la constitution et la mise en œuvre du DMP ont fait l'objet de difficultés, les dépenses engagées ne l'ont pas été inutilement puisqu'elles nous permettent d'avancer aujourd'hui d'un bon pas. Le DMP est de plus indispensable car, comme je l'ai indiqué à MM. Juppé et Rocard, lorsque je suis allée leur présenter mes propositions, sa mise en œuvre est un prérequis à l'établissement de toute politique de développement de la e-santé dans notre pays.

Madame Fraysse, un contrat d'objectifs et de performances pour 2009-2012 a été approuvé en juillet dernier par l'Institut de veille sanitaire – InVS. Je tiens à saluer sa directrice, Mme Françoise Weber, ainsi que ses équipes, constituées de personnes remarquables. En cette période de pandémie grippale, elles jouissent d'une autorité morale et technique considérable. Du reste, personne ne met en doute la qualité et la pertinence de leurs travaux, qui nous permettent de disposer d'un outil de pilotage impeccable dans la lutte contre la pandémie, qui reste naturellement la priorité pour 2010. Dès le printemps 2009, le système de l'InVS a pris en charge le déploiement du dispositif de surveillance de la pandémie grippale : 40 % des ressources humaines de l'Institut ont été mobilisés à cette fin, et le calendrier de certaines de ses actions a été modifié tandis qu'étaient renforcés de façon transitoire les effectifs en cellules interrégionales d'épidémiologie. Cette mobilisation sera maintenue en 2010. L'institut s'attachera au renforcement des capacités d'alerte et de réponse et étendra le système de surveillance des urgences hospitalières, des urgences de ville et de la mortalité à toutes les régions de France, tout en apportant un soutien actif au Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies – ECDC en anglais.

L'InVS améliorera de plus la structuration des réseaux de surveillance spécifiques – réseaux Sentinelles, GROG, SOS-médecins, services d'urgences OSCOUR, laboratoires, CNR, centres antipoison et de toxico-vigilance. Il développera également un programme de biosurveillance de la population afin de mesurer l'impact sur la santé des risques environnementaux et poursuivra la mise en place des grands systèmes structurants, comme les systèmes multisources de surveillance des cancers, en vue de produire les indicateurs qui relèvent de son champ.

En outre, l'InVS développera le maillage territorial et la régionalisation de ses activités en vue d'améliorer la veille et l'alerte sanitaires, et le rôle des CIRE sera consolidé : à cette fin, sur trois ans, les personnels supplémentaires passeront de cinq à vingt-cinq.

Par ailleurs, l'InVS a accès aux données anonymisées de remboursement de l'assurance maladie obligatoire – SNIIR-AM –, soit sous la forme de données agrégées, soit au travers d'un échantillon des bénéficiaires. Comme l'anonymat de la base SNIIR-AM est inscrite dans la loi, tout aménagement éventuel de cette disposition devra être d'ordre législatif, un simple accord de la CNIL se révélant insuffisant. Pour répondre au besoin d'informations nominatives de l'Institut dans le cadre de ses missions, il peut être envisagé de mettre en place un dispositif spécifique, différent du SNIIR-AM et pour lequel il sera nécessaire de définir précisément les objectifs sur le plan législatif ainsi que les finalités d'utilisation sur le plan réglementaire, ce qui se traduira sans aucun doute par un décret en Conseil d'État après avis de la CNIL.

L'accès aux données individuelles de remboursement des assurances maladies obligatoires est une demande récurrente des organismes complémentaires. Pour les intégrer dans le dispositif de gestion du risque maladie, des expérimentations, dites « Babusiaux », de flux individuels de données des assurances maladies obligatoires vers les complémentaires sont actuellement en cours. Toutefois, elles ne concernent pas l'InVS.

Madame Lemorton, selon le rapport sur les franchises, le rendement de celles-ci pour 2008 s'élève à quelque 890 millions d'euros. Cette somme a aidé au financement des crédits supplémentaires, de l'ordre de 1,3 milliard d'euros, consacrés au plan de santé publique et qui viennent renforcer les trois priorités fixées par le Président de la République – 850 millions d'euros pour le cancer, 300 millions pour les soins palliatifs et 150 millions pour la maladie d'Alzheimer.

En ce qui concerne la santé des jeunes, de nombreux indicateurs – tabagisme en régression, alcoolisme stable, consommation de substances psychoactives en développement, une IVG sur deux concernant une jeune fille de moins de vingt-cinq ans, accompagnement inégal des jeunes – m'ont conduite à proposer à la fin du mois de février 2008, pour les jeunes de seize à vingt-cinq ans, un plan visant à les protéger et à les responsabiliser.

S'agissant de la lutte contre les pratiques addictives, nous avons renforcé les dispositifs législatifs. Toutefois, les mesures d'interdiction et de sanction ne sauraient résumer à elles seules la politique de lutte contre les addictions que je mène. Il ne convient pas d'oublier en effet que ces mesures sont accompagnées de campagnes de prévention ainsi que de prises en charge, comme les consultations jeunes consommateurs mises en place dans le cadre des CSAPA, les centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie.

Afin de répondre aux jeunes les plus vulnérables, un numéro simplifié du fil santé jeunes permet de faciliter sa mémorisation : le « 3224 » a été ouvert le 22 septembre 2008 et sa gratuité à partir des téléphones mobiles est à l'étude.

En ce qui concerne la souffrance des jeunes, plusieurs sessions de formation, à destination des professionnels intervenant auprès des jeunes, ont déjà

eu lieu sur le repérage de la crise suicidaire et je souhaite les développer. Il en est de même de la formation des formateurs sur le repérage précoce de la souffrance psychique, destinée aux médecins.

Chaque année, une campagne nationale d'information sur la contraception est menée par l'INPES : j'ai souhaité cibler tout particulièrement les jeunes non scolarisés dans les quartiers populaires au travers de médias qui n'étaient pas habituellement sollicités pour ce type de campagne. Un site de référence sur la sexualité a été ouvert et, afin de favoriser l'accompagnement et l'accès aux soins des plus jeunes, chaque département devra disposer d'une maison des adolescents – soixante et onze projets de maisons des adolescents ont déjà fait l'objet de financement dans les zones non couvertes. La sensibilisation et le soutien au montage de projets sont assurés par la DHOS, la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, aux ARH et aux services déconcentrés, afin de permettre à ces MDA, qui sont précieuses parce que pluridisciplinaires, de voir le jour. Je souhaite que leurs missions s'étendent et qu'elles se rapprochent, pour une partie de leurs activités, des équipes mobiles adolescents déjà existantes, qui ont été créées indépendamment des MDA – il est souhaitable que ces différentes structures travaillent en réseau.

Nous avons également doublé l'aide à la complémentaire santé pour les jeunes.

Monsieur Prével, le rapport de la Haute autorité de santé sur les stratégies de dépistage du VIH a quelque peu « décoiffé » puisqu'il vise à proposer le test de dépistage, d'une part, à l'ensemble de la population âgée de quinze à soixante-dix ans et, d'autre part, de manière ciblée et régulière à des populations exposées à des risques particuliers de contamination ou dans certaines circonstances – les militants, dont je fais partie, des campagnes anti-VIH comprendront de quoi il s'agit.

Par ailleurs la HAS considère que le recours volontaire au dépistage doit être encouragé, une telle démarche devant demeurer un des piliers du dispositif, qui s'appuie sur les médecins généralistes, les centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) et les centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST).

Ce rapport ne m'a été remis que le 21 octobre dernier : c'est pourquoi, avant d'annoncer des mesures précises le 1<sup>er</sup> décembre pour la journée mondiale de lutte contre le SIDA, il me faudra analyser ses recommandations et leurs conséquences organisationnelles, prendre l'avis du Conseil national du SIDA et attendre les conclusions, qui ne sauraient tarder, de la mission confiée aux professeurs Lert et Pialoux, qui porte sur les nouvelles méthodes de prévention – notamment les tests rapides. C'est donc après avoir étudié l'impact sur notre système de santé de la mise en œuvre des préconisations de la Haute autorité de santé que je vous présenterai les axes stratégiques retenus.

Monsieur Prével, vous connaissez les missions très importantes de l'INPES, dont le travail est remarquable. Cet institut apportera sa contribution aux plans nationaux relatifs à la santé des jeunes, à la lutte contre les hépatites virales B et C et au plan national santé environnement (PNSE). Il mènera des actions de prévention contre la drogue et la toxicomanie. La santé en prison fera également l'objet d'actions de prévention et l'INPES lancera prochainement un appel à projet sur le thème de la nutrition. Il élaborera, de plus, des référentiels sur l'éducation pour la santé et sur l'éducation thérapeutique du patient – il les teste actuellement. Il poursuivra enfin la réorganisation du secteur de la téléphonie santé avec la reprise du groupe d'intérêt public DATIS, devenu ADALIS – addictions drogue alcool info service.

M. Prével connaît mieux que moi l'état des lieux relatif aux hépatites B et C : 500 000 personnes atteintes et 4 000 morts chaque année. J'ai donc lancé en 2009 un nouveau plan hépatite B et C couvrant les années 2009 à 2011 en vue de réduire la morbidité et la mortalité liées aux hépatites chroniques virales grâce à une meilleure prévention et à un dépistage plus accessible. Je veux améliorer l'accès au traitement et à la prise en charge. Des actions de surveillance, d'évaluation et de recherche sont indispensables au pilotage de ces mesures, qui seront renforcées. J'installerai en décembre prochain un comité de suivi et de prospective, auquel je confierai la mission de veiller à la mise en œuvre de ce plan, que je tiens à votre disposition.

Maxime Gremetz a évoqué ce drame épouvantable de santé publique qu'est l'amiante. Il a parlé à ce propos de « catastrophe sanitaire » – une expression que je fais mienne.

En ce qui concerne la contamination des personnes, l'amiante comme problématique de santé publique appartient fort heureusement au passé. En revanche, nous continuons de porter cette problématique au cœur de notre société puisque les personnes exposées il y a vingt ou trente ans vont déclarer leurs pathologies. J'ai saisi la Haute autorité de santé à la fin de l'année 2007 sur la pertinence d'un dépistage des personnes exposées et, le cas échéant, sur les protocoles de surveillance à mettre en œuvre. En mars 2009, la HAS a déjà rendu une première partie de ses travaux concernant les recommandations pour les personnes exposées environnementalement à l'amiante. Une seconde partie est attendue, relative à la révision des recommandations de la conférence de consensus, qui sont toujours en application alors qu'elles datent de plus de dix ans. J'ai demandé à l'InVS de réfléchir à un dispositif complémentaire – une déclaration obligatoire du mésothéliome – en vue de disposer d'un élément précis de surveillance. Un rapport d'étape m'a été remis sur la faisabilité de ce dispositif. Nous le mettrons en place s'il est concluant.

Un avis de l'AFSSET m'a été remis en février 2009 sur les fibres courtes et les fibres fines d'amiante. Nous avons adapté la réglementation, en révisant à la baisse le seuil d'empoussièrément de déclenchement des travaux de désamiantage, qui prend en compte la réévaluation du bruit de fond et en étudiant la dégradation

des matériaux responsables de l'émission de fibres courtes afin de disposer d'un plus grand nombre de données d'exposition pour fonder des mesures de gestion. Les crédits mis en œuvre pour les actions liées à l'amiante – mesures de pilotage et de surveillance – s'élèvent à 550 000 euros sur le budget de l'État, compte non tenu, évidemment, de l'indemnisation, traitée par M. Xavier Darcos.

Monsieur le président de la commission des finances et monsieur Gremetz, vous m'avez interrogée sur le programme national Nutrition-santé : en 2010, 1,33 million d'euros de crédits centraux lui seront consacrés ainsi que 3,8 millions d'euros de crédits déconcentrés. Je souhaite que la réduction des inégalités sociales soit un fil rouge de ce programme du fait que tous les problèmes liés à la nutrition constituent un marqueur des inégalités sociales. Ce programme vise la poursuite de l'amélioration de la qualité nutritionnelle de l'offre alimentaire, le fonctionnement à plein régime de l'Observatoire de la qualité de l'alimentation (OQALI), le renforcement des réseaux de collectivités territoriales impliquées dans le PNNS – dont EPODE, qui est loin d'être le seul –, la mise en œuvre de dispositions contraignantes sur la qualité des repas servis en restauration scolaire, la formation professionnelle, notamment des professionnels de santé, la promotion de l'allaitement maternel, le développement de l'expérimentation et de réseaux d'acteurs sur l'accessibilité à la consommation de fruits et de légumes et l'accessibilité à la pratique d'une activité physique, ou encore la prévention et le dépistage du surpoids et de l'obésité. De plus, comme il est important que les politiques publiques soient éclairées par des études épidémiologiques probantes, j'ai lancé en 2009 NutriNet, qui est une étude de cohortes sur les comportements alimentaires et les relations entre la nutrition et la santé sur une période de cinq ans. L'année 2010 sera consacrée à l'évaluation du plan Nutrition-santé 2 et au lancement du plan Nutrition-santé 3. Chacun pourra évidemment me faire part de ses observations, visant notamment à éclairer plus particulièrement tel ou tel aspect de la question.

Enfin, les soutiens financiers aux observatoires régionaux de santé passent par les DRASS et la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (FNORS). Sur le plan national, la nouvelle convention pluriannuelle d'objectifs est en cours de rédaction : elle permettra de soutenir les observatoires régionaux afin qu'ils puissent mettre à disposition des agences régionales de santé des outils de connaissance. Cette commande sera dotée de 1,35 million d'euros en autorisations d'engagement pour les années 2010 à 2012. Sur le plan régional, des crédits sont prévus pour une participation active à la préparation des projets régionaux de santé.

**M. Robert Lecou.** Ma question, bien que limitée sur le plan géographique, s'inscrit dans votre politique qui vise à assurer une santé de qualité pour tous et partout – à ce titre, la proximité fait partie de la qualité.

Je voudrais évoquer plus particulièrement le diagnostic de santé effectué sur son territoire par le pays Cœur-d'Hérault, qui compte 70 000 habitants, un diagnostic partagé à la fois par les élus, les professionnels et la population : les

structures hospitalières ne sont pas en mesure de répondre aux besoins de santé de la manière que vous souhaitez et que, à votre suite, madame la ministre, chacun d'entre nous et la population souhaitent également.

Un projet concernant Lodève n'ayant malheureusement pas abouti, il conviendrait, pour améliorer la situation, d'ouvrir, en complément du centre d'accueil de permanence des soins, qui existe dans la sous-préfecture héraultaise, une maison médicale de garde et une structure d'aide médicale d'urgence – une quarantaine de médecins généralistes étant volontaires pour assurer des gardes dans le cadre de cette structure.

Madame la ministre, quelle suite conforme à l'esprit de votre politique entendez-vous donner à ce dossier, qui a déjà été déposé à l'ARH ?

**Mme Marisol Touraine.** Je tiens à revenir sur l'articulation des dépenses de santé entre la sécurité sociale, d'une part, et l'État, d'autre part.

Jean-Luc Prél a préconisé l'organisation d'un débat sur la politique de santé, laquelle est effectivement peu lisible en raison de l'éclatement de ses sources de financement. Comment envisagez-vous de répondre à ce défaut de lisibilité dès lors que la politique que vous suivez aboutit plutôt à renforcer le brouillage des cartes ? C'est ainsi que vous avez demandé aux organismes complémentaires de financer, à travers l'Établissement public de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS), les dépenses liées à la grippe A, si bien que des dépenses qui, normalement, auraient dû être supportées par l'État incomberont en partie à la sécurité sociale. Les critères de répartition n'apparaissent donc plus avec précision. D'où ma première question : en matière de politique d'incitation à l'installation des professionnels de santé sur le territoire, notamment à travers les maisons de santé, quelle sera la répartition entre les dépenses de la sécurité sociale et celles de l'État ?

Vous avez dit, madame la ministre, que les crédits de fonctionnement des agences régionales de santé provenaient de transferts des DRASS et des DDASS. Attendez-vous des économies, et à quelle échéance, de la mise en place des ARS ?

La prévention est annoncée comme un axe fort de votre politique pour 2010. Confirmez-vous la tenue d'un débat parlementaire sur la loi de santé publique ?

Les actions de prévention ne sont pas assurées que par votre ministère, mais aussi par l'éducation nationale, et par le ministère des affaires sociales pour ce qui est de la santé au travail – un sujet hélas d'actualité. Intervenez-vous également dans ce dernier domaine ? Envisagez-vous d'améliorer l'articulation entre ces trois administrations ?

Enfin, quels sont les financements prévus pour lutter contre les refus de soins, dans le cadre de l'article 54 de la loi HPST ?



**M. Denis Jacquat.** Vous n'avez pas répondu à une question bien précise de Jean-Luc Prével : les fédérations régionales des acteurs en promotion de la santé sont-elles comprises dans le périmètre des agences régionales de santé ? Par ailleurs, est-il vrai que le problème de recrutement des médecins inspecteurs de la santé serait résolu si le statut de praticien hospitalier leur était conféré ? Que préconisez-vous à ce sujet ?

**M. Jean Mallot.** Nous sommes tous conscients de l'importance de l'évaluation des politiques publiques. Le comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques insiste particulièrement sur ce point. S'agissant des franchises médicales, le rapport portant sur les années 2008 et 2009 retrace les montants et la destination des sommes en jeu, mais reste muet sur l'impact de la mesure sur le comportement des patients. Que pensez-vous des chiffres qui courent dans la presse, selon lesquels 39 % des patients reporteraient ou renonceraient à des soins du fait de ces franchises ?

**M. Jean-Claude Flory.** Vous vous êtes fortement impliquée, madame la ministre, dans la bataille contre le déficit de présence médicale en certains points du territoire, et les professionnels comme les élus font eux aussi le maximum pour faire face à cet enjeu majeur. Mais comment coordonner les financements entre votre budget, celui du ministère de l'aménagement du territoire, qui pourrait financer les maisons de santé par l'intermédiaire des pôles d'excellence rurale, et, enfin, les programmes européens, dont les crédits sont largement sous-consommés et auxquels les investissements pour des services aux personnes en milieu rural défavorisé devraient devenir éligibles ? Ces différents crédits permettraient de réaliser des opérations interdites à des communes aux faibles capacités financières.

Dans les territoires de faible densité médicale, il faut que les professionnels et surtout les élus puissent s'adresser à un interlocuteur spécifique qui accompagne l'ensemble des projets. La préfecture ne peut pas suivre le sujet de suffisamment près. Il faut un engagement très fort en la matière.

**M. Bernard Perrut.** Le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les 15-24 ans, et la première chez les 25-34 ans. Le budget prévoit 5,1 millions en crédits de paiement, destinés notamment aux actions régionales de prévention. Comment en faire bénéficier plus précisément la formation et le repérage de la souffrance psychique ? Par ailleurs, le plan Jeunes prévoyait un doublement de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire de santé – des progrès ont déjà été réalisés en la matière. Quel montant y sera affecté dans votre budget, et combien de jeunes en bénéficieront-ils ?

Par ailleurs, le plan de développement des soins palliatifs, inscrit à l'action 14 du programme « Prévention et sécurité sanitaire », prévoyait de passer entre 2008 et 2012 de 100 000 à 200 000 patients pris en charge. Où en est-on ?

Enfin, si l'informatisation progresse, l'échange des données médicales reste très limité. Comment allez-vous améliorer la compatibilité des logiciels, et

organiser la communication entre les systèmes d'information de la médecine de ville et des établissements de santé ? Votre budget met-il en œuvre les propositions du rapport de l'inspecteur général des affaires sociales M. Gagneux ?

**M. Guy Malherbe.** Les officines de pharmacie constituent le premier réseau d'entreprises de santé de proximité et sont une porte d'entrée dans le parcours de santé. Mais elles se portent mal. En quelques mois, quinze pharmacies ont fermé pour raisons économiques dans le département de l'Essonne, et 140 dans la région Île-de-France. Ces difficultés s'expliquent par la régulation du médicament et des soins de ville, par les mesures concernant le conditionnement ou par la montée en puissance des médicaments génériques. L'on souffre déjà d'un manque de médecins. Si le régime de rémunération des pharmaciens n'est pas adapté, il sera bientôt difficile de trouver une pharmacie dans son quartier. Le regroupement des officines permettra certes de consolider le réseau, mais ne réglera pas leurs difficultés économiques. Où en est la réflexion à cet égard ?

**M. Jean-Luc Reitzer.** Avec 20 000 décès par an et des millions de blessés, les accidents de la vie courante constituent un fléau bien plus grand que les accidents de la route. Cependant, aucune action significative ne semble être entreprise. En Europe du Nord pourtant, une politique centralisée de prévention a permis de diviser par trois le nombre des décès. Notre propre politique de sécurité routière nous a permis d'épargner 12 000 vies entre 2002 et 2008. Entendez-vous faire de ce sujet une grande cause nationale ?

**M. Laurent Hénart.** Cinq instituts hospitalo-universitaires ont été annoncés pour 2010 : le chiffre est-il confirmé ? Selon quels critères seront sélectionnés les projets, et quels moyens financiers y seront consacrés ? Ces projets pourront-ils inclure des établissements de santé ou d'enseignement de pays voisins ?

**M. Michel Heinrich.** Mon rapport de 2007 sur la mission « Santé » suggérait, dans le cadre de la lutte contre les drogues illicites, la mise en place de lieux publics de consommation. La plupart des usagers aux pratiques à risques ne sont jamais en contact avec des soignants. La Suisse, après l'expérience désastreuse des scènes ouvertes, comme de très nombreux autres pays de l'Europe ainsi que le Canada ou l'Australie, ont ouvert des salles de consommation au fonctionnement strictement réglementé. Après quinze ans, différentes études ont fait apparaître une réduction des overdoses et de la mortalité, une baisse des comportements à risques, une augmentation des démarches de sevrage et une réduction des nuisances dues à l'usage de la drogue dans l'espace public. Il est établi que ces salles n'ont aucun effet d'incitation à la consommation : à Vancouver, par exemple, on a constaté une hausse de 30 % des demandes de médicaments de substitution ou de sevrage. Et il est bien clair qu'aucune drogue n'est fournie dans ces salles. Êtes-vous prête à tenter une expérimentation ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports.** M. Lecou a posé une question locale bien précise. Ma porte lui est ouverte pour en discuter, ainsi bien sûr qu'à chacun d'entre vous. Mais puisqu'il m'a interrogée

plus généralement sur le maintien de la proximité, je profite de l'occasion pour évoquer le projet d'arrêté sur les blocs chirurgicaux, qui a engendré des commentaires aussi ahurissants qu'inexactes.

Sachez d'abord que les normes de sécurité régissant les blocs chirurgicaux datent de... mars 1956 et qu'en outre, ô mystère, elles ne s'appliquent qu'aux établissements privés. Sans doute tous ceux qui critiquent ce projet d'arrêté considèrent-ils que les établissements publics n'ont pas besoin de normes de sécurité, et qu'aucune découverte, aucun progrès technique n'ont été accomplis depuis cinquante-trois ans ni n'auront lieu dans les dix prochaines années. Pour ma part, il me semble plus que temps de s'occuper du sujet.

Une réflexion est menée depuis 2005 par le ministère avec tous les acteurs concernés – les sociétés savantes, le Conseil national de la chirurgie, l'ordre des médecins, la Haute autorité de santé – pour élaborer une série de normes de sécurité, comprenant certes un nombre d'actes minimal, mais aussi de nombreuses dispositions techniques. Des associations de malades et des élus se sont émus de ne pas avoir été consultés, mais je me demande bien ce qu'ils pourraient avoir à faire dans l'édiction de normes de sécurité sur les procédures de décontamination des blocs ! Le projet d'arrêté a été examiné par le Conseil national de l'organisation sanitaire. Son unique but est de sécuriser les pratiques médicales.

Il est tout de même surprenant que certains personnages politiques ou de la société civile qui montrent la plus extrême impatience à interdire des produits ou à démonter des antennes de téléphonie mobile se précipitent pour réclamer de ne surtout rien faire pour la réglementation des blocs chirurgicaux – dont certains enregistrent quatre fois plus de décès que la norme nationale.

Les différentes institutions qui prennent part à la réflexion ont donc recommandé, entre autres critères, que les blocs effectuent au moins 2 000 actes chirurgicaux par an. J'ai abaissé ce seuil à 1 500, afin de promouvoir notre politique de proximité. Cela ne veut évidemment pas dire que les 182 blocs qui sont en deçà vont brutalement fermer. Lorsque les normes auront été établies, les agences régionales de santé auront deux ans pour discuter au cas par cas afin de décider de ceux qui devront vraiment fermer, ou alors être transformés en consultation de chirurgie avancée ou mis en coopération avec d'autres établissements – je vous rappelle que la loi prévoit des communautés hospitalières de territoires et des groupements de coopération sanitaire, par exemple.

Tout se fera donc au cas par cas.

La polémique qui a été créée par certains acteurs politiques autour de la question alors qu'il ne s'agit que d'élaborer des normes de sécurité pour nos concitoyens – quel ministre serais-je si je ne le faisais pas ! – a de quoi échauffer, je vous assure. Mais ne vous inquiétez pas : je ne me fâche pas, j'explique ! L'on ne fait bien que ce que l'on fait souvent.

Aujourd'hui, un bloc chirurgical qui fonctionne bien voit se succéder de nombreux praticiens : médecins, infirmiers, anesthésistes, chirurgiens spécialisés, notamment. Si le même chirurgien traitait de tout il y a cinquante ans, ils seront plusieurs aujourd'hui à s'occuper de l'éclatement de la vessie, de l'enfoncement de la cage thoracique et de l'opération neurologique d'un seul polytraumatisé de la route. En comptant les équipes de décontamination, d'imagerie, de biologie, ce sont donc en tout une centaine de praticiens mutualisés qui interviennent dans le même bloc. Et je ne parle pas des extraordinaires évolutions à venir : par exemple, il n'est pas question que les blocs ne s'adaptent pas aux techniques non invasives ! Il faut s'y préparer. C'est ainsi que nous garantirons la sécurité des malades en même temps que la proximité, qui ne sera pas de la même nature qu'aujourd'hui.

Mme Touraine m'a posé une question qui était déjà d'actualité lorsque j'ai été élue députée, en 1988, sur l'éclatement des crédits de la santé – l'idée sous-jacente étant que tout se fait ailleurs qu'au ministère de la santé. Mais il me semble que les discussions assez rapprochées du projet de loi de financement de la sécurité sociale et du projet de loi de finances permettent de bien se rendre compte du dessein d'ensemble. Une chose est sûre, c'est qu'un investissement massif est réalisé dans le domaine de la santé : une augmentation de 3 % de l'ONDAM dans la période difficile que nous traversons ne peut pas s'expliquer autrement.

Mme Touraine parle de « brouillage ». Mais mon intention, en proposant de lier le gestionnaire des risques et l'ordonnateur des soins, était de rendre le pilotage plus transparent. Cette séparation est en effet absurde. Elle est issue du pacte social de 1945, mais depuis lors, nous sommes passés de la conception bismarckienne à une acception Beveridge du système. C'est cette séparation entre le gestionnaire du risque et l'organisateur des soins qui crée le brouillage. L'État doit forcément conserver son rôle d'organisation des soins. Mais réunir les deux à un niveau pertinent, celui des agences régionales de santé, me semble œuvre de transparence.

À propos de l'EPRUS, je ne vois pas non plus de brouillage. Ses statuts sont parfaitement clairs. Son financement est assuré pour moitié par l'État et pour moitié par l'assurance maladie, et la structuration budgétaire reflète parfaitement cette organisation.

Dans les circonstances actuelles, que les organismes complémentaires participent à cette opération est assez normal. C'est une démarche citoyenne. Si le vaccin avait été mis à disposition en doses unitaires, il aurait été distribué par les pharmacies et administré par les médecins de ville. C'est donc chaque fois le remboursement d'une consultation et d'une dose de vaccin achetée en pharmacie qui aurait été demandé à l'assurance maladie. Cette procédure aurait sans doute été plus coûteuse ; les organismes complémentaires auraient dû assurer des remboursements sur la base d'un ticket modérateur compris entre 30 % et 35 %.

La création des ARS va-t-elle aboutir à la réalisation d'économies de fonctionnement des services qui y seront réunis ? Non. Tel n'est d'ailleurs pas le

but. L'objectif est, en réunissant pas moins de sept services de l'État et de l'assurance maladie, de permettre l'unification de la gestion du risque et de l'organisation des soins, le déploiement vers des secteurs non explorés jusqu'à présent, comme la fluidification du parcours entre le médico-social et le sanitaire, et la conduite de politiques de prévention.

L'exclusion de la santé scolaire du champ résulte d'une disposition de la loi d'orientation sur l'éducation, adoptée à l'initiative de Lionel Jospin, alors ministre de l'éducation nationale. Je ne peux que prendre acte, avec intérêt, des regrets que vous formulez à l'égard de cette errance.

La démarche des partenaires sociaux sur les troubles psychosociaux et la santé au travail est un peu paradoxale. Ils tiennent beaucoup à ce que ces questions restent dans le périmètre des ministères chargés du travail et des affaires sociales. Cependant, on voit bien qu'il faut que le ministère de la santé s'en saisisse. Dans la mesure où les fonctionnaires et les administrations responsables de la santé au travail seront parties prenantes des ARS, les troubles psychosociaux pourront être pris en compte dans les actions de prévention de celles-ci.

M. Perrut a évoqué la prévention du suicide. Notre pays présente bien une prévalence importante du suicide. Elle ne date pas d'aujourd'hui : la France est connue comme un pays à forte fréquence du suicide depuis les études de Durkheim.

La loi de santé publique du 9 août 2004 relative à la santé publique avait pour objectif de réduire le nombre de décès par suicide à l'horizon 2008 de 12 000 à 10 000. Les chiffres en notre possession confirment la baisse régulière du taux de suicide depuis vingt-cinq ans. C'est un mouvement de fond que des phénomènes de médiatisation ne doivent pas masquer.

Cependant, le taux augmente dans certaines tranches d'âge bien spécifiques, et notamment, depuis 2000, dans celle comprise entre quarante-cinq et cinquante-quatre ans.

Pour apprécier les troubles psychosociaux, il faut donc se méfier des chiffres généraux : ils peuvent brouiller les analyses. La stratégie de lutte contre les suicides sur le lieu de travail mériterait des études précises, non seulement par classe d'âge, mais aussi par catégories socio-professionnelles. J'y suis attachée. Cependant, des telles études ne sont pas faciles à mener.

La stratégie nationale d'action face au suicide mobilise 1,5 million d'euros au niveau national et 20 millions d'euros de crédits déconcentrés. Grâce à un cofinancement associant des ressources du fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS) et des crédits relevant de l'ONDAM hospitalier aux crédits déconcentrés de l'État, des résultats ont pu être obtenus dans ce domaine. J'ai demandé en juin 2008 au sociologue David Le Breton, professeur à l'université Marc-Bloch de Strasbourg, de présider un comité de pilotage inter-institutionnel, pluridisciplinaire, chargé de proposer des pistes d'amélioration de la politique de prévention du suicide. Son rapport m'a été rendu en avril dernier. J'en analyse

actuellement les préconisations. Elles seront traduites en mesures concrètes. D'autres départements ministériels sont concernés, ainsi que des partenaires associatifs et institutionnels. Je voudrais présenter un plan en février 2010.

Pour répondre encore à M. Perrut, je précise que c'est 65 % d'une classe d'âge qui sera concernée par l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé pour les jeunes (ACS jeunes).

Si le ministère que je dirige est éligible au grand emprunt, il serait intéressant de faire financer par ce moyen les systèmes informatiques et les infrastructures de coordination, également évoquées par M. Perrut.

Le refus de soins – je vous renvoie à la loi HPST – est un délit. Ce qui nous manque, c'est le bras armé pour le sanctionner. La loi HPST donne aux organismes de sécurité sociale le droit de prononcer des sanctions. L'évaluation des professionnels de santé qui reçoivent le moins de bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU) ou de l'aide médicale d'État (AME), prévue par les dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale, permet des actions ciblées à leur égard.

Les fédérations régionales des acteurs en promotion de la santé (FRAPS) seront bien sûr incluses dans le périmètre des ARS. Je suis en revanche défavorable à l'octroi d'un statut de praticien hospitalier aux médecins et aux pharmaciens inspecteurs de santé publique ; en revanche, nous réfléchissons actuellement à des solutions indemnitaires permettant de valoriser ces professionnels, qui accomplissent un travail tout à fait remarquable.

Monsieur Mallot et madame Lemorton, nous ne relevons pas de renoncements aux soins en raison des franchises. Le montant maximum de celles-ci est de 50 euros par an ; un Français sur quatre est exonéré de leur paiement. Les pourcentages d'augmentation des consommations de médicaments sont restés les mêmes. Une légère diminution du nombre de boîtes a pour origine une modification des comportements attendue depuis longtemps, avec le développement des grands conditionnements ; alors que nous ne savions pas comment les lancer, les franchises en ont dynamisé les ventes. Je tiens les données à votre disposition.

Le renoncement aux soins – je n'ai aucune raison de contester les chiffres que vous citez – concerne principalement les soins peu ou mal remboursés, soins dentaires ou d'optique, qui ne sont bien sûr absolument pas concernés par les franchises, ainsi que les dépassements d'honoraires et les difficultés à trouver des praticiens à tarif opposable. Bref, les franchises n'ont pas d'impact sur le renoncement aux soins. Cela dit, l'accès aux soins dentaires et aux soins optiques, les dépassements d'honoraires méritent bien sûr d'être traités. J'ai présenté l'action que je mène sur les dépassements d'honoraires lors de la séance de questions au Gouvernement de cet après-midi. Je pourrais la détailler ici si vous le souhaitez.

Monsieur Flory, le maillage du territoire en maisons de santé doit être effectué de façon coordonnée. Le rôle des agences régionales de santé sera essentiel.

Aujourd'hui, le déploiement des maisons de santé – dont chacun dit qu'elles doivent être pluridisciplinaires – se fait dans le plus grand désordre. Les collectivités territoriales, font toutes un cheval de bataille de l'installation d'un tel équipement. Or, contrairement à l'administration sanitaire, elles ne disposent pas, en général, de la capacité d'expertise nécessaire à l'évaluation de l'opportunité et à la détermination de la capacité d'une maison de santé.

C'est donc l'administration sanitaire qui, sur la base d'un schéma régional non opposable d'organisation de cette offre de soins ambulatoire, évaluera les territoires – en lien avec le ministre de l'espace rural et de l'aménagement du territoire –, la capacité des porteurs de projets et les mesures d'accompagnement. Nombre d'équipements bâtis à grands frais par les collectivités territoriales sont aujourd'hui vides, faute d'évaluation préalable des besoins ou des compétences des porteurs de projets.

Lors de la discussion de la loi HPST, j'avais proposé que les ARS puissent exercer quelque coercition dans la coordination des aides. L'amendement déposé à cette fin avait été ressenti comme une mise sous contrôle intolérable et un renoncement au principe de subsidiarité. J'espère que les aides pourront être coordonnées de façon incitative.

Monsieur Malherbe, vous m'avez interrogée sur les pharmacies. Seules certaines officines ne vont pas bien. Bon nombre d'officines, et c'est heureux, assurent des revenus confortables à leurs titulaires.

Le maillage territorial des officines est souvent très ancien. Elles sont parfois trop proches les unes des autres : les environs immédiats du Palais-Bourbon en donnent un exemple saisissant.

J'ai donc pris des dispositions en faveur des officines en difficulté : gel des créations d'officines, possibilité de transferts en dehors de la commune et de desserrement des périmètres. L'économie des officines mérite d'être revue en fonction des besoins des populations. J'y ai invité la profession.

Monsieur Hénart, les cinq instituts hospitalo-universitaires dont la création a été annoncée par le Président de la République seront des centres d'excellence de niveau mondial. Il ne s'agit pas simplement de labelliser des équipes de recherche au sein de centres hospitalo-universitaires ou hospitaliers.

Un appel à projets sera lancé. L'évaluation de ceux-ci sera confiée à un jury international. Si les acteurs de la vie locale pourront participer à leur élaboration, ils n'en auront pas l'initiative.

Monsieur Reitzer, un plan national de prévention des accidents domestiques a été mis en œuvre. Il décline neuf actions pilotes, menées par des acteurs différents,

secteur par secteur. L'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) réalise des actions d'information et de mobilisation. La direction générale de la santé (DGS) est en charge de l'action de prévention des défenestrations accidentelles d'enfants. En matière d'évolution des équipements, la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) et la direction de l'habitat, de l'urbanisme et de la planification (DHUP) viennent de co-saisir à la mi-septembre le Bureau de normalisation des techniques du bâtiment en vue d'une révision des normes de sécurité des garde-corps. L'INPES diffuse des affiches destinées à faire évoluer les comportements. Nous avons travaillé cette année avec Météo-France pour que les présentateurs de radio et de télévision aient, lors des périodes à risque, un message de prévention à leur disposition. Des enquêtes épidémiologiques ont aussi été réalisées.

Nous étudions les conditions dans lesquelles la prévention des accidents domestiques pourrait être proclamée grande cause nationale. Cette année, la grande cause nationale est le don de vie (sang, moelle osseuse, organes). L'an prochain, ce pourrait être, je crois, les violences faites aux femmes. Valérie Létard, alors secrétaire d'État chargée de la solidarité, avait émis un souhait en ce sens. Les projets –d'autres causes sont candidates à ce statut – seront sélectionnés par le comité national de santé publique.

Je me permets de signaler à votre attention le portail Internet *stopauxaccidentsquotidiens.fr*, dédié à la prévention des accidents de la vie courante. Réalisé par la DGCCRF, l'Institut de veille sanitaire, l'INPES et la DGS, il a été ouvert en janvier 2009.

Enfin, monsieur Heinrich, vous m'avez interrogée sur l'ouverture expérimentale d'une salle de consommation pour usagers de drogues par injection et consommateurs de crack.

À l'occasion de la journée mondiale contre les hépatites, le 19 mai, les associations ont réclamé l'ouverture, dans le cadre du programme de réduction des risques liés aux hépatites, d'une salle de consommation à Paris. Une telle salle serait destinée avant tout à une population très précarisée, souvent sans domicile fixe. Son ouverture, à titre expérimental, s'accompagnerait d'une évaluation de son impact sur la santé publique.

L'enquête collective que conduit l'INSERM sur la réduction des risques chez les usagers de drogues traitera, à ma demande, des salles de consommation. La décision d'ouvrir ou non, à titre expérimental, une salle de consommation sera prise au vu de ses conclusions, qui sont attendues pour la fin du premier trimestre de 2010. Au cas où celles-ci se révéleraient favorables, des porteurs de projets devront être trouvés. Deux associations, dont ASUD, ont déjà été reçues à cette fin.

**M. le président Didier Migaud.** Merci, madame la ministre, pour vos nombreuses réponses.



## II.- EXAMEN DES CRÉDITS

*À l'issue de l'audition de Mme Roselyne Bachelot-Narquin ministre de la santé et des sports, la Commission des affaires sociales examine pour avis, sur le rapport de Mme Jacqueline Fraysse, les crédits « Prévention et sécurité sanitaire » de la mission « Santé ».*

**Mme Jacqueline Fraysse.** Les crédits proposés pour la partie « Prévention et sécurité sanitaire » sont insuffisants. Dans le contexte sanitaire actuel, il aurait été souhaitable de dégager des moyens supplémentaires. À titre personnel, j'émet donc un avis défavorable à l'adoption de ces crédits.

**M. Rémi Delatte.** Les crédits de la partie « Santé et système de soins » répondent aux enjeux de la politique de santé, qu'il s'agisse de la mise en place de la gouvernance régionale, de l'accès aux soins des publics défavorisés et le développement de systèmes d'informations en matière de santé. J'émet donc un avis favorable à l'adoption de ces crédits.

*La commission émet un **avis favorable** à l'adoption des crédits pour 2010 de la mission « Santé ».*



## ANNEXES

### ANNEXE 1 : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LA RAPPORTEURE

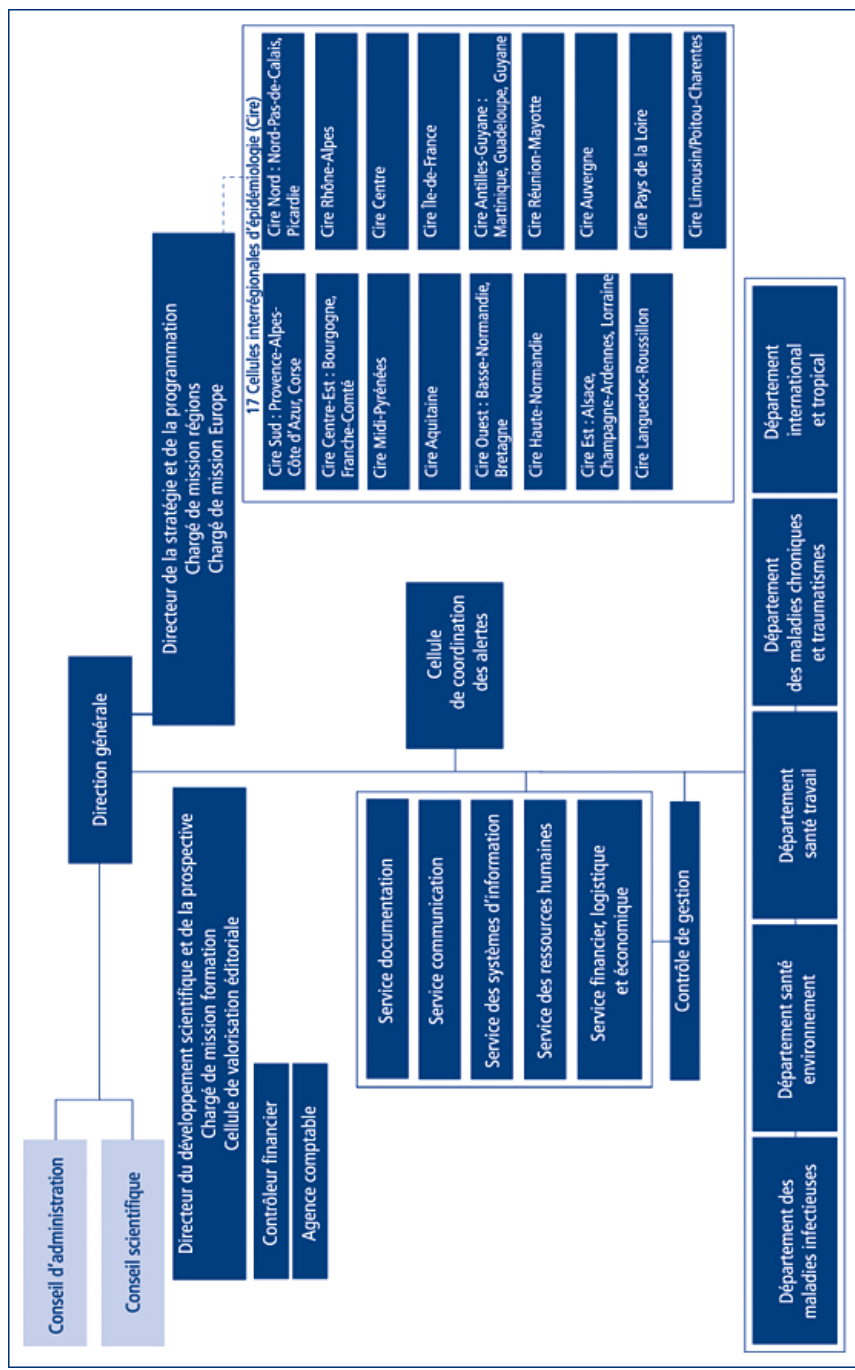
*(par ordre chronologique)*

- **Table ronde « fédérations hospitalières » réunissant :**
  - **Fédération hospitalière de France (FHF)** – M. Jean-Robert Chevalier, directeur général adjoint au CHR d’Orléans
  - **Fédération de l’hospitalisation privée (FHP)** – M. Jean-Loup Durousset, président, M. Yann de Kerguenec, directeur des affaires juridiques et Mme Mélanie Belsky, directrice des relations institutionnelles
- **Table ronde « syndicats » réunissant :**
  - **Confédération des syndicats médicaux français (CSMF)** – Dr Michel Chassang, président et Pierre Levy secrétaire général
  - **MG France** – Dr Patrick Bastien
  - **Syndicat des médecins libéraux (SML)** – Dr Christian Jeambrun, président et Dr Roger Rua, secrétaire général
- **Direction générale de la santé (DGS)** – M. Didier Houssin, directeur général et M. Martial Mettendorff, secrétaire général
- **Institut de veille sanitaire (INVS)** – Mme Françoise Weber, directrice, et Mme Caroline Gardette, directrice-adjointe

#### Contribution écrite

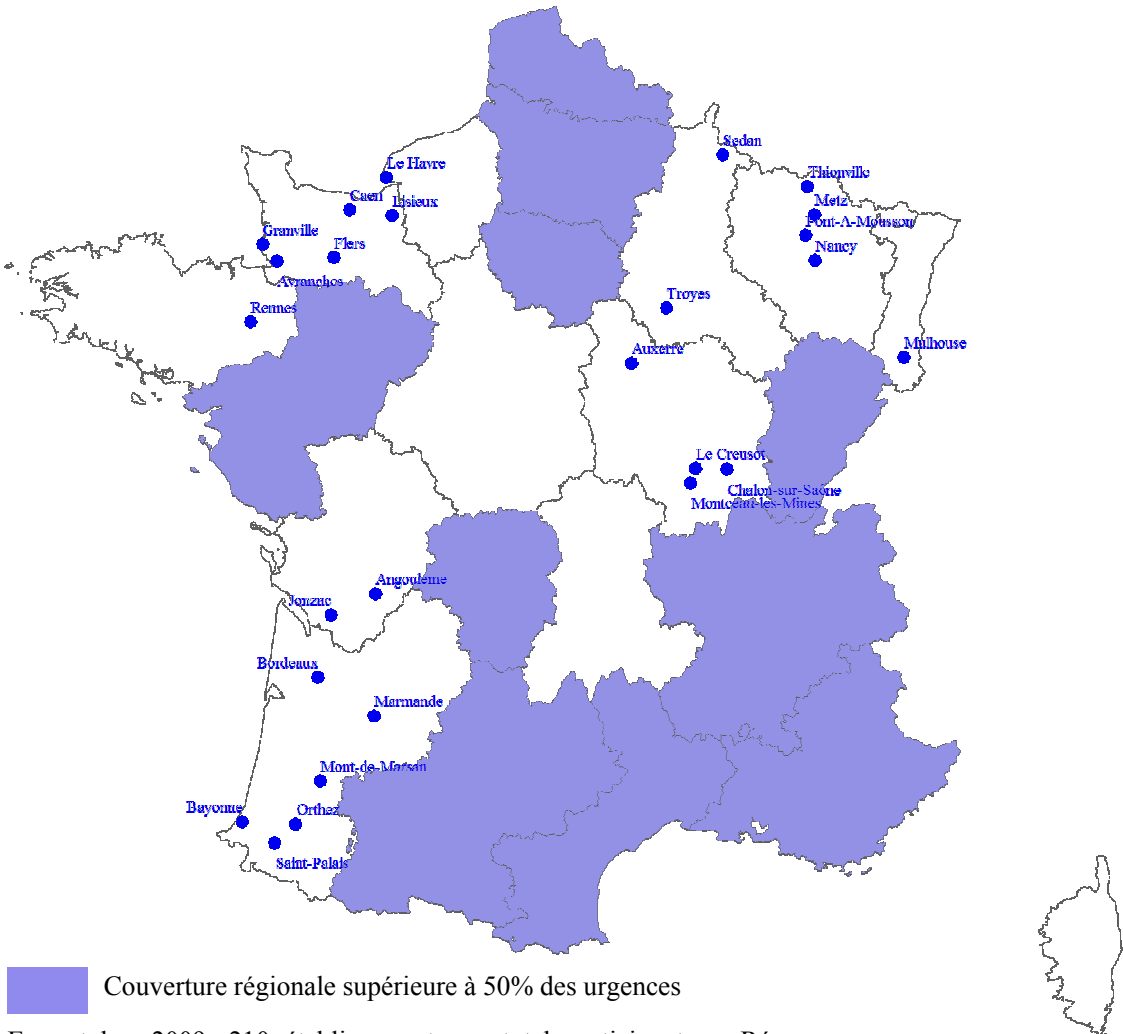
- **Fédération des établissements hospitaliers et d’aide à la personne (FEHAP)**

## ANNEXE 2 : ORGANIGRAMME DE L'INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE



Source : Institut de veille sanitaire

### ANNEXE 3 : RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DES SERVICES D'URGENCE PARTICIPANT AU RÉSEAU OSCOUR (ORGANISATION DE LA SURVEILLANCE COORDONNÉE DES URGENCES) EN FRANCE MÉTROPOLITAINE ET CORSE - OCTOBRE 2009



En octobre 2009, 210 établissements au total participent au Réseau Oscour®

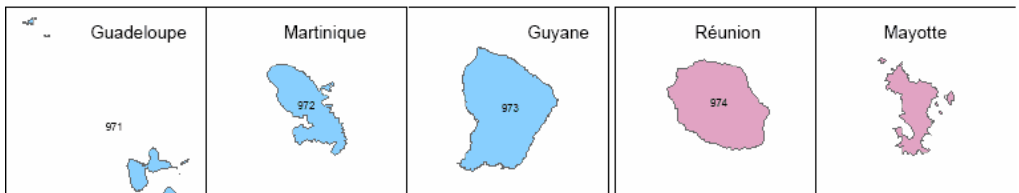
Source : Institut de veille sanitaire

### ANNEXE 4 : CARTE DES CELLULES INTERRÉGIONALES D'ÉPIDÉMIOLOGIE



Antilles-Guyane (Fort-de-France)

Réunion-Mayotte (Saint-Denis)



Source : Institut de veille sanitaire

## **ANNEXE 5 : L'INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE DANS LES FICHES TECHNIQUES DU PLAN PANDÉMIE GRIPPALE (OCTOBRE 2009)**

### **Fiche A 4 : liaisons assurées par les ministères avec les organisations internationales concernées**

- au titre des liaisons assurées par le ministère de la santé : avec la direction générale de la santé, en cas d'apparition d'un nouveau virus de la grippe, transmission de l'information à la Commission européenne, le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies et les autres états membres, par message *Early Warning Response System-EWRS*.

### **Fiche A 6 : participation à l'organisation de la gestion de crise « Santé »**

- membre de la cellule de situation : évaluation de la situation sanitaire et élaboration des propositions de mesures de gestion auprès de la cellule de décision ;
- membre de la cellule régionale d'appui à la coordination sanitaire (cellules interrégionales d'épidémiologie).

### **Fiche A 9 : rôles et actions des services déconcentrés du ministère**

- organisation de la surveillance à partir des indicateurs de morbidité, de mortalité et d'activité hospitalière (données du système Sursaud).

### **Fiche D1 – A – B : conduite à tenir devant un malade ou une personne suspectée d'être contaminée**

- mise à jour de la définition des cas ;
- traitement des informations extraites de la notification des cas ;
- réalisation d'enquêtes épidémiologiques autour des cas (cellules interrégionales d'épidémiologie et directions départementales des affaires sociales) ;

### **Fiche F2 : suivi de la situation sanitaire lors d'une pandémie grippale**

- suivi de la situation sanitaire, avec la participation des médecins du réseau Sentinelles, des groupements régionaux d'observation de la grippe (GROG) et des 2 centres nationaux de référence ainsi que l'analyse des données provenant des services d'urgence et des causes de mortalité ;
- information hebdomadaire par un bulletin épidémiologique.