



N° 1967

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

TREIZIÈME LÉGISLATURE

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

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES FINANCES, DE L'ÉCONOMIE GÉNÉRALE ET DU CONTRÔLE BUDGÉTAIRE SUR LE PROJET DE **loi de finances pour 2010** (n° 1946),

PAR M. GILLES CARREZ,
Rapporteur Général,
Député.

ANNEXE N° 40

SANTÉ

Rapporteur spécial : M. GÉRARD BAPT

Député

SOMMAIRE

	Pages
SYNTHÈSE	7
INTRODUCTION	9
CHAPITRE PREMIER : PRÉVENTION ET SÉCURITÉ SANITAIRE	13
I.– LE FINANCEMENT EXCEPTIONNEL DE LA PRÉVENTION ET DE LA LUTTE CONTRE LA PANDÉMIE DE GRIPPE A/H1N1	13
A.– UNE MOBILISATION GÉNÉRALE DE L'ENSEMBLE DES ACTEURS DE SANTÉ.....	14
B.– UN FINANCEMENT EXCLUSIVEMENT OPÉRÉ EN GESTION	18
1.– L'établissement public de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) : une prise en charge à hauteur de 1,136 milliard d'euros	18
2.– Le reste du financement incombera essentiellement à l'assurance maladie	22
II.– LA FUSION DE L'AFSSA ET DE L'AFSSET SIGNE L'UNIFICATION DE LA DÉMARCHÉ DE PRÉVENTION DES RISQUES LIÉS À L'ENVIRONNEMENT, AU TRAVAIL ET À L'ALIMENTATION	24
A.– LA FUSION DE L'AFSSA ET DE L'AFSSET SERA EFFECTIVE EN 2010.....	25
1.– Il est impératif de renforcer les moyens de l'AFSSET	25
2.– L'AFSSA porte la responsabilité de la sécurité alimentaire	27
3.– Une fusion qui ne doit pas fragiliser les enjeux liés à la santé environnementale et à la santé au travail	29
B.– LE GRENELLE DE L'ENVIRONNEMENT A DONNÉ NAISSANCE AU SECOND PLAN NATIONAL SANTÉ-ENVIRONNEMENT (PNSE2).....	30
C.– LA MISE EN ŒUVRE DU DEUXIÈME PLAN NATIONAL NUTRITION SANTÉ (PNNS2).....	31
III.– LA PRÉVENTION DES MALADIES CHRONIQUES EST MARQUÉE PAR LE LANCEMENT D'UN NOUVEAU PLAN CANCER	31
A.– LA LUTTE CONTRE LE CANCER RESTE UNE PRIORITÉ	32
1.– L'institut national du cancer (INCa) : un rôle essentiel de coordination des acteurs en cancérologie	33
2.– Le volet prévention : les programmes de dépistage des cancers	34
B.– LES AUTRES ACTIONS DE PRÉVENTION DES MALADIES CHRONIQUES ET D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DE VIE DES MALADES	40

IV.– LES AUTRES ACTIONS EN FAVEUR DE LA PRÉVENTION ET DE LA SÉCURITÉ SANITAIRE....	41
A.– LE FINANCEMENT DES ACTEURS INTERVENANT DANS LE CHAMP DE LA SANTÉ PUBLIQUE	41
1.– L’institut de veille sanitaire (InVS) et ses réseaux territoriaux : un rôle crucial mis en lumière par l’épidémie de grippe A.....	41
2.– Les autres actions de pilotage de la santé publique.....	43
B.– UNE POLITIQUE DE PRÉVENTION ET D’ACCÈS À LA SANTÉ QUI S’INSCRIT DANS LA CONTINUITÉ	44
C.– LA RECENTRALISATION DE LA COMPÉTENCE SANITAIRE EXPLIQUE LA PROGRESSION DES CRÉDITS AU TITRE DE LA PRÉVENTION DES RISQUES INFECTIEUX	47
D.– L’AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ, DE LA SÉCURITÉ, ET DE LA GESTION DES PRODUITS DE SANTÉ ET DU CORPS HUMAIN.....	49
1.– Les produits de santé : le rôle éminent de l’AFSSAPS	49
2.– L’agence de la biomédecine (ABM) : la poursuite de l’amélioration de l’accès à la greffe	51
 CHAPITRE II : LE PROGRAMME OFFRE DE SOINS ET QUALITÉ DU SYSTÈME DE SOINS.....	 53
I.– LA NÉCESSITÉ DE RENFORCER À L’AVENIR L’EFFORT FINANCIER AU TITRE DE LA FORMATION MÉDICALE AU REGARD DU RELÈVEMENT DU <i>NUMERUS CLAUSUS</i>	53
A.– IL EST URGENT DE RÉSORBER LA DETTE DE L’ÉTAT AU TITRE DE L’OFFRE DE STAGES EN MÉDECINE.....	54
B.– UN FINANCEMENT DE L’ANNÉE-RECHERCHE QUI NE TIENT PAS COMPTE DE L’ACCROISSEMENT DU NOMBRE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE	56
C.– UNE NOUVELLE RECETTE DESTINÉE À ASSURER LA STABILITÉ DES MOYENS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	56
 II.– LES OPÉRATEURS ET ACTEURS DU PROGRAMME	 59
A.– LA SOLLICITATION CROISSANTE DU CENTRE NATIONAL DE GESTION	59
B.– UN ACCROISSEMENT CONSTANT DES MISSIONS DE L’AGENCE TECHNIQUE DE L’INFORMATION SUR L’HOSPITALISATION (ATIH) DEPUIS 2008	62
C.– LA NAISSANCE DE L’AGENCE POUR LE DÉVELOPPEMENT DES SYSTÈMES D’INFORMATION DE SANTÉ PARTAGÉS (ASIP).....	64
 CHAPITRE III : LE PROGRAMME <i>PROTECTION MALADIE</i>.....	 65
I.– LA CMUC : UN DISPOSITIF DÉSORMAIS ENTIÈREMENT FINANCÉ PAR LA TAXE SUR LES ORGANISMES COMPLÉMENTAIRES	65
A.– UN DISPOSITIF MARQUÉ PAR DES ÉVOLUTIONS CONSTANTES, MAIS DES MARGES D’AMÉLIORATION QUI DEMEURENT	66
1.– Le contrôle croissant des bénéficiaires de la CMUC	66
2.– La revalorisation du forfait annuel par bénéficiaire devrait permettre une réduction conséquente du reste à charge de l’assurance maladie.....	66

3.– L'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS)	67
4.– Le problème persistant du refus de soins	69
B.– UN FINANCEMENT DÉSORMAIS ESSENTIELLEMENT ASSURÉ PAR DE LA FISCALITÉ AFFECTÉE	70
II.– LE FINANCEMENT DE L'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT	73
A.– UNE DETTE PARTIELLEMENT APURÉE EN 2007, MAIS QUI S'EST RECRÉÉE	73
B.– UNE AMÉLIORATION PROGRESSIVE DE LA GESTION DE L'AME, QUI NE RÉSOUT PAS LE PROBLÈME DU VOLET « SOINS URGENTS »	75
III.– LE FONDS D'INDEMNISATION DES VICTIMES DE L'AMIANTE FACE AU FLUX DES DEMANDES D'INDEMNISATION	76
A.– UN ACCROISSEMENT DU STOCK DE DOSSIERS EN INSTANCE QUI A MIS LE FIVA EN DIFFICULTÉ	77
B.– UN FINANCEMENT QUI AFFICHE MALGRÉ TOUT UNE GRANDE STABILITÉ	78
EXAMEN EN COMMISSION	80
ARTICLE RATTACHÉ	81
<i>Article 59 : Prorogation d'un an de la taxe assurant le financement du Centre national de gestion des essais de produits de santé (CeNGEPS)</i>	<i>81</i>
ANNEXE : LISTE DES AUDITIONS RÉALISÉES PAR LE RAPPORTEUR SPÉCIAL	86

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

À cette date, 90 % des réponses étaient parvenues au Rapporteur spécial.

SYNTHÈSE

La mission *Santé* est affectée en 2010 par des changements profonds qui, paradoxalement, n'apparaissent pas de manière évidente dans sa programmation budgétaire.

C'est en premier lieu sa configuration même qui est appelée à évoluer avec **la mise en place des agences régionales de santé (ARS)**, créées par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Ces nouveaux organismes réuniront en effet en une seule structure les moyens de l'État et ceux de l'assurance maladie et seront chargés de décliner au niveau régional la politique de santé définie au plan national. Les agences intégreront donc, lorsqu'elles seront opérationnelles, les actuels groupements régionaux de santé publique (GRSP). La création des ARS conduira à deux changements majeurs du périmètre de la mission *Santé* : d'une part, les crédits délégués aux services déconcentrés dans le cadre du programme *Santé publique et prévention* seront attribués sous forme de dotation aux ARS pour la mise en œuvre des programmes d'action du projet régional de santé, et d'autre part, les subventions de fonctionnement jusqu'à présent octroyées aux agences régionales de l'hospitalisation (ARH) sur le programme *Offre de soins et qualité du système de soins* iront désormais aux ARS et seront portées par le programme support de l'administration sanitaire et sociale de la mission *Solidarité, insertion et égalité des chances*.

Si l'année 2010 apparaît de ce point de vue comme une année de transition, dans la mesure où les ARS ne devraient être définitivement opérationnelles qu'au second semestre, la nomenclature budgétaire préfigure ce changement avec la naissance d'une action *Politique territoriale de santé*, qui a vocation à accueillir, à partir de 2011, l'ensemble des crédits qui seront délégués aux agences. Il convient d'ores et déjà de préciser qu'il est indispensable que la présentation des crédits, tant en prévision qu'en exécution, doit permettre d'identifier la finalité des actions ainsi financées, afin de rendre possible un suivi des politiques de santé publiques mises en œuvre.

Ces changements ne seront en tout état de cause entérinés qu'au stade de la programmation budgétaire pour 2011.

La **propagation du virus de la grippe A(H1N1)** constitue le deuxième élément central de ce budget : il a en effet fortement perturbé le financement de l'établissement public de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS), qui est chargé depuis 2007 de la gestion du stock national santé. La dotation de l'État n'enregistre pas de changement majeur entre 2009 et 2010 : or, l'établissement a dû engager au cours de l'année 2009 plus de 1 milliard d'euros destinés au financement de la lutte contre la pandémie grippale, principalement au titre de l'acquisition des vaccins. La programmation budgétaire ne fait pas apparaître ces bouleversements, qui représentent pourtant un coût très important et dont les enjeux au regard de la santé publique sont cruciaux.

La troisième réforme majeure concerne le paysage des agences sanitaires, qui se voit reconfiguré en 2010 avec **la fusion programmée de l'agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA) et de l'agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (AFSSET)** : programmée par la loi du 21 juillet 2009, cette fusion devrait être effective à la mi-année. Les conditions de ce regroupement sont déterminantes au regard de l'importance de disposer d'une évaluation et d'une expertise sur les risques sanitaires environnementaux et liés au milieu professionnel.

Enfin, dernier élément de poids pour ce budget : **le lancement d'un nouveau plan Cancer, qui doit mobiliser près de 750 millions d'euros supplémentaires sur la période 2009-2013**. Ce plan doit en particulier permettre de lutter contre les inégalités d'accès à la prévention et aux soins et de favoriser la recherche sur les déterminants du cancer, notamment environnementaux et comportementaux. Il conviendra d'opérer un suivi spécifique des crédits qui seront engagés, même si les deux tiers du financement de ce plan pèseront finalement sur l'assurance maladie.

INTRODUCTION

On ne peut se pencher sur le budget de la mission *Santé* pour 2010 sans évoquer préalablement la naissance des agences régionales de santé (ARS), qui va profondément modifier les contours et les modalités de la mise en œuvre des politiques de santé publique. C'est la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, qui a consacré la nouvelle organisation territoriale du système de santé : celui-ci sera désormais piloté par les 26 agences régionales de santé (ARS), dont la mise en place se fera progressivement au cours du premier semestre 2010.

Les ARS n'émergeront sur le budget de la présente mission qu'au titre des crédits qui leur seront délégués par l'État sous forme de dotations pour la mise en œuvre des actions de santé publique financées par le programme *Prévention et sécurité sanitaire*. Le fonctionnement des ARS figurera quant à lui sur le programme *Conduite et soutien des politiques sanitaires et sociales* de la mission *Solidarité, insertion et égalité des chances*. **271 millions d'euros sont ouverts à ce titre pour 2010**, qui correspondent d'une part à un redéploiement de crédits depuis les services déconcentrés, au titre des emplois, des crédits de masse salariale et des crédits de fonctionnement du ministère (260,5 millions d'euros pour un semestre issus des crédits jusqu'alors dédiés aux directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales), complétés par la subvention sur six mois jusqu'alors consentie aux agences régionales de l'hospitalisation (10,55 millions d'euros sur un total de 21 millions d'euros). Les ARS réuniront à terme près de 10 000 agents, dont, pour l'État, 7 810 équivalents temps plein (ETP).

Si le travail de redéploiement des crédits devrait permettre de dégager un autofinancement de 30 millions d'euros pour la mise en place opérationnelle des ARS, le besoin net de financement pour leur installation fonctionnelle serait de 40 millions d'euros sur trois ans, comme l'indique le tableau ci-après.

Selon les informations communiquées au Rapporteur spécial, le besoin net de financement pour l'installation des ARS en 2010 serait couvert par une ouverture de crédits en loi de finances rectificative pour 2009 à hauteur de 12 millions d'euros, ce dont on peut s'étonner, puisque ces crédits concernent un besoin au titre de l'exercice 2010.

COÛT DE LA MISE EN PLACE OPÉRATIONNELLE DES ARS

(en milliers d'euros)

	Total
Création des ARS	2 610
Création juridique	120
Marketing et communication externe	1 850
Recrutements	640
Accompagnement du changement	5 700
Formation	4 780
Communication interne	920
Mobilité des agents	7 890
Prime de mobilité	6 360
Remboursement des frais engagés	1 530
Systèmes d'information	20 240
Décisionnel	5 700
Systèmes financiers	3 730
GA Paie	5 200
GA Paie transitoire	260
Outils collaboratifs	2 150
Infrastructures	3 200
Immobilier	23 000
Aménagement des sites et postes de travail	12 000
Aménagement des 16 sièges préconstitués	4 800
Déménagement	1 200
Remises en l'état	5 000
Assistance à la mise en œuvre des ARS	9 820
Accompagnement projet national	5 130
Accompagnement régional	4 690
Total ARS	69 260
Besoin net	40 450

Source : ministère de la Santé et des sports

L'étonnante stabilité du budget consacré à la mission *Santé* ne doit donc pas occulter les changements majeurs qui l'affecteront à partir de 2010.

En effet, **la mission sera dotée de 1,18 milliard d'euros en autorisations d'engagement et de 1,2 milliard d'euros en crédits de paiement, soit une progression de l'ordre de 50 millions d'euros par rapport à 2009**, qui est à mettre au compte :

- de la revalorisation de 45 millions d'euros de la dotation de l'État au titre de l'aide médicale de l'État (AME) ;

- de la progression des crédits au titre de la recentralisation des compétences en matière de vaccination, à hauteur de 7,35 millions d'euros ;

- de l'augmentation des moyens consentis à la formation médicale initiale, et en particulier au financement des stages extrahospitaliers des étudiants en médecine et des internes, pour près de 20 millions d'euros ;

- et enfin, du transfert de la subvention aux agences régionales de l'hospitalisation (ARH) à la mission *Solidarité, insertion et égalité des chances*, qui minore le budget de 21 millions d'euros.

Le tableau suivant retrace l'évolution, par programme et par action, des crédits entre 2009 et 2010.

ÉVOLUTION DU BUDGET DE LA MISSION SANTÉ ENTRE 2009 ET 2010

(en millions d'euros)

	Autorisations d'engagement		Crédits de paiement	
	2009	2010 (p)	2009	2010 (p)
204– Prévention et sécurité sanitaire	463,79	471,87	485,89	491,32
11– Pilotage de la politique de santé publique	100,79	97,07	98,75	96,91
12– Accès à la santé et éducation à la santé	46,97	48,97	46,72	49,06
13– Prévention des risques infectieux et des risques liés aux soins	90,68	102,06	90,02	103,1
14– Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades	121,67	114,41	117,86	115,66
15– Prévention des risques liés à l'environnement, au travail et à l'alimentation	34,26	35,39	34,12	36,44
16– Réponse aux alertes et gestion des urgences, des situations exceptionnelles et des crises sanitaires	46,9	50	75,9	66
17– Qualité, sécurité et gestion des produits de santé et du corps humain	22,51	23,97	22,53	24,15
18– Politique territoriale de santé				
171– Offre de soins et qualité du système de soins	124,79	124,58	124,79	124,58
01– Niveau et qualité du système de soins	90,97	111,39	90,97	111,39
03– Modernisation du système de soins	33,83	13,19	33,83	13,19
183– Protection maladie	540	585	540	585
01– Accès à la protection maladie complémentaire	0	0	0	0
02– Aide médicale de l'État	490	535	490	535
03– Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	50	50	50	50
Total	1 128,58	1 181,45	1 151,68	1 200,9

Source : projet annuel de performances

CHAPITRE PREMIER : PRÉVENTION ET SÉCURITÉ SANITAIRE

Le programme *Prévention et sécurité sanitaire* regroupe l'ensemble des moyens d'intervention budgétaire de l'État en matière de santé publique. Ils sont déployés sur le territoire par un ensemble de structures, de niveau surtout régional, qui seront intégrées à partir de 2010 dans les ARS, et bénéficient au niveau central de l'appui essentiel de nombreux opérateurs, et en particulier de l'ensemble des agences sanitaires. **Ce programme sera doté en 2010 de 471,9 millions d'euros en autorisations d'engagement et de 491,3 millions d'euros en crédits de paiement**, soit une très légère progression, de l'ordre de 1 % par rapport à 2009.

Cette apparente stabilité dissimule pourtant des changements importants, sur le plan budgétaire, avec la mobilisation de moyens exceptionnels au service de la lutte contre la pandémie de grippe A(H1N1) en 2009 et le lancement du nouveau plan Cancer à partir de 2010, et sur le plan organisationnel, avec la fusion programmée en 2010 de l'agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA) et de l'agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (AFSSET).

I.- LE FINANCEMENT EXCEPTIONNEL DE LA PRÉVENTION ET DE LA LUTTE CONTRE LA PANDÉMIE DE GRIPPE A/H1N1

Avec l'apparition d'un nouveau virus grippal sur le continent américain en mars 2009 et sa propagation rapide au cours de l'année ⁽¹⁾, les pouvoirs publics ont déployé une série de mesures de préparation à une pandémie grippale.

En effet, en France, le seuil épidémique de la grippe A(H1N1) a été franchi en métropole. Le 27 octobre 2009, selon les données du réseau Grog et des centres nationaux de référence Influenzae, le nombre de consultations pour grippe A (H1N1) est estimé à 167 000 sur la semaine. Depuis le début de l'épidémie en France, 17 décès sont attribués au virus de la grippe A en métropole, dont 14 cas confirmés, et 27 décès dans les territoires d'outre-mer.

Paradoxalement, ces mesures massives ne devraient pas avoir d'impact sur les crédits afférents à l'action n° 16, consacrée à la **réponse aux alertes et à la gestion des urgences, des situations exceptionnelles et des crises sanitaires, qui devrait être dotée de 50 millions d'euros en autorisations d'engagement et 66 millions d'euros en crédits de paiement pour 2010**, contre respectivement 46,9 et 75,9 millions d'euros ouverts en loi de finances initiale pour 2009. En effet, les mesures d'urgence prises dans le cadre de la préparation à une pandémie grippale ont été financées en gestion par des ouvertures de crédits, intervenues par décret d'avances, mais surtout par un financement par l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), dont la régularisation pour ce qui concerne la part prise en charge par l'État, devra intervenir en loi de finances rectificative.

(1) Le 24 avril 2009, l'organisation mondiale de la santé (OMS) lance une alerte sur l'émergence d'un nouveau virus de la grippe ; le 30 avril, elle recommande le nom de grippe A (H1N1) pour ce nouveau virus ; le 11 juin 2009, elle déclenche le passage à la phase 6 qui correspond à l'état de pandémie.

Les prévisions budgétaires incluses dans le projet annuel de performances pour 2010 ne permettent donc aucunement de prendre la mesure de l'effort financier consacré à la lutte contre la grippe A. Elles présentent en effet un budget de l'établissement public de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) de l'ordre de 290 millions d'euros en 2009, alors même que celui-ci assurera en réalité la prise en charge des mesures de lutte contre la pandémie à hauteur de 1,136 milliard d'euros.

A.- UNE MOBILISATION GÉNÉRALE DE L'ENSEMBLE DES ACTEURS DE SANTÉ

Le plan national de prévention et de lutte contre la pandémie grippale a ainsi tout d'abord arrêté un **volet « prise en charge »**, avec l'acquisition d'importants moyens de protection :

- un milliard de masques chirurgicaux destinés aux malades ;
- plus de 900 millions de masques de protection de type FFP2 pour les personnes particulièrement exposées, notamment les professionnels de santé ;
- et enfin 33 millions de traitements antiviraux, composés de l'oseltamivir (Tamiflu®) et du zanamivir (Relenza®).

LA GESTION DU « STOCK NATIONAL SANTÉ » PAR L'EPRUS

L'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS), mis en place par la loi n° 2007-294 du 5 mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur, assure la gestion du « stock national santé », principalement constitué de médicaments antiviraux et antibiotiques, de vaccins, de matériel de vaccination (seringues, collecteurs d'aiguilles), ainsi que de dispositifs de protection individuelle (masques FFP2 et masques chirurgicaux).

La stratégie d'acquisition des produits et équipements de santé dans le cadre du « stock national de santé » a été sensiblement renforcée au cours de l'année 2009, avec la mise en place du plan national de prévention et de lutte contre la grippe A(H1N1).

S'agissant des traitements antiviraux, le stock disponible s'établirait à 33 millions. L'EPRUS a été amené au cours de l'été 2009 à renforcer son stock stratégique de Tamiflu® adulte et pédiatrique et à procéder à l'acquisition de Tamiflu® en vue de son déploiement dans les ambassades.

S'agissant des différents types de masques :

– le stock qui existait préalablement s'élevait à 537 millions de masques FFP2 et à un milliard de masques chirurgicaux. De nouvelles commandes ont été lancées au cours de l'année 2009, portant d'une part sur l'acquisition de 350 millions de nouveaux masques (dont 100 millions pour le compte des différents ministères et 250 millions pour compléter le « stock national santé » en raison de l'arrivée à péremption d'une part des produits en stock), et d'autre part, sur une nouvelle acquisition de 158 millions de masques supplémentaires. Hors stock des différents ministères constitués dans le cadre de leur « plan de continuité », le nombre de masques FFP2 disponibles serait donc de l'ordre de 650 millions de masques, avec une hypothèse de 295 millions de masques consommés ou arrivée à péremption ;

– un milliard de masques chirurgicaux serait d'ores et déjà disponible, sans date de péremption.

Des actions d'information du grand public et de formation et d'information des professionnels de santé ont également été lancées.

Sur le plan opérationnel, une cellule interministérielle de crise, animée par le ministre de l'Intérieur, est chargée de la transmission des instructions aux préfets afin d'assurer l'organisation adéquate des moyens de prévention et de lutte contre le virus sur l'ensemble du territoire. Des plateformes logistiques santé départementales ont été mises sur pied fin juin 2009 pour la distribution des moyens de protection aux établissements et aux professionnels de santé.

Sur le plan sanitaire, la gestion des cas suspects ou avérés d'abord confiée au secteur hospitalier a progressivement été réorientée vers le secteur ambulatoire et vers le maintien à domicile des formes bénignes. Outre les 108 hôpitaux sièges de SAMU, 330 établissements de soins supplémentaires ont été désignés comme susceptibles de recevoir des cas de grippe et ont donc été approvisionnés en médicaments antiviraux et en matériel de protection. Les moyens des centres « 15 » et des établissements de santé ont été renforcés à travers l'acquisition de 100 respirateurs lourds et de 34 appareils d'oxygénation extracorporelle sur membrane (ECMO) dont l'acquisition a également été confiée à l'EPRUS. La progressive mise en jeu de la médecine de ville a ensuite logiquement requis la mise à disposition de masques chirurgicaux dans les officines : à partir de la fin juillet 2009, les 23 000 officines de pharmacie installées sur le territoire ont été dotées de 27 millions de masques chirurgicaux.

Enfin, l'ensemble des acteurs compétents ont été mobilisés pour parvenir à une amélioration de la connaissance du virus et la recommandation des mesures appropriées selon le rythme de sa propagation.

L'évolution de la situation épidémiologique a conduit, dès avant l'été 2009, à aborder le **volet « prévention »** de la lutte contre la grippe A(H1N1) : la question de la vaccination s'est ainsi très rapidement posée. La France a ainsi lancé à l'été une politique d'acquisition de 94 millions de doses de vaccins, complétée par une tranche conditionnelle de 36 millions de doses supplémentaires, ce qui portait potentiellement le total des doses à 130 millions, soit une double injection pour l'ensemble de la population française.

La campagne de vaccination a été officiellement lancée par la ministre de la Santé le 20 octobre pour les professionnels de santé et sera ensuite élargie progressivement à l'ensemble de la population vraisemblablement à partir du 12 novembre.

LA DÉFINITION DES POPULATIONS PRIORITAIRES

Le Haut conseil de la santé publique (HCSP) a été chargé d'établir des recommandations sur les priorités sanitaires d'utilisation des vaccins pandémiques contre la grippe A(H1N1).

Dans son avis rendu le 2 octobre 2009, le Haut conseil recommande de vacciner en priorité, les personnels de santé, médico-sociaux et de secours, en commençant par ceux qui sont amenés à être en contact fréquent et étroit avec des malades grippés ou porteurs de facteurs de risque, puis, par ordre de priorité, les femmes enceintes à partir du début du deuxième trimestre, les nourrissons âgés de 6 à 23 mois avec facteur de risque, puis l'entourage des nourrissons de moins de six mois. Seraient ensuite concernés les sujets âgés de 2 à 64 ans avec facteur de risque, les sujets âgés de 65 ans et plus avec facteur de risque, puis les nourrissons âgés de 6 à 23 mois sans facteur de risque, puis les sujets âgés de 2 à 18 ans sans facteur de risque, et enfin, les sujets de 19 ans et plus sans facteur de risque.

Pour les enfants de 6 à 23 mois, les femmes enceintes à partir du 2^{ème} trimestre et les personnes immuno-déprimées, le Haut conseil recommande l'utilisation de vaccins sans adjuvant.

La stratégie vaccinale retenue comporte actuellement l'administration de deux doses de vaccin espacées de 21 jours. Les dernières recommandations de l'OMS du 30 octobre estiment toutefois suffisante l'injection d'une seule dose de vaccin pour les enfants de plus de 10 ans et les adultes. *A contrario*, l'agence européenne du médicament (EMA) a maintenu le principe d'une délivrance des vaccins en deux injections, malgré l'existence d'éléments montrant qu'une seule dose pourrait suffire pour deux des vaccins mis sur le marché. Le maintien du principe de la double injection est principalement lié au manque de recul sur l'efficacité à long terme d'une dose unique. En effet, si elles ne manquent pas d'être convaincantes, les études cliniques tendant à prouver qu'une seule dose pourrait suffire au moins pour les adultes ne portent que sur les quelques mois écoulés.

La campagne de vaccination collective repose sur une organisation territoriale assez lourde, qui suppose la mise à disposition de centres adaptés à cette fin. À la date de publication de ce rapport, près de 11 000 lieux de vaccination ont été définis sur le territoire afin d'assurer une vaccination collective, qui a été privilégiée pour plusieurs raisons : tout d'abord, le conditionnement en multi-doses de la majorité des vaccins ; ensuite, la possibilité d'assurer une meilleure traçabilité des personnes vaccinées ; et enfin, la nécessité de préserver le fonctionnement normal des cabinets libéraux et des établissements de santé, qui pourraient se trouver fortement sollicités en pic d'épidémie.

Par instruction ministérielle en date du 21 août 2009, les préfets ont été chargés de la mise en place d'un plan départemental de vaccination, afin d'une part de définir et d'opérer le zonage des lieux de vaccination qui ne seront pas *a priori* des centres existants, et d'autre part, de recenser les ressources humaines mobilisables dans chaque département pour encadrer ou assurer la vaccination : les professionnels de santé réquisitionnés seront en priorité des étudiants dans le

champ médical ou para-médical et des professionnels de santé récemment retraités. Outre la mise en place de centres dédiés, des équipes mobiles seront chargées d'assurer la vaccination dans les écoles ou certains lieux fermés comme les établissements pénitentiaires.

La diffusion de l'invitation à se faire vacciner a, par ailleurs, été confiée à l'assurance maladie : un dispositif de double coupons servira à garantir la traçabilité de la campagne vaccinale, et le respect du délai de trois semaines recommandé entre les deux injections.

LES OPÉRATIONS DE STOCKAGE ET DE DISTRIBUTION DES VACCINS

Afin de ne pas rompre la chaîne du froid qui conditionne le stockage des vaccins contre le virus de la grippe A(H1N1), l'EPRUS a passé un marché avec un dépositaire pharmaceutique pour le stockage des vaccins en froid positif sur cinq sites répartis sur le territoire français, à partir desquels s'opérera la distribution aux différents centres de vaccination.

Les sites fermés (prisons, établissements de soins) seront approvisionnés individuellement. Les sites ouverts (les centres de vaccination départementaux) feront l'objet d'un ravitaillement quotidien par les établissements de répartition pharmaceutique locaux, qui seront eux-mêmes livrés une ou deux fois par semaine. Pour les personnes isolées ou à mobilité réduite, les médecins traitants pourraient être ravitaillés directement en seringues mono-doses pré-remplies, cette filière restant d'utilisation *a priori* très marginale.

De la même manière, les centres de vaccination seront approvisionnés, au moment du déclenchement de la campagne de vaccination, en consommables (seringues, antiseptiques, compresses, etc.), et feront par la suite l'objet d'un ravitaillement hebdomadaire.

Dans le cadre de la campagne de vaccination, il sera donc fait appel à la réserve sanitaire dont la gestion incombe par ailleurs à l'EPRUS. Celle-ci est composée d'une part d'une réserve d'intervention composée de professionnels de santé, mobilisables dans des délais très courts pour faire face à des événements sanitaires graves, et qui doit représenter un effectif de 500 réservistes en 2009, et d'autre part, d'une réserve de renfort, constituée principalement de professionnels de santé retraités, d'étudiants en médecine ou d'autres professionnels, notamment les personnels des établissements sanitaires et médico-sociaux, dont l'effectif cible pour 2009 est de 1 000 réservistes.

Selon les informations communiquées au Rapporteur spécial, la réserve de renfort serait mobilisée en premier lieu, éventuellement soutenue dans un second temps par la réserve d'intervention : à ce jour, 903 professionnels se seraient portés volontaires, 285 d'entre eux ayant concrétisé leur démarche, 42 d'entre eux étant en voie de finalisation de cette démarche, tandis que 576 d'entre eux sont relancés régulièrement afin de la faire aboutir.

B.– UN FINANCEMENT EXCLUSIVEMENT OPÉRÉ EN GESTION

Les mesures décidées dans le cadre du plan national de prévention et de lutte contre le virus de la grippe A(H1N1) représenteraient un **coût total estimé à de 1,5 milliard d'euros, dont 1,136 milliard d'euros serait directement pris en charge par l'EPRUS**, dont on rappelle que le fonctionnement en régime normal est financé à parité par l'État et l'assurance maladie. Le reste des dépenses pèsera principalement sur l'assurance maladie.

- 1.– L'établissement public de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) : une prise en charge à hauteur de 1,136 milliard d'euros

L'EPRUS assure la gestion des moyens de lutte contre les menaces sanitaires graves, tant du point de vue humain (réserve sanitaire) que du point de vue matériel (gestion du stock national santé).

Il constitue donc un acteur de premier plan dans le financement de la lutte contre la pandémie grippale. Afin de mettre l'établissement en mesure d'assurer la prise en charge du coût occasionné par la grippe A(H1N1), sa programmation budgétaire a dû être sensiblement revue en cours d'année.

Pour 2009, les dotations initiales de l'État et de l'assurance maladie à l'EPRUS s'établissaient à 87,8 millions d'euros en autorisations d'engagement et à 116,8 millions d'euros en crédits de paiement. L'établissement disposait, au titre des reports des années antérieures, d'un solde positif de 336,7 millions d'euros en autorisations d'engagement et de 233,5 millions d'euros en crédits de paiement. **Ses disponibilités totales s'élevaient donc à 424,8 millions d'euros en autorisations d'engagement et à 350,4 millions d'euros en crédits de paiement.**

Alors que la programmation initiale prévoyait 290 millions d'euros de dépenses pour 2009, dont 259,7 millions d'euros au titre de la préparation à la pandémie grippale, ces prévisions ont été fortement revues à la hausse en raison des mesures prises dans le cadre de la grippe A (H1N1).

LES DÉPENSES PRISES EN CHARGE PAR L'ÉPRUS AU TITRE DE LA GRIPPE A/H1N1 EN 2009

(en millions d'euros)

	Montant
Achats de vaccins	807,7 revu à 712,1
<i>dont Vaccin GSK</i>	418,6
<i>dont Vaccin Sanofi</i>	209,3
<i>dont Vaccin Novartis</i>	179,2
<i>dont Vaccin Baxter</i>	0,6
Financement de la campagne de vaccination	35,8
<i>dont distribution logistique</i>	18
<i>dont consommables</i>	9,6
<i>dont gestion des déchets</i>	4
<i>dont logistique froid</i>	4,2
Acquisition de respirateurs	5,8
Achat de produits antiviraux (Tamiflu®, Relenza®)	20
Achat de masques	225,1
<i>dont masques FFP2 Santé</i>	108,1
<i>dont masques pédiatriques chirurgicaux</i>	17,8
<i>dont masques FFP2 Santé et demi masques établissements de santé</i>	24,8
<i>dont convention UGAP pour 150 millions de masques FFP2</i>	69,7
<i>dont stockage masques chirurgicaux</i>	4,7
Dépenses logistiques	41,6
Sous-total dépenses	1 136,1 revu à 1 040,1
Dépenses initialement programmées	259,7
Coût supplémentaire	876,4 revu à 780,4

Source : établissement public de réponse aux urgences sanitaires

La révision à la baisse des dépenses au titre des achats de vaccins est liée à l'obtention des autorisations de mise sur le marché (AMM)⁽¹⁾ qui permet à ces vaccins de bénéficier d'un taux de TVA à 5,5 %, alors que les prévisions faites au moment de la conclusion des contrats reposait logiquement sur l'application d'un taux de TVA de 19,6 %.

En outre, ces dépenses ne tiennent pas compte des frais d'acquisition de masques pour le compte des autres ministères qui ont été financées par voie de décret d'avances⁽²⁾ à hauteur de 38,5 millions d'euros pour un montant de 46,2 millions d'euros ouverts à ce titre.

Le financement de ces moyens supplémentaires doit être assuré à parité par l'État et l'assurance maladie. Ainsi :

– L'article 6 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 prévoit de porter de 44 millions d'euros à 414,8 millions d'euros la

(1) Les vaccins Pandemrix® des laboratoires GlaxoSmithKline et Focetria® de Novartis ont reçu l'avis favorable de l'agence européenne du médicament (EMA) le 25 septembre 2009 ; le feu vert a été donné pour l'autorisation de mise sur le marché du vaccin Celvapan® des laboratoires Baxter le 2 octobre 2009. Les deux vaccins Humenza® et Penenza® des laboratoires Sanofi n'ont pas à ce jour reçu d'autorisation de mise sur le marché : celle-ci sera soumise à l'AFSSAPS et fera donc l'objet d'une procédure décentralisée.

(2) Décret n° 2009-862 du 1^{er} juillet 2009 portant ouverture et annulation de crédits à titre d'avance.

contribution de l'assurance maladie, soit une ressource complémentaire de 370,8 millions d'euros ;

– La loi de finances rectificative pour 2009 devra porter la subvention de l'État à 413,3 millions d'euros en autorisations d'engagement et 527,8 millions d'euros en crédits de paiement, soit une dépense supplémentaire respectivement de 372,5 et 455 millions d'euros par rapport à la prévision initiale.

Dans l'attente de la validation de ces dispositions législatives, le principe d'une avance par l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) a été retenu pour un montant maximal de 879 millions d'euros, afin de permettre à l'établissement d'engager les acquisitions de vaccins et de consommables et de couvrir les coûts de gestion de ces stocks.

À ce titre, on signalera que les arrhes versées aux laboratoires pharmaceutiques pour l'acquisition des vaccins se situent entre 20 et 30 % du montant de la commande totale, les paiements étant ensuite échelonnés au fur et à mesure des livraisons des vaccins.

LES CONDITIONS ET LES MODALITÉS D'ACQUISITION DES VACCINS CONTRE LA GRIPPE A(H1N1)

Au printemps 2009, en raison de l'évolution de la situation épidémiologique mondiale, l'État français a lancé un appel d'offres pour l'acquisition et la livraison de vaccins contre le virus de la grippe A(H1N1). Le ministère de la Santé a ainsi chargé l'EPRUS de conclure ces marchés pour l'acquisition de 94 millions de doses de vaccins, complétées par une tranche conditionnelle de 36 millions de doses supplémentaires. Quatre laboratoires pharmaceutiques ont répondu à cette offre et ont été sélectionnées en vue de la conclusion de tels marchés : GlaxoSmithKline, Sanofi Pasteur, Novartis et Baxter. En raison des mesures particulières de sécurité qu'imposent leur exécution ainsi que l'acheminement et le stockage des vaccins, ces marchés ont été conclus dans la plus grande confidentialité, dans le respect du 7° de l'article 3 du code des marchés publics, qui concerne les marchés « *qui exigent le secret ou dont l'exécution doit s'accompagner de mesures particulières de sécurité conformément aux dispositions législatives ou réglementaires en vigueur ou pour lesquels la protection des intérêts essentiels de l'État l'exige* ».

Le tableau suivant retrace les quantités acquises par l'EPRUS et les montants correspondants.

COÛT DE L'ACQUISITION DES VACCINS CONTRE LE VIRUS DE LA GRIPPE A(H1N1)

(en euros)

	Nombre de doses de vaccin	Montant HT	Montant TTC	Prix par dose HT
Baxter	50 000	500 000	527 500	10 euros
Novartis	16 000 000	149 440 000	157 659 200	9,34 euros
GlaxoSmithKline	50 000 000	350 000 000	369 250 000	7 euros
Sanofi	28 000 000	175 000 000	184 630 000	6,25 euros
Total	94 050 000	674 940 000	712 060 000	8,15 euros

Source : établissement public de réponse aux urgences sanitaires

Les laboratoires GlaxoSmithKline, Novartis et Baxter ont déjà reçu leur autorisation de mise sur le marché pour leurs vaccins, dans les conditions rappelées ci-dessus. En revanche, les deux vaccins Humenza® et Penenza® des laboratoires Sanofi Pasteur, qui passent quant à eux par une procédure décentralisée d'AMM, n'ont pas à ce jour reçu d'autorisation. Ils avaient en effet d'ores et déjà développé des vaccins contre le virus de la grippe H5N1 et ont donc pu recourir à la procédure dite de *mock-up* ouverte par l'EMEA pour permettre à des vaccins utilisant la souche H1N1 d'obtenir, par extrapolation, une autorisation de mise sur le marché sur la base des essais cliniques réalisés avec la souche prépandémique A(H5/N1). Dans la mesure où Sanofi n'avait pas développé de vaccin prototype à partir de la souche virale H5N1, il a été convenu que ses deux vaccins relèveraient d'une procédure d'AMM décentralisée, auprès de l'AFSSAPS, procédure qui n'est pas encore conclue.

Les tarifs d'acquisition des vaccins varient dans une fourchette comprise entre 6,25 et 10 euros hors taxes par dose de vaccin. Ces différences sont à mettre au compte de plusieurs paramètres : tout d'abord, certains laboratoires proposent des vaccins non adjuvantés, dont le coût est supérieur aux autres vaccins ; les procédés de fabrication des vaccins varient et peuvent également expliquer les différences de tarifs pratiqués par les quatre laboratoires ; les laboratoires Novartis fournissent en outre les moyens d'injection avec les vaccins, d'où un tarif par dose de vaccin relativement plus élevé. Les 50 000 doses acquises auprès du laboratoire Baxter sont proportionnellement, mais aussi logiquement, les plus chères : non adjuvantées et destinées à une utilisation pédiatrique ou sur des sujets présentant des allergies, elles devaient également être disponibles plus tôt et portent sur une petite quantité. Enfin, le coût relativement plus bas des vaccins acquis auprès de Sanofi s'explique par la fixation d'un calendrier de livraison des vaccins plus tardif, en raison des contraintes qui s'imposent par ailleurs au laboratoire pour la production des vaccins contre la grippe saisonnière.

En application des pouvoirs qui lui sont conférés par l'article 164 de l'ordonnance organique n° 58-1374 du 30 décembre 1958 portant loi de finances pour 1959 et par l'article 57 de la loi n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances, le Rapporteur spécial a mené un contrôle auprès de l'EPRUS afin d'obtenir l'accès à l'ensemble des pièces constitutives des quatre marchés passés entre l'EPRUS et les laboratoires pharmaceutiques. Dans la limite des compétences qui sont les siennes, il lui est apparu que les opérations d'acquisition des vaccins ont été menées dans la plus stricte indépendance, de façon régulière, et même satisfaisante.

Il reste en tout état de cause difficile de juger de la justesse des prix pratiqués par les laboratoires pharmaceutiques pour la mise à disposition des vaccins contre la grippe A(H1N1), et cela vaut pour tous les États qui se sont lancés dans une telle politique d'acquisition : le contexte de « course au vaccin » des États, dans lequel se sont déroulées les négociations pour la conclusion des marchés avec les laboratoires, était de toute évidence favorable à ces derniers ; les échéanciers de livraison constituent ainsi un critère majeur d'explication du coût de l'acquisition des vaccins.

La France s'est engagée à mettre à la disposition de l'OMS 10 % de ses stocks de vaccins contre la grippe A(H1N1) pour les populations des pays en voie de développement, soit un total de 9 millions d'euros de vaccins : le coût total de l'opération serait approximativement de 56,25 millions d'euros. Il conviendra, en tout état de cause, de compenser ce coût spécifique à l'EPRUS, soit à partir d'une dotation du ministère des Affaires étrangères, soit par un transfert à partir des crédits de coopération internationale de ce ministère.

Enfin, en cas de non utilisation de la totalité des vaccins, plusieurs hypothèses restent envisageables :

– Pour la part des vaccins dont l'antigène est séparé de l'adjuvant, la durée de conservation des adjuvants (cinq ans) est plus longue que celle de l'antigène (18 mois). L'éventualité d'une réutilisation des adjuvants supposerait néanmoins une renégociation des conditions qui ont été convenues avec les laboratoires pharmaceutiques.

– L'hypothèse la plus sûre reste celle d'une rétrocession à d'autres États qui pourraient se porter acquéreurs, soit par une revente des vaccins, soit à titre gratuit.

2.– Le reste du financement incombera essentiellement à l'assurance maladie

L'engagement de l'EPRUS au titre de l'acquisition et de la gestion de produits de santé et des dispositifs médicaux est complété par le financement des moyens de mise en œuvre de la campagne de vaccination.

• La prise en charge du coût de l'indemnisation des professionnels de santé réquisitionnés par l'assurance maladie pourrait représenter, selon une hypothèse médiane, 290 millions d'euros : ces dépenses dépendront toutefois de la proportion de professionnels qui seront effectivement mobilisés et du rythme de diffusion des vaccins.

- Par ailleurs, les dépenses relatives au marché passé pour la mise en place du dispositif de suivi de la campagne de vaccination par la caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS) – pour la conception et la réalisation des bases informatiques – ainsi que les frais d'acheminement des courriers aux personnes vaccinées sont estimés à 52,8 millions d'euros : ces mesures pourraient être financées par redéploiement au sein du Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS). En effet, le principe d'une double injection reste pour le moment privilégié : un système de « doubles coupons » devrait ainsi permettre d'assurer le respect du délai de trois semaines entre chaque injection et une traçabilité suffisante de la population vaccinée.

- Il conviendra également de prendre en compte les coûts logistiques auxquels seront confrontées les préfectures pour la mise en œuvre de la campagne de vaccination au sein de chaque département, en particulier pour la location de locaux qui ne seraient pas mis à disposition par les collectivités territoriales. D'autre part, le coût de la mobilisation des personnels administratifs qui participeront au fonctionnement des centres de vaccination pourrait s'élever à 94,5 millions d'euros.

- Enfin, l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) sera amené à engager des dépenses de communication non programmées dans son plan de charge pour 2009 et 2010, qui pourraient s'établir au total à 12,9 millions d'euros.

Les modalités de la campagne de vaccination de la population contre la grippe A(H1N1) supposent que chacun puisse se faire vacciner, et cela, sans devoir prendre en charge une avance de frais : toutefois, le caractère exceptionnel de cette campagne n'a pas permis de mettre en place un dispositif classique d'avance de frais à l'image des mécanismes de tiers payant, et par conséquent, conduit à exonérer les organismes complémentaires de la prise en charge du ticket modérateur qu'ils auraient supporté en temps normal au titre du remboursement des vaccins et des actes d'injection ⁽¹⁾, soit entre 30 et 35 %.

C'est pourquoi il a été demandé aux organismes complémentaires une participation au coût de la campagne de vaccination sous la forme d'une taxe exceptionnelle de 0,94 % sur leur chiffre d'affaires santé, dont le rendement devrait s'établir à 300 millions d'euros. Mise en place initialement dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 au profit de la CNAMTS, cette contribution devrait finalement s'inscrire dans le cadre du projet de loi de finances pour 2010, et son produit serait alors directement affecté à l'EPRUS.

*

* *

(1) Les vaccins font l'objet, sur prescription médicale, d'un remboursement par l'assurance maladie à hauteur de 65 % sur la base du prix indiqué sur la vignette. La prise en charge de l'injection du vaccin se fait sur une base de 70 % pour une vaccination par le médecin traitant lors d'une consultation et sur une base de 60 % pour une vaccination sur prescription par une infirmière. Toutefois, l'assurance maladie prend en charge à 100 % la vaccination des personnes de plus de 65 ans, des personnes atteintes de maladies chroniques et des enfants jusqu'à 18 ans.

Ces estimations correspondent au coût prévisionnel direct engendré par l'épidémie de grippe A. Elles n'intègrent par le coût « en aval » de l'épidémie, qui est constitué d'une part par le coût pour l'assurance maladie des soins aux personnes atteintes par cette grippe, et d'autre part, par le coût global que pourrait avoir l'épidémie de grippe A sur l'économie en général.

Concernant le premier point, la CNAMTS évalue le coût moyen des soins par personne active atteinte par la grippe A à 100 euros, soit 80 euros au titre des indemnités journalières (IJ) et 20 euros de remboursement de consultation et de médicaments. Pour le reste de la population, le coût moyen pourrait être de 20 euros, soit uniquement les remboursements. En définitive, le coût moyen par cas de grippe est estimé à 65 euros par personne.

Concernant le second point, les incertitudes sont évidemment fortes : les estimations du secrétariat général de la Défense nationale (SGDN) et de la délégation interministérielle à la lutte contre la grippe aviaire (DILGA) chiffrent entre 7 et 9 milliards d'euros, soit 0,4 point de PIB, l'impact sur l'économie de l'épidémie de grippe A en fonction de son ampleur, en partant de l'hypothèse d'un taux d'attaque de 30 % de la population.

II.- LA FUSION DE L'AFSSA ET DE L'AFSSET SIGNE L'UNIFICATION DE LA DÉMARCHE DE PRÉVENTION DES RISQUES LIÉS À L'ENVIRONNEMENT, AU TRAVAIL ET À L'ALIMENTATION

L'action n° 15, consacrée à la prévention des risques liés à l'environnement, au travail et à l'alimentation, sera dotée pour 2010 de **35,4 millions d'euros en autorisations d'engagement et de 36,4 millions d'euros en crédits de paiement**, en augmentation par rapport à 2009 de 6,8 % s'agissant des crédits de paiement : elle retrace l'ensemble des dispositifs qui requièrent la participation financière de l'État en matière de politique nutritionnelle et de santé environnementale.

L'année 2010 sera en fait principalement marquée par la fusion entre les deux principaux opérateurs du programme, l'agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (AFSSET) et l'agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA).

A.— LA FUSION DE L'AFSSA ET DE L'AFSSET SERA EFFECTIVE EN 2010

Le cloisonnement existant dans certains secteurs de compétences des agences sanitaires a conduit à chercher de meilleures synergies : c'est dans cet ordre d'idées que, dès l'issue de la révision générale des politiques publiques (RGPP), le rapprochement entre l'AFSSA et l'AFSSET a été envisagé et que le principe de leur fusion a ensuite été inscrit dans la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, qui autorise le Gouvernement à prendre par ordonnance, avant le 22 janvier 2010, les dispositions nécessaires pour procéder à une telle fusion.

Deux exemples illustrent de manière emblématique ce cloisonnement, qui doit aujourd'hui être dépassé :

– Dans le champ des pesticides, l'AFSSA procède à l'évaluation des risques liés aux produits phytosanitaires, tandis que l'AFSSET est chargée de l'évaluation de ces mêmes produits utilisés comme « biocides » et abrite en outre l'observatoire des résidus de pesticides (ORP), qui mesure leur effet sur l'environnement et sur les travailleurs.

– S'agissant des eaux, l'AFSSA est compétente pour l'eau destinée à la consommation humaine, tandis que l'AFSSET est chargée de la surveillance des eaux de baignade.

1.— Il est impératif de renforcer les moyens de l'AFSSET

La mise en place d'un plan santé au travail en 2005 a conduit étendre le champ de compétences de l'agence française de sécurité sanitaire environnementale (AFSSE) qui est ainsi devenue l'agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (AFSSET). Chargée de l'évaluation des risques sanitaires dans ces deux champs, l'agence joue un rôle de tête de réseau d'un ensemble de 21 organismes publics scientifiques. Elle exerce également une veille scientifique et finance des programmes de recherche dans ces domaines.

L'expertise de l'AFSSET est aujourd'hui pleinement reconnue. L'ensemble de ses travaux sont validés par l'un de ses sept comités d'experts spécialisés et près de 400 scientifiques extérieurs collaborent avec elle. Elle s'est particulièrement distinguée en matière d'expertise sur les risques liés aux substances et produits chimiques (biocides et réglementation REACH) ainsi que dans le champ des nanomatériaux.

L'agence est presque intégralement financée par l'État : le ministère du Travail est son principal contributeur, à hauteur de 43 %, suivi par le ministère de l'Écologie (37 %) et enfin, le ministère de la Santé (environ 20 %). Elle bénéficie de recettes propres provenant de redevances industrielles qui lui sont dues au titre de son rôle d'expertise des produits biocides. Le tableau suivant présente son budget primitif pour 2009.

BUDGET PRÉVISIONNEL DE L'AFSSET EN 2009

(en millions d'euros)

Recettes		Dépenses	
Subvention de l'État (après réserve de précaution)	17,9	Charges de personnel	8,23
<i>dont ministère du Travail</i>	7,72	Charges de fonctionnement	15,58
<i>dont ministère de l'Écologie</i>	6,6	Investissement	0,77
<i>dont ministère de la Santé</i>	3,58		
Ressources propres	3,38		
Dotations aux amortissements	0,8		
Prélèvement sur fonds de roulement	2,5		
Total	24,58	Total	24,58

Source : ministère de la Santé et des sports

L'année 2009 a été marquée par le rattachement à l'agence, au 1^{er} juillet, des activités et des effectifs du bureau d'évaluation des risques des produits et agents chimiques (BERPC), qui est composé des personnels de l'institut national de l'environnement industriel et des risques (INERIS) et de l'institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail (INRS). Cette intégration a conduit à revoir à la hausse les dépenses de l'agence de 3,73 millions d'euros ; la révision à la baisse concomitante des recettes devrait conduire l'agence à solliciter son fonds de roulement à hauteur de 5,56 millions d'euros. Ce dernier devrait donc s'établir à 2 millions d'euros fin 2009, correspondant à seulement un mois de réserve prudentielle.

Le regroupement des activités du BERPC et de l'AFSSET a également conduit à un relèvement de son plafond d'emplois, qui est ainsi passé de 115 à 127 équivalents temps plein (ETP).

Pour 2010, la subvention de l'État au titre du présent programme devrait s'établir à 4,5 millions d'euros, soit une progression de plus de 21 % par rapport à 2009. Son montant net après application de la réserve obligatoire serait de 4,34 millions d'euros.

Le Rapporteur spécial se montre très préoccupé par la situation budgétaire de l'agence : la progression de l'ensemble des dotations ministérielles qui devrait être enregistrée en 2010⁽¹⁾ ne permettra vraisemblablement pas de compenser la ponction opérée sur le fonds de roulement qui n'offre aujourd'hui plus aucune marge de manœuvre, conduisant ainsi l'agence à réduire son financement au titre des projets de recherche scientifique dans les domaines de l'environnement et du travail, l'année même du lancement du deuxième plan santé au travail.

En outre, le relèvement du plafond d'emplois de l'agence à 139 ETP correspond à la pure et simple prise en compte de l'intégration en année pleine des 20 ETP issus du BERPC. Aucune augmentation des effectifs n'est donc prévue

(1) La subvention au titre du ministère du travail devrait passer de 7,7 millions d'euros en 2009 à 9,7 millions d'euros en 2010, celle du ministère de l'écologie devant être portée de 6,6 millions d'euros en 2009 à 8,1 millions d'euros en 2010.

pour 2010. Or, l'agence fait valoir à juste titre des besoins supplémentaires en moyens humains :

– la mise en œuvre du nouveau plan santé au travail rendrait indispensable la création de 5 ETP supplémentaires ;

– la reprise par l'agence des missions du conseil supérieur d'hygiène publique de France (CSHPF) au titre de l'expertise sur la thanatopraxie et les traitements des eaux devait s'accompagner du transfert d'un ETP. Or, à ce jour, aucun poste ne lui a été transféré à ce titre ;

– la mise en place d'un système d'information globalisé sur les résidus de pesticides supposerait *a minima* de prévoir 2 ETP supplémentaires au titre de l'observatoire des résidus de pesticides dont la coordination scientifique et technique incombe à l'AFSSET ;

– la mise en œuvre du programme national de recherche sur les perturbateurs endocriniens implique la création d'un poste supplémentaire ;

– enfin, la mise en œuvre du deuxième plan national santé environnement (PNSE 2) pour laquelle l'AFSSET apparaît logiquement comme une figure de proue nécessiterait la mise à disposition de 10 postes supplémentaires sur quatre, soit la durée du plan. **Le Rapporteur spécial s'étonne en effet de ce que l'annonce d'un plan d'une telle envergure ne soit accompagnée d'aucune création de poste, alors même que les contraintes pesant sur l'agence sont déjà très fortes.**

Dès lors, la perspective de la fusion de l'AFSSET et de l'AFSSA ne pouvait que susciter des inquiétudes.

2.– L'AFSSA porte la responsabilité de la sécurité alimentaire

Créée en 1998, l'agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA) exerce des fonctions d'évaluation des risques sanitaires et nutritionnels, de recherche et d'appui scientifique et technique dans le domaine de la sécurité sanitaire des aliments depuis la production des matières premières jusqu'à la distribution au consommateur final. Elle joue également un rôle important en matière de santé animale et de médicament vétérinaire, seul domaine dans lequel elle dispose d'un pouvoir de police, qui a d'ailleurs été renforcé dans le cadre de la loi du 21 juillet 2009 dite « HPST ». Elle est enfin chargée de l'évaluation des « intrants végétaux » (produits phytopharmaceutiques, adjuvants, matières fertilisantes et supports de culture).

Pour 2009, l'AFSSA a disposé d'un budget de 107,3 millions d'euros que présente le tableau suivant.

BUDGET DE L'AFSSA EN 2009

(en millions d'euros)

Recettes		Dépenses	
Subvention de l'État et des collectivités publiques	68,54	Personnel	62,52
<i>dont subvention du ministère de la Santé</i>	9,23	Fonctionnement	32
Ventes de produits, services, autres produits, produits financiers et exceptionnels, divers	21,38	Investissement	12,75
Recettes d'investissement	9,49		
Reprise sur fonds de roulement	7,86		
Total	107,27	Total	107,27

Source : ministère de la Santé et des sports

Après le prélèvement opéré en cours d'année, le niveau du fonds de roulement devrait s'élever à 11,3 millions d'euros à la fin 2009.

Pour 2010, la subvention de l'État au titre du ministère de la Santé représenterait 8,5 millions d'euros, en progression de 9 % par rapport à 2009, soit 8,3 millions d'euros après application de la réserve de précaution. Comme l'an passé, la dotation de l'État serait complétée par des subventions spécifiques accordées pour la mise en œuvre d'un certain nombre d'actions, telles que l'animation « Biotox » des réseaux de laboratoires, les travaux sur le chlordécone et le polychlorobiphényle (PCB) ainsi que la surveillance des polluants émergents.

En 2010, l'AFSSA poursuit son programme pluriannuel d'investissement (PPI) 2008-2011 qui traduit des besoins de financement globaux de 45 millions d'euros, soit 11,3 millions d'euros par an sur la période : ce programme porte principalement sur la construction de bâtiments et de laboratoires nouveaux, pour laquelle l'agence essaie d'obtenir des cofinancements de tiers, qui pourraient représenter 9,2 millions d'euros sur l'ensemble de la période.

La subvention de fonctionnement octroyée par le ministère de la Santé doit notamment contribuer à la mise en œuvre de ce plan pluriannuel d'investissement, mais servira également à financer la nouvelle mission confiée par la loi HPST à l'AFSSA, qui devra désormais exercer une vigilance sur les nouveaux aliments, les compléments alimentaires, les aliments faisant l'objet d'une adjonction de substances à but nutritionnel ou physiologique ainsi que sur les produits destinés à une alimentation particulière.

L'aboutissement du programme pluriannuel d'investissement devrait coïncider avec l'épuisement du fonds de roulement de l'agence : il sera donc indispensable de revoir le niveau de financement de l'établissement à horizon 2012. En outre, le plafond d'emplois de l'agence sera revu à la baisse pour 2010, puisqu'il passera de 1 107 ETP à 1 069 ETP, en raison principalement de l'apurement du stock de dossiers transférés à l'AFSSA en 2006 au titre de l'évaluation des intrants végétaux. *A contrario*, les effectifs hors plafond d'emplois progresseront, correspondant à des agents auparavant mis à disposition : ils passeront de 43 à 76 ETP.

3.— Une fusion qui ne doit pas fragiliser les enjeux liés à la santé environnementale et à la santé au travail

La fusion de l'AFSSET et de l'AFSSA, qui doit être réalisée par ordonnance avant le 22 janvier 2010 pour être opérationnelle au début de l'été répond à une exigence de rationalisation liée à la mise en évidence de synergies entre les missions respectives de ces deux agences. Le problème du chlordécone aux Antilles illustre parfaitement l'importance du vecteur alimentaire dans l'exposition de la population aux polluants persistants de l'environnement et les progrès qui peuvent donc encore être accomplis par la mise en place d'une approche plus consolidée.

Afin de réaliser cette fusion dans les meilleures conditions, il a été institué un comité de pilotage présidé par M. Thierry Tuot, conseiller d'État, qui a confié à deux groupes de travail les réflexions à mener sur l'identification des missions de la nouvelle agence d'une part, sur sa gouvernance d'autre part.

Il convient d'emblée de souligner qu'aucune économie budgétaire ou de personnel n'est à attendre de cette fusion, et notamment de la mutualisation des fonctions support des deux agences. En revanche, la fusion implique le regroupement des activités et des effectifs des deux structures, qui passera par un projet de restructuration complète du site de l'école vétérinaire de Maisons-Alfort. En effet, la municipalité abrite déjà les sièges des deux agences tandis que deux laboratoires de l'AFSSA sont déjà installés sur le site de l'école vétérinaire. Le terrain serait mis gratuitement à sa disposition ; la construction d'un bâtiment de 10 000 m² représenterait quant à elle un coût de 40 millions d'euros, dont le financement pourrait être assuré par un système de crédit bail ou de bail emphytéotique. L'impact financier serait quasiment neutralisé pour le nouvel établissement, puisqu'il correspond aux loyers actuellement versés par les deux agences, à hauteur de 2,3 millions d'euros pour l'AFSSA et de 1,3 million d'euros pour l'AFSSET.

Le Rapporteur spécial juge essentiel de préserver la spécificité de la prise en compte des enjeux liés à la santé au travail, et par extension à la santé environnementale en général, qui constituent les missions traditionnelles de l'AFSSET. Au regard du poids respectif des deux agences, il convient de prendre garde à ce que cette fusion ne se traduise pas dans les faits par une absorption. Telle n'est pas l'orientation qui semble avoir été retenue, ni par le comité de pilotage, ni par chacune des deux agences, ce que le Rapporteur spécial se doit de souligner avec force. Toutefois, de nombreux acteurs associatifs ont fait part de leurs craintes face une fusion qui s'opère dans un contexte où les moyens consentis à l'AFSSET sont particulièrement contraints, en particulier au titre de sa mission de santé au travail.

B.- LE GRENELLE DE L'ENVIRONNEMENT A DONNÉ NAISSANCE AU SECOND PLAN NATIONAL SANTÉ-ENVIRONNEMENT (PNSE2)

Le premier plan national santé-environnement 2004-2008 a permis de réaliser des avancées indéniables, tant en termes de réduction des cas de légionellose qu'en matière de protection des captages d'eau ou par le renforcement des capacités d'évaluation des risques sanitaires des substances chimiques dangereuses. Le second plan national santé-environnement 2009-2013, lancé à l'issue du Grenelle de l'environnement, se fixe comme objectifs prioritaires :

- l'identification et la réduction des expositions de la population responsables de pathologies graves, y compris en milieu professionnel ;

- et la réduction des inégalités environnementales pour les populations les plus vulnérables et qui sont exposées à des pollutions liées à la qualité de l'air, de l'eau, mais également aux produits chimiques, aux sols pollués ou encore au bruit.

Ce plan, qui fera, comme le précédent, l'objet d'une déclinaison au niveau régional, devrait mobiliser plus de 490 millions d'euros sur cinq ans, dont 380 millions d'euros seront pris en charge par l'État, essentiellement sous la responsabilité des ministères chargés de l'environnement et de la santé.

Pour 2010, l'effort consenti en faveur de la santé environnementale totalisera **17,3 millions d'euros en autorisations d'engagement et 18,2 millions d'euros en crédits de paiement**, dont la répartition est retracée par le tableau suivant.

EFFORT BUDGÉTAIRE EN FAVEUR DE LA SANTÉ ENVIRONNEMENTALE POUR 2010

(en millions d'euros)

	AE
Mise en œuvre du PNSE 2	9,36
Amélioration de la qualité de l'air intérieur et études sur l'amiante	0,37
Prévention des allergies	0,4
Lutte contre l'habitat indigne (saturnisme)	0,32
Maîtrise de la qualité sanitaire de l'eau (légionelles et risques chimiques) et mise en œuvre du plan sur les résidus de médicaments	1,2
Plan chlordécone	0,65
Lutte contre le bruit	0,32
Réduction de l'exposition au radon	0,15
Amélioration du système de toxicovigilance	0,82
Animation du réseau de recherche sur les nanomatériaux	0,17
Autres actions	0,1
Plans régionaux santé environnement (PRSE)	4,86
Actions hors PNSE 2	7,5
Niveau central	4
Niveau déconcentré	3,5
Financement d'activités au niveau international	0,4
Total	17,26

Source : ministère de la Santé et des sports

C.– LA MISE EN ŒUVRE DU DEUXIÈME PLAN NATIONAL NUTRITION SANTÉ (PNNS2)

Le second programme national nutrition santé (PNNS 2) lancé en 2006 repose d'une part, sur une stratégie de prévention primaire, articulée autour de l'éducation à la santé et d'une action spécifique sur l'offre alimentaire proposée à la population, et d'autre part, sur une stratégie de dépistage et de prise en charge précoce des dégradations de l'état nutritionnel (obésité, dénutrition). La prise en compte spécifique des populations défavorisées et la promotion des actions locales en faveur d'un meilleur comportement nutritionnel constituent également deux axes majeurs de la mise en œuvre de ce plan, qui arrive à échéance en 2010.

La dernière année de mise en œuvre du plan mobilisera **5,1 millions d'euros en autorisations d'engagement et 5,3 millions d'euros en crédits de paiement sur cette action**, qui serviront à financer :

– au niveau central, des actions de formation et d'information du grand public et des professionnels de santé, le développement d'actions locales portant sur les déterminants nutritionnels du cancer (consommation de fruits et légumes, pratique d'une activité physique, et réduction de l'obésité), ainsi que le fonctionnement de l'observatoire de la qualité de l'alimentation (OQALI), à hauteur de 1,48 million d'euros en crédits de paiement ;

– au niveau déconcentré, la sélection de projets locaux sur la base des orientations fixées par les plans régionaux de santé publique, à hauteur de 3,8 millions d'euros.

III.– LA PRÉVENTION DES MALADIES CHRONIQUES EST MARQUÉE PAR LE LANCEMENT D'UN NOUVEAU PLAN CANCER

Pour 2010, l'action n° 14, consacrée à **la prévention des maladies chroniques et à la qualité de vie des malades**, devrait bénéficier de **114,4 millions d'euros en autorisations d'engagement et de 115,7 millions d'euros en crédits de paiement**, soit une légère diminution, de l'ordre de 1,9 % par rapport à 2009 en termes de crédits de paiement.

Outre la subvention accordée à l'institut national du cancer (INCa), les crédits prévus iront essentiellement aux futures ARS, afin de financer des actions de dépistage des cancers, de prévention de la maladie d'Alzheimer, de lutte contre les pratiques addictives, mais également contre certaines maladies chroniques, ou encore en faveur de la santé mentale.

A.– LA LUTTE CONTRE LE CANCER RESTE UNE PRIORITÉ

L’effort financier de l’État au titre de la politique de lutte contre le cancer s’est fortement accru sur l’ensemble de la période de mise en œuvre du premier plan Cancer, passant de 53 millions d’euros en 2004 à 120,5 millions d’euros en 2007. Pour 2010, plus de 70 % des crédits prévus au titre de cette action seront consacrés à la lutte contre le cancer – qui reste la première cause de mortalité en France, y compris de mortalité prématurée – **avec plus de 82 millions d’euros de crédits État**, auxquels il conviendrait d’ajouter les actions spécifiquement menées par l’institution de veille sanitaire (InVS) et l’institut national de prévention et d’éducation pour la santé (INPES) en matière de lutte contre le cancer.

BUDGET CONSACRÉ À LA LUTTE CONTRE LE CANCER POUR 2010

(en millions d’euros)

	Autorisations d’engagement	Crédits de paiement
Étude sur l’amélioration du dépistage	0,02	0,11
Financement des structures de dépistages organisés	41,3	41,3
Subvention à l’INCa	41	41
Total	82,32	82,41

Source : projet annuel de performances

En 2008 et 2009, et dans la perspective de la mise en place d’un nouveau plan Cancer, trois types de travaux ont été menés afin de dresser un bilan du premier plan Cancer : il s’agit d’un rapport thématique de la Cour des comptes ainsi que des travaux d’évaluation menés par le HCSP et l’INCa⁽¹⁾. Ces travaux se rejoignent sur plusieurs points, qui constituent autant de recommandations pour la mise au point du nouveau plan Cancer :

- la lutte contre les inégalités de santé doit être davantage prise en compte tant en matière d’accès au dépistage qu’en matière d’accès aux soins ;

- une meilleure prise en compte des facteurs de risque doit être recherchée : il s’agit de ce point de vue de poursuivre la politique de lutte contre le tabagisme et l’alcoolisme, et de renforcer la prévention des cancers au regard des facteurs de risque que sont la nutrition, l’environnement et le milieu professionnel ;

- des marges d’amélioration subsistent en termes de participation de la population cible aux campagnes de dépistage organisé des cancers ;

- enfin, un meilleur suivi de la mise en œuvre du plan devra être assuré, avec une identification précise de la responsabilité de chaque acteur.

(1) Rapport public thématique de la Cour des comptes sur la mise en œuvre du plan cancer de juin 2008 : http://www.ccomptes.fr/fr/CC/documents/RPT/2008-RPT_Cancer_JO.pdf, rapport du Haut conseil de la santé publique sur l’évaluation du plan cancer de janvier 2009 : http://www.hcsp.fr/docs/pdf/avisrapports/hcspr20090131_EvaluationCancer.pdf, et bilan de l’institut national du cancer : http://www.e-cancer.fr/Sante-publique/Plan-cancer-2003-2007/op_1-it_1434-la_1-ve_1.html

Au bénéfice de ces remarques, une mission de définition des principaux axes du nouveau plan Cancer 2009-2013 a été confiée au professeur Jean-Pierre Grünfeld. Son rapport remis en février 2009 au Président de la République, présente huit recommandations qui doivent permettre d'impulser un nouvel élan en matière de lutte contre le cancer, en particulier par :

- une meilleure prise en compte des inégalités de santé face au cancer et la mise en œuvre de mesures spécifiques visant à les corriger ;

- de nouveaux efforts de recherche et d'innovation intégrant leur « transfert » au système de santé ;

- le renforcement de la coordination des soins et son extension au-delà de l'hôpital en plaçant les médecins traitants au cœur du dispositif ;

- de nouvelles initiatives sanitaires et médico-sociales pour mieux accompagner les personnes dans leur vie après le cancer.

Le nouveau plan Cancer 2009-2013 a été présenté le 2 novembre 2009 : le retard avec lequel il a été officialisé explique que la prévision budgétaire n'intègre aucune mesure de ce plan, dont la période de mise en œuvre devrait donc logiquement être décalée de 2010 à 2014. On notera que le seul indice de la préparation du futur plan Cancer apparaît dans le volet performance du programme, qui intègre à l'évaluation du dépistage organisé du cancer du sein, un indicateur relatif aux écarts régionaux constatés concernant la participation de la population cible à ce dépistage.

1.– L'institut national du cancer (INCa) : un rôle essentiel de coordination des acteurs en cancérologie

Mis en place en 2005 sous la forme d'un groupement d'intérêt public (GIP) entre l'État, l'assurance maladie et les autres acteurs de la lutte contre le cancer (INSERM, CNRS, fédérations hospitalières et associations de patients), l'institut national du cancer (INCa) joue un rôle de coordination des actions et des initiatives en cancérologie. Il est essentiellement financé par le budget de l'État, à partir des subventions respectives des ministères chargés de la santé et de la recherche.

Le tableau suivant retrace l'évolution du budget de l'institut entre 2008 et 2009.

ÉVOLUTION DU BUDGET DE L'INCA ENTRE 2008 ET 2009

(en millions d'euros)

Dépenses	Exécution 2008	Budget prévisionnel 2009	Recettes	Exécution 2008	Budget prévisionnel 2009
Personnel	13,7	13,84	Subvention DGS	40	38,23
Fonctionnement	26,33	25,94	Subvention ANR	40	40
Intervention	67,18	65,24	Autres subventions	4,6	5,63
Charges exceptionnelles et dotations aux amortissements	0,68	0,7	Ressources propres et autres	1,62	0,85
			Prélèvement sur fonds de roulement	21,67	21,01
Total des dépenses	107,88	105,72	Total des recettes	107,88	105,72

Source : institut national du cancer

Le fonds de roulement de l'institut s'établissait à 43 millions d'euros à la fin de l'année 2008 : il pourrait une nouvelle fois être sollicité à hauteur de 21 millions d'euros en 2009 afin de financer des projets de recherche pluriannuels contre le cancer, et se situerait donc dans une fourchette entre 23 et 30 millions d'euros à la fin 2009.

Pour 2010, le budget de l'INCa s'élèverait à environ 100 millions d'euros : les subventions de la direction générale de la santé (DGS) au titre de ce programme et de l'agence nationale de la recherche (ANR) s'agissant du volet financé par le ministère de la Recherche seraient toutes les deux de 41 millions d'euros, soit après application de la réserve de précaution respectivement de 39,2 et de 40 millions d'euros.

Le plafond d'emplois de l'institut passerait de 170 équivalents temps plein (ETP) en 2009 à 165 ETP en 2010, traduisant la poursuite de la réorientation des activités de l'institut, dont l'effectif est aujourd'hui de 163 ETP.

Cette prévision ne tient pas compte de l'impact du nouveau plan cancer, qui a été présenté par le Président de la République le 2 novembre 2009. Il faut donc compter avec les ajustements en gestion qui sont donc susceptibles d'intervenir.

2.— Le volet prévention : les programmes de dépistage des cancers

Les programmes de dépistages organisés bénéficieraient quant à eux de 41,3 millions d'euros de la part de l'État en 2010, destinés au financement des structures de dépistage du cancer du sein et du cancer colorectal sur l'ensemble du territoire, en partenariat avec l'assurance maladie qui prend en charge un peu plus de la moitié du coût de ces structures, et les conseils généraux, dont la part dans le financement a tendance à décroître nettement au profit de l'État, avec la recentralisation, depuis le 1^{er} janvier 2006, des compétences en

matière de cancers. À ce jour en effet, la moitié des départements s'est désengagée financièrement de la politique de dépistage des cancers.

- S'agissant du dépistage organisé du cancer du sein, sa généralisation est intervenue au premier trimestre 2004. Il s'agit ainsi d'offrir aux femmes de 50 à 74 ans la possibilité de se prêter tous les deux ans à un examen de mammographie incluant une double vérification du résultat. La montée en charge du programme de dépistage a été lente : il s'agissait en effet non seulement de s'adresser aux femmes qui n'effectuaient jamais ce type d'examen, mais également à celles qui procédaient à ces examens de façon individuelle. Ce programme concernait une population cible de 8,6 millions de femmes en 2008 : or, d'après les données fournies par l'indicateur de performance relatif au taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein dans la population cible, seules 52,5 % des femmes parmi la population cible ont été dépistées en 2008. Ce taux devrait progresser pour s'établir à 55 % en 2009, 57 % en 2010 et 62 % en 2011. Les crédits consacrés par l'État à ce programme de dépistage devraient représenter 18,5 millions d'euros en 2010.

Le tableau suivant récapitule les origines et les financements pour le programme de dépistage organisé du cancer du sein depuis 2007.

**ÉVOLUTION DU FINANCEMENT DU PROGRAMME DE DÉPISTAGE ORGANISÉ
DU CANCER DU SEIN DEPUIS 2007**

(en millions d'euros)

	Part État	Part assurance maladie	Total
2007	12,97	30,27	43,24
2008	17,26	26,67	43,93
2009 (p)	19,2	28,2	47,4
2010 (p)	18,5	28,2	46,7

Source : ministère de la Santé et des sports

Le Rapporteur spécial juge paradoxale la diminution de l'effort de l'État alors même que l'ensemble des travaux d'évaluation du plan Cancer 2003-2007 ont mis en évidence la nécessité de poursuivre les programmes de dépistage organisé, et en particulier de renforcer le taux de participation de la population cible, qui demeure insuffisant.

- S'agissant du dépistage organisé du cancer colorectal, il s'adresse aujourd'hui, dans 100 départements, aux femmes et aux hommes de 50 à 74 ans, avec une population cible de 17 millions de personnes. Au 1^{er} novembre 2007, le taux de participation des 22 premiers départements pilotes ayant accompli au moins une campagne complète de deux ans était de 42 %, soit 1,6 million de personnes dépistées. L'État devrait consacrer 21,8 millions d'euros en 2010 au dépistage organisé du cancer colorectal.

Enfin, une dotation complémentaire d'un million d'euros devrait permettre la poursuite des expérimentations lancées en 2009 pour trois ans, d'actions innovantes en matière de dépistage du cancer du col de l'utérus dans trois

nouveaux sites pilotes. En effet, parce que 60 % de la population concernée est d'ores et déjà couverte, le choix du dépistage individuel a été privilégié.

*

* *

Comme pour le financement de la lutte contre l'épidémie de grippe A, la prévision budgétaire relative à la lutte contre le cancer ne traduit pas l'effort financier réel prévu à ce titre pour 2010. Si cette disproportion entre la prévision et les crédits effectivement engagés s'explique aisément s'agissant d'une crise sanitaire inattendue et dont on ignore aujourd'hui encore l'ampleur, elle apparaît beaucoup moins justifiée s'agissant de la lutte contre le cancer, pour laquelle un nouveau plan est en gestation depuis le début de l'année 2009.

D'après les informations obtenues par le Rapporteur spécial, pour sa première année de mise en œuvre, **le plan Cancer supposerait l'ouverture de près de 23 millions d'euros de crédits supplémentaires sur le seul champ de financement couvert par l'État, dont 10,5 millions d'euros pour l'INCa.** Les dépenses supplémentaires de l'assurance maladie pourraient quant à elles représenter plus de 59 millions d'euros en 2010 au titre du plan Cancer, dont plus de 41 millions d'euros au titre de l'ONDAM hospitalier. Ce seraient donc près de 83 millions d'euros supplémentaires qui devraient être mobilisés en gestion pour assurer le financement du plan Cancer sur l'année 2010. **S'agissant du volet financé par l'État, il serait couvert pour 2010 par une reprise sur le fonds de roulement de l'INCa : selon les informations communiquées au Rapporteur spécial, son niveau devrait être suffisant pour permettre un tel prélèvement.** Il conviendra en tout état de cause de procéder à sa reconstitution, afin de mettre l'institut en mesure de financer ses appels à projets pluriannuels en matière de recherche sur le cancer.

Sur l'ensemble de la période, les dépenses supplémentaires dédiées à la mise en œuvre du plan Cancer atteindraient 730 millions d'euros, dont 155 millions d'euros incomberont à l'État.

Les priorités fixées par ce plan concernent principalement l'amélioration des soins dans le traitement du cancer, la réduction des inégalités, qu'elles soient régionales ou sociales, devant la maladie, mais également l'accompagnement des personnes guéries. Le soutien à la recherche sur le cancer sera également approfondi, avec une prise en compte spécifique des risques environnementaux et comportementaux qui favorisent l'apparition des cancers.

Le Rapporteur spécial souligne que l'effort global qui sera consacré sur la période à la lutte contre le cancer, de 1,94 milliard d'euros, sera financé aux deux tiers par l'assurance maladie, à hauteur de 1,25 milliard d'euros. On constate que si la politique de dépistage mobilisera près de 650 millions d'euros sur la période, les moyens consacrés à la prévention primaire

restent bien inférieurs. Si l'on doit saluer le volontarisme de ce nouveau plan, on regrettera toutefois que l'importance de la politique de prévention dans ce domaine n'ait pas été totalement prise en compte.

La programmation prévue pour le financement du nouveau plan Cancer est présentée par le tableau ci-après.

FINANCEMENT DU PLAN CANCER

(en euros)

Financements par mesure	2009		2010		2011		2012		2013		Coût total sur la durée du plan	Besoins complémentaires par rapport à 2009 pour la durée du plan	Augmentation sur la durée de la base de 2009
	Déjà financé	Besoin de financement complémentaire											
											Prévision	Prévision	Prévision
Mesures 1 à 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PLF (DGS)													
PLF (INCa)	35 422	6 600	32 771	10 650	39 249	10 650	48 802	4 950	52 550	4 950	235 944	58 834	22 078
Autres PLF	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PLFSS	18 178	10 000	11 283	12 000	14 082	12 000	16 500	13 200	18 900	13 200	127 343	36 453	22 078
Sous-total	53 600	16 600	44 054	16 600	53 331	22 650	65 302	18 150	71 450	18 150	363 287	95 287	36 000
Mesures 6 à 9													
PLF (DGS)	3 294	1 732	3 144	950	4 176	950	4 276	900	4 776	350	23 598	7 128	1 832
PLF (INCa)	3 573	982	3 573	725	4 475	725	4 425	300	4 575	350	22 978	5 113	1 352
Autres PLF	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PLFSS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sous-total	6 867	2 714	6 717	1 675	8 651	1 675	8 701	1 200	9 351	700	46 576	12 241	3 184
Mesures 10 à 13													
PLF (DGS)	12 638	150	12 630	0	12 780	0	12 780	0	12 630	0	63 608	418	-8
PLF (INCa)	0	925	0	1 200	475	1 200	475	250	150	0	3 475	347	150
Autres PLF	25	50	0	0	50	0	50	0	0	0	175	50	-25
PLFSS	20 000	2 000	20 000	15 000	22 000	15 000	37 000	9 200	46 200	0	171 400	71 400	20 400
Sous-total	32 663	3 125	32 630	16 200	35 305	16 200	50 305	9 450	58 980	0	238 658	75 343	20 517
Mesures 14 à 17 (dépistage)													
PLF (DGS)	38 150	210	39 650	1 040	39 860	1 040	40 200	2 000	42 200	2 000	205 310	14 560	6 050
PLF (INCa)	4 119	7 214	3 899	5 370	11 328	5 370	9 718	1 105	8 298	0	51 051	30 456	4 179
Autres PLF	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PLFSS	67 000	6 000	67 000	8 000	73 000	8 000	81 000	3 000	84 000	3 000	392 000	57 000	20 000
Sous-total	109 269	13 424	110 549	14 410	124 188	14 410	130 918	6 105	134 498	5 000	648 361	102 016	30 229

Mesures 18 à 24 (Soins)												
PLF (DGS)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PLF (INCa)	9 987	0	7 120	2 880	10 450	4 120	8 760	800	8 100	300	52 517	2 582
Autres PLF	0	0	0	686	686	759	1 445	361	1 806	542	6 285	6 285
PLFSS	30 200	0	30 200	41 216	71 416	58 259	124 675	26 861	151 536	10 542	544 905	393 905
Sous-total	40 187	0	37 320	44 782	82 552	63 138	134 880	28 022	161 442	11 384	603 707	402 772
Mesures 25 à 30 (Vivre avec)												
PLF (DGS)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PLF (INCa)	0	0	0	2 300	2 300	4 400	4 400	2 400	6 600	1 900	22 300	22 300
Autres PLF	0	0	0	0	0	600	600	600	1 200	800	3 800	3 800
PLFSS	0	0	0	0	0	3 000	2 600	2 600	5 200	3 000	16 400	16 400
Sous-total	0	0	0	2 300	2 300	6 000	7 600	5 600	13 000	5 700	42 500	42 500
Total PLF (DGS)	54 082	0	55 424	2 92	56 816	1 990	57 256	2 900	59 606	2 350	292 516	22 106
Total PLF (INCa)	53 101	0	47 363	20 901	68 277	24 465	76 580	9 805	80 273	7 500	388 265	122 760
Autres PLF	25	0	0	736	736	1 359	2 095	961	3 006	1 342	10 260	10 135
PLFSS	135 378	0	128 483	59 216	180 498	96 259	261 775	54 861	305 836	29 742	1 252 048	575 158
Total	242 586	0	231 270	82 945	306 327	124 073	397 706	68 527	448 721	40 934	1 943 089	730 159

Source : ministère de la Santé et des sports.

B.- LES AUTRES ACTIONS DE PRÉVENTION DES MALADIES CHRONIQUES ET D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DE VIE DES MALADES

Comme l'indique le tableau suivant, les 30 % de crédits restants de l'action servent essentiellement à financer la lutte contre les pratiques addictives et à risques, des actions en faveur de la santé mentale et de prévention de la maladie d'Alzheimer et d'autres maladies liées au vieillissement, et enfin, des mesures de lutte contre d'autres maladies chroniques.

LE FINANCEMENT DES MALADIES CHRONIQUES ET DE L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DE VIE DES MALADES POUR 2010

(en millions d'euros)

	AE	CP
Pratiques addictives et à risques (y compris alcool et tabac)	15,14	16,3
Santé mentale	5,57	5,1
Maladie d'Alzheimer et maladies liées au vieillissement	4,98	5,04
Autres maladies chroniques	6,4	6,81
Total	32,09	33,25

Source : projet annuel de performances

S'agissant de la lutte contre les pratiques addictives, les crédits prévus, à hauteur de 16,3 millions d'euros en crédits de paiement, seront mobilisés pour le financement, au niveau central d'une part, de la mise sur le marché des trousse d'injection stérile pour les usagers de drogue, de la réalisation d'études sur les liens entre l'alcool et la violence et de l'information sur les ingrédients du tabac que la France doit communiquer conformément à ses obligations européennes, et par le biais des futures ARS d'autre part, pour le soutien à des associations locales de lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme, à des actions d'insertion des personnes toxicomanes ainsi qu'à un travail d'information et de sensibilisation sur l'usage des drogues. Enfin, des aides nationales sont également destinées à soutenir un réseau d'associations et participeront à la mise en œuvre du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies qui porte sur la période 2008-2011.

En matière de santé mentale, 5,1 millions d'euros de crédits de paiement seront destinés en priorité à des actions régionales destinées à prévenir le suicide, mais également au soutien de deux fédérations d'associations assurant une fonction tête de réseau dans le domaine des pathologies mentales ainsi qu'aux actions d'information et d'amélioration de la prévention du suicide en milieu professionnel.

S'agissant de la maladie d'Alzheimer, une aide particulière sera apportée à l'expérimentation des maisons de l'autonomie et de l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA) et au soutien de l'association France Alzheimer. Les maladies liées au vieillissement feront l'objet d'une attention particulière dans le cadre de la mise en œuvre du plan « Bien vieillir ». L'ensemble de ces actions bénéficieront de 5 millions d'euros en 2010.

Enfin, les mesures au titre des autres maladies chroniques seront essentiellement financées sous le sceau de la poursuite de la mise en œuvre d'un plan destiné à améliorer leur qualité de vie : il s'agira notamment de créer un registre national de l'arrêt cardiaque et d'établir une cartographie de l'installation de défibrillateurs cardiaques externes sur l'ensemble du territoire (1,7 million d'euros), de soutenir le site internet « Orphanet » dédié aux maladies rares, mais également de veiller au niveau régional à une meilleure insertion sociale des malades, au développement de leur activité physique et à l'amélioration de l'éducation du patient. Enfin, des études portant sur les maladies chroniques seront financées au niveau national (surveillance de la qualité de vie des personnes souffrant de maladies chroniques, amélioration des connaissances concernant les maladies cardio-vasculaires, pratiques des médecins généralistes face aux situations de fin de vie).

IV.– LES AUTRES ACTIONS EN FAVEUR DE LA PRÉVENTION ET DE LA SÉCURITÉ SANITAIRE

Outre ces trois grands axes qui structurent la politique de santé publique en 2009 et 2010, **les autres actions bénéficieront de 272,07 millions d'euros en autorisations d'engagement et de 273,2 millions d'euros en crédits de paiement.**

Ces crédits sont destinés à financer les interventions des différents acteurs opérant dans le champ de la santé publique (action n° 11), les dispositifs de prévention et d'éducation à la santé (action n° 12), la prévention des risques infectieux (action n° 13) et la politique de sécurité des produits de santé et du corps humain (action n° 17). Les opérateurs du programme que sont les agences sanitaires et l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) sont une nouvelle fois porteurs de la plus grande partie des financements.

A.– LE FINANCEMENT DES ACTEURS INTERVENANT DANS LE CHAMP DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Pour 2010, les moyens consentis au pilotage de la politique de santé publique (action n° 11) s'élèveront à 97,1 millions d'euros en autorisations d'engagement et à 96,9 millions d'euros en crédits de paiement. Un peu moins de 60 % de ces crédits seront consacrés à l'institut de veille sanitaire (InVS), l'école des hautes études en santé publique (EHESP) représentant environ 13 % de l'effort au titre de cette action.

1.– L'institut de veille sanitaire (InVS) et ses réseaux territoriaux : un rôle crucial mis en lumière par l'épidémie de grippes A

L'institut de veille sanitaire (InVS) est un acteur essentiel de la politique de santé publique, à travers sa mission de surveillance et d'observation permanentes de l'état de santé de la population, qui est rendue possible par les

réseaux dont il dispose sur le territoire, à travers les cellules interrégionales d'épidémiologie (CIRE) d'une part, et les systèmes de surveillance sur lesquels il s'appuie d'autre part (réseaux de médecins, d'établissements de santé, de laboratoires et de centres antipoison et de toxicovigilance). À partir de cette veille permanente, l'institut est amené à jouer un rôle d'alerte sanitaire et à contribuer à la gestion des situations de crise sanitaire.

Le tableau suivant retrace le budget de l'InVS en 2009, qui s'établirait à près de 61 millions d'euros, pour un plafond d'emploi fixé à 428 équivalents temps plein (ETP).

BUDGET DE L'INVS EN 2009

(en millions d'euros)

Dépenses		Recettes	
Personnel	28,48	Subventions de l'État	54,67
Fonctionnement	7,46	Autres subventions	4,18
Intervention	24,94	Ressources propres et autres	0,66
Total des dépenses	60,89	Total des recettes	59,51
Résultat : bénéfice	0	Résultat : perte	1,38
Total à l'équilibre	60,89	Total à l'équilibre	60,89

Source : projet annuel de performances

Le déclenchement de l'épidémie de grippe A a eu un impact important sur l'activité de l'InVS : si sa mission de surveillance l'a d'abord amené à identifier les cas individuels, l'intensification de la circulation du virus l'a ensuite conduit à opérer un suivi précis du nombre de consultations pour grippe à partir des chiffres fournis par les différents réseaux de médecins (Sentinelle, Grog et SOS Médecins) et par les urgences hospitalières, assorti d'une surveillance virologique effectuée principalement par les groupements régionaux d'organisation de la grippe (Grog) et les centres nationaux de référence. La surveillance a également été étendue aux épisodes de cas groupés. Les résultats de ce dispositif font l'objet d'une publication dans un bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH).

La pandémie grippale a mobilisé à des degrés divers plus de 40 % des ressources humaines de l'institut, situation qui devrait perdurer jusqu'à la fin de cette crise et qui a contraint l'InVS à reporter la réalisation de certains projets et à renforcer transitoirement les CIRE, qui représentent le maillage territorial indispensable dans un tel contexte.

Le Rapporteur spécial ne peut donc qu'approuver le renforcement de ces cellules qui pourra intervenir en 2010 avec la création de 5 équivalents temps plein (ETP) supplémentaires, mais qui ne règlera toutefois pas l'insuffisance chronique de leurs effectifs. Les CIRE sont en effet au nombre de 17 et couvrent des zones territoriales très étendues : c'est pourquoi trois antennes régionales ont été créées en 2008. Or, pour assurer une couverture territoriale satisfaisante, la création de cinq nouvelles CIRE devrait être envisagée et un renforcement des moyens de certaines CIRE existantes devrait intervenir afin de leur permettre d'atteindre une taille critique : **les besoins à ce titre sont estimés à**

35 ETP au total. Il est indispensable de donner aux cellules interrégionales les moyens d'un fonctionnement satisfaisant, leur rôle étant crucial dans une période de crise sanitaire : ce sont en effet les CIRE qui assurent principalement l'animation et la remontée des informations à partir des réseaux de surveillance mis en place après l'épisode de la canicule de 2003, réseaux qui impliquent tant les urgences hospitalières que les urgences de ville et les services de l'état civil.

La subvention de l'État à l'InVS devrait s'établir à 56,8 millions d'euros pour 2010, soit une quasi stabilité par rapport à 2009, alors même que la poursuite du renforcement des réseaux pérennes doit se poursuivre (consolidation des registres, centres nationaux de référence et toxicovigilance) et emporte des coûts non négligeables.

Le budget qui sera celui de l'InVS en 2010 ne lui laissera donc que peu de marge de manœuvre pour assurer le déploiement de ses programmes de surveillance prioritaires, notamment en matière de risques professionnels et environnementaux. L'institut travaille par exemple sur les expositions et les pathologies susceptibles d'être professionnelles : une meilleure centralisation des données relatives aux accidents du travail et des maladies professionnelles doit en l'occurrence passer par le développement du réseau des médecins du travail, pour lequel seules neuf régions collaborent à ce jour. L'intensification de cette dimension des travaux de l'InVS ne pourra se faire qu'au prix d'un renforcement de ses moyens à ce titre.

2.- Les autres actions de pilotage de la santé publique

Les crédits restants au titre de cette action, **soit 40,1 millions d'euros**, sont destinés en premier lieu à financer le fonctionnement de l'école des hautes études en santé publique (EHESP) qui a été mise en place au 1^{er} janvier 2008 et a absorbé l'ancienne école nationale de santé publique (ENSP) : cette nouvelle école est ainsi chargée de développer un enseignement universitaire, des activités de recherche et des formations professionnelles dans les secteurs sanitaire et social, avec une dimension résolument internationale. Après avoir bénéficié en 2009 d'une subvention de l'État à hauteur de 11,8 millions d'euros pour un budget global de 54,9 millions d'euros, **elle devrait en 2010 percevoir une dotation à hauteur de 12,4 millions d'euros inscrite sur cette action.** Ses moyens lui sont en majorité assurés par d'autres produits, qui devraient représenter 40,7 millions d'euros en 2010, dont 32 millions d'euros issus de contributions hospitalières à son fonctionnement.

Par ordre d'importance budgétaire, sont également financés au titre de cette action :

– les **dépenses d'indemnisation et de contentieux relatifs aux accidents vaccinaux et à la maladie de Creutzfeldt Jacob**, pour un montant de **5,5 millions d'euros**. Les montants à ce titre ont été réévalués au regard notamment d'une évolution de la jurisprudence, qui tend à reconnaître la

recevabilité de demandes relatives à certaines pathologies diagnostiquées après vaccination contre l'hépatite B ;

– les **actions de soutien et de partenariats destinées à relayer la politique de santé publique, qui bénéficieront de 5,3 millions d'euros en autorisations d'engagement et de 4,9 millions d'euros en crédits de paiement**, et qui concernent principalement le partenariat mis en place avec le collectif inter-associatif sur la santé (CISS), le soutien à la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (FNORS), ainsi qu'à des associations tête de réseau en santé publique, et enfin, le fonctionnement de la conférence nationale de santé (CNS) et de la direction générale de la santé (DGS), et la maîtrise d'ouvrage et la maintenance des systèmes d'information permettant d'assurer le suivi des subventions versées au monde associatif ;

– des **études et recherches en santé publique, pour un montant de 2,4 millions d'euros**, qui seront principalement orientées en 2010 vers le soutien à la mise en œuvre des grandes études de cohortes d'intérêt général, destinées à suivre des échantillons importants de la population au regard des facteurs de risques pesant sur leur santé, mais également vers l'appui aux sociétés savantes en épidémiologie, la mise en place d'un programme de recherche en santé publique coordonné par l'institut de recherche en santé publique (IRESP), des études dans le cadre de la convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé), la participation à une conférence européenne sur la longévité et la santé des populations et enfin, la publication d'un document d'orientation sur la recherche biomédicale ;

– et enfin, le fonctionnement du Haut conseil de la santé publique (HCSP), chargé notamment de l'expertise et de l'évaluation des plans de santé publique.

B.- UNE POLITIQUE DE PRÉVENTION ET D'ACCÈS À LA SANTÉ QUI S'INSCRIT DANS LA CONTINUITÉ

Afin de combattre les inégalités d'accès et d'éducation à la santé, les pouvoirs publics soutiennent le financement d'un certain nombre d'actions principalement orientées vers les populations en situation de précarité ou les mères et leurs enfants, vers la prise en compte de l'impact sur la santé de la violence, ainsi que vers la promotion de comportements adaptés de secours (action n° 12 : *Accès à la santé et éducation à la santé*). La politique de prévention, de promotion et d'éducation pour la santé est principalement animée par l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) qui devrait mobiliser en 2010 plus de 70 % des crédits du programme, ceux-ci représentant **un total de 49,1 millions d'euros**.

L'institut est principalement chargé de la mise en œuvre du volet « prévention » des plans de santé publique ; il joue également un rôle de conseil en matière de prévention et de promotion de la santé, veille à la diffusion d'une éducation à la santé sur le territoire et à une formation adéquate dans ce domaine. Il est enfin amené à participer à la gestion des situations d'urgence et de crise

sanitaire, en particulier au regard de son rôle éminent en matière de communication et d'information auprès de la population.

Le tableau suivant récapitule le budget de l'INPES pour 2009, qui devrait s'établir à 112,9 millions d'euros.

BUDGET DE L'INPES POUR 2009

(en millions d'euros)

Dépenses		Recettes	
Personnel	10,16	Ressources de l'État	29,87
Fonctionnement	5,39	<i>dont subventions</i>	29,57
Intervention	97,3	<i>dont ressources fiscales</i>	0,3
		Dotation de l'assurance maladie	66,98
		Ressources propres et autres	1,06
Total des dépenses	112,85	Total des recettes	97,91
Résultat : bénéfice		Résultat : perte	14,94
Total à l'équilibre	112,85	Total à l'équilibre	112,85

Source : projet annuel de performances

L'INPES est essentiellement financé par une subvention de l'État et par une dotation de l'assurance maladie. Il perçoit également depuis 2008 le produit d'une taxe au taux de 1,5 %, qui s'applique aux annonceurs de messages publicitaires sur certains produits alimentaires qui refuseraient de les assortir d'une information à caractère sanitaire : prévue à hauteur de 0,3 million d'euros pour 2009, la recette perçue au titre de cette taxe représenterait finalement 1 million d'euros. Le rendement qui en est attendu pour les années suivantes ne serait toutefois pas supérieur à 0,3 million d'euros, compte tenu du caractère exceptionnel du recouvrement effectué en 2009, qui couvre, pour 0,6 million d'euros, des recettes au titre de l'année précédente.

D'après les informations communiquées par l'INPES, ses dépenses s'établiraient à environ 115 millions d'euros pour 2009, dont 100 millions d'euros de dépenses d'intervention liées aux campagnes de prévention et 10 millions d'euros au titre des dépenses de personnel, ce qui témoigne une nouvelle fois du caractère essentiellement opérationnel de l'agence. Afin d'équilibrer son budget, l'institut serait donc amené à solliciter son fonds de roulement à hauteur de 15,2 millions d'euros.

Or, ces prévisions n'intègrent pas l'ensemble des dépenses qu'il a été demandé à l'institut d'engager dans le cadre de la politique de communication autour de la grippe A(H1N1) : après avoir engagé 3,5 millions d'euros au printemps pour la réalisation d'une première campagne sur les gestes barrière, le lancement d'une seconde campagne, cette fois directement axée sur la vaccination, occasionnera un surcoût de 6,8 millions d'euros, au titre des frais de conception et de diffusion des spots diffusés dans les médias et sur internet. La marge de manœuvre liée au fonds de roulement sera insuffisante pour couvrir ces dépenses supplémentaires, à moins d'aller en deçà de son niveau prudentiel. Dès lors, le bouclage du budget de l'institut rendrait nécessaire un abondement de l'ordre de 2,5 millions d'euros en loi de finances rectificative. En l'absence d'une telle ouverture de crédits, l'institut débiterait l'exercice 2010 avec une insuffisance de

fonds de roulement, qui rendrait toute marge de manœuvre impossible. Il serait ainsi contraint de déprogrammer des campagnes de prévention pour répondre aux nouvelles priorités que ne manquerait pas de lui fixer le Gouvernement en 2010.

En effet, pour 2010, la subvention de l'État à l'INPES devrait s'élever à 34,5 millions d'euros contre 31 millions d'euros en 2009, une progression de 11,2 % qui n'est qu'apparente, puisqu'elle intègre la dotation de 3,5 millions d'euros allouée au groupement d'intérêt public « Addictions Drogues Alcool Info Service » (ADALIS), qui sera désormais piloté directement par l'INPES au titre de la mission qui lui a été confiée de rationalisation de l'offre de téléphonie santé. Dans l'hypothèse où la dotation de l'assurance maladie resterait stable à hauteur de 66,2 millions d'euros – ce qui est probable au regard de la convention d'objectifs et de gestion qui lie l'institut à l'assurance maladie –, le budget de l'INPES serait donc simplement reconduit en 2010.

Le Rapporteur spécial juge indispensable de pourvoir aux besoins de l'INPES, afin de le mettre en mesure de répondre aux demandes qui lui sont adressées par les pouvoirs publics, notamment en cas de crise sanitaire. Les effectifs de l'institut ne progresseront en effet que très légèrement en 2010, avec un plafond d'ETP fixé à 148 et correspondant à l'intégration du GIP ADALIS : or, la réforme de la téléphonie santé que doit engager l'INPES en 2010 et sa sollicitation croissante au titre des priorités gouvernementales en matière de communication et de prévention sur divers sujets de santé publique ou de sécurité sanitaire, justifieraient que des moyens supplémentaires, tant financiers qu'humains, lui soient consentis.

*

* *

Outre la subvention à l'INPES, les crédits de cette action sont principalement dédiés à la santé des populations en difficulté, qui passe en grande partie par la mise en œuvre des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), qui devraient bénéficier de 10,1 millions d'euros en 2010, mais également, au niveau central, par le soutien à des associations intervenant auprès des publics en situation de vulnérabilité (0,6 million d'euros) et par l'expérimentation de la consultation de prévention pour les bénéficiaires de l'aide médicale de l'État (AME) pour 0,1 million d'euros.

Enfin, 2,9 millions d'euros iront à des actions en faveur de la santé des mères et des enfants, destinées à l'amélioration de la politique de périnatalité, à la prévention des grossesses non désirées et à la prise en charge des troubles de l'apprentissage chez l'enfant, tandis que 0,9 million d'euros sera consacré d'une part à l'achat de kits de prélèvement sanguin à destination des forces de l'ordre dans le cadre de la sécurité routière et d'autre part au financement d'actions contre différents types de violences, qu'il s'agisse de celle faite aux femmes, de l'homophobie ou de la torture.

C.- LA RECENTRALISATION DE LA COMPÉTENCE SANITAIRE EXPLIQUE LA PROGRESSION DES CRÉDITS AU TITRE DE LA PRÉVENTION DES RISQUES INFECTIEUX

Le rôle de l'État en matière de prévention des risques infectieux et des risques liés aux soins (action n° 13) a tendance à s'accroître, ce dont témoigne la progression notable, de l'ordre de 14,5 %, des crédits affectés à cette action, qui passent de 90 millions d'euros de crédits de paiement en 2009 à **103,1 millions d'euros en 2010**.

Cette revalorisation est entièrement à mettre au compte de la recentralisation des compétences opérée par la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, qui conduit progressivement les départements, depuis la mise en œuvre de la loi au 1^{er} janvier 2006, à se désengager du financement des vaccinations, de la lutte contre la tuberculose et de la lutte contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles.

Les sommes afférentes sont destinées à plus de 90 % à la mise en œuvre de ces actions de prévention sur le territoire par les futures ARS.

Le tableau suivant présente la ventilation prévisionnelle des crédits de l'action *Prévention des risques infectieux et des risques liés aux soins* pour 2010.

FINANCEMENT DE LA PRÉVENTION DES RISQUES INFECTIEUX ET DES RISQUES LIÉS AUX SOINS POUR 2010

(en millions d'euros)

	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
Lutte contre le VIH, les IST et les hépatites	41,08	41,21
Dotations aux ARS	32,5	32,5
Mise en œuvre des plans de prévention	8,32	8,5
Dépenses de fonctionnement courant	0,26	0,21
Tuberculose et vaccinations	51,75	51,82
Financement des structures habilitées pour les vaccinations et la lutte contre la tuberculose	51,14	51,14
Autres dépenses	0,61	0,68
Lutte anti-vectorielle	8,08	8,82
Lutte contre les arboviroses	7	7,38
Autres dépenses	1,08	1,44
Infections nosocomiales et événements indésirables graves	1,2	1,66
Total	102,06	103,01

Source : projet annuel de performances

La lutte contre la tuberculose et la politique vaccinale seront dotées de 51,8 millions d'euros en crédits de paiement, contre 43,3 millions d'euros en 2009 :

– L'InVS a constaté en 2007 une légère augmentation de l'incidence de la tuberculose, en particulier au sein des populations les plus vulnérables, qui a conduit à la mise en place du programme national de lutte contre la tuberculose sur la période 2007-2009 : sa mise en œuvre a permis la levée de l'obligation

vaccinale par le BCG au profit d'une simple recommandation de vaccination des enfants à risques. La recentralisation des compétences sanitaires s'est accompagnée du désengagement progressif des conseils généraux et donc d'un accroissement des dépenses de l'État pour le financement des établissements publics de santé et des centres de santé habilités pour la lutte contre cette maladie : le coût devrait s'établir à 30,2 millions d'euros en 2010 pour le financement de ces structures dans 56 départements.

– En 2010, seuls 49 conseils généraux sur 100 garderaient leur compétence en matière de vaccination. Cet état de fait conduit à prévoir près de 21 millions d'euros pour le financement des structures habilitées à réaliser des vaccinations, qui sont en moyenne de deux par département. Ces crédits serviront également à financer la semaine de la vaccination, qui devrait en 2010 enregistrer la participation de l'ensemble des régions.

Les autres dépenses à ce titre concernent le suivi spécifique de la mise en œuvre du programme national contre la tuberculose, les frais relatifs aux analyses de diagnostic et de dépistage de la rage réalisées par l'Institut Pasteur, ainsi que des actions de formation et d'information des professionnels de santé sur ces questions.

La lutte contre le VIH, les infections sexuellement transmissibles (IST) et les hépatites devrait mobiliser 41,2 millions d'euros en 2010, en progression d'environ 9 % par rapport en 2009. Cette augmentation est liée au renforcement des moyens consentis dans le cadre de la lutte contre les hépatites, qui bénéficie du lancement d'un nouveau plan qui doit couvrir la période 2009-2012.

– Une dotation de 32,5 millions d'euros aux ARS permettra de financer en premier lieu le soutien à des associations locales et à des actions de soutien des personnes atteintes du VIH, afin de favoriser leur prise en charge extrahospitalière, leur hébergement et les réseaux ville-hôpital, mais également le financement de structures habilitées pour la lutte contre les IST, avec un désengagement de cette compétence de 63 départements, en application de la loi du 13 août 2004, l'ensemble de ces dépenses représentant 29,5 millions d'euros. Le déploiement du plan national de lutte contre les hépatites en région mobilisera 3 millions d'euros supplémentaires.

– La mise en œuvre du nouveau plan quadriennal de lutte contre le VIH et les IST 2010-2013 et du plan de lutte contre les hépatites B et C portant sur la période 2009-2012 représentera un coût spécifique de 8,5 millions d'euros, destinés principalement au soutien à des associations et à des actions d'évaluation et de recherche.

– Enfin, 0,2 million d'euros sera consacré au Conseil national du sida, à la publication d'un rapport sur la prise en charge médicale des personnes contaminées par le VIH et à la représentation française à des congrès portant sur le VIH.

L'épidémie de chikungunya de 2007 à La Réunion a réactivé **la lutte anti-vectorielle**, qui consiste à surveiller et contrôler les insectes vecteurs de maladies humaines afin de prévenir l'émergence d'épidémies. Le Centre de recherche et de veille sur les maladies émergentes dans l'Océan Indien (CERVOI) créé à La Réunion en 2006 joue un rôle d'expertise en la matière, tandis que les pouvoirs publics se sont associés au sein d'un groupement d'intérêt public « Service de prophylaxie renforcé » (GIP-SPR) afin de relayer sur le terrain la lutte contre le chikungunya. Dans ce contexte, **la lutte anti-vectorielle, qui bénéficiera de 8,4 millions d'euros en crédits de paiement en 2010**, sera principalement orientée vers les collectivités concernées par les arboviroses, en l'occurrence La Réunion, Mayotte, la Martinique, la Guadeloupe, la Guyane et la Corse pour près de 7,4 millions d'euros, les crédits restants étant destinés, au niveau central, à financer la refondation de la politique de lutte anti-vectorielle sur la base des recommandations de l'institut de recherche et du développement (IRD), qui préconise la création d'un centre national d'expertise sur les vecteurs (CNEV), mais également à soutenir l'entente interdépartementale pour la démoustication (EID) Méditerranée, qui assure la surveillance des moustiques exotiques susceptibles de transmettre des maladies telles que le West Nile, la dengue, le chikungunya ou le paludisme.

Enfin, **1,7 million d'euros** sera consacré en 2010 à la mise en œuvre respectivement du plan national stratégique pour la prévention des infections associées aux soins 2009-2013, du plan national de lutte contre la résistance aux antibiotiques et à l'expérimentation de la déclaration des événements indésirables graves prévue par la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

D.- L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ, DE LA SÉCURITÉ, ET DE LA GESTION DES PRODUITS DE SANTÉ ET DU CORPS HUMAIN

L'État participe à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, des pratiques professionnelles, des recherches biomédicales, des produits de santé et des produits du corps humain, par le biais de ses deux opérateurs principaux dans ce domaine que sont l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) et l'agence de la biomédecine (ABM). **Sur un budget global de 24,2 millions d'euros pour 2010 au titre de l'action n° 17, 10,1 millions d'euros seront en effet consacrés à l'AFSSAPS et 13,6 millions d'euros iront à l'ABM.**

1.- Les produits de santé : le rôle éminent de l'AFSSAPS

Chargée depuis 1998 de l'évaluation de l'ensemble des produits de santé, l'activité de l'AFSSAPS s'illustre de manière emblématique dans son rôle d'autorisation de mise sur le marché (AMM) de ces produits et de contrôle et d'inspection sur les sites de production, de distribution ou d'essais cliniques. Elle

élabore et diffuse également, auprès des professionnels de santé et des patients, des informations destinées à favoriser le bon usage des produits de santé.

Le tableau suivant retrace le budget de l'AFSSAPS en 2009, qui devrait s'élever à 109,6 millions d'euros.

BUDGET DE L'AFSSAPS EN 2009

(en millions d'euros)

Dépenses		Recettes	
Personnel	71,29	Subvention de l'État	9,15
Fonctionnement	38,33	Ressources fiscales	81,57
		Ressources propres et autres	13,03
		Autres subventions	0,27
Total des dépenses	109,62	Total des recettes	104,01
Résultat : bénéfice		Résultat : perte	5,61
Total à l'équilibre	109,62	Total à l'équilibre	109,62

Source : projet annuel de performances

La subvention de fonctionnement de l'État apparaît relativement marginale au regard du poids des recettes tirées par l'agence de la fiscalité qui lui est affectée et dont une refonte complète a été opérée l'an passé en loi de finances : ces recettes fiscales représentent en effet 90 % de son budget de fonctionnement.

Le fonds de roulement de l'agence sera sollicité à hauteur de 5,6 millions d'euros en 2009 : son niveau serait donc ramené à 26 millions d'euros à la fin de l'année. **Pour 2010, la subvention de l'État à l'AFSSAPS augmenterait de 6,3 % pour atteindre 10,1 millions d'euros**, niveau qui rendra nécessaire une nouvelle reprise sur fonds de roulement : ces prévisions permettront toutefois à l'agence de maintenir, en sus du fonds de roulement prudentiel équivalent à un mois de fonctionnement courant, un fonds de roulement excédentaire de 17 millions d'euros en 2010.

Un ETP supplémentaire serait consenti à l'agence en 2010, portant le plafond d'emplois à 991 ETP, pour un effectif total de 1 005 emplois. Dans un tel contexte de stabilité des moyens et des effectifs, l'agence travaille constamment à rationaliser ses procédures et à améliorer son efficacité : en effet, depuis 2008, une forte augmentation du nombre des dossiers d'AMM a été constatée, le regain d'activité ayant donc dû être absorbé par l'agence. Elle est également mobilisée dans le cadre de la préparation à la pandémie de grippe A(H1N1), puisqu'elle participe aux travaux de l'agence européenne pour l'évaluation des médicaments (EMEA) pour l'évaluation des vaccins et des antiviraux, et est chargée de la procédure décentralisée qui a été retenue pour la mise sur le marché du vaccin contre le virus de la grippe A des laboratoires Sanofi. L'AFSSAPS joue également un rôle de pharmacovigilance dans ce domaine, et procède à l'autorisation des essais cliniques sur les vaccins organisés sur le territoire français. Elle inspecte les sites de fabrication français, assure la libération des lots de vaccins grippaux, les importations de vaccins, et contrôle la qualité des produits du « stock national santé » dans leur ensemble.

Le Rapporteur spécial souligne la réactivité de l'agence face à ces exigences permanentes de productivité : il convient toutefois de signaler que l'accumulation de tâches nouvelles (recrudescence des dépôts d'AMM, autorisation des recherches biomédicales, mobilisation dans le cadre de la pandémie grippale) à moyens et effectifs constants ne peut être opérée par l'agence sans une plus grande sélectivité des actions qu'elle mène par ailleurs : ainsi a-t-elle dû espacer les inspections qu'elle effectue sur le terrain pour pouvoir faire face à la totalité de sa charge de travail.

2.– L'agence de la biomédecine (ABM) : la poursuite de l'amélioration de l'accès à la greffe

L'amélioration de l'accès à la greffe d'organes, de tissus et de cellules, la promotion du don, le suivi de la recherche sur l'embryon et les cellules souches embryonnaires et des activités thérapeutiques et biologiques en matière de génétique et de reproduction, sont les trois missions principales de l'agence de la biomédecine (ABM), qui a succédé en 2005 à l'établissement français des greffes (EFG).

Le budget de l'agence, de l'ordre de 68,4 millions d'euros en 2009, est présenté par le tableau suivant.

BUDGET DE L'AGENCE DE LA BIOMÉDECINE EN 2009

(en millions d'euros)

Dépenses		Recettes	
Personnel	20,08	Ressources de l'État	12,14
Fonctionnement	48,35	Dotation de l'assurance maladie	25,2
		Ressources propres et autres	28,02
Total des dépenses	68,42	Total des recettes	65,37
		Résultat : perte	3,06
Total à l'équilibre	68,42	Total à l'équilibre	68,42

Source : projet annuel de performances

Les dépenses de fonctionnement de l'agence ont augmenté de plus de 25 % en 2009, en raison de :

- l'augmentation de l'activité de greffe de moelle osseuse qui suppose notamment la tenue du registre France Greffe de Moelle et l'inscription des nouveaux donneurs ;

- la mise en place d'opérations spécifiques en faveur de l'assistance médicale à la procréation (AMP) ;

- l'évolution des charges du programme REIN ;

- les charges afférentes à l'organisation des états généraux de la bioéthique, dans la perspective de la révision des lois de 2004 ;

– et enfin, l'évolution globale de la masse salariale, qui a permis le financement de 15 nouveaux ETP en 2009, le plafond d'emplois ayant en effet été porté de 243 à 258 ETP.

Cette augmentation des dépenses a en partie été compensée par des recettes supplémentaires, qui enregistrent en effet une progression de 13 % par rapport à 2008 : celle-ci est pour l'essentiel directement liée à l'augmentation de l'activité du registre France Greffe de Moelle. La reprise sur fonds de roulement ainsi rendue nécessaire réduirait son niveau à 11,7 millions d'euros à la fin 2009.

Pour 2010, la subvention de l'État à l'agence augmenterait d'un peu moins de 8 % et représenterait donc 13,6 millions d'euros. La revalorisation concomitante de la dotation de l'assurance maladie permettrait de financer un nouveau relèvement du plafond d'emplois de l'agence à 270 ETP, avec 12 postes supplémentaires, la poursuite du financement du programme REIN destiné à unifier les bases de données de l'insuffisance rénale terminale et enfin, l'actualisation du plan « greffe de moelle » et, en particulier, le financement des banques de sang placentaires.

En effet, la France a pris un retard important en matière de stockage d'unités de sang placentaire (USP) : seules 2 000 USP sont aujourd'hui conservées, alors même que la greffe de sang placentaire est une thérapeutique qui a été inventée en France. Il convient donc de développer rapidement les banques de sang placentaire. Or, la rentabilité de telles banques n'intervenant qu'au bout de sept à huit ans, leur mise en œuvre représente donc un coût réhibitoire pour les hôpitaux : il est donc nécessaire d'améliorer l'offre de financement pour l'ouverture de ces banques.

Signalons enfin que l'agence est également fortement mobilisée, et le sera encore en 2010, pour apporter son expertise aux travaux engagés dans la perspective de la révision de la loi de bioéthique.

CHAPITRE II : LE PROGRAMME OFFRE DE SOINS ET QUALITÉ DU SYSTÈME DE SOINS

La participation de l'État à l'organisation d'une offre de soins de qualité devrait représenter 124,6 millions d'euros pour 2010, une part qui est donc très minoritaire au regard du financement apporté à ce titre par l'assurance maladie.

L'importance budgétaire toute relative du programme ne doit pas occulter l'intérêt d'un certain nombre d'actions qu'il porte, et en particulier celui du financement des stages extra-hospitaliers dans le cadre de la formation initiale médicale, du soutien financier au centre national de gestion de la carrière des praticiens hospitaliers et des personnels de direction des établissements hospitaliers, ou encore à la Haute autorité de santé (HAS) et enfin, à l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) qui joue un rôle crucial dans la mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A) à l'hôpital.

La mise en place des agences régionales de santé (ARS) dont la montée en charge se fera progressivement sur 2010 et qui absorberont les actuelles agences régionales de l'hospitalisation (ARH), conduit à transférer les moyens de fonctionnement jusqu'alors dévolus à ces dernières sur le programme *Conduite et soutien des politiques sanitaires et sociales* de la mission *Solidarité, insertion et égalité des chances*. Ce sont ainsi 21,1 millions d'euros qui sont soustraits du présent programme.

Avec la disparition des ARH, principal opérateur du programme, le poids budgétaire de ce dernier continue donc de se réduire, malgré les apparences, car la revalorisation de 25 % – de plus de 18 millions d'euros - de la dotation accordée par l'État aux stages des étudiants en médecine et des internes, permet tout juste d'enregistrer une stabilité des crédits au titre de ce programme.

À périmètre inchangé, les crédits enregistreraient au contraire une progression importante de 16,7 % par rapport à 2009.

I.- LA NÉCESSITÉ DE RENFORCER À L'AVENIR L'EFFORT FINANCIER AU TITRE DE LA FORMATION MÉDICALE AU REGARD DU RELÈVEMENT DU NUMERUS CLAUSUS

La garantie d'un bon niveau de formation des professions de santé constitue l'une des priorités du programme, qui mobilisera, **pour 2010, 105,2 millions d'euros** à ce titre (hors subvention accordée à la Haute autorité de santé, qui devrait bénéficier de 6,2 millions d'euros).

Au sein de cette enveloppe, 1,2 million d'euros sera consacré à la réalisation d'études et de projets et à l'achat de prestations, tandis que 3 millions d'euros iront financer le Conseil national de l'ordre des médecins, au titre de son

rôle en matière de formation médicale continue (FMC). Mais c'est la **formation médicale initiale** qui représente la part prépondérante, avec **100,9 millions d'euros prévus à ce titre en 2010**.

A.– IL EST URGENT DE RÉSORBER LA DETTE DE L'ÉTAT AU TITRE DE L'OFFRE DE STAGES EN MÉDECINE

Les formations financées correspondent à l'offre de stages proposée aux étudiants en médecine et aux internes, ainsi qu'à la rémunération des maîtres de stage. Il s'agit :

- des stages extra-hospitaliers réservés à certains internes en médecine ou en pharmacie ;

- pour les internes de médecine générale, des stages de six mois auprès de médecins généralistes effectué en troisième cycle, ainsi que du stage supplémentaire de sixième semestre ;

- et enfin, pour les étudiants en première ou deuxième année du deuxième cycle, de la possibilité d'effectuer un stage de sensibilisation de deux mois auprès d'un médecin généraliste agréé.

Ces stages font l'objet d'un remboursement sur les crédits du ministère de la Santé, au CHU dont relève l'interne au titre de la poursuite de sa rémunération, et à l'UFR au titre des honoraires pédagogiques versés aux médecins libéraux agréés comme maîtres de stage.

Le tableau suivant montre qu'une dette croissante a été contractée par l'État au titre du financement de cette offre de formation, dont la résorption n'a réellement été entamée qu'à partir de 2008, et clairement engagée en 2009 avec la revalorisation entamée de la dotation à ce titre.

ÉVOLUTION DU FINANCEMENT DES STAGES EXTRAHOSPITALIERS

(en millions d'euros)

	2006	2007	2008
Dotation en LFI	50,99	56,64	58,73
Fongibilité des crédits	0,22		
Total des crédits disponibles	51,21	56,64	58,73
Total des demandes des services gestionnaires	68,56	74,7	78,98
<i>au titre de l'année</i>	<i>54,02</i>	<i>53,99</i>	<i>66,89</i>
<i>au titre de la dette cumulée</i>	<i>14,54</i>	<i>20,71</i>	<i>12,09</i>

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

Ainsi, l'écart constant entre les besoins des services déconcentrés et les crédits disponibles a porté la dette afférente aux stages extra-hospitaliers, aux rémunérations des internes en médecine générale et aux honoraires pédagogiques à 12,1 millions d'euros en 2008. En tenant compte de la prévision de dépenses sur l'année, le total des besoins était estimé à 79 millions d'euros en 2008, pour des crédits inscrits en loi de finances initiale à hauteur de 58,7 millions d'euros

seulement. Une partie des besoins a néanmoins pu être couverte grâce à la mobilisation en gestion de 8,8 millions d'euros par voie de fongibilité interne, permettant de réduire la dette à 3,1 millions d'euros au début 2009.

À cette date, un réel volontarisme s'est fait jour : il a conduit à revaloriser de façon conséquente la dotation de l'État pour le financement des stages de médecine pour la porter à 76,5 millions d'euros pour 2009. Cette dotation devrait suffire à couvrir l'ensemble des besoins, y compris les insuffisances héritées des années antérieures, grâce également à un report de crédits et à la levée de la réserve de précaution.

Cet effort sera d'ailleurs poursuivi en 2010, puisque les crédits consacrés à la formation médicale des internes pourraient s'établir à 94,8 millions d'euros, dont 75,3 millions d'euros pour la rémunération des stagiaires et 19,6 millions d'euros pour les honoraires des maîtres de stage. Ils devraient permettre le financement de 410 stages extra-hospitaliers, 2 450 stages de médecine générale et 1 225 stages de semestre supplémentaire de médecine générale, et enfin, 5 300 stages de sensibilisation à la médecine générale pour les étudiants de deuxième cycle.

Le Rapporteur spécial souligne l'importance de ces dispositifs de formation, en particulier au regard du contexte d'évolution de la démographie médicale dans les quinze prochaines années. La montée en charge du stage de sensibilisation à la médecine générale proposé depuis 2006 aux étudiants de deuxième cycle a été relativement lente : force est d'espérer que le nouvel arrêté du 15 août 2009 – qui permet de clarifier les consignes en matière de durée de ce stage, de son déroulement et de ses objectifs pédagogiques, ainsi qu'en termes de rémunération des maîtres de stage – permettra de faire de cette nouvelle offre de formation un instrument utile à l'avenir pour la reprise de l'activité des médecins généralistes et pour une répartition géographique satisfaisante de ceux-ci. L'évaluation menée dans le cadre du volet performance du programme s'avère donc judicieuse : l'objectif poursuivi est qu'à l'issue de l'examen classant national, 50 % des étudiants s'orientent vers la médecine générale.

Le Rapporteur spécial appelle également l'attention sur la nécessité qu'il y aura, non seulement à poursuivre l'effort de financement pour parvenir à une extinction de la dette sur ces dispositifs, mais également à renforcer ce financement à l'avenir : en effet, la montée en charge du stage de sensibilisation en médecine générale devrait se traduire par un effectif de 7 200 stagiaires à ce titre en 2011.

B.– UN FINANCEMENT DE L'ANNÉE-RECHERCHE QUI NE TIENT PAS COMPTE DE L'ACCROISSEMENT DU NOMBRE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE

Le dispositif de l'année-recherche permet à des internes en médecine, pharmacie et odontologie d'acquérir, pendant un an, une formation à la recherche dans le cadre d'un master : chaque année, le contingent d'internes susceptibles d'acquérir une telle formation est fixé par arrêté. Or, celui-ci est fixé par promotion d'internat, laissant aux étudiants toute latitude dans le choix de la date de réalisation de leur année-recherche : ces modalités expliquent les irrégularités constatées dans la consommation des crédits à ce titre. Ainsi, au regard des crédits disponibles, une dette s'était formée, qui a pu être en très grande partie résorbée en 2007 grâce à la fongibilité interne.

Pour 2009, 6,1 millions d'euros étaient destinés au financement de l'année-recherche : les redéploiements effectués en gestion devraient permettre de couvrir l'ensemble des besoins pour l'année comme pour les exercices antérieurs.

Afin de permettre une meilleure gestion de l'année-recherche, il est envisagé, à partir de 2010, d'attribuer celle-ci par année universitaire et non plus par promotion, ce qui permettra de renforcer la traçabilité des crédits. **Le Rapporteur spécial s'interroge toutefois sur le calibrage de la prévision pour 2010** : en effet, 6,1 millions d'euros sont prévus pour le financement de 180 postes en année-recherche, un niveau stable par rapport à 2009, alors même que le relèvement du *numerus clausus* depuis 2000 devrait logiquement conduire à revoir à la hausse le nombre de postes financés, afin de maintenir l'équité entre les promotions successives, ce qui ne semble donc aujourd'hui pas assuré.

Il conviendrait peut-être, dans ce contexte, de modifier en conséquence l'indicateur de performance relatif au dispositif de l'année-recherche, afin d'y inclure un suivi spécifique de l'évolution de la proportion d'internes par promotion qui bénéficient de cette opportunité.

C.– UNE NOUVELLE RECETTE DESTINÉE À ASSURER LA STABILITÉ DES MOYENS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Créée en 2004, la Haute autorité de santé (HAS) est chargée d'une part d'émettre des avis en vue de l'optimisation de la gestion du panier des biens et services médicaux remboursables, et d'autre part, d'appuyer les professionnels de santé en contribuant à l'amélioration de leurs pratiques cliniques afin de parvenir à une offre de soins toujours plus sûre et efficace. Depuis 2008, la Haute autorité s'est vue attribuer une nouvelle mission d'évaluation médico-économique, qui l'a conduite à la mise en place en son sein d'une commission évaluation économique et de santé publique (CEESP), chargée de l'expertise dans ce domaine.

Pour remplir ses missions, la Haute autorité perçoit une subvention de l'État et une dotation de l'assurance maladie, cette dernière se décomposant entre

une subvention de fonctionnement et une enveloppe versée au titre de la mission de certification des établissements de santé qui lui incombe. Elle dispose également de recettes propres, au premier rang desquelles figure une fraction de 10 % du produit de la taxe sur les dépenses de publicité des laboratoires pharmaceutiques.

Le tableau suivant présente l'évolution des recettes de la HAS depuis 2007.

RECETTES DE LA HAS DEPUIS 2007

(en millions d'euros)

	2007	2008	2009 (p)	2010 (p)
Subvention de l'État	0,96	2,53	9,5	6,23
Dotations de l'assurance maladie	2	5,06	19	13,76
Contribution des établissements au titre de la procédure de certification	9,54	8,9	9,98	9,98
Fraction de 10% de la taxe sur les dépenses de promotion des médicaments	20,18	14,91	14,9	14,9
Redevance des industriels	3,6	3	3	3
Divers (produits financiers et ressources affectées)	2,04	2,2	1,69	1,69
Total	38,32	36,62	58,08	49,57

Source : ministère de la Santé et des sports.

Le niveau des dotations respectives de l'État et de l'assurance maladie a fortement diminué entre 2005 et 2008, en vue de ramener le fonds de roulement de la Haute autorité à son niveau prudentiel, à hauteur de 8,8 millions d'euros fin 2008, ce qui représente un mois et demi de fonctionnement. Le Rapporteur spécial avait fait part de ses inquiétudes l'an passé quant au niveau prévisionnel de la subvention de l'État à la HAS (6 millions d'euros) et à celui de la dotation de l'assurance maladie, qui en représente traditionnellement le double : tout laissait à penser que le budget de la Haute autorité allait être lourdement hypothéqué. C'est en effet ce qui a conduit à revoir en gestion le montant de la subvention de l'État, pour la porter à 9,5 millions d'euros, permettant ainsi par la même occasion l'ajustement à la hausse de la contribution de l'assurance maladie à hauteur de 19 millions d'euros, au lieu des 12 millions d'euros initialement prévus. Or, en dépit de ces réévaluations intervenues en cours d'exercice, le fonds de roulement de la HAS pourrait s'établir à 4,3 millions d'euros fin 2009, soit moins d'un mois de fonctionnement.

Outre cette coupe drastique dans les dotations de l'État et de l'assurance maladie, la HAS subit également une perte de recettes croissante au titre de la taxe sur les dépenses de promotion des laboratoires, qui est essentiellement liée à la diminution des visites médicales. Alors qu'elle attendait à ce titre un produit de plus de 25 millions d'euros en 2007, seuls 20,2 millions d'euros ont été effectivement perçus. Cette détérioration s'est poursuivie en 2008 et 2009, avec un produit qui chute encore pour s'établir autour de 14,9 millions d'euros.

Compte tenu du caractère durable de la baisse du rendement de cette taxe, l'article 12 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 prévoit d'une part l'élargissement de l'assiette de la taxe sur les dispositifs médicaux – à l'optique et aux audioprothèses notamment – et d'autre part, l'affectation de 35 % du rendement global de cette taxe à la Haute autorité, ce qui devrait générer une recette supplémentaire prévisionnelle de 8,9 millions d'euros pour elle.

Au regard de cette nouvelle recette, **la subvention de l'État devrait représenter 6,2 millions d'euros pour 2010**, après déduction d'environ 0,6 million d'euros au titre du fonctionnement de la mission nationale de médiation, d'information et de dialogue pour la sécurité des soins qui se voit transférée auprès du Médiateur de la République. En tenant compte du niveau initialement retenu de la subvention, la dotation de l'assurance maladie serait mécaniquement portée autour de 13,8 millions d'euros.

Le Rapporteur spécial se permet toutefois de signaler que la recette supplémentaire dont jouira la HAS ne lui permettra en 2010 qu'un maintien de ses moyens financiers au niveau de 2009, à hauteur d'environ 58,5 millions d'euros. Dès lors, ses effectifs seront maintenus constants, avec 410 équivalents temps plein travaillé (ETPT), après avoir augmenté pour la dernière fois en 2008 (+9,5 ETPT) pour permettre le renforcement de la mission de certification des établissements de santé et la montée en charge de la nouvelle fonction d'évaluation médico-économique.

En outre, lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 en première lecture, l'Assemblée nationale a modifié les modalités de la taxe sur les dispositifs médicaux, rejetant l'élargissement proposé de son assiette et portant le plafond d'exonération de la taxe de 7,5 à 11 millions d'euros de chiffre d'affaires. La recette supplémentaire de la HAS à ce titre ne serait donc plus que de 7,1 millions d'euros. **Selon les informations communiquées au Rapporteur spécial, un abondement supplémentaire à partir de la réserve du programme devra être opéré, en 2009 comme en 2010, pour permettre à la Haute autorité de boucler son budget.** Une telle situation ne peut être davantage tolérée : il convient impérativement d'affecter des ressources pérennes à la HAS. Un complément de recettes pourrait être trouvé dans la révision du taux des taxes et contributions versées pour les médicaments et les dispositifs médicaux, dont le montant n'a pas été réévalué depuis 2004 pour les premiers et depuis 2001 pour les seconds : une telle réévaluation pourrait être opérée par voie réglementaire. Le cas échéant, une revalorisation de la subvention de l'État à la Haute autorité sera inéluctable.

II.— LES OPÉRATEURS ET ACTEURS DU PROGRAMME

L'action de modernisation du système de soins recouvre principalement les subventions pour charges de service public versées par l'État aux opérateurs. Elle porte également les actions de modernisation du pilotage de l'offre de soins ainsi que les charges de frais de justice et de réparations civiles éventuelles.

Cette action serait dotée de 13,2 millions d'euros pour 2010, contre 33,8 millions d'euros en 2009, cette diminution étant intégralement imputable au basculement des crédits afférents aux ARH déjà évoqué.

Malgré une dépense au titre des contentieux qui s'établirait à 5,2 millions d'euros en 2009, soit plus du double des prévisions, **les crédits destinés à couvrir les frais de justice resteraient dotés de 2,5 millions d'euros en 2010** : il est en effet très difficile de prévoir le montant de tels frais, qui concernent principalement les contentieux nés de l'application de la réglementation sur la création, le transfert et la fermeture des officines de pharmacies et ceux relatifs aux établissements de santé publics et privés au titre de l'annulation d'arrêtés préfectoraux de refus de création de lits ou d'activités spécifiques ou d'exploitation d'équipements lourds.

Une somme de 1,3 million d'euros est également consacrée au sein de l'enveloppe globale de cette action pour la modernisation du pilotage de l'offre de soins, au titre de la formation et de l'information des acteurs (professionnels du secteur hospitalier et administration sanitaire).

C'est néanmoins le financement des opérateurs qui concentre l'essentiel de l'effort financier, à hauteur de 8,6 millions d'euros.

A.— LA SOLLICITATION CROISSANTE DU CENTRE NATIONAL DE GESTION

Mis en place officiellement le 13 décembre 2007, le centre national de gestion (CNG) est chargé de la gestion du personnel hospitalier, soit un effectif de 48 000 personnes⁽¹⁾. Il assure, pour l'ensemble de ces corps, l'organisation des concours de recrutement, mais également ceux de catégories qui ne relèvent pas de lui, en l'occurrence les concours de l'internat, les épreuves classantes nationales, les concours d'attachés d'administration hospitalière, ainsi que la procédure d'autorisation d'exercice des professions de médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme et pharmacien. Ce sont au total 23 000 candidatures que le centre est ainsi amené à gérer chaque année.

(1) Soit 40 000 praticiens hospitaliers, 3 600 directeurs d'hôpital, 1 800 directeurs d'établissements sanitaires et sociaux, 850 directeurs de soins, 35 conseillers généraux des établissements de santé et enfin, les personnels placés en recherche d'affectation.

L'année 2008, qui correspond au premier exercice complet du CNG, a vu la montée en charge du centre, dont les moyens se sont élevés à 24 millions d'euros, dont 20,1 millions d'euros venant d'une dotation de l'assurance maladie et 3,7 millions d'euros d'une subvention de l'État. Celle-ci s'est poursuivie **en 2009, avec un budget équivalent à 53,2 millions d'euros**, que présente le tableau suivant.

BUDGET DU CNG POUR 2009

(en millions d'euros)

Dépenses		Recettes	
Personnel	37,45	Subvention de l'État	4,87
Autres dépenses de fonctionnement	15,47	Dotation de l'assurance maladie	21,46
		Contribution des établissements de santé	26,92
Résultat excédentaire	0,34		
Total	53,26	Total	53,26

Source : ministère de la Santé et des sports

La montée en charge de l'établissement a également coïncidé avec celle de ses effectifs, passés de 94 équivalents temps plein (ETP) fin 2008 à 109 ETP en 2009.

La progression des moyens financiers du Centre est principalement à mettre au compte du produit de la contribution des établissements de santé, qui n'a pu être perçue en 2008 en raison du retard pris pour l'élaboration de l'arrêté la prévoyant. La recette à ce titre s'élève à 26,9 millions d'euros en 2009.

LA CONTRIBUTION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ, SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX AU FINANCEMENT DU CNG

Cette contribution, qui représente la moitié des recettes du CNG, s'applique à l'ensemble des établissements de santé, sociaux et médico-sociaux, soit environ 2 500 établissements. Elle est prévue à l'article 116 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, qui dispose que « l'assiette de la contribution de chaque établissement est constituée de la masse salariale des personnels employés par l'établissement à la date de clôture du pénultième exercice. Le taux de la contribution est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé et des affaires sociales dans la limite de 0,15 %. En vue de la fixation du montant de la contribution, chaque établissement fait parvenir à l'administration une déclaration des charges salariales induites par la rémunération de ses personnels ».

On peut s'interroger sur la pertinence de l'assiette de cette contribution, qui recouvre l'ensemble de la masse salariale des établissements concernés, alors que nombre des personnels de ces établissements ne sont aucunement gérés par le CNG. Il convient également de souligner qu'elle est peu connue des établissements, alors qu'elle repose sur un système déclaratif.

Par ailleurs, une publication plus précoce de l'arrêté fixant chaque année le taux de la contribution doit être envisagée : pour 2009, sa publication date en effet du 6 octobre 2009, pour un taux fixé à 0,03 %, au lieu de 0,009 % en 2007 et 2008. Il pourrait être fixé à 0,07 % au titre de l'année 2010. On peut donc s'attendre à un surcroît important de recettes au titre de cette contribution à partir de 2011. Le Rapporteur spécial s'interroge sur les raisons qui ont conduit à un relèvement aussi conséquent du taux de cette contribution.

Il conviendra vraisemblablement de faire évoluer ce dispositif lorsque l'on disposera d'un recul suffisant pour procéder à son évaluation.

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, confie de nouvelles attributions au Centre :

– la prise en charge des dépenses afférentes au remboursement des professionnels en surnombre ;

– la gestion statutaire, jusqu'ici locale, et le développement des ressources humaines des directeurs de soins, dont le nombre est évalué à 850 ;

– la rémunération des personnels de direction bénéficiant d'un congé spécial, soit 25 personnes au maximum ;

– et enfin, le versement de l'allocation mensuelle de service public exclusif, créée par la loi HPST et destinée aux étudiants en médecine qui s'engagent à exercer dans des zones sous-dotées en médecins à l'issue de leur formation. La charge représentative de ces allocations est évaluée à 1,4 million d'euros pour 2010, soit 1 200 euros mensuels à partir de la rentrée d'octobre 2010, au bénéfice de 400 étudiants.

Pour 2010, la subvention pour charges de service public versée par l'État devrait être de 5,2 millions d'euros, au même niveau que celui initialement fixé pour 2009, pour un budget global du CNG de l'ordre de 54,5 millions d'euros.

BUDGET PRÉVISIONNEL DU CENTRE NATIONAL DE GESTION POUR 2010

(en millions d'euros)

	2010 (p)
Dépenses	
Dépenses de fonctionnement	22,1
Dépenses de personnel et des professionnels de santé	31,4
Investissement	0,8
Total des dépenses	54,3
Recettes	
Subvention de l'État	5,18
Dotations de l'assurance maladie	21,7
Contributions des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux	25,3
Total des recettes	52,18

Source : centre national de gestion

Malgré ces nouvelles missions qui lui sont confiées, le budget et le plafond d'emplois du CNG resteraient donc inchangés par rapport à 2009. **Le Rapporteur spécial juge le maintien du plafond d'emplois du Centre incompatible avec l'ampleur de ses attributions : celui-ci devrait être porté à 117 ETP pour permettre au Centre d'assumer ses nouvelles responsabilités. De la même manière, à budget inchangé, il se verra très certainement dans l'obligation de procéder à des redéploiements pour faire face aux charges qui lui sont confiées par la loi HPST.**

On soulignera que le CNG a accompli un important travail pour assurer la transparence de son budget : ses dépenses sont en effet réparties en fonction des différentes catégories de recettes. La contribution des établissements est ainsi utilisée pour financer l'intégralité de la rémunération des professionnels en recherche d'affectation et devrait également couvrir, à partir de 2010, la rémunération des directeurs en congé spécial et celle des professionnels en surnombre. La dotation de l'assurance maladie assure le financement de près de 80 % des autres charges et des dépenses de personnel, ainsi que celui de l'allocation d'engagement de service public à partir de 2010. Enfin, la subvention de l'État sert principalement à couvrir les frais de contentieux du Centre et le reste des dépenses de fonctionnement.

Cette ventilation fine permettra donc d'opérer un suivi des éventuels redéploiements opérés et d'identifier précisément les postes de dépenses qui nécessiteraient des moyens supplémentaires.

Il est enfin prévu que le CNG se voie confier l'intégralité de la compétence sur la procédure d'autorisation d'exercice des professions de médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme et pharmacien, pour laquelle il se contentait jusqu'alors d'organiser les épreuves de vérification des connaissances des candidats. Cette dernière mission pourrait lui être transférée de la direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins (DHOS) : il va sans dire qu'elle ne pourra aller sans un transfert des postes (6 ETP) et des crédits correspondants.

Afin d'assurer un suivi satisfaisant de l'activité du Centre, il serait souhaitable que celui-ci soit pleinement intégré au volet performance du programme : une évaluation du CNG à travers un ou deux indicateur pourrait ainsi être amorcée, sur la base du futur contrat d'objectifs et de moyens (COM) qui fait actuellement l'objet de négociations entre le CNG et sa tutelle.

B.- UN ACCROISSEMENT CONSTANT DES MISSIONS DE L'AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION (ATIH) DEPUIS 2008

Créée en 2000 pour la mise en place du programme de médicalisation du système d'information (PMSI), l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) a vu ses missions sensiblement renforcées par la mise en place, à partir de 2004, de la tarification à l'activité (T2A). Depuis le 1^{er} avril 2008, l'agence s'est également vu transférer certaines activités techniques jusqu'alors assumées par la direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins (DHOS) ainsi que la gestion des moyens de la mission T2A qui figure sur un budget annexe. Outre sa fonction initiale, l'agence gère aujourd'hui le dispositif de financement des établissements de santé, contribue à l'analyse financière et médico-économique de leur activité, procède au calcul des tarifs et des coûts de prestations, et participe au travail de tarification dans les trois champs : « médecine-chirurgie-obstétrique » (MCO), soins de suite et de réadaptation (SSR) et psychiatrie, et hospitalisation à domicile (HAD).

Les ressources de l'agence sont constituées d'une subvention pour charges de service public de la part de l'État, d'une dotation de l'assurance maladie qui représente traditionnellement le double de celle de l'État, d'une contribution du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) qui finance intégralement les frais au titre engagés par l'ATIH au titre de la mission T2A et enfin, de ressources propres issues essentiellement de la cession de logiciels aux établissements de santé.

En 2008, le budget hors investissement de l'ATIH a représenté 9,1 millions d'euros ; il s'est élevé à 11,4 millions d'euros en 2009, dont 2,8 millions d'euros au titre de la subvention de l'État. **Celle-ci devrait progresser de plus de 20 % en 2010, pour s'établir à 3,4 millions d'euros**, pour un budget global de l'agence à hauteur de 12,6 millions d'euros, tel que le retrace le tableau suivant.

BUDGET PRÉVISIONNEL DE FONCTIONNEMENT DE L'ATIH POUR 2010

(en millions d'euros)

Ressources		Dépenses	
Subvention de l'État	3,42	Total des dépenses	12,3
Contribution de l'assurance maladie	6,83		
Autres ressources	2,35		
		Bénéfice	0,3
Total	12,6	Total	12,6

Source : ministère de la Santé et des sports

Les activités de l'ATIH au titre de la mission T2A devraient être financées, par la voie du budget annexe, à hauteur de 3,65 millions d'euros en 2010. Les investissements de l'agence devraient quant à eux représenter 0,6 million d'euros et son fonds de roulement pourrait être de l'ordre de 2,6 millions d'euros à la fin de l'année prochaine.

Dans le cadre de l'application du contrat d'objectifs et de moyens portant sur la période 2007-2010, l'ATIH a connu un renforcement sensible de ses effectifs dans les dernières années, qui s'explique par l'accroissement progressif de ses missions : 32 équivalents temps plein (ETP) ont été créés en 2008 suivis par 17 nouveaux ETP en 2009. Les effectifs devraient rester stables en 2010, à hauteur de 109 emplois.

La performance de l'agence est mesurée par le biais d'un indicateur relatif au taux d'évolution des délais compris entre le recueil des données auprès du dernier établissement et la production de l'échelle nationale des coûts (ENC) qui incombe à l'ATIH : celui-ci passerait de 187 jours en 2008 à 200 jours en 2009 et en 2010 et devra être réduit à 180 jours en 2011. Cet indicateur revêt une importance prépondérante pour l'activité de l'agence, dans la mesure où il conditionne directement la fixation des tarifs des établissements de santé. Une amélioration de la présentation de cet indicateur serait envisagée dans le cadre de la négociation du futur contrat de performance qui liera l'agence à partir de 2011.

C.- LA NAISSANCE DE L'AGENCE POUR LE DÉVELOPPEMENT DES SYSTÈMES D'INFORMATION DE SANTÉ PARTAGÉS (ASIP)

Afin de disposer d'un outil sécurisé pour le partage de données entre professionnels de santé, l'État et les organismes d'assurance maladie se sont réunis en 1993 au sein d'un groupement d'intérêt public « carte de professionnel de santé » (GIP-CPS). Le GIP est également chargé de la mise en œuvre d'un répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS). Il est financé par l'État et par l'assurance maladie ; le coût des activités relatives à la carte de professionnel de santé est également partiellement pris en charge par la facturation des abonnements à la carte – pour 654 981 porteurs.

En 2009, le GIP dispose d'un budget de 18,1 millions d'euros, dont 17 millions d'euros au titre de la section CPS et 1,8 million d'euros au titre de la section RPPS, pour des effectifs s'établissant à 73 ETP.

Le montant de la contribution de l'État en qualité de membre du GIP a été gelé à son niveau de 2002, à hauteur de 0,47 million d'euros, mais représente un tiers du financement du volet RPPS, soit 0,3 million d'euros en 2009. **La subvention globale de l'État devrait rester stable en 2010, à hauteur de 0,77 million d'euros.**

L'année 2010 consacrera l'élargissement des services d'accès au RPPS et à l'adaptation des capacités techniques qu'il suppose : en effet, un accès sera aménagé pour le grand public, l'EPRUS, les ARS et les établissements de santé. D'autre part, la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a prévu l'élargissement du répertoire d'une part aux « nouveaux ordres » que sont les infirmiers, les pédicures-podologues et les masseurs-kinésithérapeutes, et d'autre part à l'ensemble des personnes susceptibles de concourir aux soins dans le cadre de la réserve sanitaire (internes et étudiants, anciens professionnels de santé et diplômés non exerçants).

Par ailleurs, l'article 45 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a prévu le regroupement du GIP-CPS, du groupement d'intérêt public « Dossier médical partagé » (GIP-DMP) et d'une partie du groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier (GMSIH) au sein de l'agence nationale des systèmes d'information partagés de santé (ASIP), future agence destinée à développer l'informatique communicante de santé, à assurer l'interopérabilité des systèmes, à garantir la sécurité des données de santé partagées et à piloter des projets structurants comme la télémédecine. L'État confiera donc à l'ASIP la maîtrise d'ouvrage opérationnelle des grands référentiels que sont l'identifiant national de santé, les répertoires nationaux de professionnels et de structures, les normes et standards d'interopérabilité, les référentiels de sécurité et la confidentialité des données.

La subvention de l'État au GIP-CPS pourrait donc en dernière analyse aller à l'ASIP dans la mesure où le GIP-CPS fait actuellement l'objet d'une procédure de dissolution et doit vraisemblablement avoir transféré son patrimoine et ses missions à l'ASIP à la fin du mois d'octobre 2009.

CHAPITRE III : LE PROGRAMME *PROTECTION MALADIE*

Regroupant les actions destinées à garantir l'accès aux soins des personnes aux revenus les plus modestes et des étrangers en situation irrégulière ou d'assurer une juste indemnisation des victimes de l'amiante, le programme *Protection maladie*, piloté par la direction de la sécurité sociale du ministère de la Santé, mobilise tant les services déconcentrés (DDASS et DRASS) que les caisses d'assurance maladie ou le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA).

Le programme sera doté en 2010 de 585 millions d'euros en autorisations d'engagement et en crédits de paiement, soit une progression des crédits de 8,3 % par rapport à 2009, à mettre au compte de la seule aide médicale de l'État (AME), dont la sous-dotation chronique ces dernières années est en voie d'être compensée, comme le montre le tableau suivant.

ÉVOLUTION PAR ACTION DES CRÉDITS DU PROGRAMME *PROTECTION MALADIE*

(en millions d'euros)

	Autorisations d'engagement		Crédits de paiement	
	LFI 2009	PLF 2010	LFI 2009	PLF 2010
01- Accès à la protection maladie complémentaire	0	0	0	0
02- Aide médicale de l'État	490	535	490	535
03- Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	50	50	50	50
Total	540	585	540	585

Source : projet annuel de performances

I.- LA CMUC : UN DISPOSITIF DÉSORMAIS ENTIÈREMENT FINANCÉ PAR LA TAXE SUR LES ORGANISMES COMPLÉMENTAIRES

Mise en place par la loi du 27 juillet 1999, la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc) a pour ambition d'offrir une protection complémentaire publique, complète et gratuite aux foyers dont les ressources annuelles sont inférieures à un plafond fixé par décret. Les bénéficiaires de la CMUc voient leurs frais de soins pris en charge à 100 %, sans être soumis à des dépassements par les professionnels de santé, et sans avoir besoin de consentir une avance de frais (tiers payant). Depuis le 1^{er} juillet 2008, les plafonds de ressources sont respectivement fixés à 7 447 euros pour une personne seule, 11 700 euros pour un foyer de deux personnes, 13 404 euros pour un foyer de trois personnes et 15 638 euros pour un foyer de quatre personnes. On constate que près de la moitié des bénéficiaires de la CMUc complémentaire sont des allocataires du revenu minimum d'insertion (RMI) devenu le revenu de solidarité active (RSA). Les prestations de CMUc sont versées, au choix du bénéficiaire, soit par sa caisse d'assurance maladie, soit par un organisme de protection complémentaire participant au dispositif : elles font ensuite l'objet d'un remboursement par le fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (Fonds CMU) de manière forfaitaire.

En 2009, environ 4 257 000 personnes bénéficieraient de la CMUc.

A.— UN DISPOSITIF MARQUÉ PAR DES ÉVOLUTIONS CONSTANTES, MAIS DES MARGES D'AMÉLIORATION QUI DEMEURENT

1.— Le contrôle croissant des bénéficiaires de la CMUC

La maîtrise des dépenses de santé a conduit à la mise en place de mécanismes subordonnant le bénéfice de la CMUC à certaines règles. Depuis 2004, et dans la continuité des mesures mises en œuvre pour l'ensemble des assurés, un dépassement mis à la charge du bénéficiaire est autorisé pour les patients qui se situeraient hors parcours de soins, tandis que la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 a subordonné la dispense d'avance de frais consentie aux bénéficiaires de la CMUC à leur acceptation de se voir prescrire des médicaments génériques.

Par ailleurs, la CMUC a, au même titre que l'assurance maladie du régime général, vu ces dernières années se diffuser de nouvelles méthodes de contrôle et de lutte contre la fraude. C'est tout d'abord par le biais de la facilitation des échanges d'information et en particulier leur extension à l'administration fiscale qu'un meilleur contrôle des bénéficiaires de la CMUC a été rendu possible. Dans un second temps, les dernières lois de financement de la sécurité sociale ont toutes comporté des dispositions visant à renforcer la lutte contre la fraude à la CMUC : une enquête est depuis 2006 systématiquement déclenchée en cas de soupçon de fraude ou de dépôt de plainte, tandis qu'un contrôle du train de vie des demandeurs et bénéficiaires a été instauré en 2007. Enfin, l'inobservation des règles relatives à la CMUC entraînant une prise en charge indue pour l'assurance maladie est assortie de pénalités.

Ces instruments de lutte contre la fraude sont traduits dans le volet performance du programme par un indicateur relatif à la divergence entre les ressources déclarées des bénéficiaires de la CMUC et les ressources contrôlées, mis en place en 2008, et dont les informations sont issues directement des échanges de la CNAMTS avec les caisses d'allocations familiales et l'administration fiscale. Ses premiers résultats demeurent toutefois inexploitable à ce stade : le taux de divergence s'établit à 4,5 % en 2008 et devrait diminuer pour atteindre 4 % en 2010. L'absence de disponibilité des résultats pour les années antérieures, due au caractère récent de l'indicateur, ne permet donc pas réellement de tirer de quelconques conclusions.

2.— La revalorisation du forfait annuel par bénéficiaire devrait permettre une réduction conséquente du reste à charge de l'assurance maladie

Si, jusqu'en 2003, le fonds CMU remboursait à l'euro près les régimes obligatoires des dépenses engagées par eux au titre de la CMU complémentaire, ce remboursement est devenu forfaitaire à partir de 2004, entraînant un reste à charge pour les régimes de base et les organismes complémentaires, principalement pour la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), qui supporte 89 % des dépenses de bénéficiaires de la CMUC en 2008. Ce reste à charge est ainsi passé de 118 millions d'euros en 2007 à 241 millions d'euros en 2008.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a procédé à une revalorisation du forfait annuel, qui est ainsi passé de 340 à 370 euros par bénéficiaire, à la fois pour le remboursement aux organismes de base des dépenses de CMUc qu'ils engagent et pour le calcul de la déduction opérée par les organismes complémentaires sur la taxe qu'ils doivent au fonds CMU. Le tableau suivant retrace le coût pour le fonds CMU de cette revalorisation.

LES EFFETS DE LA REVALORISATION DU FORFAIT PAR BÉNÉFICIAIRE

	2008	2009 (p)	Évolution (en %)
Nombre de bénéficiaires	4 278 693	4 257 312	-0,5
Forfait (en euros)	340 €	370 €	+8,8
Coût (en milliers d'euros)	1 455	1 575	+8,3

Source : direction de la sécurité sociale

Le reste à charge pour la CNAMTS pourrait ainsi s'établir à 180 millions d'euros et à -10 millions d'euros pour les autres organismes gestionnaires en 2009. En revanche, sous l'hypothèse d'une hausse du chômage ayant pour effet un accroissement de 4,7 % du nombre des bénéficiaires de la CMUc, et d'une augmentation des dépenses de soins en 2010, ce reste à charge pourrait s'élever à 264 millions d'euros pour la CNAMTS et à 6 millions d'euros pour les autres organismes gestionnaires, comme l'illustre le tableau suivant.

ÉVOLUTION DU RESTE À CHARGE DES ORGANISMES GESTIONNAIRES DE LA CMUC

(en millions d'euros)

	2007	2008	2009 (p)	2010 (p)
Montant du forfait de remboursement	340 €	340 €	370 €	370 €
Dépenses de CMUc	1 765	1 702	1 745	1 919
Dépenses du Fonds CMU au titre de la CMUc	1 652	1 454	1 575	1 649
Reste à charge brut pour la CNAMTS	118	241	180	264
Reste à charge des autres organismes	-5	7	-10	6
Montant du report à nouveau affecté à la CNAMTS	-	-	82	100

Source : direction de la sécurité sociale

L'article 12 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a également prévu une affectation à la CNAMTS de tout ou partie du report à nouveau du fonds CMU, codifiée à l'article L. 862-3 du code de la sécurité sociale : celui-ci s'est élevé à 82,5 millions d'euros pour 2009, réduisant le reste à charge de la CNAMTS à 98 millions d'euros. Pour 2010, ce report pourrait s'établir à 100 millions d'euros, et conduirait à une révision à la baisse du reste à charge de la CNAMTS qui devrait représenter 164 millions d'euros.

3.- L'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS)

En complément du dispositif de couverture maladie universelle complémentaire, la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a instauré une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) permettant aux foyers disposant de ressources supérieures de 15 % au plafond de la CMUc de bénéficier d'une déduction sur leur prime ou cotisation d'assurance

complémentaire. Le tableau suivant récapitule les revalorisations progressives de cette aide depuis sa création au 1^{er} janvier 2005.

LES AMÉLIORATIONS APPORTÉES AU DISPOSITIF DE L'ACS

	Au 1 ^{er} janvier 2005	Au 1 ^{er} janvier 2006	Au 1 ^{er} janvier 2007	Au 21 juillet 2009 (loi HPST)
Plafond de ressources	CMUc + 15 %	CMUc + 15 %	CMUc + 20 %	CMUc + 20 %
Bénéficiaires de moins de 25 ans	75 euros	100 euros	100 euros	100 euros
Bénéficiaires de 25 à 59 ans	150 euros	200 euros	200 euros	de 25 à 49 ans : 200 euros
				de 50 à 59 ans : 350 euros
Bénéficiaires de 60 et plus	250 euros	400 euros	400 euros	500 euros

Source : direction de la sécurité sociale

Pour les bénéficiaires gérés par les organismes complémentaires, le fonds CMU finance cette aide en la déduisant de la contribution qui lui est due par ces mêmes organismes. Jusqu'en 2008, une dotation de l'assurance maladie était versée chaque année au fonds pour compléter ce financement, qui a représenté 87 millions d'euros en 2008. À compter de 2009, le fonds CMU financera l'ACS sur ses ressources propres, conformément aux dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009.

Des efforts ont également été fournis pour faire davantage connaître le dispositif : ainsi, des campagnes de communication ciblées ont permis de franchir le seuil de 600 000 attestations délivrées en 2008 et d'améliorer sensiblement leur taux d'utilisation, passé de 65 % à 75 % entre 2007 et 2008. Ce mouvement devrait se poursuivre, avec un effectif d'utilisateurs de l'attestation qui pourrait s'établir à 527 000 personnes en 2009 et à 633 000 personnes en 2010.

Le Rapporteur spécial approuve ces opérations successives de revalorisation de l'aide ; il note également que le « plan jeunes » présenté par le chef de l'État le 29 septembre dernier prévoit un doublement de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) attribuée aux 18-25 ans, la faisant ainsi passer à 200 euros. Selon les informations fournies par la direction de la sécurité sociale, cette mesure représenterait un coût supplémentaire de 15 à 20 millions d'euros pour le fonds CMU en 2010.

Le Gouvernement devrait vraisemblablement soumettre ce relèvement de l'aide à destination des 16-25 ans à la représentation nationale, par voie d'amendement au présent projet de loi. **Le Rapporteur spécial ne manquera pas de souscrire à une telle initiative.**

4.— Le problème persistant du refus de soins

L'un des enjeux majeurs des dispositifs destinés à favoriser l'accès aux soins des personnes aux revenus modestes consiste à veiller à l'effectivité du droit aux soins : c'est pourquoi le volet performance du programme *Protection maladie* comporte un indicateur relatif à l'accès aux soins des bénéficiaires de la CMUc. On constate à sa lecture que les écarts demeurent importants : ainsi, l'écart de non recours au médecin et au dentiste entre les bénéficiaires de la CMUc et les autres assurés est stable, autour de 8 points sur la période 2007-2009 : le non recours aux soins serait de 20 % pour les bénéficiaires de la CMUc contre un taux de 12 % pour les autres assurés. Cet écart est encore plus important s'agissant du recours au dentiste : si 18 % des assurés hors CMUc renoncent aux soins dentaires, ils sont 30 % à y renoncer parmi les bénéficiaires de la CMUc, alors que l'écart est sensiblement plus faible s'agissant du recours au médecin (avec un non recours de l'ordre de 10 % pour les bénéficiaires de la CMUc et de 6 % pour les autres assurés).

Plusieurs enquêtes réalisées ces dernières années ont fait état d'un refus de soins relativement fréquent qui serait opposé aux bénéficiaires de la CMU. C'est dans la continuité de ces enquêtes que le fonds CMU a missionné l'institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES) sur cette question : publiée en juillet 2009, cette enquête menée auprès de 861 praticiens parisiens fait état d'un taux de refus de soins de l'ordre de 25 %, taux qui atteint près de 32 % pour les dentistes et 38 % pour les gynécologues.

Le Rapporteur spécial juge essentielles les mesures destinées à sanctionner la discrimination financière et sociale que constituent les refus de soins qui ont été adoptées récemment.

En effet, un décret en date du 25 mars 2007 avait constitué un premier pas, en élargissant le droit de saisine des ordres professionnels des praticiens concernés aux patients et aux associations de défense des droits des patients. Cette faculté n'est néanmoins pas utilisée, pour des raisons probablement liées à la vulnérabilité des patients bénéficiaires de la CMU. C'est pourquoi il est tout aussi important d'informer les bénéficiaires sur leurs droits et obligations en matière d'accès aux soins : une brochure a ainsi été diffusée en septembre 2007 par la caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS) à destination des bénéficiaires de la CMUc.

Un pas supplémentaire a été franchi avec l'entrée en vigueur de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Son article 54 interdit en effet explicitement la discrimination financière ou sociale à l'encontre des bénéficiaires de la CMU, mais également de l'AME et de l'ACS. Il instaure également une procédure préalable de conciliation entre le praticien incriminé et une commission mixte réunissant d'une part l'ordre professionnel concerné et la caisse locale d'assurance maladie. En cas de carence de l'ordre professionnel, à l'issue d'un délai de trois

mois, les directeurs de caisses pourront sanctionner directement les professionnels de santé par des pénalités financières. Il reste à espérer que ce nouveau mécanisme de lutte contre les refus de soins ne soit pas vidé de son contenu par le tempérament qui lui est apporté : en effet, il est prévu qu'un praticien peut toujours opposer un refus de soins « *fondé sur une exigence personnelle ou professionnelle essentielle et déterminante de la qualité, de la sécurité ou de l'efficacité des soins* ». Il convenait en effet de préserver la liberté des praticiens dans les domaines relevant de la clause de conscience – en particulier s'agissant de la pratique de l'interruption volontaire de grossesse – ou pour une raison tenant à la sécurité ou à l'efficacité des soins. L'avenir dira si cette disposition permettra de lutter efficacement contre les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMUc.

Il convient également de rappeler qu'un dispositif de suivi des signalements de refus de soins a été mis en place depuis 2008 par les caisses d'assurance maladie : les conciliateurs locaux au sein de chaque caisse sont dans un premier temps chargés d'instruire le dossier de signalement par contact avec chacun des parties et de proposer une conciliation. En cas d'échec de cette dernière, le directeur de la caisse peut saisir l'ordre professionnel concerné. Ce suivi, relativement récent, permet de faire remonter des difficultés dépassant le strict refus de soins : en effet, la moitié des saisines concerne le refus de dispense d'avance de frais et plus d'un tiers d'entre elles les refus de poursuite des soins. Il s'agit donc d'un outil qui peut s'avérer efficace pour l'amélioration de l'accès aux soins des assurés vulnérables, d'autant plus que dans la majorité des cas, la procédure de conciliation aboutit, notamment par un rappel aux praticiens, par les directeurs de caisses, de leurs obligations.

Les caisses d'assurance maladie ont enfin complété ce dispositif par la mise en place en janvier 2009 d'un suivi spécifique des 5 % de professionnels de santé qui reçoivent le moins de bénéficiaires de la CMUc, suivi dont le Rapporteur spécial attend le premier bilan.

B.– UN FINANCEMENT DÉSORMAIS ESSENTIELLEMENT ASSURÉ PAR DE LA FISCALITÉ AFFECTÉE

Outre les modifications d'ores et déjà évoquées, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a surtout profondément réformé les modalités mêmes de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie. Cette réforme est passée par :

– le relèvement de 3,4 points du taux de la contribution due par les organismes de protection complémentaire au fonds CMU sur leurs primes ou cotisations d'assurance de protection complémentaire santé, qui passe donc de 2,5 % à 5,9 % ;

– et en contrepartie, l’affectation à la CNAMTS de la contribution sur les alcools de plus de 25° et de la part de 1,88 % des droits de consommation sur les tabacs qui étaient affectés respectivement depuis 2005 et 2006 au fonds CMU.

Le tableau suivant retrace l’évolution du budget du fonds CMU depuis 2007.

ÉVOLUTION DU BUDGET DU FONDS CMU DEPUIS 2007

(en milliers d’euros)

	Recettes					Dépenses			
	2007	2008	2009 (p)	2010 (p)		2007	2008	2009 (p)	2010 (p)
Dotation budgétaire de l’État	109	47	0	0	Remboursement aux régimes au titre des dépenses de CMUc	1 443	1 266	1 376	1 439
Contribution des OC	684	725	1 799	1 907	Déductions opérées par les OC au titre des dépenses de CMUc	204	196	211	222
Taxe alcools de plus de 25°	480	348	0	0	ACS	62	87	114	156
Part des droits tabacs	411	372	0	0	Sous-total déductions OC	266	283	325	378
Sous-total recettes fiscales	1 575	1 445	1 799	1 907	Total des dépenses de transfert	1 709	1 549	1 701	1 817
Dotation globale de l’assurance maladie au titre de l’ACS	62	87	0	0	Dépenses de gestion administrative	1	1	1	1
Total recettes	1 746	1 579	1 799	1 907	Total des dépenses	1 710	1 550	1 702	1 818
Résultat de l’année	36	29	97	89					
Résultat cumulé	53	82	97	89					

Source : fonds CMU / direction de la sécurité sociale

On remarquera tout d’abord que la réforme intervenue en 2009 simplifie considérablement le financement du fonds CMU. Celui-ci est en effet désormais financé en totalité par le produit de la contribution sur le chiffre d’affaires réalisé par les organismes complémentaires (OC) sur les primes ou cotisations d’assurance de protection complémentaire santé qu’ils proposent. Par ailleurs, la subvention versée jusqu’en 2008 par l’assurance maladie, et destinée à compenser le coût pour le fonds CMU du dispositif d’aide à l’acquisition d’une complémentaire santé (ACS) disparaît en 2009 : en effet, l’article 12 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a prévu de confier dorénavant au fonds CMU la responsabilité de l’intégralité du financement, sur ses ressources propres, de l’ACS. Enfin, la dotation d’équilibre de l’État est nulle pour les exercices 2009 comme 2010 : son principe demeure bien entendu, et une dotation serait susceptible d’être inscrite dès lors que les recettes du fonds se révéleraient insuffisantes au regard de ses dépenses. C’est d’ailleurs la raison pour laquelle l’action *Accès à la protection maladie complémentaire* subsiste sur le programme *Protection maladie*, en dépit de l’absence de tout financement actuel et prévisionnel par l’État.

On notera en second lieu que l'assiette de la contribution des organismes complémentaires, désormais unique recette du fonds CMU, constituée par le chiffre d'affaires « santé » de ces organismes, est particulièrement dynamique, ce qui devrait permettre d'assurer un équilibre durable du dispositif. En effet, **le produit de la contribution due par les organismes complémentaires, devrait générer un rendement de 1,91 milliard d'euros en 2010**, en raison d'une évolution de son assiette estimée aux alentours de 6 %.

Les dépenses du fonds devraient s'établir à 1,82 milliard d'euros en 2010, et recouvrent essentiellement deux postes :

– le financement de la CMUC devrait représenter un coût total de 1,66 milliard d'euros, dans l'hypothèse d'une stabilisation de l'effectif moyen en 2009, autour de 4,29 millions de bénéficiaires, et d'une augmentation de 4,7 % de cet effectif en 2010, soit 4,41 millions de bénéficiaires. En effet, l'augmentation du chômage consécutive à la crise devrait conduire à un accroissement du nombre de bénéficiaires de la CMUC, celui-ci accusant un effet de retard dans la mesure où les ressources prises en compte sont celles des douze derniers mois ;

– le financement du dispositif de l'ACS devrait générer une dépense de l'ordre de 156 millions d'euros en 2010, en progression de 37 % par rapport à 2009, en raison de la revalorisation du montant de l'aide déjà évoquée. Le doublement de l'aide à destination des moins de 25 ans annoncée dans le cadre du « plan jeunes » pourrait porter la dépense entre 171 et 176 millions d'euros.

Le Rapporteur spécial estime que cette mesure, dont l'entrée en vigueur est prévue au 1^{er} janvier 2010 et qui doit passer par la modification de l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale, doit impérativement être intégrée au présent projet de loi de finances, afin de corriger la prévision budgétaire.

Il convient enfin de rappeler que parmi les dépenses fiscales contribuant à garantir l'accès aux soins des assurés aux revenus les plus faibles, figure principalement l'exonération de la taxe spéciale sur les conventions d'assurances dont bénéficient les contrats d'assurance maladie dits « solidaires », c'est-à-dire ne fixant pas le montant des cotisations ou des primes en fonction de l'état de santé de l'assuré et – depuis 2008 - ne prenant pas en charge les « franchises » médicales. La dépense fiscale au titre de cette exonération est évaluée à 2,1 milliards d'euros en 2009 et à 2,2 milliards d'euros en 2010. **Le Rapporteur spécial doute du caractère vertueux de cette « niche sociale », qui bénéficie à des contrats d'assurance maladie qui prennent en charge les dépassements d'honoraires et concernent pour certains d'entre eux des contrats « haut de gamme » offrant des garanties élevées en termes de couverture santé.**

II.- LE FINANCEMENT DE L'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT

L'aide médicale de l'État (AME) a été instituée en 2000 dans le but d'assurer la protection de la santé des personnes étrangères en situation irrégulière, dont les ressources sont inférieures au plafond de ressources de la CMUc. Elle est composée :

– de l'AME de droit commun, accordée pour une durée d'un an renouvelable aux personnes étrangères en situation irrégulière résidant en France depuis plus de trois mois de manière ininterrompue ;

– des dépenses de soins urgents des étrangers en situation irrégulière qui ne justifient pas d'une résidence ininterrompue en France de plus de trois mois ;

– de l'AME dite « humanitaire », couvrant les soins hospitaliers prodigués à des personnes françaises ou étrangères qui ne résident pas en France sur décision ministérielle, et qui ne concerne qu'une centaine d'admissions chaque année ;

– des dépenses afférentes aux évacuations sanitaires d'étrangers résidant à Mayotte vers des hôpitaux de La Réunion ou de métropole ;

– des soins prodigués aux étrangers retenus dans les centres de rétention administrative.

Le nombre des bénéficiaires de l'AME s'établirait à un peu plus de 204 000 en 2009.

A.- UNE DETTE PARTIELLEMENT APURÉE EN 2007, MAIS QUI S'EST RECRÉÉE

Le financement assuré par le budget de l'État repose d'une part sur un remboursement des dépenses avancées par l'assurance maladie pour l'AME de droit commun et d'autre part, sur une dotation forfaitaire versée à la CNAMTS au titre du paiement des factures des établissements de santé qui assurent les soins urgents.

Ce dispositif a fait l'objet d'une sous-budgétisation chronique jusqu'en 2007, générant une dette cumulée de l'État vis-à-vis de l'assurance maladie, qui a ainsi atteint 920 millions d'euros à fin 2006 pour la seule AME de droit commun. Cette dette a été apurée par l'État en octobre 2007, sans toutefois régler le problème de l'insuffisance de financement au titre de l'exercice en cours, qui s'est établie à 264 millions d'euros. Par la suite, malgré une revalorisation constante de la dotation budgétaire, les besoins n'ont pu être couverts en totalité, recréant une nouvelle dette, qui pourrait s'élever à 318,5 millions d'euros à la fin 2009, en l'absence d'un **abondement de crédits supplémentaires qui pourraient être ouverts en loi de finances rectificative pour 2009, à hauteur de 40 millions d'euros.**

Le Rapporteur spécial appelle de ses vœux un tel correctif, qui permettrait de ne pas accroître la dette de l'État, sans toutefois régler celui de la dette existante, qu'il est par ailleurs indispensable de voir apurée dans les meilleurs délais.

LE FINANCEMENT DE L'AME

(en millions d'euros)

	2006	2007	2008	2009 (p)	2010 (p)
AME de droit commun					
Dotation de l'État	192,5	205,4	462,3	436	481
Dépenses	458,8	469,7	476,5	476	476
Dette au titre de l'exercice	266,3	264,3	14,2	40	—
Dette cumulée	920,24	264,28	278,5	318,5	318,5

Source : direction de la sécurité sociale

Pour 2010, la dotation de l'État au titre de l'AME de droit commun devrait être de 481 millions d'euros, dans l'hypothèse d'une évolution tendancielle de la dépense de l'ordre de 1 % entre 2009 et 2010 et d'une économie de 5 millions d'euros liée à une meilleure maîtrise des dépenses.

Concernant le volet « soins urgents » de l'AME, la dotation forfaitaire de l'État s'est systématiquement révélée insuffisante, comme l'indique le tableau suivant.

LE FINANCEMENT DU VOLET « SOINS URGENTS » DE L'AME

(en millions d'euros)

	2006	2007	2008	2009 (p)	2010 (p)
Dotation de l'État	20	20	40	40	40
Dépenses	n.c	68	70,6	76	75,6

Source : direction de la sécurité sociale

C'est donc l'assurance maladie qui supporte financièrement la différence entre le montant des dépenses facturées à ce titre par les établissements de santé et la dotation de l'État. Celle-ci restera stable, à hauteur de 40 millions d'euros pour 2010, alors même que les dépenses augmenteraient chaque année de 3,5 % environ. **Le Rapporteur spécial constate qu'aucune donnée n'est fournie quant au montant cumulé de la charge qui pèse ainsi sur l'assurance maladie.** La charge cumulée depuis 2007 devrait s'établir autour de 144 millions d'euros, sans que l'on sache quel niveau atteignent les besoins non couverts les années passées. Dans ce contexte, on ne peut qu'appeler à une revalorisation conséquente de la dotation forfaitaire de l'État au titre des soins urgents à l'avenir afin de tenir compte des dépenses constatées sur les derniers exercices et de ne pas persister à faire peser sur la sécurité sociale une charge qui incombe en réalité à l'État.

Enfin, 14 millions d'euros complètent la dotation de l'État, pour le financement de l'AME humanitaire et des évacuations sanitaires d'étrangers résidant à Mayotte vers des hôpitaux de La Réunion ou de métropole : **au total, les crédits dédiés à l'AME devraient donc s'élever à 535 millions d'euros pour 2010.**

B. – UNE AMÉLIORATION PROGRESSIVE DE LA GESTION DE L'AME, QUI NE RÉSOUT PAS LE PROBLÈME DU VOLET « SOINS URGENTS »

Le constant décalage entre la dotation budgétaire et les dépenses occasionnées par l'aide médicale de l'État a conduit à confier à l'inspection générale des finances (IGF) et à l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) une mission conjointe d'audit sur la gestion de ce dispositif. Le rapport présenté en mai 2007 formulait une série de recommandations destinées à améliorer cette gestion, dont certaines ont été mises en œuvre.

Ainsi, outre l'apurement de la dette de l'État vis-à-vis de la sécurité sociale à ce titre, un meilleur suivi statistique des bénéficiaires de l'AME a été organisé en 2008 : il permet notamment de connaître davantage les caractéristiques de ces bénéficiaires et le profil de leur consommation de soins. Ce suivi est allé de pair avec une harmonisation des conditions d'attribution et renouvellement de l'aide par l'ensemble des caisses primaires d'assurance maladie. Ce suivi se traduit dans le volet performance du programme par un indicateur mesurant le délai moyen d'instruction des dossiers en matière d'AME : actuellement de 27 jours, il est prévu de réduire ce délai à 23 jours en 2010.

Le deuxième champ de réforme de l'AME concerne l'alignement des devoirs de ses bénéficiaires sur ceux des assurés de droit commun. Depuis 2008, la prise en charge des dépenses de soins est conditionnée à l'acceptation par les bénéficiaires de l'AME de se voir délivrer des médicaments génériques et le contrôle médical de l'assurance maladie leur a été étendu. Ces mesures ne devraient toutefois avoir qu'un impact financier marginal. En effet, le taux de pénétration des génériques dans la population bénéficiaire de l'AME est aujourd'hui égal à celui des assurés de droit commun : aucune économie ne doit donc être attendue de ce dispositif à l'avenir. S'agissant du contrôle médical, une économie de 5 millions d'euros répartie entre 2009 et 2010 était attendue. **Dès lors, le Rapporteur spécial juge particulièrement optimiste l'hypothèse d'une nouvelle économie de 5 millions d'euros pour 2010 au titre de dispositifs dont l'effet est largement épuisé.**

Le troisième axe de réforme recommandé par la mission d'audit de modernisation est celui du renforcement du contrôle et de la lutte contre la fraude. Après l'expérimentation au premier semestre 2008 d'un titre d'admission avec photographie sur papier non photocopiable, le choix a été fait de recourir à une carte plastifiée qui assure une meilleure fiabilité. Son modèle a été défini par arrêté du 10 juillet 2009 : ce nouveau titre devrait être diffusé aux bénéficiaires de l'AME à partir du 1^{er} janvier 2010, tant pour les nouvelles demandes que pour leur renouvellement. Les titres délivrés sur l'ancien support demeurent valables jusqu'au 31 décembre 2010. L'année 2011 devrait donc coïncider avec la généralisation de ce nouveau titre sécurisé.

Le contrôle réalisé par la CNAMTS sur les dossiers des bénéficiaires de l'AME fait l'objet d'un suivi spécifique dans le volet « performance » du programme : un indicateur mesure en effet le taux de contrôle par entretien des dossiers des bénéficiaires de l'AME, de l'ordre de 15 % en 2009, ainsi que le taux de divergences décelées suite à ces contrôles pour les dossiers dont les ressources déclarées sont nulles, qui devrait être de 60 % en 2009. Les données fournies par cet indicateur, récent puisqu'il a été élaboré en 2008, ne sont pas exploitables à ce stade : il est ainsi difficile d'interpréter un taux de divergences après contrôle de 60 %, en l'absence d'éléments relatifs à la nature et à l'ampleur des divergences constatées.

Les mesures mises en œuvre pour améliorer la gestion de l'AME ont globalement répondu aux recommandations de la mission d'audit de modernisation. Le volet « soins urgents » de l'AME continue toutefois de poser problème : une enquête visant à s'assurer de l'adéquation entre la nature des pathologies et l'admission à ces soins devrait être prochainement réalisée. Le Rapporteur spécial en attendra les résultats, mais réitère toutefois son souhait de voir reconsidérer le montant de la dotation forfaitaire qui lui est allouée, afin de permettre la couverture des dépenses engagées par l'assurance maladie.

III.– LE FONDS D'INDEMNISATION DES VICTIMES DE L'AMIANTE FACE AU FLUX DES DEMANDES D'INDEMNISATION

La nocivité de l'amiante et l'ampleur de la catastrophe sanitaire liée à son utilisation massive, mises en évidence par un rapport de l'INSERM en 1996, ont conduit à l'interdiction de l'utilisation de l'amiante à partir du 1^{er} janvier 1997 et à la création du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) en 2001, afin d'assurer une réparation spécifique des préjudices subis par les victimes.

Trois catégories de victimes peuvent obtenir réparation intégrale de leur préjudice :

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

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

– et enfin, les ayants droit des deux premières catégories.

Depuis sa création et jusqu'au 31 décembre 2008, le fonds a présenté 45 568 offres d'indemnisation pour un montant total de 2,04 milliards d'euros.

A. – UN ACCROISSEMENT DU STOCK DE DOSSIERS EN INSTANCE QUI A MIS LE FIVA EN DIFFICULTÉ

Le fonds est confronté depuis 2006 à un important problème de délai de traitement des dossiers qui lui sont adressés : ainsi, comme le constate en 2008 le rapport d'audit mené conjointement par les inspections générales des affaires sociales et des finances, 16 000 demandes d'indemnisation étaient en cours d'instruction, pour un délai de traitement estimé à environ 20 mois, alors que la loi impose au FIVA de présenter une offre d'indemnisation dans les six mois. Avec un rythme de nouvelles demandes de l'ordre de 8 000 dossiers par an, le FIVA devrait en toute rigueur traiter 12 000 dossiers par an d'ici 2013 pour résorber le stock de dossiers en instance.

Le volet « performance » du programme fixe au FIVA un objectif de réduction des délais de présentation et de paiement des offres d'indemnisation. Un nouvel indicateur retraçant le pourcentage des offres présentées aux victimes de pathologies graves dans un délai de six mois apparaît pour 2010, fixant un objectif de 80 %. Il se substitue au délai de quatre mois retenu par le précédent indicateur. **Le Rapporteur spécial rappelle qu'aux termes de la loi, le délai accordé au fonds pour présenter ses offres est de six mois quel que soit le type de pathologie concernée : il conviendrait donc d'obtenir un suivi globalisé de l'évolution de la proportion d'offres présentées dans les délais, avec le cas échéant une distinction entre les pathologies graves et les pathologies dites bénignes.** Cet indicateur est d'autant plus indispensable que le Fonds est confronté à un problème de résorption du stock de dossiers en souffrance, et qu'un tel indicateur a au demeurant été mis en place pour 2010 s'agissant du paiement des offres dans le délai réglementaire de deux mois.

Pour répondre aux difficultés constatées, le rapport précité a recommandé :

- la mise en place d'une cellule d'urgence pour traiter le stock important de demandes « simples » ;
- ainsi qu'une réforme de l'organisation du travail du fonds, qui doit notamment passer par le renouvellement progressif des systèmes informatiques.

Plusieurs mesures ont ainsi connu un début de mise en œuvre en 2009. Ainsi, 15 équivalents temps plein (ETP) supplémentaires ont été accordés au FIVA dans le cadre du budget 2009 afin de mettre en place une cellule d'urgence : les recrutements ne sont toutefois intervenus qu'à partir de la mi-année. Par ailleurs, une extension des locaux du fonds est en cours de réalisation et un chef de projet informatique chargé du pilotage de la refonte informatique a été recruté, conformément aux préconisations de la mission d'audit.

B.– UN FINANCEMENT QUI AFFICHE MALGRÉ TOUT UNE GRANDE STABILITÉ

Son financement est assuré à 90 % par la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) et pour le reste, par une contribution de l'État. Le tableau suivant retrace les comptes du FIVA depuis 2008.

ÉVOLUTION DES COMPTES DU FIVA DEPUIS 2008

(en millions d'euros)

	2007	2008	2009	2010 (p)
Charges	356	424	425	600
Indemnisation (dont provisions)	350	416	416	591
Autres charges	6	8	9	9
Produits	402	419	400	400
Contribution de la CNAM AT-MP	315	315	315	315
Contribution de l'État	48	47	47	50
Autres produits	40	57	38	35
Résultat net	10	-6	-25	-200
Résultat cumulé	261	300	275	75

Source : direction de la sécurité sociale

En 2008, les dépenses d'indemnisation ont crû de près de 20 % : cette forte augmentation est liée en premier lieu à la croissance de 11,5 % des offres formulées et acceptées la même année pour un montant de 224 millions d'euros, mais également à l'accroissement important (+62 %) des offres formulées les années antérieures et acceptées en 2008, et enfin, aux compléments versés suite à des décisions de cour d'appel, en hausse de 65 % (44,7 millions d'euros). Par ailleurs, on constate une part plus importante des pathologies graves dont le coût moyen d'indemnisation est plus élevé.

En 2009, les dépenses d'indemnisation devraient rester stables par rapport à 2008 : le Rapporteur spécial n'a toutefois obtenu aucun élément d'explication sur cette stabilité. Les dépenses de personnel liées au recrutement de la cellule d'urgence ont été quant à elles estimées à 540 000 euros, qui expliquent le passage de 8 à 9 millions d'euros des dépenses de fonctionnement du fonds de 2008 à 2009.

Pour 2010, la dotation de la branche AT-MP devrait être maintenue à son niveau de 2009, soit 315 millions d'euros ; la contribution de l'État devrait également rester stable à hauteur de 50 millions d'euros. La mise en place de la cellule d'urgence devrait occasionner un surcroît d'activité important : ainsi, les dépenses d'indemnisation du fonds pourraient s'élever à 591 millions d'euros, en augmentation de 42 % par rapport à 2008. Ce montant correspond au paiement de l'indemnisation pour 12 000 dossiers, soit le nombre de dossiers annuels que la FIVA doit traiter pour rattraper d'ici 2013 le retard accumulé jusqu'en 2009. Le fonds de roulement du FIVA, qui atteint 275 millions d'euros en 2009, devrait permettre d'absorber ces coûts supplémentaires : le niveau du fonds de roulement devrait être réduit à 75 millions d'euros fin 2010.

Le rapport d'audit indiquait qu'il serait indispensable, dès 2009, de prévoir une revalorisation de la dotation de l'État au fonds, pour assurer le traitement de l'ensemble du flux annuel de demandes d'indemnisation après résorption des retards accusés : toutefois, les objectifs de résorption des stocks seront vraisemblablement réalisés moins tôt que prévu, dans la mesure notamment où les recrutements effectués pour la mise en place de la cellule d'urgence ne sont intervenus qu'à partir de la mi-2009. Dès lors, l'impact budgétaire du surcroît d'activité ne devrait se faire ressentir qu'en 2010 : **le Rapporteur spécial appelle donc d'ores et déjà l'attention sur la nécessité de veiller, à compter de 2011, à assurer au fonds les moyens adéquats au bon accomplissement de ses missions, une fois que le fonds de roulement aura été épuisé.**

EXAMEN EN COMMISSION

*Après l'audition de Mme Roselyne BACHELOT-NARQUIN, ministre de la Santé et des sports, sur les crédits de la mission Santé, lors de la commission élargie (voir compte rendu analytique officiel de la réunion du 4 novembre 2009 à 17 heures ⁽¹⁾), la commission des Finances **adopte** les crédits de cette mission, M. Gérard BAPT, Rapporteur spécial, ayant émis à titre personnel un avis défavorable.*

(1) http://www.assemblee-nationale.fr/13/budget/plf2010/commissions_elargies/cr/C012.asp

ARTICLE RATTACHÉ

Article 59

Prorogation d'un an de la taxe assurant le financement du Centre national de gestion des essais de produits de santé (CeNGEPS)

Texte du projet de loi :

Au dernier alinéa de l'article 23 de la loi n° 2005-1720 du 30 décembre 2005 de finances rectificative pour 2005, l'année : « 2008 » est remplacée par l'année : « 2009 ».

Exposé des motifs :

Le présent article a pour objet d'assurer le financement du Centre national de gestion des essais de produits de santé (Cengeps) jusqu'au terme de son activité, en 2011.

Le Cengeps a été mis en place en mars 2007 par décision du ministre chargé du budget et du ministre chargé de la recherche, approuvant la convention constitutive de ce groupement d'intérêt public. Il a pour objet de faciliter la coordination et la gestion des essais cliniques à promotion industrielle réalisés dans les établissements de santé ou dans le cadre de réseaux de soins.

Le groupement a été constitué pour une durée de quatre ans et doit donc prendre fin le 27 mars 2011. Or son financement au-delà de 2009 n'est pas assuré.

En effet, la loi n° 2005-1720 du 30 décembre 2005 de finances rectificative pour 2005 a prévu le financement du Cengeps par une taxe additionnelle à la taxe annuelle sur les spécialités pharmaceutiques perçue par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Elle a fixé la période de recouvrement de cette taxe aux ventes réalisées au titre des exercices 2005 à 2008 ; par conséquent, la dernière perception a eu lieu en 2009 au titre des ventes de l'exercice 2008. La dernière année d'activité du Cengeps (mars 2010-mars 2011) n'est ainsi couverte par aucun financement. C'est pourquoi il est proposé de proroger d'une année la perception de la taxe additionnelle.

Observations et décision de la Commission :

Constitué à compter du 28 mars 2007, pour une durée de quatre ans renouvelables, sous la forme d'un groupement d'intérêt public, le centre national de gestion des essais de produits de santé (CeNGEPS) est une association de partenaires publics et privés, qui regroupe entre autres les hôpitaux, l'institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), le syndicat « Les entreprises du médicament » (LEEM) et l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS), pour faciliter la coordination et la gestion des essais cliniques à promotion industrielle réalisés dans les établissements publics de santé ou dans le cadre des réseaux de soins.

Le centre est chargé du soutien à la professionnalisation et de l'amélioration de la qualité des essais cliniques à promotion industrielle, en s'appuyant sur les délégations interrégionales à la recherche clinique (DIRC) et les réseaux d'investigation clinique. Il veille à l'amélioration de la gestion des aspects logistiques et administratifs des essais cliniques à promotion industrielle et au maintien de l'attractivité du territoire français pour leur réalisation.

I.- LE DISPOSITIF ACTUEL

1.- Un organisme opérationnel et peu coûteux

Conformément à sa vocation, le centre national de gestion des essais de produits de santé (CeNGEPS) est une structure très légère, dont les dépenses de fonctionnement représentent moins de 3 % de ses ressources, conformément à son caractère essentiellement opérationnel.

Structure de moyens, le centre consacre 90 % de ses ressources à deux appels à projets compétitifs destinées à renforcer les performances de l'organisation des essais cliniques industriels en France :

– fondé sur une logique géographique, le premier appel à projets associe les sept délégations interrégionales de recherche clinique (DIRC) et vise à renforcer l'organisation de la filière d'essais cliniques industriels dans les établissements de santé ;

– reposant sur des critères scientifiques, par thématique médicale, le second appel à projets vise à soutenir les réseaux d'investigation pour la recherche clinique industrielle, afin de constituer des collectifs d'envergure nationale d'investigateurs et de les mettre en capacité de contribuer à la réalisation d'un nombre plus important d'essais cliniques à promotion industrielle.

Sur l'ensemble de la période, 16,9 millions d'euros ont été consacrés au premier appel à projets et 3,5 millions d'euros au second. Il s'agit essentiellement de financer du personnel technique de recherche, afin d'épauler les investigateurs, ainsi que des référents industriels dans les réseaux et les délégations interrégionales. On soulignera que le GIP ne peut servir à financer ni les essais cliniques sur les cellules souches embryonnaires, ni les essais destinés à permettre le clonage thérapeutique ou reproductif.

Outre ces deux appels à projets qui concentrent donc l'essentiel de l'effort financier, le centre œuvre également en faveur d'une harmonisation des procédures de mise en place des essais cliniques et participe, aux côtés du ministère de la Santé, au développement d'un logiciel de gestion administrative et de suivi des inclusions des essais cliniques (logiciel SIGREC : « système d'information et de gestion de la recherche et des essais cliniques »).

2.- Le régime de la taxe

Les ressources du centre sont assurées par le produit d'une taxe additionnelle à la taxe annuelle sur les spécialités pharmaceutiques, instituée par l'article 23 de la loi n° 2005-1720 du 30 décembre 2005 de finances rectificative pour 2005, et perçue par l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS).

Cette taxe annuelle, elle-même prévue à l'article L. 5121-17 du code de la santé publique et qui a fait l'objet d'une refonte dans le cadre de la loi n° 2008-1425 du 27 décembre 2008 de finances pour 2009, s'applique aux ventes de médicaments et produits bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) ou, depuis 2009, d'une autorisation d'importation parallèle.

Codifié à l'article D. 5121-67 du code de la santé publique, le barème de cette taxe, dont le plafond s'établit à 21 760 euros pour un montant de ventes supérieur à 30 millions d'euros, est présenté par le tableau suivant. Son rendement devrait s'établir à 26 millions d'euros pour 2009 et pour 2010.

BARÈME DE LA TAXE ANNUELLE SUR LES SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES

(en euros)

Montant des ventes hors taxes au cours de l'année civile précédente, à l'exclusion des ventes à l'exportation, par spécialité pharmaceutique	Montant de la taxe
≤ 76 000 euros	320 euros
≤ 380 000 euros	1 050 euros
≤ 760 000 euros	1 690 euros
≤ 1 500 000 euros	2 496 euros
≤ 5 000 000 euros	4 224 euros
≤ 10 000 000 euros	8 448 euros
≤ 15 000 000 euros	12 672 euros
≤ 30 000 000 euros	16 896 euros
> 30 000 000 euros	21 760 euros

Source : décret n° 2009-451 du 15 avril 2009

Le tarif de la taxe additionnelle affectée au CeNGEPS est égal à 39 % de celui de la taxe sur les spécialités pharmaceutiques. Son produit s'est établi à 9,6 millions d'euros en 2006 et 9,9 millions d'euros en 2007 et 2008. Pour 2009, c'est un arrêté du 6 février qui est venu fixer la répartition de cette taxe additionnelle : ce sont ainsi 9,92 millions d'euros qui ont été affectés au Centre national de gestion des essais de produits de santé (CeNGEPS), somme qui représente 96 % du total de ses ressources. Le GIP complète à la marge cette recette par la valorisation de ses placements de trésorerie (0,8 million d'euros en 2008, 0,3 million d'euros en 2009). À noter également que jusqu'à 2007, un fonds de promotion alimenté par la facturation aux laboratoires pharmaceutiques d'une majoration de 7,5 % des surcoûts hospitaliers de leurs essais cliniques, était affecté à une structure de partenariat qui préfigurait en réalité le CeNGEPS : ce dernier continue de percevoir la majoration pour les essais démarrés avant juillet 2007, au fur et à mesure de leur clôture.

II.- LES MODIFICATIONS PROPOSÉES PAR LE PRÉSENT ARTICLE

1.- Une prorogation d'un an

Le GIP est une structure de partenariat temporaire : il a été institué en mars 2007 pour quatre ans. Or, la taxe additionnelle destinée à assurer son financement, mise en place par la loi de finances rectificative pour 2005, a fixé la période de recouvrement de la taxe sur les ventes réalisées au titre des exercices 2005 à 2008.

Lors de sa mise en place effective, l'assemblée générale du GIP a souhaité l'engagement rapide d'un maximum de ressources afin de donner une réelle impulsion à la coordination et à la gestion des essais cliniques. Or, l'appel à projets de soutien aux réseaux d'investigation, qui n'avait pas été programmé au lancement du GIP, a pris une importance croissante : il présente en effet l'intérêt de cibler l'allocation des financements sur les thématiques les plus porteuses en matière de recherche clinique industrielle. Si la dotation allouée à ces projets a pu être fortement revalorisée, passant d'un million en 2008 à 2,5 millions d'euros en 2009 grâce à la récupération d'une partie de l'enveloppe de l'appel à projets « DIRC », il serait impossible en l'état de maintenir le niveau de ce soutien sur la dernière année d'exercice du GIP, la dernière perception de la taxe étant en effet intervenue en 2009 au titre des ventes réalisées en 2008.

Le présent article propose donc la prorogation d'un an de la perception de la taxe additionnelle sur le chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique, afin d'assurer le maintien des financements du GIP pour sa dernière année d'activité. Le maintien de cette taxe additionnelle sur les spécialités pharmaceutiques pour les ventes réalisées en 2009 générerait en effet une recette supplémentaire de l'ordre de 10 millions d'euros pour le CeNGEPS.

2.- Une mesure qui doit être soutenue et, sans doute, reconduite

Le Rapporteur spécial approuve pleinement cette mesure qui vise à mettre en concordance la durée de financement du GIP CeNGEPS avec celle de sa durée d'existence. Il recommande, au-delà, de **s'interroger sur l'éventuel renouvellement du mandat du GIP**. La durée de quatre ans initialement retenue et clairement affirmée à travers la stricte délimitation de la période de perception de la taxe, s'explique certes par la nécessité de dresser un bilan provisoire à ce terme afin d'évaluer la portée du soutien accordé par le groupement. Elle est toutefois paradoxale pour une mission qui doit *a priori* plutôt s'inscrire dans le long terme, puisqu'il s'agit de renforcer au plan national l'organisation de la recherche clinique, en essayant d'acquérir une visibilité internationale.

À la lumière du bilan que dressera le CeNGEPS de son activité à la fin de l'année 2010, il pourrait ainsi être envisagé d'opérer une nouvelle prorogation de la taxe additionnelle sur le chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique, éventuellement pour une nouvelle période de quatre ans. De nombreux éléments plaident en effet pour une telle reconduction :

– tout d'abord, la montée en charge progressive du GIP ne lui a permis d'entrer dans un régime de croisière qu'en 2008, voire en 2009 ;

– son soutien est réel, puisqu'il finance quelque 250 postes en contrat à durée déterminée (CDD) dans le domaine de la recherche clinique. Sa disparition en 2010 signerait donc également la suppression de ces postes ;

– les enjeux de la recherche clinique industrielle et les marges d'amélioration dans ce domaine demeurent importants ;

– enfin, les modalités de financement retenues à travers une contribution de l'industrie pharmaceutique sont d'autant plus pertinentes que les industriels sont les bénéficiaires des services rendus par le centre.

Le Rapporteur spécial émet donc un avis favorable à l'adoption du présent article et souhaite qu'une reconduction du GIP, ainsi que du financement afférent pour une nouvelle période déterminée, soit prévue d'ici la fin de l'année 2010.

*

* *

*Suivant l'avis favorable du Rapporteur spécial, la commission des Finances **adopte** ensuite l'article 59 rattaché au programme Santé.*

ANNEXE

Liste des auditions réalisées par le Rapporteur spécial

Ministère de la Santé et des sports :

- M. Thomas FOURNIER, conseiller budgétaire au cabinet de la ministre de la Santé et des sports ;
- M. Didier HOUSSIN, directeur général de la santé, M. Martial METTENDORFF, secrétaire général, et M. Thierry GENTILHOMME, directeur du département des situations d'urgence sanitaire ;
- M. Dominique LIBAULT, directeur de la sécurité sociale, et M. Benjamin VOISIN, chef de bureau à la sous-direction du financement ;
- Mme Annie PODEUR, directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) et M. Gérard GONZALEZ, sous-directeur des affaires générales ;
- Mme Renée POMARÈDE, secrétaire générale du Haut conseil de la santé publique (HCSP) ;
- M. Noël RENAUDIN, président du Comité économique des produits de santé (CEPS) ;

Agences sanitaires :

- Mme Françoise WEBER, directrice générale de l'Institut de veille sanitaire (InVS), et Mme Caroline GARDETTE, directrice adjointe ;
- M. Jean MARIMBERT, directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS), et M. Michel POT, secrétaire général ;
- Mme Emmanuelle PRADA-BORDENAVE, directrice générale de l'Agence de la biomédecine (ABM), et M. Maurice CHILLY, responsable du service finances et comptabilité ;
- M. Martin GUESPEREAU, directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (AFSSET), Mme Nathalie PASTEAU, secrétaire générale et le Pr. Gérard LASFARGUE, chef du département des expertises en santé-environnement-travail ;

- M. Marc MORTUREUX, directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA) et M. Olivier CAILLOU, secrétaire général ;

Autres instances et organismes :

- M. Jean-François CHADELAT, directeur du Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (Fonds CMU) ;
- M. Thierry COUDERT, directeur général de l'Établissement public de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS), M. Claude AVARO, directeur général adjoint, M. Patrick RAJOELINA, secrétaire général, et Mme Alix COMOY, directrice des ressources humaines ;
- Mme Maryse CHODORGE, directrice générale de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), et M. Patrick SAINTE-MARIE, secrétaire général ;
- Mme Thanh LE LUONG, directrice de l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (INPES), M. Christophe COUDROY, secrétaire général, et Mme Sandrine VINCENT, du département budget ;
- M. Dominique MARANINCHI, président de l'Institut national du cancer (InCA), Mme Pascale FLAMANT, directrice générale, et M. François DAZELLE, directeur des affaires financières ;
- Mme Danielle TOUPILLIER, directrice générale du Centre national de gestion (CNG), Mme Sandrine GABOREL, agent comptable, et M. Jean-François CABON, conseiller technique.